



Revista de Administração Pública - RAP

ISSN: 0034-7612

rap@fgv.br

Escola Brasileira de Administração

Pública e de Empresas

Brasil

Oliver-Mora, Martí; Iñiguez-Rueda, Lupicínio

El impulso de experiencias desde abajo hacia arriba como mecanismo de participación en
el diseño de servicios públicos

Revista de Administração Pública - RAP, vol. 50, núm. 3, mayo-junio, 2016, pp. 377-394

Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241046211003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El impulso de experiencias desde abajo hacia arriba como mecanismo de participación en el diseño de servicios públicos

Martí Oliver-Mora

*Universitat Autònoma de Barcelona / Facultat de Psicologia, Departament de Psicologia Social
Barcelona / España*

Lupicinio Iñiguez-Rueda

*Universitat Autònoma de Barcelona / Facultat de Psicologia, Departament de Psicologia Social
Barcelona / España*

El presente artículo contribuye al Nuevo Servicio Público como perspectiva que promueve una gestión pública más participativa, mediante la implicación de los ciudadanos y empleados públicos de base en el diseño de los servicios públicos. Centrado en el ámbito de la atención primaria de la salud en España, tiene por objetivo comprender cómo los profesionales sanitarios detectan las necesidades sociales de sus pacientes para darles respuesta. Para ello, hemos analizado 19 experiencias innovadoras impulsadas por los profesionales sanitarios y que están relacionadas con la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) al ámbito de la salud. Los resultados de esta investigación contribuyen a la construcción de un modelo para el diseño de servicios públicos desde una perspectiva basada en las necesidades sociales de la población.

PALABRAS CLAVE: gestión pública; gestión sanitaria; servicios públicos; atención primaria de salud; innovación.

O impulso de experiências de baixo para cima como um mecanismo para a participação no projeto de serviços públicos

O presente artigo contribui ao Novo Serviço Público como perspectiva que promove um gerenciamento público mais participativo, mediante o envolvimento dos cidadãos e empregados públicos de base no desenho dos serviços públicos. Centrado no âmbito da atenção primária da saúde na Espanha, tem por objetivo compreender como os profissionais sanitários detectam as necessidades sociais de seus

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612143984>

Artículo recibido en 15 de diciembre de 2014 y aprobado en 23 de diciembre de 2015.



pacientes para dar resposta a eles. Para isso, analisamos 19 experiências inovadoras impulsionadas pelos profissionais sanitários e que estão relacionadas com a aplicação das tecnologias da informação e a comunicação (TIC) ao âmbito da saúde. Os resultados desta pesquisa contribuem para a construção de um modelo para o desenho de serviços públicos de uma perspectiva baseada nas necessidades sociais da população.

PALAVRAS-CHAVE: gestão pública; gestão da saúde; serviços públicos; atenção primária em saúde; inovação.

The impetus of experience from the bottom up as a mechanism for contributing to the design of public services

This article contributes to the New Public Service by offering a perspective that promotes a more participatory public governance by involving citizens and street-level bureaucrats in the overall design of public services. Focused on primary healthcare in Spain, this article seeks to understand how healthcare professionals detect the social needs of their patients so that they can fulfill them. In order to do this, the article analyzes 19 innovative experiences put forward by healthcare professionals and that are related to the implementation of information and communications technology (ICT) in healthcare. The results of this research contribute to the construction of a model for the design of public services focused on the social needs of the population.

KEYWORDS: public management; healthcare management; public services; primary healthcare; innovation.

1. Introducción

El Sistema Sanitario español se ha visto inmerso desde la década de los 80 del siglo pasado en una serie de reformas que han tenido como consecuencia la introducción de algunos de los mecanismos de gestión pública reclamados por el paradigma de la Nueva Gestión Pública (NGP). En el ámbito de la atención primaria de la salud, destaca especialmente la contratación externa de servicios por parte de organizaciones privadas y la introducción de técnicas de gestión empresarial en las entidades sanitarias públicas con el objetivo de mejorar su competitividad. Entre otras cosas, estas reformas han contribuido a otorgar más poder a las Gerencias de las Áreas de Salud (Meneu y Peiró, 2011), y a distanciar las prioridades de estas estructuras organizativas respecto a las necesidades sociales de la población (Gené, 2009).

Frente a esta coyuntura, algunos expertos en gestión pública han apostado por reivindicar el Nuevo Servicio Público (NSP) como paradigma alternativo al de la NGP (Denhardt y Denhardt, 2000). Para sus impulsores, el cambio en la gestión de las administraciones públicas pasa por situar a los ciudadanos y a los empleados públicos de base en el centro del proceso político mediante la introducción de mecanismos participativos en la formulación, prestación y evaluación de los servicios públicos.

La presente investigación se ubica dentro de los postulados del NSP, y tiene como objetivo comprender la manera en que los profesionales sanitarios detectan las necesidades

sociales existentes en la población mediante la interacción con sus pacientes, así como los mecanismos que ponen en práctica para desarrollar experiencias que sean capaces de dar respuesta a estas necesidades. De este modo, contribuye a la construcción de un modelo para el diseño de servicios públicos desde una perspectiva centrada en los pacientes y en los profesionales sanitarios de base.

El trabajo de campo ha consistido en la realización de 19 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la salud que hayan participado en el desarrollo de experiencias innovadoras relacionadas con la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Entendemos por *experiencias innovadoras* aquellas iniciativas impulsadas desde abajo hacia arriba por parte de los profesionales de la salud y que tienen como objetivo dar respuesta a las necesidades sociales de los pacientes a través de la implantación de nuevos servicios públicos.

Los resultados de la investigación nos han permitido visualizar la manera en que los profesionales de la salud detectan las necesidades sociales de los pacientes en el marco de la consulta, y cómo satisfacen estas necesidades mediante la implantación de experiencias innovadoras. Asimismo, hemos podido destacar la influencia que ejerce el contexto político y el contexto organizacional sobre el desarrollo de estas experiencias. Finalmente, hemos elaborado un esquema definido como *marco de acción*, y que puede servir como patrón de referencia a la hora de estudiar los procesos de diseño de servicios públicos desde una perspectiva centrada en el impulso de experiencias generadas desde abajo hacia arriba.

2. Antecedentes y consideraciones teóricas

Entre la década de los 70 y la década de los 90 del siglo pasado, se fue imponiendo progresivamente la perspectiva de la Nueva Gestión Pública (NGP) como patrón de referencia en la gestión de las administraciones públicas en la mayoría de los países occidentales (Denhardt y Denhardt, 2000). A grandes rasgos, esta perspectiva nace como consecuencia de la voluntad de reformar unas administraciones públicas excesivamente burocratizadas, jerarquizadas y centralizadas. Se intentó transformar estas administraciones incorporando principios tradicionalmente vinculados al sector empresarial, como eficacia, eficiencia, reducción del gasto público, descentralización, etc. (Román, 2011).

Más allá del fuerte componente retórico de este desplazamiento, la asimilación de la NGP por parte de las administraciones públicas supuso un cambio normativo en la manera de gestionar estas organizaciones, introduciendo no únicamente técnicas, sino también valores clientelares y racionalistas provenientes de las teorías del *management* empresarial (ver, por ejemplo, Osborne y Gaebler, 1992).

En el ámbito sanitario, la adopción de la NGP tuvo como consecuencia la implementación de reformas masivas en los sistemas públicos de salud de los diferentes países occidentales. Comenzando por Gran Bretaña durante la década de los 70, la llamada "*strategy of managerialism*" (Flynn, 1992) se fue imponiendo progresivamente por otros países como Alemania, Suecia o Suiza (Theurl, 1999; Bergmark, 2000). En la atención primaria de la sa-

lud, estas reformas supusieron, a grandes rasgos, una reducción generalizada del presupuesto destinado a esta especialidad, la reducción de inversiones, la introducción de indicadores de rendimiento y la implementación de la medicina basada en evidencias (Sheaff et al., 2006).

En España, este planteamiento se ha visto reflejado durante la década de los 90 con una reorientación de la política sanitaria derivada de las directrices emanadas del Informe Abril, publicado en 1991, y de las recomendaciones del Tratado de Maastricht, con la intención de reducir el déficit público mediante la revisión del sistema sanitario surgido a partir de la Ley General de Sanidad de 1986 (Gérvas et al., 2005). Una de sus consecuencias más destacables ha sido el aumento en la competitividad entre los proveedores de servicios sanitarios, permitiendo la entrada de proveedores privados (Rodríguez et al., 2000). En el ámbito de la atención primaria, esto se ha traducido en la contratación externa de los servicios de atención primaria por parte de organizaciones privadas – que pueden ser sociedades anónimas, sociedades limitadas, sociedades laborales o cooperativas –, formadas completa o mayoritariamente por profesionales sanitarios. Ejemplos en este sentido son las experiencias con las Entidades de Base Asociativa (EBA) realizadas en Cataluña, o el Modelo Alzira en Valencia (Meneu y Peiró, 2011).

Por otra parte, el Informe Abril enfatiza la escasez de mecanismos efectivos de gestión por parte de las Áreas de Salud (demarcaciones territoriales en las que se estructuran los servicios autonómicos de salud) y recomienda la introducción de técnicas de gestión empresarial en las entidades sanitarias públicas con el objetivo de mejorar su competitividad. En la práctica, este conjunto de recomendaciones acabaría repercutiendo en la transmisión de más poder a las Gerencias de las Áreas de Salud, una estructura ya creada en el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud de 1984, y a la que se le unirían de forma progresiva nuevos cargos en el ámbito de la atención primaria, como los directores y subdirectores médicos y de enfermería, de gestión administrativa, etc. (Meneu y Peiró, 2011).

Un ejemplo paradigmático en este sentido son los cambios en la gestión dirigidos a integrar verticalmente los servicios de salud mediante las experiencias de Gerencia Única, conocidas internacionalmente como Organizaciones Sanitarias Integradas. Se trata de redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población. Así, se basan en la integración bajo una sola organización de los diferentes servicios sanitarios para atender a un paciente a lo largo del continuo asistencial (Vázquez et al., 2005). Sin embargo, estas reformas en la gestión han sido duramente criticadas por el hecho de estar orientadas más hacia las necesidades de la estructura hospitalaria y de los profesionales que hacia los principales problemas de salud de la población (Pou-Bordoy et al., 2006).

Por otra parte, son cada vez más numerosas las voces que exigen una mayor independencia de los gestores sanitarios respecto a los políticos y los proveedores, y apuestan por desplazar el liderazgo que actualmente ostentan estos gestores hacia los profesionales y los pacientes (Gérvas et al., 2005; Gené et al., 2009; Gené, 2009). Como ha mostrado Joan Gené (2009) mediante los resultados de una encuesta realizada por El Equipo de Investigación sobre Atención Primaria en España (2006-2007) de la Universidad Pompeu Fabra

(Navarro y Martín-Zurro, 2009), los puestos directivos de las Áreas de Salud son designados directamente por los políticos del partido que gobierna — sin contar con concursos públicos ni con el desarrollo de una carrera profesional de gestión —, la cual cosa provoca un déficit de profesionalización de estos cuadros directivos. A su vez, esta situación pone en cuestión la calidad directiva de estas organizaciones, y dificulta la consolidación de proyectos. Finalmente, hay que añadir el hecho de que los directores de los Equipos de Atención Primaria, que podrían servir como contrapunto profesional a la excesiva politización de los gerentes y demás directivos de área, disponen de escasa capacidad de administración sanitaria, ya que no existen mecanismos formales de participación a parte de los estrictamente jerárquicos de línea directiva (Gené, 2009).

La hipertrofia de las estructuras directivas y su excesiva orientación hacia la eficiencia, la eficacia y la reducción de costes, es decir, hacia las necesidades de la estructura organizativa y financiera, son los principales argumentos que están detrás de las críticas de algunos expertos en gestión pública a la perspectiva de la NGP descrita anteriormente. Es en el marco de estas críticas que ha surgido la propuesta del Nuevo Servicio Público (NSP), una corriente que apuesta por situar a los ciudadanos y a los empleados públicos de base en el centro del proceso político mediante la introducción de mecanismos participativos en la formulación, prestación y evaluación de los servicios públicos. Básicamente, la corriente del NSP busca superar “el modelo de dirección y de gestión de la sociedad sustentado, de forma casi exclusiva y excluyente, en criterios y valores de mercado e inicia el camino hacia un nuevo modelo más democrático” (García y Pastor, 2011:3).

De los postulados del NSP surge la necesidad de revisar la manera en que tradicionalmente se ha analizado la prestación de servicios públicos, desde el punto de vista de la NGP. Es en esta línea que en la presente investigación nos hemos centrado en un aspecto muy concreto relacionado con el análisis de servicios públicos, esto es, la “identificación de iniciativas innovadoras impulsadas desde abajo hacia arriba que sean capaces de mejorar los servicios que prestan las administraciones públicas”.

Para entender qué significa para el NSP “situar a los ciudadanos y a los empleados públicos de base en el centro del proceso político”, resulta especialmente significativo comprender el proceso que conlleva la aplicación de los servicios públicos. Se trata de un proceso que implica como mínimo tres niveles: el primero (nivel macro) es el de la acción gubernamental, y tiene como resultado las leyes, políticas y planes estratégicos que definen las líneas generales que deben seguir los organismos locales y regionales a la hora de implementar unos determinados servicios. En el ámbito de la atención primaria, esta acción corresponde mayoritariamente a los Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas, ya que constituyen el principal órgano competente en materia sanitaria. El segundo nivel de acción (nivel meso), corresponde a la acción institucional, y consiste en la forma operativa en que cada organización traduce las líneas generales marcadas por sus respectivos Departamentos de Salud en proyectos concretos. Son agentes de acción institucional los Equipos de Atención Primaria, que mediante la gestión de centros garantizan la coordinación de los profesionales sanitarios en el marco de una Área Básica de Salud. Finalmente, el tercer nivel de acción (nivel micro),

es la acción pública, es decir, la interacción real que finalmente se genera entre la ciudadanía y los empleados públicos, por ejemplo, en el ámbito de una consulta médica.

Teniendo en cuenta esta distinción, merece la pena destacar que el análisis que aquí proponemos se aleja considerablemente de los aplicados en ciencia política o en gestión pública, y por el contrario, se acerca a lo que podríamos considerar una sociología política o de las políticas públicas. En este sentido, uno de los problemas que tradicionalmente ha tenido tanto la ciencia política como la gestión pública a la hora de estudiar los procesos de aplicación de servicios públicos ha sido que ha centrado únicamente sus esfuerzos en el primer y segundo nivel, olvidando la manera en que los problemas sociales son construidos socialmente por parte de la ciudadanía. De este modo, desde el enfoque aquí propuesto, argumentamos que este tipo de iniciativas debe analizarse desde abajo hacia arriba, y no al contrario, y que por lo tanto debe pivotar en todo momento en torno al concepto de *acción pública*. Es en este sentido, y siguiendo a Jean-Claude Thoenig, que podemos definir la acción pública como “la manera en que una sociedad construye y califica los problemas colectivos y elabora respuestas, contenidos y procesos para abordarlos. El acento se pone más sobre la sociedad en general, no sólo sobre la esfera institucional del Estado” (Thoenig, 1997:28).

De esta forma, poner el énfasis en el estudio de la acción pública implica resaltar una visión que ponga a los empleados públicos y a la ciudadanía en el centro de las decisiones políticas. Así, para los defensores del NSP, los empleados públicos ejercen una función de mediación entre el gobierno y la sociedad civil, resaltando sus capacidades de decisión, negociación y resolución de conflictos, y contribuyendo así a la construcción de una ciudadanía más activa (García y Pastor, 2011). Asimismo, su rol dinámico debe potenciar que la sociedad civil tome las riendas de la esfera pública, articulando de este modo sus propias demandas en proyectos que se ajusten a necesidades reales. En este sentido, y como argumentan Robert B. Denhardt y Janet V. Denhardt:

[...] it no longer makes sense to think of public policies as the result of governmental decision-making processes. Government is indeed a player — and in most cases a very substantial player. But public policies today, the policies that guide society, are the outcome of a complex set of interactions involving multiple groups and multiple interests ultimately combining in fascinating and unpredictable ways. Government is no longer in charge. [Denhardt y Denhardt, 2000:553]

Así pues, el gobierno constituye únicamente uno de los agentes implicados a la hora de proponer soluciones a los problemas colectivos, de manera que estos problemas no pueden analizarse exclusivamente a través de la acción gubernamental. Por el contrario, debemos atender muy especialmente a la interacción que se genera entre los diferentes actores implicados en los contextos sociales donde se implementan los servicios públicos, especialmente entre la ciudadanía y los empleados públicos.

Teniendo en cuenta este planteamiento, hemos llevado a cabo la presente investigación con el objetivo de comprender de qué manera las experiencias desarrolladas desde abajo hacia arriba por parte de los profesionales de la salud, y basadas en las tecnologías de la

información y la comunicación (TIC), contribuyen a dar respuesta a las necesidades sociales planteadas en el ámbito de la atención primaria en España. Además, nos hemos focalizado en aquellas herramientas TIC enmarcadas dentro del ámbito conocido como Salud 2.0. El término “Salud 2.0” se ha utilizado para referirse a la introducción de la Web 2.0 —aquellas TIC que promueven la interacción entre los usuarios a través de internet— al ámbito de la salud. Esto incluye, por ejemplo, la introducción de redes sociales de pacientes en la práctica asistencial (Torrente et al., 2010), la participación de los pacientes en foros públicos en internet (Suriá y Beléndez, 2009), o la utilización de blogs por parte de profesionales y pacientes (Ibáñez y González, 2012).

A lo largo de la última década, gobiernos de países como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Suecia o Brasil han impulsado estrategias nacionales para fomentar el uso de las TIC en el ámbito de la salud. En el caso brasileño, por ejemplo, el Ministerio de Sanidad desarrolló en el año 2014 la *Estratégia e-Saúde para o Brasil*, con el objetivo de aumentar la calidad y ampliar el acceso a la atención sanitaria mediante proyectos como el *Sistema Cartão Nacional de Saúde* o el *Registro Eletrônico de Saúde* (Ministério da Saúde, 2014). En España, el impulso desde arriba hacia abajo de iniciativas relacionadas con el uso de las TIC en salud también ha dado lugar a casos de éxito como la Historia Clínica Electrónica o la Receta Electrónica. Sin embargo, existen muchas necesidades sociales que podrían ser cubiertas, o parcialmente cubiertas, con el uso de este tipo de tecnologías, pero que no se enmarcan en grandes proyectos impulsados desde arriba hacia abajo.

Con esto, en este estudio analizaremos qué tipo de soluciones dan los profesionales de la atención primaria de la salud a los problemas que detectan en su día a día mediante la interacción con los pacientes, cuando todavía no existen mecanismos institucionales para darles respuesta. Para ello, hemos llevado a cabo un trabajo de exploración para identificar aquellos empleados públicos que han decidido poner en marcha los recursos que tenían a su alcance para proponer soluciones. Perseguimos, de este modo, aquellos momentos en que las prácticas de los empleados públicos exceden el rol que tienen estrictamente establecido desde el punto de vista institucional, y que dan lugar a lo que podemos entender como innovación, es decir, ofrecer soluciones nuevas a problemas colectivos.

3. Metodología

La aplicación del método y las técnicas empleados en la identificación y el análisis de las experiencias en Salud 2.0 y desarrolladas por parte de los profesionales de la atención primaria en España ha constado de diferentes etapas. En una primera fase, realizamos una aproximación sociocultural a la webesfera relacionada con la aplicación de la Salud 2.0 en el ámbito de la atención primaria de salud según la concepción de la *Web sphere analysis* desarrollada por S. Schneider y K. Foot (2005). Este enfoque proporciona un marco privilegiado para la realización de una primera aproximación exploratoria a un ámbito de actuación ajeno a los investigadores, como es nuestro caso.

El resultado de esta primera aproximación fue la identificación de 19 experiencias que cumplen con los siguientes criterios: están impulsadas por profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito público de la atención primaria en España, implican un uso interactivo de las TIC, y tienen la voluntad de dar respuesta a las necesidades sociales de la población. Hemos realizado un muestreo intencional de estas experiencias, con el objetivo de ofrecer una mirada panorámica a un sector emergente en España como es el de la aplicación de las TIC al ámbito sanitario. Así, y más allá de los criterios anteriormente mencionados, hemos seleccionado las experiencias con la intención de disponer ejemplos de iniciativas ubicadas en diferentes plataformas de interacción on-line (consultorios virtuales o comunidades virtuales/redes sociales), y que representen los diferentes tipos de interacción que se pueden dar entre los diferentes actores involucrados (entre pacientes, entre profesionales sanitarios o entre unos y otros).

En una segunda fase, hemos realizado una entrevista semi-estructurada a un representante de cada una de las 19 experiencias seleccionadas. Se trata de 19 profesionales de la salud que trabajan en la provisión de servicios públicos en España. Sin embargo, existen algunas diferencias entre los profesionales entrevistados que merece la pena destacar. En primer lugar, no todos los profesionales trabajan en el ámbito de la atención primaria, aunque el tipo de experiencias que han desarrollado cumple con una función tradicionalmente atribuida a este sector sanitario. En segundo lugar, la mayoría de profesionales entrevistados trabaja en una empresa pública proveedora de servicios sanitarios, aunque también hemos seleccionado dos experiencias impulsadas desde una EBA (empresa privada que provee servicios públicos mediante consorcio). En tercer lugar, existen grandes diferencias entre las experiencias seleccionadas a nivel de ámbito de aplicación, ya que mientras que algunas experiencias se integran dentro de las tareas de sus respectivos Centros de Salud, y por lo tanto, en el día a día de los EAP, otras experiencias funcionan de manera independiente, estando coordinadas por los diferentes profesionales fuera de las consultas. Finalmente, cabe destacar que aunque se ha buscado intencionalmente disponer de experiencias de diferentes Comunidades Autónomas, 14 de las 19 experiencias seleccionadas están impulsadas en Cataluña, la cual cosa se debe principalmente al hecho de que la investigación ha sido impulsada desde esta Comunidad Autónoma.

Una vez transcritas las entrevistas, las hemos analizado mediante el programa informático Atlas.ti y siguiendo la técnica del análisis de contenido (Vázquez-Sixtó, 2012). Se trata de una técnica que permite sistematizar la información obtenida en las entrevistas mediante la formulación de inferencias que remitan a un contexto específico, ya sea textual (contenido explícito de las transcripciones), ya sea social (características del enunciante, circunstancias espaciales y temporales en las que se produce, etc.). En síntesis, esta técnica supone partir de los datos textuales para posteriormente descomponerlos en unidades, y finalmente en categorías construidas por analogía según los objetivos de investigación establecidos.

4. Resultados

La Salud 2.0 ha crecido enormemente en estos últimos años en España. De forma paralela a la introducción de las TIC en los demás ámbitos de la esfera pública, cada vez son más los

profesionales de la salud que han visto en las posibilidades que ofrecen estas herramientas una solución a los problemas que detectan en el día a día en las consultas. Sin embargo, sería un error atribuir el desarrollo de estas experiencias simplemente a la pericia de los profesionales sanitarios que las lideran, sino que, por el contrario, es importante resaltar la estrecha conexión de estas experiencias con el contexto donde se ubican. Es en esta línea que hemos detectado tres esferas contextuales que influyen directamente en el impulso de las experiencias, aunque el impacto de una u otra esfera es diferente en cada una de ellas.

En primer lugar cabe mencionar el contexto político, que en estos últimos años se ha visto marcado en España por las consecuencias de la crisis social y económica. Esto se ha traducido en una reducción del presupuesto público destinado al ámbito de la atención primaria, lo cual ha repercutido en la calidad de los servicios públicos prestados. En segundo lugar, el contexto organizacional donde se ubican las diferentes experiencias también influye en su desarrollo, puesto que el apoyo institucional recibido condiciona enormemente tanto su estabilización como su capacidad de expansión territorial. Finalmente, el contexto relacional constituye el ámbito desde el cual los profesionales sanitarios y los EAP deciden impulsar una nueva experiencia. En este sentido, es importante resaltar que es en la interacción cotidiana entre los profesionales sanitarios y los pacientes donde se detectan las necesidades sociales existentes por parte de la población.

4.1. Contexto político

La crisis social y económica que ha afectado España en estos últimos años ha tenido una gran influencia —especialmente en determinados centros de salud— en la calidad de los servicios sanitarios prestados. La atención primaria de salud ha constituido uno de los ámbitos donde se han llevado a cabo de forma más intensa los recortes presupuestarios. Estos recortes han supuesto el cierre de Centros de Salud, al mismo tiempo que las movilizaciones del personal sanitario han puesto de manifiesto las condiciones laborales cada vez más precarias a las que se les está sometiendo.

El impacto de los recortes presupuestarios ha sido identificado como detonante de algunas de las experiencias estudiadas, ya que ha repercutido en muchos centros de salud en un aumento de las listas de espera:

Teníamos listas de espera muy largas, porque con el tema de los recortes se jubiló un especialista en el hospital que no se reemplazó, y esto supuso que tuviéramos que trabajar diferente porque sino se dispersaban las listas de espera, y una manera que encontramos fue utilizar la telemedicina. [Entrevista 4]

La motivación principal surge por una consulta absolutamente saturada, más de 2000 asignados con cerca de 500 niños por debajo de los dos años y creciendo, es una población joven con casi 30 partos mensuales. Se hacía necesario e imprescindible la contratación de un segundo pediatra para repartir cargas, pero eso no era fácil y pensé en otros medios de microgestión para poder abordar el problema. [Entrevista 13]

Precisamente, el hecho de que muchas de estas experiencias surjan para dar respuesta a problemas que se han detectado directamente desde la consulta —y no, por el contrario, de grandes programas impulsados desde arriba— hace que a día de hoy el ámbito de la Salud 2.0 se encuentre muy disperso y con escasa coordinación entre los profesionales de las diferentes Áreas Básicas de Salud:

Cada uno hace lo suyo, estoy viendo muchos Twitters de ambulatorios catalanes, que lo abren como ICS: ICS Berguedà, ICS Catalunya Central, ICS Manresa, etc., y estoy seguro que han empezado un poco en plan “venga va, empezamos nosotros, porque si tenemos que esperar que alguien nos haga un Twitter, podemos morir” [...] Yo creo que son experiencias personales lo que está pasando en la institución, y no me parece mal eh, porque los cambios tienen que venir así [...] los cambios se están haciendo desde los propios ambulatorios y desde los propios hospitales poco a poco. [Entrevista 12]

Normalmente no hay apoyo por parte de la institución, y [las diferentes experiencias] son pequeñas flores, pero esto no hace primavera. Existe una experiencia aquí, una experiencia allá, pero tampoco hemos hecho un estudio de decir “vamos a hacer un ensayo clínico y así demostramos a ver el qué”, no existe. [Entrevista 1]

Así, en los diferentes ámbitos territoriales existen múltiples soluciones para dar respuesta desde la consulta a problemas muy similares, pero las instituciones competentes no manifiestan una voluntad explícita de evaluar estas experiencias en profundidad con el objetivo de estudiar su posible replicación en otras organizaciones con características similares.

4.2. Contexto organizacional

El hecho de que no exista una actuación coordinada por parte de los Departamentos de Salud de las diferentes comunidades autónomas para evaluar y replicar las diferentes experiencias impulsadas por parte de los profesionales de la salud puede explicarse, parcialmente, por el escaso apoyo institucional que reciben algunas de las experiencias analizadas:

El entorno más cercano a mí, es decir, mi jefe inmediatamente superior, o mi distrito sanitario, no lo reconocen como un valor añadido al trabajo que hacemos día a día, pero sí que me lo reconocen fuera [...] Constantemente me están llamando de mucho sitios, desde el País Vasco hasta Madrid, en muchísimos sitios quieren conocer la experiencia, y te la reconocen más fuera de lo que te la pueden reconocer dentro [...] el Servicio Andaluz de Salud me decía “yo te dejo hacer, pero no te voy a dar ni...” Este proyecto no tiene ninguna financiación pública, pues tiraba de lo que había. [Entrevista 9]

Así, el apoyo institucional constituye uno de los principales factores que influyen a nivel de contexto organizacional en el desarrollo de experiencias innovadoras. Además, algunos

profesionales sanitarios perciben con impotencia que la distancia entre los Departamentos de Salud y las experiencias impulsadas desde abajo se agrava, puesto que ven cómo los objetivos descritos en los Planes de Salud no se traducen en mayores ayudas para sus proyectos:

En los tiempos que vivimos, los directores de los centros, desde el director de este centro hasta el director del Área de Salud, nos hemos encontrado que cada vez que nos reunimos y lo presentamos, la acogida es “fantástico, esto está muy bien, sí, sí, que os ayudamos y tal”, y todo va quedando aquí, todo son buenas palabras. Incluso en el Plan de Salud de Cataluña que dice que nos tenemos que poner con las TIC, pero sí, todo queda muy bonito, de palabra y tal, pero en el día real no la vemos esta ayuda. [Entrevista 18]

Sin embargo, sería una exageración considerar que las gerencias de las Áreas de Salud se encuentran totalmente alejadas de estas iniciativas. Por el contrario, el ámbito de la Salud 2.0 presenta un panorama desigual, donde por una parte algunas gerencias han apostado decididamente por el impulso de este tipo de experiencias, mientras que otras gerencias se encuentran ajenas a estos procesos de innovación. La Región Sanitaria Metropolitana Norte de Cataluña constituye un ejemplo paradigmático de impulso de la Salud 2.0 desde el Área de Salud, creando incluso un puesto de trabajo adjunto a la gerencia estrictamente destinado al impulso de experiencias de este tipo. Sin embargo, se trata nuevamente de un caso puntual resultado de la iniciativa de los profesionales que trabajan en este ámbito, y no por el contrario de una orientación generalizada impulsada por el Departamento de Salud:

Fue un poco por casualidad, me llamaron porque sabían que había hecho alguna cosa de Salud 2.0 a nivel de posgrado y habían oído a hablar de ello, y me llamó una directora de allí, de la Región, porque me conocía de antes y tal, y me dijo “¿estás haciendo esto? Es que hemos oído a hablar de ello y no sabemos muy bien lo que es, ¿por qué no vienes un día y nos lo explicas?”. Se lo expliqué y entonces me ficharon. [Entrevista 2]

En cualquier caso, es importante destacar las facilidades que supone impulsar experiencias de este tipo desde estructuras más bien posicionadas a nivel jerárquico como las Áreas de Salud, como expresaba un técnico adjunto a la gerencia de un Área de Salud de Cataluña:

Una de las cosas de estar un poco más arriba es que puedo hacer más y no necesito pedir tanto permiso, que seguramente es una de las cosas que falla, si alguien tiene una muy buena idea pero está muy abajo, es difícil que la haga subir y... Por eso tengo suerte de estar en la posición esta, que por encima sólo tengo al gerente, por tanto si al gerente le parece bien... [Entrevista 4]

Consideración aparte merecen los centros de salud que dependen de organizaciones más pequeñas, como es el caso de las EBA mencionadas anteriormente, ya que al estar formadas por estructuras menos jerarquizadas, no requieren superar tantos filtros verticales para el impulso de nuevas experiencias:

Yo creo que si no hubiéramos sido una EBA, esto hubiera sido imposible, imposible. Esto en el ICS, imposible montarlo. Nosotros, directamente, como somos una EBA y tenemos un presupuesto elevado y podemos gastar este presupuesto como nosotros queramos, nos ha permitido ponernos en contacto con la empresa que nos ha hecho la web y el consultorio virtual, y empezar a trabajar sin pedir permiso al Conseller, porque esto a través del ICS, cualquier cosa que haces es horroroso, horroroso. [Entrevista 8]

4.3. Contexto relacional

Finalmente, es en el contexto relacional donde los profesionales de la salud deciden impulsar experiencias desde abajo para dar respuesta a las necesidades que detectan en el día a día. En este sentido, resulta imprescindible reconocer la importancia de la consulta como el espacio central de interacción donde se detectan las necesidades. Siguiendo la conocida clasificación elaborada por Jonathan Bradshaw (1981), podemos distinguir estas necesidades sociales entre las detectadas por los profesionales sanitarios (necesidades normativas) o las directamente expresadas por los pacientes (necesidades expresadas).

En el primer de los casos, el componente relacional de la interacción con los pacientes puede verse complementado por parte de los profesionales de la salud con el estudio de la literatura científica o con una visión normativa más integral acerca de cuál debería de ser el rol del paciente en el marco del sistema sanitario:

El objetivo, por una parte, era aportar información y hacer que hubiera participación de los propios afectados por las enfermedades crónicas, con la idea del empoderamiento del paciente, y que de alguna manera el paciente sea el que lidere, acompañado de los profesionales, la autocura de su enfermedad [...] Yo estaba paralelamente interesado con el tema de la toma de decisiones compartidas con los pacientes, y había hecho también proyectos de investigación de cómo implicar a los pacientes en las decisiones clínicas que les afectan. Era un ámbito de investigación personal que me interesaba, y aquí no es exactamente lo mismo pero va en la misma línea, por lo tanto no es de extrañar que surgiera esta iniciativa. [Entrevista 5]

Por otra parte, los profesionales sanitarios que intentan dar respuesta a necesidades expresadas buscan mejorar la calidad asistencial mediante medidas prácticas, normalmente vinculadas a la obtención de resultados a corto plazo. Es en este sentido que su percepción y capacidad de respuesta por parte de los profesionales de la salud depende de forma muy estrecha de su voluntad receptiva ante la demandas de los pacientes, así como de su capacidad de iniciativa para convertir la necesidad social diagnosticada en una experiencia innovadora:

Una de las funciones que teníamos las enfermeras en ese momento, era dar talleres a cuidadoras para que aprendieran a auto-cuidarse [...]. Entonces, lo que sí que detectamos allí fue, y en concreto fue con talleres de cuidadoras de enfermos de Alzheimer, fue que nos demandaban a

nosotros ese apoyo social. Ellas decían “en casa llegan a las nueve de la noche y se acuestan; el niño porque tiene que ir al colegio, el marido porque tiene que trabajar mañana... Aquí se acuestan todos y yo no tengo con quien hablar, y a mí nadie me entiende. Mi madre, yo tengo que estar detrás de ella, porque es que se escapa por la calle, si me descuido mete las llaves en el frigorífico, es un sin vivir, y necesito compartirlo con alguien”. [Entrevista 9]

Asimismo, es importante resaltar el carácter innovador de estas experiencias. En el caso de la cita anterior, por ejemplo, vemos que la necesidad detectada por parte de la enfermera entrevistada es “mejorar el apoyo social que reciben las cuidadoras”. En este sentido, no podemos decir que se trate de una necesidad nueva, ni tampoco que no existieran anteriormente otras experiencias impulsadas en ese u otros territorios de España para darle respuesta. Basta recordar, a modo de ejemplo, los grupos de apoyo que se organizan desde hace años en muchos Centros de Salud españoles. Sin embargo, la introducción de las TIC ha posibilitado solucionar esta necesidad de forma diferente a como se venía haciendo hasta el momento, dando lugar a nuevas experiencias que, entre otras cosas, ofrecen la posibilidad de romper con las barreras del tiempo y del espacio:

El Servicio Andaluz de Salud en el año 2002 consideró como población diana de atención a la cuidadora familiar, pero lo que yo voy detectando a lo largo de todos mis años de profesión, es que nos quedábamos cortos. [...] Yo trabajo en un entorno rural, y lo que necesitábamos era buscar un, una herramienta, eh, con la cual las cuidadoras pudieran mantener contacto, bien con otras cuidadoras, bien con profesionales, bien con personas que estuvieran, que fueran susceptibles o que estuvieran muy concienciadas con el campo de los cuidados, y que fuera tanto ubicuo en el tiempo como en el espacio [...] Cuando entras en una red social puedes encontrar un espacio donde expresar tus sentimientos y tus emociones, porque la parte exclusivamente sanitaria está cubierta con el profesional sanitario, pero la parte más emocional, la parte más de apoyo social, es la que se nos quedaba un poco descuidada, entonces pensábamos que este podía ser un proyecto que podía dar cobertura a esa parte que no se cubría desde otras instituciones. [Entrevista 9]

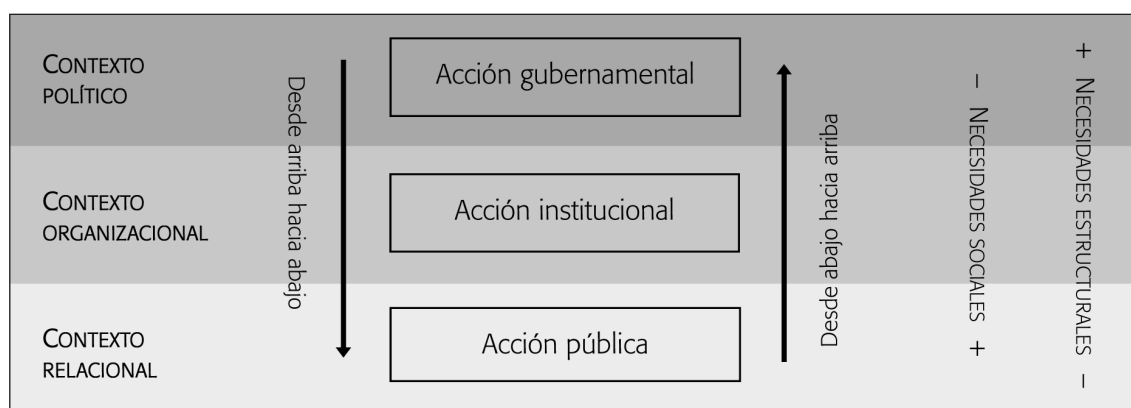
Así pues, las experiencias identificadas nos permiten subrayar la manera en que la introducción de nuevas herramientas interactivas abre la posibilidad de responder de una manera diferente a las necesidades sociales de la población, ajustándose de este modo a la creciente variedad de perfiles de pacientes que existen en la actualidad.

5. Discusión y conclusiones

El trabajo de campo realizado en esta investigación, y expuesto mediante fragmentos de entrevista en el apartado anterior, nos ha permitido visualizar la manera en que los profesionales de la salud detectan las necesidades sociales de los pacientes en el marco del contexto relacio-

nal, y cómo las traducen en experiencias innovadoras para darles respuesta. Asimismo, hemos podido destacar la influencia que ejerce el contexto político y el contexto organizacional sobre el desarrollo de estas experiencias. Estas tres esferas contextuales —política, organizacional y relacional—, constituyen los tres ámbitos donde se genera la acción destinada a la aplicación de los servicios públicos —acción gubernamental, acción institucional y acción pública—. Este panorama, que podemos denominar como *marco de acción*, configura un esquema vertical que refleja la manera en que se definen las necesidades que deben satisfacer las administraciones públicas, así como la manera en que se diseñan los servicios públicos para darles respuesta:

Figura 1
Modelo del *marco de acción*



Fuente: Elaboración propia.

Así, un marco de acción caracterizado por una intervención desde arriba hacia abajo tenderá a dar respuesta a las necesidades de la estructura organizativa y financiera de la entidad que provee los servicios públicos, al mismo tiempo que recibirá una mayor influencia de los planes y proyectos dictados desde las esferas institucionales situadas en la parte superior de la escala jerárquica. Por el contrario, un marco de acción que siga una tendencia desde abajo hacia arriba, tenderá a dar respuesta a las necesidades sociales expresadas por los ciudadanos o definidas por los profesionales públicos de base, los cuales impulsarán iniciativas desde abajo para darles respuesta.

Obviamente, los dos marcos de acción definidos constituyen tipos ideales que difícilmente pueden encontrarse en la realidad. Sin embargo, sí que pueden identificarse diferentes patrones que nos permitan situar el marco de acción que se pretende estudiar en relación a este eje de intervención. Es en este sentido que, por ejemplo, el marco de acción analizado en esta investigación presenta muchas de las características fácilmente atribuibles a un sector de nueva creación —la Salud 2.0— que se inserta en unas dinámicas organizativas fuertemente consolidadas —el Sistema Público de Atención Primaria en España.

Por una parte, el hecho de disponer de unas herramientas hasta hace muy poco inexistentes o inaccesibles ha posibilitado dar respuestas de manera diferente a algunas de las

necesidades detectadas en el ámbito de la Atención Primaria. Los primeros en experimentar con estas nuevas posibilidades han sido los profesionales sanitarios de base, que a falta de experiencias de mayor envergadura encaminadas a resolver estas problemáticas, han decidido impulsar sus propias iniciativas.

Por otra parte, algunos de estos profesionales se han encontrado con un escaso apoyo institucional a la hora de consolidar estas experiencias, las cuales han sido relegadas a la buena voluntad de unos profesionales que dedican su tiempo libre e incluso sus propios recursos materiales para que sigan adelante. Por el contrario, han sido aquellos profesionales con más poder de decisión los que han obtenido mayores facilidades para institucionalizar y estabilizar las experiencias, ya sea porque ocupan cargos mejor situados a nivel jerárquico, ya sea porque trabajan en una organización más pequeña e independiente, como las EBA en Cataluña.

De este modo, nos encontramos con un sector con una base muy participativa, con múltiples experiencias de emprendimiento público y con una fuerte interacción entre pacientes y profesionales sanitarios, pero que por el contrario, dispone de muchas dificultades para deshacer el camino inverso, desde arriba hacia abajo, para obtener mayores recursos y estabilidad con el fin de consolidar estas experiencias surgidas desde la consulta.

Llegados a este punto, merece la pena reflexionar sobre el tipo de análisis llevado a cabo en la presente investigación, así como sobre su posible contribución a la gestión de los servicios públicos desde la perspectiva del Nuevo Servicio Público (NSP). Como hemos remarcado anteriormente, el objetivo del NSP, y también el nuestro en esta investigación, es contribuir a la construcción de una alternativa a la Nueva Gestión Pública como paradigma de referencia en la gestión de las administraciones públicas. Desde nuestro punto de vista, este cambio pasa por situar la ciudadanía y los profesionales públicos de base en el centro del análisis, puesto que es únicamente en la interacción entre ambos actores que podremos atender realmente las necesidades sociales que deben ser cubiertas, ya sea mediante la implantación de nuevos servicios públicos, ya sea mediante la mejora de los existentes. Sin embargo, el contexto en que se genera esta interacción —contexto relacional—, así como las experiencias que surgen para dar respuesta a las necesidades sociales detectadas —acción pública— ocupan habitualmente un lugar secundario en la definición de las prioridades políticas. En palabras de Patrice Duran:

Une telle démarche, privilégiant la nature des objectifs affichés comme standard d'évaluation, a souvent tendance à surestimer le poids des contraintes légales et institutionnelles, et par là, la rationalité des programmes gouvernementaux, mais aussi, du même coup, le pouvoir et l'influence des acteurs liées aux configurations institutionnelles étudiées, et à ignorer les réseaux plus ouverts qui se constituent autour des activités de gouvernement. [Duran, 1990:245]

Es en este sentido que el planteamiento propuesto en este artículo no se ha centrado en la acción gubernamental, sino que por el contrario, en tomar en consideración el conjunto de actores e interacciones que desde abajo intervienen en la definición de las necesidades sociales en un contexto determinado. Así, entendemos que un enfoque excesivamente centrado en la acción gubernamental tiende a subestimar la capacidad de los empleados públicos y de la

sociedad civil de evitar o reajustar las directrices establecidas desde arriba de acuerdo a sus necesidades del día a día. Por el contrario, y como hemos visto en el apartado anterior, estos actores dan respuesta a los problemas colectivos de formas muy diversas, y en muchas ocasiones de forma independiente o con escaso apoyo del aparato institucional que los ampara.

Esta crítica al excesivo peso otorgado a la acción gubernamental ha sido especialmente importante en el seno de lo que se ha llamado *implementation research*, esto es, el estudio de cómo las políticas públicas son implementadas en un ámbito de actuación concreto. El hecho de focalizar su análisis en los diferentes actores implicados en un determinado problema colectivo, les ha servido para dar respuesta a la pregunta de en qué medida las políticas públicas han sido finalmente aplicadas en la vida cotidiana. Los estudios realizados desde esta perspectiva se han caracterizado por resaltar la baja influencia que en determinados ámbitos ejercen las políticas públicas sobre la práctica diaria de los empleados públicos (por ejemplo, Weatherley y Lipsky, 1977; Evans y Harris, 2004 citado en Brandon, 2005), dejando en evidencia que el estudio de las decisiones gubernamentales no sirve para dar cuenta de su efecto real en el día a día de los profesionales. Por el contrario, se hace hincapié en el hecho de cómo la falta de recursos o las condiciones laborales adversas, entre otros motivos, dificultan la ejecución de las políticas públicas, provocando en consecuencia una gran disparidad de modalidades para llevarlas a cabo. En el ámbito de la salud en España, por ejemplo, casi todas las Comunidades Autónomas elaboran un Plan de Salud donde se establecen las prioridades sanitarias a nivel regional, aunque como apunta Joan Gené Badia (2009:2), “muchos de estos Planes de Salud tienden a burocratizarse y a convertirse en un fin en sí mismos, sin llegar a influir sobre la planificación sanitaria o los objetivos de gestión”.

Sin embargo, en esta investigación no nos hemos centrado en la implantación de políticas públicas, sino en *cómo determinados actores que intervienen desde abajo dan respuesta a una necesidad social ante la ausencia de medidas eficaces dictadas desde arriba*. De este modo, el énfasis se ha puesto en el hecho de que *muchas necesidades sociales se definen, pero también se resuelven, desde abajo*. En este sentido, hemos perseguido el grado de improvisación que habitualmente ponen en práctica los profesionales de la salud a la hora de traducir una necesidad social detectada en la consulta en un determinado proyecto que resulte operativo, ejecutando de este modo nuevas prácticas no institucionalizadas que pueden contribuir a mejorar los servicios públicos prestados.

Así pues, el tipo de análisis propuesto en la presente investigación pretende valorizar este tipo de experiencias, así como estudiar la manera en que los profesionales de la salud perciben la influencia que ejerce tanto la acción gubernamental como la acción organizacional en el impulso y consolidación de las mismas. El resultado de este trabajo ha sido el esquema definido como *marco de acción*, y que puede servir como patrón de referencia a la hora de estudiar los procesos de diseño de servicios públicos desde una perspectiva centrada en el impulso de experiencias generadas desde abajo hacia arriba.

No ha sido nuestro objetivo, por el contrario, analizar la medida en que estas experiencias satisfacen finalmente las necesidades de los pacientes. Para ello, sería necesario llevar a cabo estudios de caso en profundidad de cada una de las experiencias, así como realizar

un seguimiento prolongado de los pacientes desde un punto de vista médico y psicosocial. Consideramos que estos estudios son imprescindibles para poder juzgar la posible replicación de este tipo de experiencias a ámbitos de mayor envergadura. Sin embargo, y más allá de la eficacia obtenida por parte de las diferentes experiencias, los resultados expuestos en esta investigación ponen de manifiesto la gran capacidad de los profesionales sanitarios de detectar las necesidades de sus pacientes. Es en este sentido que reivindicamos que estas necesidades sociales sean tomadas en consideración por parte de los gestores sanitarios a la hora de diseñar los servicios públicos pertinentes. Al mismo tiempo, este tipo de experiencias deben recibir un mayor apoyo político e institucional que facilite su emergencia y desarrollo.

Bibliografía

BERGMARK, Ake. Solidarity in Swedish welfare — standing the test of time? *Health Care Analysis*, v. 8, n. 4, p. 395-411, 2000.

BRADSHAW, Jonathan. *Una tipologia de la necessitat social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1981.

BRANDON, Toby. Classic review. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. *Disability & Society*, v. 20, n. 7, p. 779-783, 2005.

DENHARDT, Robert B.; DENHARDT, Janet V. New Public Service. Serving rather than steering. *Public Administration Review*, v. 60, n. 6, p. 549-559, 2000.

DURAN, Patrice. Le savant et le politique: pour une approche raisonnée de l'analyse des politiques publiques. *L'Année Sociologique*, v. 40, n. 40, p. 227-259, 1990.

FLYNN, Rob. *Structures of control in health management*. London: Routledge, 1992.

GARCÍA, María J.; PASTOR, Gema. El nuevo servicio público. Estudio de algunas experiencias colaborativas en los servicios sociales de la Comunidad de Madrid. En: CONGRESO ESPAÑOL DE CIENCIA POLÍTICA Y DE LA ADMINISTRACIÓN, X, 2011, Murica.

GENÉ, Joan. Gestión de la Atención Primaria de Salud. En: NAVARRO, Vicenç; ZURRO, Amando M. (Coord.). *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: Semfyc, 2009. p. 1-9.

GENÉ, Joan; CONTEL, Joan C.; JODAR, Joan Carles. Yes, we can. *Atención Primaria*, v. 41, n. 4, p. 181-183, 2009.

GÉRVAS, Juan et al. *Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España*. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

IBÁÑEZ, Olivia; GONZÁLEZ, Juan D. El Blog como herramienta promotora de un aprendizaje enfermero más significativo. *Index de Enfermería*, v. 21, n. 1-2, p. 74-76, 2012.

MENEU, Ricard; PEIRÓ, Amando M. Vidas paralelas: el Sistema Nacional de Salud y su Atención Primaria. Entre dos crisis. En: ORTÚN, Vicente (Dir.). *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare, 2011. p. 15-36.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estratégia e-Saúde para o Brasil*. Brasília, 2014.

NAVARRO, Vicenç; MARTÍN-ZURRO, Amando (Coord.). *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: Semfyc, 2009.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. *Reinventing government*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1992.

POU-BORDOY, Joan et al. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Atención Primaria*, v. 37, n. 4, p. 231-234, 2006.

RODRÍGUEZ, Marisol; SCHEFFLER, Richard M.; AGNEW, Jonathan D. An update on Spain's health care system: is it time for managed competition? *Health Policy*, v. 51, n. 2, p. 109-131, 2000.

ROMÁN, Laura. De la nueva gestión pública al nuevo servicio público: de ciudadano a cliente y vuelta a empezar. En: CONGRESO ESPAÑOL DE CIENCIA POLÍTICA Y DE LA ADMINISTRACIÓN, X, 2011, Murica.

SCHNEIDER, Steven M.; FOOT, Kirsten A. Web sphere analysis: an approach to studying online action. En: HINE, Christine (Ed.). *Virtual methods*. New York: Berg, 2005.

SHEAFF, Rob et al. The evolving public-private mix. En: SALTMAN, Richard B.; RICO, Ana; BOERMA, Wienke (Ed.). *Primary care in the driver's seat?* Glasgow: Open University Press, 2006. p. 131-146.

SURIÁ, Raquel; BELÉNDEZ, Marina. El efecto terapéutico de los grupos virtuales para pacientes con enfermedades crónicas. *Boletín de Psicología*, n. 96, p. 35-46, 2009.

THEURL, Engelbert. Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany and Switzerland. *Health Care Analysis*, v. 7, n. 4, p. 331-354, 1999.

THOENIG, Jean-Claude. Política pública y acción pública. *Gestión y Política Pública*, v. 6, n. 1, p. 19-37, 1997.

TORRENTE, Elena; TINO, Martí; ESCARRABILL, Joan. Impacto de las redes sociales de pacientes en la práctica asistencial. *Risai*, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2010.

VÁZQUEZ, María L. et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública*, v. 79, n. 6, p. 633-643, 2005.

VÁZQUEZ-SIXTO, Félix. El dispositivo de análisis de datos: el análisis de contenido temático/categorial. Documento sin publicar. 2012.

WEATHERLEY, Richard; LIPSKY, Michael. Street-level bureaucrats and institutional innovation: implementing special-education reform. *Harvard Educational Review*, v. 47, n. 2, p. 171-197, 1977.

Martí Oliver-Mora, Licenciado en Sociología. Máster en Investigación en Psicología Social. Universitat Autònoma de Barcelona. E-mail: m_oliver_m@mac.com.

Lupicinio Iñiguez-Rueda, Catedrático de Psicología Social. Universitat Autònoma de Barcelona. E-mail: lupicinio.iniguez@uab.cat.