

La atención primaria y la administración local. ¿Es posible en España la implicación municipal en el gobierno de la atención primaria de salud?

O. Pané i Mena e I. Vargas Lorenzo

Introducción

Desde hace algún tiempo asistimos a una reactivación del debate sobre el alcance de la descentralización del modelo de Estado, y en especial el papel que el ámbito local, los municipios, debe tener en ella.

En el sector sanitario, probablemente el hecho de que hayan finalizado las transferencias sanitarias aporta la sensación de que buena parte de los deberes pendientes con las comunidades autónomas están hechos. Este debate, a pesar de que en nuestro país parece reciente, no es nuevo ni es sólo una discusión sobre la mejor organización posible de los distintos servicios.

El papel que las administraciones locales pueden desempeñar en defensa de la salud ya ha sido ampliamente reconocido y ha dado lugar a iniciativas como el Proyecto de Ciudades Sanas, impulsado inicialmente por la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, al que se han adherido múltiples ciudades y municipios de nuestro país, conscientes de que deben actuar como verdaderos promotores de las políticas de salud en este ámbito.

La novedad ahora está en el marco en que se produce esta discusión, que se sitúa en la esfera política en la medida en que trata sobre la organización de los poderes públicos y el nivel de decisión y/o influencia ciudadana sobre servicios financiados públicamente. Es decir, la capacidad de los

niveles locales de la administración para avanzar en un proceso de participación más efectivo y situarse en el nivel de gobierno de un conjunto de servicios que hasta ahora han estado al amparo de las grandes burocracias estatales o de las comunidades autónomas.

Los países de la Unión Europea (UE) ratificaron en el Tratado de Maastricht el principio de subsidiariedad², por el cual la competencia sobre una determinada materia no debe ser asumida por una administración territorial de ámbito superior mientras el nivel administrativo inmediatamente inferior sea capaz de gestionarla eficazmente. Dicho de otra manera, los servicios públicos deben responder a un principio de eficacia y proximidad a los ciudadanos, y huir de grandes organizaciones burocráticas o centralizadas.

La forma en que dicho principio se ha ido aplicando ha sido irregular, de acuerdo con las posibilidades de adaptación de los países de la UE a sus prioridades, y a las posibilidades de articularse dentro del marco político de cada Estado.

La búsqueda de vías de aplicación de este principio sí ha propiciado respuestas técnicas, y es en este espacio de discusión donde el presente artículo trata de realizar alguna aportación.

El pasado reciente

Algunos autores^{3,4} coinciden en que las claves de la configuración y organización actual de los servicios de salud se fundamentan, entre otros, en los pactos a los que se tuvo que llegar para alumbrar la Ley General de Sanidad, y es una de las razones del inexplicable olvido de los municipios en la ley, a pesar del papel que históricamente habían desempeñado en la organización sanitaria.

Asimismo defienden que las dificultades para articular un sistema de participación

 LECTURA RÁPIDA

Introducción

La discusión se centra en la capacidad de los niveles locales de la administración para avanzar en un proceso de participación más efectivo y situarse en el nivel de gobierno de un conjunto de servicios que hasta ahora han estado al amparo de las grandes burocracias.

La competencia sobre una determinada materia no debe ser asumida por una administración territorial de ámbito superior mientras el nivel administrativo inmediatamente inferior sea capaz de gestionarla eficazmente.

El pasado reciente

La Ley de Régimen Local atribuye a los municipios las competencias, que son básicamente la protección y promoción de la salud, y la participación en la gestión de la atención primaria de salud.

Consorcio Hospitalario de Cataluña. España.

Correspondencia:
Olga Pané.
Avda. Tibidabo, 21.
08022 Barcelona. España.
Correo electrónico: opane@chc.scs.es

Palabras clave: Descentralización. Modelos de atención primaria. Administración local. Participación. Reforma.



LECTURA RÁPIDA

▼ En Cataluña se ha otorgado un papel singular a los municipios en la organización de los servicios sanitarios, propiciando su presencia en los órganos de gobierno o en la gestión de los hospitales.

▼ Con la reciente transferencia de la sanidad a la totalidad de las comunidades autónomas se abre un abanico de posibilidades sobre la organización de los servicios de salud. Las propuestas que otorgan un papel más importante a los municipios en la reordenación de los servicios de atención a las personas han cobrado vigencia.

▼ **Los retos inmediatos**

▼ Al considerar los vectores que van a determinar las necesidades de salud de la población en las próximas décadas deben tenerse en cuenta los condicionantes demográficos, tecnológicos, sociológicos y económicos.

eficaz (influencia real en las decisiones) del ciudadano en el sistema nacional de salud tienen también su explicación en el exiguo papel que se otorga a los municipios en la ley.

No obstante, la Ley General de Sanidad, como *a posteriori* las demás leyes de carácter autonómico que se han ido publicando, no ha podido soslayar las competencias que la Ley de Régimen Local atribuye a los municipios y que son básicamente la protección y promoción de la salud (englobadas en lo que quizás de una manera genérica se ha llamado «salud pública»), y la participación en la gestión de la atención primaria de salud (Ley de Bases de Régimen Local, art. 25.2). De hecho la Ley General de Sanidad, en su artículo 42, reconoce estas competencias al establecer la participación de los ayuntamientos en la dirección de las áreas de salud. Otras leyes autonómicas, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), atribuyen a los ayuntamientos la participación en la gestión de la atención primaria de salud (art. 68).

Igualmente el profuso desarrollo legislativo prevé órganos de participación como los consejos de salud, donde las administraciones locales tienen presencia, aunque por diversos motivos estos consejos de salud o bien no funcionan o pocas veces logran desarrollar las funciones previstas⁵.

En Cataluña se ha otorgado un papel singular a los municipios en la organización de los servicios sanitarios. Así, aunque no se ha desarrollado su presencia directa en los órganos de gestión-dirección de la atención primaria, tal como prevén las leyes, sí se ha propiciado la presencia de los municipios en los órganos de gobierno o en la gestión de los hospitales (aspecto no previsto por la ley). En la medida que las entidades hospitalarias participadas por los municipios han comenzado a gestionar centros de atención primaria, las instituciones locales se han introducido en este ámbito asistencial de manera indirecta.

Con la reciente transferencia de la sanidad a la totalidad de las comunidades autónomas termina un proceso de descentralización en el marco del Estado de las autonomías, pero a la vez se abre un abanico de posibilidades sobre la organización de los servicios de salud. Las propuestas que otorga

un papel más importante a los municipios en la reordenación de los servicios de atención a las personas han cobrado vigencia, y ya se habla del Pacto Local Autonómico como aquel acuerdo político que podría dar lugar a un nuevo paso en la descentralización del modelo de Estado, esta vez hacia el ámbito más local. No obstante, más allá de la redistribución de poder político, ¿qué fundamento tiene este tipo de propuestas, a la vista de los retos que vamos a tener que afrontar en el ámbito de la salud en los próximos años?

Los retos inmediatos

Existe un consenso importante entre los expertos acerca de los vectores que van a determinar las necesidades de salud de la población en las próximas décadas, al menos en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)^{6,7}. A manera de resumen señalaríamos cuatro grandes condicionantes de estos escenarios futuros:

1. Demográficos. El envejecimiento de la población consecuencia, entre otros factores, de la mejora en las condiciones de vida, puede dar lugar a un incremento de la prevalencia de las situaciones de dependencia y de morbilidad crónica. Aunque existe discusión en torno a la magnitud de esta prevalencia y su impacto en el gasto sanitario, es evidente que habrá más demanda de cuidados de larga duración al aumentar la probabilidad de enfermedades asociadas al envejecimiento o que generan incapacidad⁸.

Junto con el envejecimiento de la población, cabe observar también la progresiva disminución de cuidadores informales, como consecuencia de la masiva incorporación al mundo laboral de la mujer.

2. Tecnológicos. En la nueva sociedad de la información los avances que se han producido en el terreno científico no sólo dan consistencia a las expectativas sobre el aumento de la esperanza de vida, sino que, gracias a las nuevas tecnologías, el acceso a esta información se ha incrementado y abarca un espectro social muy amplio.

3. Sociológicos. En nuestra sociedad persiste la desigualdad de oportunidades que se traduce en condiciones de salud distintas

según el grupo de población. Las diferencias en la esperanza de vida pueden llegar a ser de hasta 8 años entre barrios de una misma ciudad⁹. El estudio de Benach et al¹⁰ revela que las desigualdades también se presentan en forma de un diferencial en las tasas de mortalidad entre comunidades autónomas, y dentro de ellas, lo que responde a una focalización de desigualdades sociales intensas dentro de las propias comunidades autónomas. Parece pues que la efectividad de los programas de salud en los próximos años tendrá mucho que ver con la capacidad que tengamos de focalizar nuestras actividades sobre estos grupos más vulnerables¹¹.

Por otra parte, los movimientos migratorios que se registran entre las grandes ciudades y sus alrededores, propiciados por la búsqueda de precios de la vivienda, asequibles crean en estos momentos tensiones muy importantes en la financiación de los servicios que se reflejan en la infradotación de mucho centros para hacer frente a una demanda creciente. Según las publicaciones estadísticas disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE), hay municipios que en los últimos 10 años han registrado tasas de crecimiento acumulado del 30% y más, en su población.

4. *Económicos*. Por último, y a fin de no excedernos del espacio disponible, señalaremos la preocupación creciente por la sostenibilidad de las prestaciones que el Estado del bienestar nos procura. El aumento de la recaudación impositiva encuentra sus límites en la resistencia de los contribuyentes al aumento de la presión fiscal y en los costes que puede tener para la competitividad de los productos¹². Entre las líneas más evidentes para hacer frente a la insuficiencia financiera del sistema de salud se encuentra la mejora de la eficiencia de los recursos disponibles y las políticas de racionalización y priorización de las prestaciones.

El ciudadano está cada vez más formado, y sus reservas sobre el buen uso de los recursos que él aporta no sólo son muy respetables, sino que exigen establecer sistemas para rendir cuentas que sean visibles, transparentes, cercanos y que se entiendan. Significa reconocer en el ciudadano su condición de contribuyente, cliente y accionista de los servicios públicos.

De estos cuatro condicionantes se deriva una serie de escenarios para el futuro que nos atrevemos a vaticinar:

- Los servicios de salud deberán considerar un espacio destinado a cuidar más que a curar, y ambas actividades tenderán a coincidir en determinados grupos de población, en su mayor parte personas mayores. La atención a las personas dependientes exigirá el establecimiento de planes de cuidados conjuntos entre los servicios de salud y los sociales.
- El ciudadano puede incrementar su demanda impulsado por los supuestos beneficios que para su salud se pueden obtener con los nuevos conocimientos.
- La efectividad de los programas de salud estará fuertemente vinculada a la capacidad de focalizarlos, y en muchos casos de ofrecerlos en el domicilio de las personas (políticas de proximidad).
- Se deben prever sistemas de financiación de manera que el «dinero siga al paciente» permitiendo que los servicios se adapten a las fluctuaciones de la demanda.
- La participación del ciudadano deberá enfocarse como un valor emergente para adaptar y legitimar los servicios y garantizar su financiación. Será clave establecer estrategias de acercamiento del ciudadano a la definición de políticas de salud y al gobierno de las instituciones. Sólo si se sienten mejor informados, más escuchados y toman parte efectiva en las decisiones (se sienten propietarios), podemos esperar que estén más comprometidos y dispuestos a participar en las soluciones.

Un vistazo al mundo

Si se realiza un análisis de la participación de los municipios en los servicios de salud, se puede separar los países con sistemas de Seguridad Social de aquellos otros con Sistemas Nacionales de Salud. En los primeros, el papel local se restringe a los ámbitos de la salud pública y el control sanitario. Dentro de los segundos, los países nórdicos constituyen el único ejemplo en el que la gestión y el gobierno de los servicios de salud corresponden a los municipios o a organizaciones administrativas de ámbito local¹³.

La división entre países nórdicos y el resto de los países de la OCDE se manifiesta

LECTURA RÁPIDA

▼
Los servicios de salud deberán considerar un espacio destinado a cuidar más que a curar.

▼
La efectividad de los programas de salud estará fuertemente vinculada a la capacidad de focalizarlos, y en muchos casos de ofrecerlos en el domicilio de las personas (políticas de proximidad).

▼
La participación del ciudadano deberá enfocarse como un valor emergente para adaptar y legitimar los servicios y garantizar su financiación.

Un vistazo al mundo

▼
Los países nórdicos constituyen el único ejemplo en el que la gestión y el gobierno de los servicios de salud corresponden a los municipios o a organizaciones administrativas de ámbito local.



LECTURA RÁPIDA

▼
Los países con fuerte tradición liberal han apostado por la opción *choice*, es decir, estimular la capacidad de elegir los sistemas de provisión.

▼
Los países con una mayor influencia socialdemócrata tradicionalmente han apostado más por la opción *voice*, esto es, por la presencia en órganos de participación de los ciudadanos.

▼
Posibilidades en nuestro país

▼
Es necesario contar con organizaciones capaces de atender una demanda creciente de un tipo de cuidado integral (social y sanitario) que, hasta hoy, ha sido resuelto por líneas de servicios gobernados por entidades diferentes.

▼
Los municipios asumen en general los problemas derivados de la atención social de primer nivel y desarrollan también múltiples programas de protección y promoción de la salud.

también en la prestación integrada de servicios de salud y de servicios sociales en el primer nivel.

En algunos de los países restantes se han iniciado reformas para promover el acercamiento entre los distintos programas de atención personal de primer nivel. Sería el caso de Nueva Zelanda¹⁴ o del Reino Unido, donde se promueve el establecimiento de autoridades locales integradas, aunque por el momento la financiación procede de fuentes distintas (salud, del Ministerio de Salud, y servicios sociales, del Ministerio de Transportes y Regiones, vía municipios). Ejemplos de estas reformas en el Reino Unido son la creación de grupos de atención primaria que implican la colaboración, a escala local, de los médicos de cabecera y las autoridades locales para la compra de servicios hospitalarios, o las zonas de acción sanitaria que promueven la cooperación entre los profesionales, y las autoridades de diversos sectores, para garantizar la aplicación adecuada de los programas de prevención y promoción de la salud¹⁵.

Si se realiza el mismo análisis comparado, pero esta vez en relación con la participación, se podría decir que, en general, los sistemas políticos occidentales contemplan la participación e influencia de los ciudadanos en la configuración de los servicios de acuerdo con dos grandes tendencias¹⁶. Los países con fuerte tradición liberal han apostado por la opción *choice*, es decir, estimular la capacidad de elegir los sistemas de provisión, de forma tal que esta elección determine la direccionalidad de la financiación.

Los países con una mayor influencia socialdemócrata tradicionalmente han apostado más por la opción *voice*, esto es, por la presencia en órganos de participación de los ciudadanos, con mayor o menor peso en la planificación u organización de los servicios.

Los mayores éxitos de esta opción se han registrado en la organización de los países nórdicos, donde en general la participación se ha visto fortalecida por el desarrollo de estrategias de fuerte descentralización y de «devolución» a las autoridades locales de las funciones en la provisión de servicios (y en muchos casos en la cofinanciación de los mismos). La cercanía de la autoridad,

en este caso sanitaria, a los niveles locales, con refrendo político (elecciones), favorece la agilidad y la transferencia de información, lo que a su vez favorece la participación. Algunos países como Noruega¹⁷ establecen incluso procesos electorales específicos para elegir a los representantes de la comunidad que se integrarán en los órganos de planificación territoriales.

Posibilidades en nuestro país

Los escenarios apuntados más arriba señalan cada vez más la necesidad de contar con organizaciones capaces de atender una demanda creciente de un tipo de cuidado integral (social y sanitario) que, hasta hoy, ha sido resuelta por líneas de servicios gobernados por entidades diferentes. La coordinación asistencial en este contexto resulta difícil, lo cual aconseja avanzar en la integración de los servicios. Estas organizaciones deberán responder a las peculiaridades locales, así como disponer de sistemas de participación cercanos al ciudadano, donde éste pueda ejercer no sólo un papel consultivo, sino también de gobierno de estos servicios.

Los municipios asumen en general los problemas derivados de la atención social de primer nivel; actúan de puerta de entrada a los servicios sociales asistenciales de primera línea o en el desarrollo de políticas de promoción social en la comunidad; desarrollan también múltiples programas de protección y promoción de la salud, todo ello dentro de un concepto amplio que se ha denominado «servicios personales»¹⁸.

Para ello han desarrollado clásicamente una amplia gama de soluciones a los problemas de transversalidad entre distintas líneas de servicios, han encontrado fórmulas de trabajo imaginativas para promover la participación ciudadana, como los procesos de Agenda 21 o los presupuestos municipales participativos^{19,20}, y han desarrollado sistemas de gestión muy ágiles para buena parte de los servicios que se prestan desde los ayuntamientos (fundaciones, consorcios, sociedades anónimas públicas, etc.). El electorado en este nivel suele conocer muy de cerca las decisiones de los concejales, lo que da al ciudadano un mecanismo de influencia muy directo, a través del voto entre otras posibilidades, sobre la configuración de los servicios.

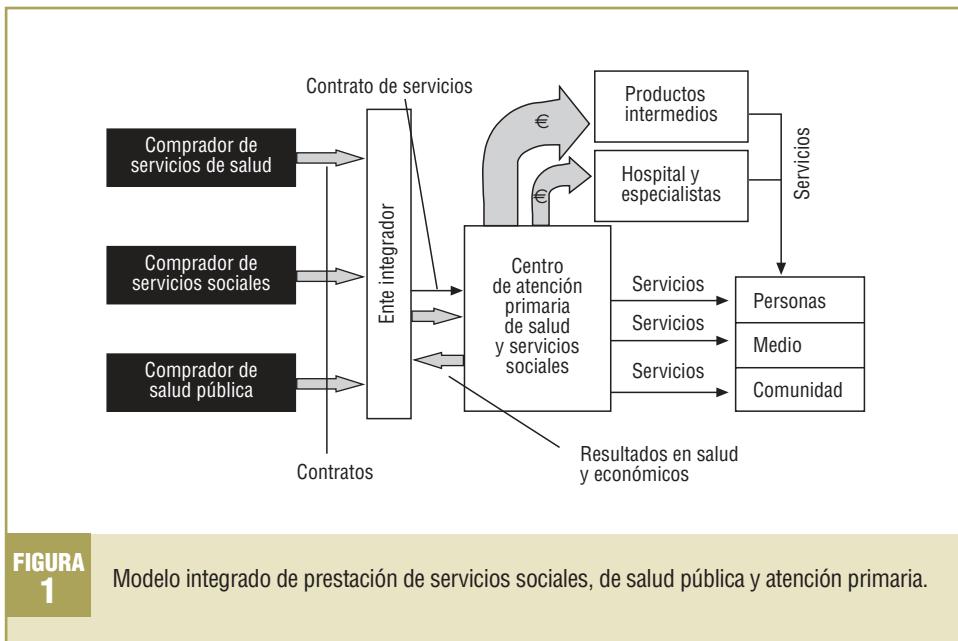


FIGURA 1

Modelo integrado de prestación de servicios sociales, de salud pública y atención primaria.

Es por ello que la finalización de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas abre una nueva oportunidad de considerar la posibilidad de replantear el papel de los municipios en el sistema de salud, y especialmente en la atención primaria, por su especial característica de ser un servicio de uso masivo y cercano, donde las políticas de proximidad pueden tener un papel muy relevante.

De la presencia municipal en el gobierno de la atención primaria cabría esperar, además de otorgar una mayor viabilidad a las políticas de transversalidad especialmente con los servicios sociales (de gestión municipal), promover una mayor diversidad en los modelos de gestión y una mayor adaptabilidad de los servicios a las necesidades derivadas de la focalización de diversos programas.

La creación de un modelo de atención de ámbito local que integre la atención primaria, los servicios sociales, así como los programas de salud pública y promoción de la salud que desarrollan muchos municipios, no requiere cambiar ninguna ley, sino sencillamente aplicar las ya existentes.

Con el esquema que se reproduce en la figura 1 se pretende desarrollar una propuesta de modelo de atención con estas características. El modelo propuesto se fundamenta en la separación de las funcio-

nes de financiación y provisión. Para ello se crearía una entidad territorial de gobierno municipal que recibiría la financiación procedente de distintos organismos financieros, tanto públicos como privados (p. ej., para la atención a la dependencia de residentes extranjeros). Esta entidad actuaría como comprador de los servicios «personales» para su población a los centros de primaria y servicios sociales. Podría plantearse incluso la compra de algunos servicios de carácter especializado, promoviendo así la sustitución progresiva de servicios de segundo por los de primer nivel de mayor alcance y recorrido asistencial, y con una fuerte presencia en los programas de desarrollo domiciliario.

El instrumento de relación entre los financieros y la entidad territorial sería el contrato programa, en el que se establecerían la financiación, objetivos, incentivos, etcétera.

En el nuevo modelo la entidad territorial se ha de dotar de un órgano de gobierno cuya función sea precisamente esa, gobernar la entidad, no gestionarla, devolviendo las funciones propias de gestión a los gerentes²¹. En la diferenciación entre gobierno y gestión puede estar la clave para encontrar un punto de proximidad con los ciudadanos y desarrollar vías de influencia eficaces de la sociedad en las organizaciones.

LECTURA RÁPIDA

▼ De la presencia municipal en el gobierno de la atención primaria cabría esperar promover una mayor diversidad en los modelos de gestión y una mayor adaptabilidad de los servicios a las necesidades derivadas de la focalización de diversos programas.

▼ La creación de un modelo de atención de ámbito local que integre la atención primaria, los servicios sociales, así como los programas de salud pública y promoción de la salud que desarrollan muchos municipios, no requiere cambiar ninguna ley.

▼ El modelo propuesto se fundamenta en la separación de las funciones de financiación y provisión. Para ello se crearía una entidad territorial de gobierno municipal.

▼ En la diferenciación entre gobierno y gestión puede estar la clave para encontrar un punto de proximidad con los ciudadanos y desarrollar vías de influencia eficaces de la sociedad en las organizaciones.



LECTURA RÁPIDA

▼ **Las dificultades en nuestro entorno**

Ante las circunstancias que plantean los municipios de pequeño tamaño, cabe plantearse soluciones en dos direcciones: la búsqueda de ámbitos plurilocales y la superación de las dinámicas de conflicto intergubernamentales.

▼ La articulación de la transversalidad también puede verse dificultada en procesos de integración de servicios con distinto peso presupuestario.

▼ A este problema se le añade el desarrollo desigual de los sistemas de información, lo cual podría sesgar el establecimiento de las prioridades hacia una vertiente más sanitaria.

▼ Finalmente, para garantizar la equidad territorial, sería razonable que la transferencia de la capacidad de gobierno a los niveles locales se viera acompañada de la transferencia de los recursos adecuados.

TABLA
1

Agrupación de habitantes según tamaño del municipio de residencia

Tamaño	Municipios		Habitantes	
	N	%	N	%
< 10.000	7.456	91,97	9.664.445	23,50
10.001-20.000	332	4,10	4.638.790	11,28
20.001-500.000	313	3,86	19.756.909	48,05
> 500.000	6	0,07	7.056.698	17,16
	8.107	100,00	41.116.842	100,00

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2002.

Las dificultades en nuestro entorno

España cuenta con municipios que presentan una gran diversidad de tamaños, como se puede observar en la tabla 1. Un 23% de la población vive en municipios de menos de 10.000 habitantes. Este factor hace cuestionable la posibilidad de transferir competencias complejas al nivel local. Algunos países nórdicos, como Suecia, antes de abordar reformas de descentralización radical procedieron a disminuir, de forma muy notoria, el número de municipios propiciando su fusión en unidades con mayor capacidad de gestión²². En nuestro país este tipo de reformas parece difícil de llevar a cabo en un corto plazo por el tipo de acogida que en este sentido han tenido algunas iniciativas (p. ej., Informe Roca, en Cataluña). Ante las circunstancias que plantean los municipios de pequeño tamaño, cabe plantearse soluciones en dos direcciones: *a)* la búsqueda de ámbitos plurilocales que permitan aprovechar las economías de escala en los servicios, entre los que se encontrarían desde los órganos supralocales (consejos insulares, comarcas, entre otros) a mancomunidades de municipios, consorcios, etc., y *b)* la superación de las dinámicas de conflicto intergubernamentales, por lógicas de gobierno multinivel en el ámbito de servicios personales. La articulación de la transversalidad también puede verse dificultada en procesos de integración de servicios con distinto peso presupuestario, en los que se corre el riesgo de que los servicios con más peso absorban toda la financiación.

A este problema se le añade el desarrollo desigual de los sistemas de información, lo cual podría sesgar el establecimiento de las prioridades hacia una vertiente más sanitaria. En este sentido, resulta esencial tra-

jar desde un inicio con sistemas de contrato programa, que permitan incorporar en los objetivos, la financiación y los incentivos del contrato, la voluntad política de integración armónica y de fortalecimiento, por ejemplo, de los servicios sociales y la salud pública.

Igualmente garantizar la continuidad asistencial con el nivel especializado se esgrime como una razón para mantener el sistema de salud integrado verticalmente. No deja de sorprender el contraste entre la persistencia en señalar el problema de la continuidad asistencial como uno de los grandes temas pendientes de nuestro sistema de salud, y la ausencia de evaluación formal en este sentido. Con todo, en los territorios donde no se produce integración de proveedores entre el nivel especializado y el de atención primaria de salud, no parecen evidenciarse dificultades mayores que en los territorios donde la atención se encuentra integrada verticalmente. Probablemente la solución (si es que existe el problema) venga más de la mano de las soluciones tecnológicas, especialmente el acceso a información clínica común, entre el hospital y la atención primaria, que de disposiciones organizativas integradas.

Finalmente, para garantizar la equidad territorial, sería razonable que la transferencia de la capacidad de gobierno a los niveles locales se viera acompañada de la transferencia de los recursos adecuados, debidamente ponderados por las variables relacionadas con las necesidades sociales y sanitarias de la población. En este sentido la aportación de recursos desde el ámbito local, si bien no cabe descartarla, debería estar restringida al supuesto crecimiento de los servicios más allá de la cartera básica para todos los ciudadanos.

Conclusiones

Los servicios de salud en España se encuentran ante una gran oportunidad derivada de las expectativas creadas por las transferencias a las comunidades autónomas de las competencias en sanidad. La propia desaparición del INSALUD exige pasar página.

En el ámbito de la atención primaria de salud se experimenta con un amplio número de fórmulas para su renovación, desde la privatización de la provisión mediante la aparición de sociedades de profesionales, hasta la integración de su gestión en áreas territoriales junto con los hospitales.

En este marco, el reconocimiento de la necesidad de renovar el rol del ciudadano en el sistema de salud podría aportar nuevas ideas sobre las formas de gestión y gobierno de la atención primaria y reequilibrar la iniciativa del cambio, de forma que no parta exclusivamente de las preferencias y necesidades de los profesionales.

Considerar la transferencia de poder (*empowerment*) a ciudadanos y profesionales exige elevar un poco la vista, más allá de estructuras clásicas de provisión, y comprender que incorporar a los poderes locales en las políticas de salud puede suponer una vía inexplorada donde se combinen ágilmente el poder público, la implicación del ciudadano y la agilidad en la gestión.

Bibliografía

1. Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson, 1990.
2. Estrada A, Mir N, Paradell LL, Rovira G. El tractat de Maastricht. ¿Què es i com ens afecta? Patronat Català pro Europa. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1992.
3. Elola J. Política sanitaria española. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2001.
4. Echevarría K, Subirats J. Descentralización y coordinación de la sanidad en el Estado autonómico. Madrid: Papeles de Economía, 1998; p. 78-93.
5. Aguilar MJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2001.
6. Price Waterhouse Couopers. HealthCast 2010. Disponible en: <http://www.pwchealth.com/healthcast2010.html>
7. Institute for the Future. Health and health care 2010. The forecast, the challenge. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2000.
8. Casado D, López I, Vellesa G. Dependència i atencions de llarga durada. Col·lecció Estudis Socials, n.º 6. Barcelona: Fundació La Caixa, 2001.
9. Institut Municipal de Salut Pública. Estadístiques de salut, mortalitat i natalitat a la ciutat de Barcelona 1998. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 2001.
10. Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarin MI, Benach N. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España 1987-1995. Merck, Sharp & Dohme, Barcelona, 2001.
11. Wolfson M, Rowe J. On measuring inequalities in health. Bull WHO 2001;79:553-60.
12. Puig J. Model de finançament del sistema sanitari. Informe tècnic. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 1999. Disponible en: <http://www.chc.scs.es./grupchc/CATALA/50000.htm>
13. Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
14. King HA. The primary health care strategy. New Zealand: Ministry of Health, 2001. Disponible en: <http://www.executive.govt.nz/minister/king>
15. Rico A, Busse R. Sistemes i reformes sanitaris a Europa. Fulls Econòmics 2000;34:6-16.
16. Hirschman A. Exit voice and loyalty. Response to decline in firm organisation and state. Harvard: Harvard University Press, 1970.
17. European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition: Norway. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2000. Disponible en: <http://www.euro.who.int/observatory/hits/ctrytoppage/>
18. Brugué Q, Goma R. Gobiernos locales y políticas públicas. Barcelona: Ariel, 1998.
19. Font N, Subirats J. La participación pública en los procesos de Agenda 21. En: Font J, editor. Ciudadanos y decisiones públicas. Barcelona: Ariel, 2001.
20. Goma R, Rebollo O. Democracia local y ciudadanía activa: reflexiones en torno a los presupuestos participativos. En: Font J, editor. Ciudadanos y decisiones públicas. Barcelona: Ariel, 2001.
21. Oriol Bosch A. Més sobre les organitzacions i la seva governació. Disponible en: http://www.iesalut.org/pensaments/mes_organitzacions/index.htm
22. Diderichsen F. Devolution in Swedish health care. BMJ 1999;318:1156-7.

► LECTURA RÁPIDA

Conclusiones

En el ámbito de la atención primaria de salud se experimenta con un amplio número de fórmulas para su renovación.

El reconocimiento de la necesidad de renovar el rol del ciudadano en el sistema de salud podría aportar nuevas ideas sobre las formas de gestión y gobierno de la atención primaria.