

BARCELONA: EL PROYECTO CIUDADES SALUDABLES. UN MARCO PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Eduardo Spagnolo de la Torre
Jaume Costa Galobart

Barcelona: The «healthy cities» project as a frame work fir local health administration systems

Es evidente que la salud de la población se mejora a través de acciones desde fuera del sector sanitario (toda acción que aumente el grado de educación, de calidad de vida, de libertad y de solidaridad de los ciudadanos estará aumentando también su salud), y es por esto que la salud es en primer lugar un asunto político y solamente en segundo lugar una cuestión técnica.

Este trabajo presenta la experiencia de Barcelona y analiza el impacto potencial sobre la salud de los ciudadanos de las distintas iniciativas sociopolíticas desarrolladas desde las primeras elecciones democráticas dentro del marco conceptual de «Ciudades Saludables».

The paper holds that the overall well being of any population is bettered by action from without the usual strict limits of what is considered to be sanitation proper. Thus all that promotes better education, standards of living, freedom and public spiritedness as among the population at large is thought to favour their health. It is thus argued that health is first and foremost a matter politic and only after being so a subject for mere technical consideration.

The paper offers Barcelona as a discussion point, analyzing the potential impact upon the health of its citizens of the variform political developments from the beginning of the transitional period to the present doing this within the overall terms of reference of the «Healthy Cities» project's ideas.

En el mes de junio de 1986 la Comisión de Gobierno de la ciudad de Barcelona aceptó participar en el proyecto Ciudades Saludables de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud. Antes de producirse esta decisión oficial la política local de salud de Barcelona había cambiado de forma significativa.

La llegada de la democracia posibilitó la renovación de los gobiernos locales y en el Area de Salud Pública, del Ayuntamiento de Barcelona, después de las primeras elecciones democráticas, en 1979, se inició un cambio profundo en su funcionamiento (Ajuntament de Barcelona,

1979). Este cambio abarcó la concepción de la política local de salud:

«Es evidente que incrementaremos la salud de la población a través de acciones desde fuera del sector sanitario (toda acción que aumente el grado de educación, de calidad de vida, de libertad y de solidaridad de los ciudadanos estará aumentando también su salud), y es por esto que la salud es en primer lugar un asunto político y solamente en segundo lugar una cuestión técnica. Por tanto, los responsables de la salud, además de los técnicos, han de ser, por un lado, cada individuo y, por el otro, la sociedad en general, a través de sus formas de organización y de sus instituciones» (Ajuntament de Barcelona, 1979.)

Eduardo Spagnolo de la Torre es coordinador del Area de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona.

Jaume Costa Galobart es responsable del Proyecto Ciudades Saludables del Ayuntamiento de Barcelona.

Ambos cambios, en el funcionamiento del Area de Salud Pública y en la concepción de la política local de salud, deben situarse en el mar-

co de las características estructurales y organizacionales de la ciudad.

1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACION SOCIOPOLITICA DE LA CIUDAD

Barcelona es una urbe de 1.720.000 habitantes que se encuentra rodeada por un cinturón de municipios que en total configuran una metrópolis de unos cuatro millones de habitantes. La población, a semejanza de otras ciudades europeas, durante los últimos años ha sufrido un proceso de ligera disminución y propensión al envejecimiento. La baja tasa de natalidad, que ha disminuido casi un 50 por 100 entre 1975 y 1985, en el año 1987 fue de 8,1 por 1.000; el aumento de la esperanza de vida, setenta y tres y setenta y nueve años al nacer para hombres y mujeres, respectivamente, en el año 1986, y un saldo migratorio negativo, más de 10.000 personas en 1987, son las variables demográficas que explican la ligera disminución de la población y el progresivo envejecimiento. Así en 1986, un 14,60 por 100 tienen más de sesenta y cuatro años, y un 19,47 por 100 menos de quince.

La superficie del municipio es de 99 kilómetros y se divide en 10 distritos que son unidades político-administrativas de la ciudad. Al frente de cada distrito está el concejal responsable del mismo que es asesorado por el consejo de distrito, en el que participan los partidos políticos con representación en el distrito. Una proporción importante de los recursos, presupuestarios y de personal, antes situados en las áreas, departamentos centrales del municipio, han sido desplazados a los distritos. Los objetivos de este proceso de descentralización, actualmente en curso, son facilitar la coordinación intersectorial y la participación ciudadana. Así, algunos programas de salud pública anteriormente coordinados desde el área central son hoy en día competencia de los distritos. Pero aún de mayor importancia son los nuevos programas horizontales planificados desde los distritos que reúnen la salud pública con los servicios sociales, los servicios de educación, los servicios de juventud, los servicios deportivos... y también con las asociaciones del barrio y los grupos voluntarios.

La coordinación de las áreas municipales centrales es también política y administrativa. Un teniente de alcalde coordina a los concejales de varias áreas que constituyen una macroárea. El Área de Salud Pública forma parte de la Macroárea de Bienestar Social, que contiene también las áreas de servicios sociales, educación, deportes y juventud. La creación de esta estructura organizativa ha posibilitado el desarrollo de diversos planes horizontales (infancia, voluntariado, mujer, tercera edad...) que están siendo discutidos, en estos momentos, por las asociaciones ciudadanas relacionadas con el tema del plan y la administración municipal.

En conclusión, descentralización y macroáreas suponen cambios organizativos coherentes

con la filosofía de acción intersectorial y participación ciudadana del proyecto Ciudades Saludables.

Un buen ejemplo del impacto de estas políticas sobre el medio sanitario es el caso del distrito de Ciudad Vieja. Este distrito es el más pobre de la ciudad, con el porcentaje más alto de población inmigrada y anciana, prostitución, viviendas antiguas en malas condiciones e infraestructura sanitaria deficiente. Las estadísticas sanitarias demuestran que presenta la más alta mortalidad infantil y la más baja esperanza de vida de la ciudad, a la vez que la más alta mortalidad por causas externas, en especial mortalidad relacionada con las drogas. La descentralización ha permitido elaborar programas específicos para responder a los problemas del distrito (DIEZ, 1988). Una sociedad mixta de capital privado y público se ha constituido para la rehabilitación urbanística, varios viejos edificios serán recuperados como centros culturales para toda la ciudad, serán construidas nuevas viviendas y se repararán las antiguas, y por otro lado se han desarrollado programas para los grupos más débiles: madres y niños, consumidores de drogas parenterales... Los vecinos del barrio han desarrollado un papel muy activo, especialmente en algunos aspectos, como la denuncia de las «mafias».

2. PROBLEMAS SOCIOECONOMICOS MAS IMPORTANTES Y RELEVANTES PARA LA SALUD

El caso del distrito de Ciudad Vieja ilustra de forma gráfica las íntimas relaciones entre los problemas socioeconómicos y los de salud.

La estructura económica de Barcelona y su cinturón industrial ha cambiado profundamente en los últimos años. Desde el año 1974 la crisis económica ha producido altas tasas de paro, un 18 por 100 en 1987 (Ajuntament de Barcelona, 1988), y una distribución de la población activa entre los sectores productivos. El sector industrial ha disminuido, aunque unas 180.000 personas aún trabajan en este sector (Ajuntament de Barcelona, 1988), y el sector servicios ha aumentado su peso relativo debido a las nuevas tecnologías y a la evolución de la economía mundial. La mayor parte de las inversiones industriales se han dirigido a la reducción de los costes salariales y no al aumento de la producción global. Además un mercado competitivo ha producido una mayor concentración de capital con mayor importancia del capital extranjero y la destrucción de unidades productivas (LLARCH, 1987).

Los Juegos Olímpicos, en cuanto suponen un importante elemento «rompedor de la uniformidad» (MARAGALL, 1986), encierran un potencial de reactivación económica que ya se ha manifestado en algunos sectores, como, por ejemplo, en la construcción, en donde se ha producido un déficit de mano de obra. El Plan Estratégico de Barcelona, actualmente en discusión entre la ad-

ministración municipal, grupos empresariales y asociaciones ciudadanas tiene como objetivo aprovechar el potencial dinamizador de la ciudad, establecer objetivos futuros de desarrollo y superar la atonía que podría producirse después del acontecimiento olímpico.

Pero este clima de reactivación económica no es obstáculo para que continúen las desigualdades socioeconómicas entre los distritos de la ciudad. Las tasas de paro, analfabetismo, niveles de renta varían de forma importante entre los distritos y esto se refleja también en los indicadores sanitarios. Así la tasa de mortalidad infantil en el distrito de Ciudad Vieja es una vez y media mayor que en el distrito más rico de la ciudad, 14,506 y 9,71, respectivamente; las razones de mortalidad estándar por tuberculosis pulmonar y por cirrosis hepática son más de tres veces mayores en Ciudad Vieja que en el distrito de mayor nivel socioeconómico, y la utilización de los servicios sanitarios, en un nivel de necesidad similar, es menor en las clases sociales bajas que en las altas (ALONSO, 1988).

Las condiciones de las viviendas también presentan variaciones significativas entre los diferentes distritos. Aunque, a nivel de toda la ciudad, son una minoría las que carecen de los equipamientos sanitarios mínimos: un 0,12 por 100 de los domicilios no tienen WC, un 0,43 por 100 no disponen de agua corriente y un 5 por 100 no poseen ducha (ANTO, 1985). Además el barraquismo se ha reducido en un 50 por 100 en los últimos cinco años, estando censadas solamente 321 barracas en el año 1987, la mayoría de las cuales están ocupadas por gitanos (Ajuntament de Barcelona, 1988).

3. NIVELES DE SALUD DE LA CIUDAD EXPRESADOS EN TASA DE MORBI/MORTALIDAD, ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS

Una de las primeras preocupaciones de los responsables democráticos del Área de Salud Pública fue la creación de un sistema de información sanitaria para conocer los problemas de salud de la población y la eficiencia de los servicios de salud (Ajuntament de Barcelona, 1979). Los indicadores objetivos como la mortalidad, la morbilidad, los diagnósticos de altas hospitalarias, la contaminación atmosférica se combinan con informaciones subjetivas como la encuesta de salud domiciliar que mide la morbilidad percibida, la utilización de los servicios de salud y la opinión de los ciudadanos sobre su propia salud (SPAGNOLO, 1988). Un informe anual que recoge todas estas informaciones con las prioridades para el año próximo, *La Salud en Barcelona*, es presentado por el concejal responsable de la salud pública al pleno del Ayuntamiento desde 1984. La publicación y distribución de este informe permite difundir entre los ciudada-

nos y los profesionales temas frecuentemente olvidados, como las diferencias en los niveles de salud entre los barrios de la ciudad.

3.1. Mortalidad

La tasa de mortalidad por 1.000 habitantes fue de 8,95 en 1987 para toda la ciudad (Ajuntament de Barcelona, 1988). La primera causa de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, un 25 por 100 de todas las muertes, seguidas de los tumores del aparato respiratorio, un 4,56 por 100, y de las causas externas, 4,03 por 100. Son, sin embargo, estas últimas el primer motivo de los años de vida potencial perdidos en la ciudad para ambos sexos. La mortalidad presenta diferencias importantes según los sexos: en los hombres la cardiopatía isquémica, el tumor maligno de pulmón y la cirrosis son causas importantes en relación con los años de vida potencial perdidos; en cambio, en las mujeres el cáncer de mama, la cirrosis y las enfermedades cerebrovasculares ocupan un lugar destacado. La mortalidad infantil representó 10,4 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 1986 (ALONSO, 1987).

3.2. Morbilidad

El patrón de morbilidad, predominancia de las patologías crónicas en detrimento de las transmisibles, es congruente con la mortalidad. Así durante el año 1987 no se notificaron casos de cólera, peste, fiebre amarilla, rabia, difteria, fiebre exantemática, poliomielitis o triquinosis. Otras como el sarampión disminuyeron de forma notable, probablemente por los altos niveles de cobertura vacunal. El aumento reciente de las tasas de tuberculosis detectadas, 46,42 por 100.000 habitantes en 1987, es resultado de una búsqueda activa de los casos y de una mayor incidencia de tuberculosis entre los usuarios de drogas endovenosas (CAYLA, 1988). Este último grupo es el más afectado por el SIDA, 54,6 por 100 de los casos, seguido de los varones con conductas homosexuales o bisexuales, 32,9 por 100 de los casos (Institut Municipal de la Salut, 1988).

En relación con las enfermedades crónicas, un 54,6 por 100 declara padecer algún trastorno crónico, según la encuesta de salud domiciliar de 1986. De mayor a menor frecuencia son: artrosis o reumatismo, «mala circulación», «alergia», varices, cefalea...

En cambio, los principales motivos de consulta médica son las enfermedades respiratorias, seguidas de las infecciosas y las dermatológicas. Por otro lado, los más frecuentes motivos de ingreso hospitalario en los hombres son las patologías digestivas, respiratorias y circulatorias; en las mujeres, el embarazo, los procesos genitourinarios y digestivos (ALONSO, 1987).

La prevalencia de consumidores de opiáceos se sitúa entre el tres y el seis por cada 1.000 per-

sonas de quince-treinta y nueve años (ALONSO, 1987). En relación con las drogas legales, un 48,9 por 100 de los hombres y un 17 por 100 de las mujeres mayores de catorce años son fumadores habituales y un 7 por 100 de la población declara un consumo diario de alcohol superior a 59 gramos (ANTO, 1985).

3.3. Abastecimiento de agua

Las aguas de las cuencas de dos ríos cercanos a la ciudad, el Llobregat y el Besós, son tratadas para garantizar su calidad sanitaria y abastecer a la ciudad.

La gestión del abastecimiento la realiza una empresa privada, mientras que el Área de Salud Pública controla su calidad a través de una red de muestreo que incluye la salida de las instalaciones de depuración, los depósitos principales y varios puntos de consumo. Para la evaluación se utilizan varios tipos de indicadores: medidas *in situ*, concretamente características organolépticas, cloro libre residual, cloro combinado residual, cloro residual total, pH y conductividad, y medidas en el laboratorio municipal, que incluyen parámetros físicos, químicos y microbiológicos.

La calidad de las aguas de abastecimiento público de Barcelona se puede calificar como de sanitariamente aceptable; excepción son algunos manantiales que surtían a pequeñas zonas de la ciudad y que fueron clausurados por una concentración de nitritos superior a los niveles admisibles.

El control de la calidad de las aguas es una competencia municipal compartida por otras administraciones: la entidad metropolitana de aguas, la Comunidad Autónoma de Cataluña y la administración central (Ajuntament de Barcelona, 1985).

3.4. Disposición de desechos sólidos

En el año 1988 los desechos sólidos producidos en Barcelona han sido un total de 958 millones de toneladas, que se desglosan en las siguientes clases (Unitat Operativa de Neteja, 1988):

	Miles Tm.
Residuos domiciliarios	580,98
Residuos de la limpieza de las calles	13,44
Residuos procedentes de los mercados	29,65
Muebles viejos	20,08
Escombros	41,07
Vidrio	4,21
Papel	0,43
Medicamentos (kg)	4.071,00

Los residuos domiciliarios son introducidos por los ciudadanos en bolsas de plástico homologadas que se depositan en contenedores de 1.100 litros. Los contenedores se acoplan y va-

cían mecánicamente en los camiones encargados de la recogida de los residuos domiciliarios.

La eliminación de los desechos se gestiona a través de un vertedero controlado, 576.000 toneladas, de una planta incineradora de basuras, 273.000 toneladas, y del reciclaje de los mismos, 24.000 toneladas (Unitat Operativa de la Neteja, 1989).

La planta incineradora produce energía eléctrica que es aprovechada para las instalaciones de la propia planta, o vendida. El reciclaje se basa en la recogida selectiva de diferentes materiales residuales, vidrio y papel, a través de contenedores específicos que se distribuyen por varios puntos de la ciudad. Los beneficios de la recogida de vidrio, en cada distrito de la ciudad, se adjudican al consejo de distrito; esto supone un estímulo visible que refuerza el comportamiento ciudadano en relación con la recogida de vidrio. Otros materiales, muebles viejos, medicamentos, escombros, son también objeto de recogidas selectivas por sus especiales características. Aunque las experiencias de recogida selectiva son relativamente recientes, sus resultados resultan esperanzadores y se sitúan en el marco del modelo ecológico de ciudad (WHO, 1988) y en la filosofía de construcción de entornos saludables postulados por el proyecto Ciudades Saludables (HANCOCK, 1988).

4. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1. Redes de servicios

La aprobación de la Ley General de Sanidad por el Parlamento español en 1986 supone los siguientes principios:

— El Estado garantiza la cobertura sanitaria de toda la población.

En Barcelona los servicios de asistencia sanitaria ofrecen cobertura «pública» actualmente a un 95 por 100 de la población (ALONSO, 1987).

— Las comunidades autónomas, gobiernos regionales, son responsables de la planificación y gestión de los servicios sanitarios en su territorio.

— La salud pública se ha de estructurar en una única red, bajo la dirección de las comunidades autónomas y con la participación política de la administración local. Esto supone la integración de centros sanitarios de diversas administraciones públicas (Seguridad Social, ayuntamientos, diputaciones...) en una única red de asistencia sanitaria.

— Esta única red se divide en áreas territoriales sanitarias de gestión y planificación, las cuales incluyen centros de atención primaria y hospitales.

— Los servicios sanitarios privados pueden participar en la red pública a través de conciertos, y los poderes públicos ejercen su vigilancia a través de criterios precisos de acreditación.

El Ayuntamiento de Barcelona ha firmado un convenio con la Comunidad Autónoma de Cataluña para la implantación de estos principios. Barcelona se constituye como una única área sanitaria, el municipio participará en el consejo de dirección del área, con un 40 por 100 de los consejeros, y además el área se divide en sectores sanitarios que coinciden con los diez distritos municipales, lo que facilitará la participación ciudadana y la coordinación de los servicios de asistencia sanitaria con los servicios municipales (ANONIMO, 1988).

4.1.1. Servicios hospitalarios

La ciudad cuenta con 71 hospitales de agudos, de los cuales sólo 25 disponen de más de 100 camas, pero éstos suponen un 79,2 por 100 de las camas de agudos de la ciudad. El total de camas de agudos es de 10.191, lo que implica una tasa de 5,8 camas por 1.000 habitantes frente a una tasa de 3,9 en Cataluña. Sin embargo, se concentran en Barcelona un 46 por 100 de todas las camas de la Comunidad Autónoma de Cataluña y sólo un 29 por 100 de la población catalana, así la tasa relativamente alta de camas de agudos se explica por la atracción que ejerce la capital sobre toda la Comunidad Autónoma (CASAS, 1984).

La distribución geográfica de las camas no es homogénea, ni atiende a criterios poblacionales. Sin embargo existe una accesibilidad a los hospitales de la ciudad de un máximo de treinta minutos, con transporte colectivo, para un 83 por 100 de los ciudadanos (CASAS, 1984a).

Respecto a la propiedad de las camas, un 49 por 100 son de gestión pública y el resto se reparten entre el sector benéfico-privado, Iglesia (9,2 por 100) y Cruz Roja (2,8 por 100) entre otros, y el sector privado (36 por 100) (CASAS, 1984a). Esto ha facilitado la constitución del Consorcio de Hospitales de Barcelona, contemplado en el Convenio entre la Comunidad Autónoma y el Ayuntamiento, cuyo objetivo es permitir una mayor capacidad financiera y de gestión del conjunto hospitalario para abordar inversiones de alta tecnología, promocionar la investigación biomédica, coordinarse para la formación universitaria y la organización de los Juegos Olímpicos (ANONIMO, 1988). Hay que destacar, en relación con el tema de la propiedad, que solamente un 22 por 100 de las camas de la ciudad no están concertadas con la red pública (CASAS, 1984a).

La tasa de ingresos hospitalarios de los residentes en la ciudad es de 93,41 por 1.000 habitantes. El grupo de edad con más ingresos es el de mayores de sesenta y cuatro años, 174,5 por cada 1.000 habitantes. Del conjunto de los ingresados un 55 por 100 son intervenidos quirúrgicamente (ALONSO, 1987).

4.1.2. Servicios de asistencia primaria

Existen en la ciudad 44 centros de asistencia primaria de la red pública que ofrecen, en régimen ambulatorio y domiciliario, servicios de medicina general, pediatría y enfermería, además nueve de ellos disponen de especialidades médicas. La accesibilidad a los centros de asistencia primaria es de un máximo de treinta minutos para un 89 por 100 de la población (CASAS, 1984b).

Sin embargo, la calidad de la asistencia está fuertemente afectada por la masificación de las consultas, provocada por el restringido horario de los profesionales, los déficits de utillaje y de las instalaciones, la frustración del personal sanitario, la ausencia de prestaciones preventivas y de promoción de la salud... Así un 8,4 por 100 de las visitas han sido consideradas como bastante o muy insatisfactorias por los usuarios (ALONSO, 1987).

La reforma de la atención primaria de salud con la creación de equipos de atención primaria, el aumento del horario de los profesionales, de dos a seis horas diarias, la utilización de la historia clínica individual, la mejora de las retribuciones del personal sanitario y la creación de consultas de enfermería intenta, aunque muy lentamente, superar la crisis del sector de asistencia primaria.

La frecuentación de las consultas de asistencia primaria, públicas y privadas, es de siete visitas por persona y año. Un 64 por 100 de las visitas se producen en el sector público y un 33 por 100 en el privado (ALONSO, 1987).

Esta alta cifra de frecuentación, aparte de problemas estructurales que la reforma de la asistencia primaria quiere resolver, plantea el tema de la cultura sanitaria de la población y los profesionales. El Área de Salud Pública ha introducido en varios centros de asistencia primaria actividades de promoción de la salud. Así se ha facilitado la integración de las vacunaciones en los centros, se han desarrollado programas contra el tabaquismo y se ha elaborado una guía de grupos de autoayuda (*self-help*) en la ciudad, a partir de entrevistas a los mismos, que puede ser útil para el personal sanitario, los usuarios y la propia administración. Con esta misma filosofía se realizará próximamente un estudio sobre las pautas de autocuidados (*self-care*) de la población de Barcelona. Se trata, en definitiva, de convertir en operativa la reorientación de los servicios sanitarios que postula la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (ANONIMO, 1986) y el proyecto Ciudades Saludables (HANCOCK, 1988).

4.2. Emergencias

Existen dos tipos de servicios para la atención de las urgencias: los hospitalarios y los extrahospitalarios.

Las urgencias hospitalarias son unas 70.000 al año y un 70 por 100 se concentran en cuatro grandes hospitales de la ciudad. El 73 por 100 de las urgencias hospitalarias provienen de residentes en la ciudad, lo que demuestra la atracción de los servicios de urgencias hospitalarios de Barcelona sobre áreas fuera del municipio.

La frecuentación de los servicios de urgencia hospitalarios es de 296 visitas por 1.000 habitantes y año, y probablemente aumentará en el futuro por el envejecimiento de la población. Otros factores que explican esta elevada frecuentación son que el 77 por 100 de los ciudadanos acuden a los servicios de urgencia sin haber consultado previamente ningún otro servicio o profesional sanitario y que muchas de las demandas a los servicios de urgencia hospitalarios corresponden a patologías banales, así solamente un 15 por 100 de las urgencias requieren hospitalización (CASAS, 1984a).

Situación similar se produce en los 13 servicios públicos de urgencias extrahospitalarias, dotados de médicos generales y personal de enfermería, que prestan atención ambulatoria y domiciliaria. La primera causa de demanda de atención urgente son los procesos gripales, bronquitis y faringitis, un 14 por 100 del total (CASAS, 1984a).

Probablemente la insatisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria, el fracaso de estos servicios en la resolución de determinados problemas de salud y una cultura sanitaria muy medicalizada, desconocedora de las posibilidades de los autocuidados (*self-care*) y de la autoayuda (*self-help*), están en la raíz del problema.

5. LOS ABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA URBE

El abastecimiento de medicamentos se produce a partir de la industria farmacéutica y de los almacenes de distribución que los suministran a las oficinas de farmacia y a los servicios de farmacia hospitalaria.

Las oficinas de farmacia, todas de propiedad privada, constituyen un total de 1.047 puntos de venta, una oficina para cada 1.675 habitantes, de medicamentos, material de cura, alimentos infantiles y fórmulas magistrales (Servei d'Ordenació Farmacèutica, 1984).

La Seguridad Social sufraga un 60 por 100 de los gastos originados por las prescripciones farmacéuticas de los médicos de los centros de asistencia primaria, excepto en el caso de pensionistas y jubilados en los que corre a cargo del 100 por 100 del coste de los medicamentos. Un cálculo aproximado de los costes de las prescripciones farmacéuticas, de los centros de asistencia primaria, en 1980, asciende a 6.425 millones de pesetas, de éstos 1.129 millones fueron

pagados por los ciudadanos y el resto por la Seguridad Social (COSTAS, 1984). A estas cifras habría que sumar los costes de las prescripciones de los servicios privados y los de otras administraciones públicas.

Un 64 por 100 de las camas de los hospitales de Barcelona, concretamente 21 hospitales, cuentan con servicio de farmacia hospitalaria que desarrolla funciones tales como implantación de una guía farmacológica, programa de detección de reacciones adversas, distribución racional de los medicamentos, preparación de soluciones de nutrición parenteral y/o enteral, información sobre medicamentos (Servei d'Ordenació Farmacèutica, 1984).

6. LAS FORMAS DE PARTICIPACION SOCIAL

La descentralización de competencias de las áreas centrales municipales a los distritos posibilita una mayor participación ciudadana. Así el Ayuntamiento ha aprobado unas normas reguladoras de la participación ciudadana (Ajuntament de Barcelona, 1987) para que ésta pueda desarrollarse tanto a nivel de toda la ciudad como de los distritos. En cada distrito debe constituirse un consejo consultivo de asociaciones y entidades que informa los presupuestos y el programa de actuación, además de proponer la adopción de acuerdos por los órganos decisivos del distrito. Existen a nivel de toda la ciudad un consejo similar, y también consejos para las áreas y macroáreas municipales centrales. En este sentido recientemente se ha constituido el Consejo de Bienestar Social que se ocupa, entre otros temas, de la salud pública ciudadana.

En relación con los servicios de asistencia sanitaria, el convenio entre el municipio y la Comunidad Autónoma prevé, tal como se se ha comentado anteriormente, una participación del 40 por 100 de representantes de la ciudad en el consejo de dirección del área sanitaria de Barcelona. Además la futura constitución de las juntas de sector sanitario, una subdivisión del área sanitaria que coincide con el territorio de los distritos, permitirá que la participación en los servicios asistenciales sea también a nivel de cada distrito.

Pero la participación comunitaria, uno de los ejes de trabajo del proyecto Ciudades Saludables (HANCOCK, 1988), debe ir más allá de las formas institucionales de participación para ofrecer canales concretos para los problemas específicos. La comisión formada por distintas asociaciones preocupadas por el SIDA es un buen ejemplo de ello. Estas asociaciones han recibido del Área de Salud Pública apoyo técnico y financiero para la ejecución de acciones de difícil realización por parte de los servicios municipales, como la distribución de folletos informativos en los locales gays o la organización de seminarios de «sexo seguro» (VILLALBI, 1988).

El crecimiento del voluntariado social es otra estrategia para fomentar una mayor participación ciudadana. Se ha firmado un acuerdo entre la Cruz Roja y el municipio para promocionar el voluntariado a través de experiencias concretas. Algunas de éstas, como el inventariado y recuperación de espacios residuales urbanos por parte de los voluntarios de un distrito, pueden ser consideradas modelos de buena práctica que ejemplarizan la participación de la comunidad en la construcción de una ciudad más saludable (PARES, 1988).

7. LA FINANCIACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS

La financiación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, hospitales y centros de asistencia primaria, corre a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, en más de un 90 por 100, y de los presupuestos de la Seguridad Social, concretamente aportaciones de trabajadores, que se deducen de sus salarios, y empresarios. La Ley General de Sanidad prevé, en un futuro, una total financiación a cuenta de los Presupuestos Generales.

Los centros hospitalarios públicos y privados concertados por la Seguridad Social son reembolsados por ésta, según los servicios prestados y en función del nivel de acreditación del centro.

Los gobiernos locales, ayuntamiento y diputación, han financiado tradicionalmente con sus presupuestos la asistencia a los ciudadanos con

bajos ingresos y sin cobertura de la Seguridad Social. Sin embargo, en el año 1989 los Presupuestos Generales del Estado han previsto una dotación específica para este grupo de población.

En el año 1980 los gastos sanitarios de la Seguridad Social en Barcelona fueron unos 39.000 millones de pesetas; los del Ayuntamiento, 4.000 millones, y los de la Diputación, 700 millones (COSTAS, J. C.).

Desde el primer ayuntamiento democrático, en 1979, los administradores de los centros asistenciales municipales han realizado esfuerzos y han conseguido controlar el gasto y aumentar la productividad. Esta política, a pesar de las tensiones con el personal sanitario, ha permitido disminuir el porcentaje del presupuesto municipal dedicado a los servicios curativos (Ajuntament de Barcelona, 1986).

Actualmente el Área de Salud Pública está adaptando los grupos diagnósticos relacionados, *diagnosis related groups*, utilizados en los Estados Unidos, a los hospitales de la ciudad. Esto permitirá mejorar la planificación, gestión y presupuestación de los servicios hospitalarios (CASAS, 1987).

El proyecto Ciudades Saludables ofrece un nuevo marco para afrontar la crisis de los sistemas locales de salud, que sin abandonar los instrumentos útiles técnicos y de gestión, propone utilizar la cooperación intersectorial y la participación comunitaria como estrategias para un mayor control de los ciudadanos sobre su propia salud y la de su ciudad. Barcelona ha decidido avanzar por esta senda.

BIBLIOGRAFIA

- AJUNTAMENT DE BARCELONA (1979): *Política de salut de l'Ajuntament de Barcelona*. Area de Sanitat, Ajuntament de Barcelona.
- (1985): «Informe sobre el estado del medio ambiente en Barcelona, 1985», *Informes Tècnics del Area de Sanitat - Medio Ambiente*, núm. 5, Area de Sanitat - Medi Ambient, Ajuntament de Barcelona.
- (1986): *La Salut a Barcelona. Informe del Regidor de Sanitat al Consell Plenari Novembre 1986*, Area de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona.
- (1987): *Normas reguladoras de la organización de los distritos y de la participación ciudadana*, Ajuntament de Barcelona.
- (1988): *Anuari Estadístic de la ciutat de Barcelona 1987*, Ajuntament de Barcelona.
- ALONSO, J.; RUIGOMEZ, A., y ANTO, J. M. (1987): *La Salut a Barcelona. Informe del Regidor de Sanitat al Consell Plenari, 1987*, Area de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona.
- ALONSO, J., y ANTO, J. M. (1988): «Desigualdades de salud en Barcelona», *Gaceta Sanitaria*, núm. 2, págs. 4-12.
- ANONIMO (1988): «Conveni d'Ordenació Sanitària de la Ciutat de Barcelona», *Barcelona Salut*, núm. 3, págs. 4-5.
- ANTO, J. M.; COMPANYY, A., y DOMINGO, A. (1985): *Encuesta de Salud de Barcelona*, Colección «Estudis i Recerques», Serie Salut Pública, núm. 2, Ajuntament de Barcelona.
- CASAS, M.; CASAS, X.; COMPANYY, A., y HUGUET, M. (1984a): *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*. Vol. 1 1) «L'assistència hospitalària»; 2) «L'assistència d'urgències», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.
- CASAS, M.; CASAS, X.; COMPANYY, A., y HUGUET, M. (1984b): *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*, Vol. 2, y 3): «L'assistència primària», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.
- CASAS, M., y TOMAS, R. (1987): *Diagnosis related groups (DRG) in the local hospitals of Barcelona*, Comunicación presentada a «Medical Informatics Europe 87» 7th International Congress. Roma, 21-25 septiembre 1987.
- COSTAS, J. C., y ROVIRA, J. (1984): «Depesa sanitària». En *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*, Vol. 3 y 4): «Estudis de suport», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.
- HANCOCK, T. (1988): «Five-Year Planning Framework», *WHO Healthy Papers*, núm. 2, The WHO Healthy Cities Project Office.
- LLARCH, E.; SAEZ, X.; GÜELL, X., y RODRIGUEZ, M. R. (1987): *Dimensió econòmica i territorial del barcelonès*, Colecció Catalunya Comarcal, Caixa d'Estalvis de Catalunya.
- MARAGALL, P. (1986): «La capacitat de gestió dels Ajuntaments», *L'Opinió Socialista*, núm. 1, págs. 79-86.
- PARES, M. (1988): *Promoció del voluntariado para el inventariado y recuperación ecológica de espacios residuales urbanos en Barcelona*. Caso práctico presentado al Primer Congreso Español de Ciudades Saludables, Alicante, 1-3 marzo 1988.
- SERVEI D'ORDENACIO FARMACEUTICA (1984): «L'assis-

- tencia farmacèutica la ciutat de Barcelona», en *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*, Vol. 3. 4): «Estudis de suport», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.
- UNITAT OPERATIVA DE LA NETEJA (1988): *Quadre General de Produccions*, Unitat Operativa de la Neteja, Ajuntament de Barcelona.
- VILLALBI, J. R., y COSTA, J. (1988): *Iniciativas comunitarias contra el SIDA en Barcelona*. Caso práctico presentado al Primer Congreso Español de Ciudades Saludables, Alicante, 1-3 marzo 1988.
- WHO (1988): *Workshop on Ecological Models for Healthy Cities Planning. Summary Report*, Liverpool, 25-27 marzo 1988. WHO Regional Office for Europe.
-