

La cartera de servicios en una organización de salud pública

J.R. Villalbí / J. Guix / A. Plasència / J.M. Armengou / X. Llebaría / L. Torralba

Agència de Salut Pública de Barcelona (antes Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona). España.

Correspondencia: Dr. J. R. Villalbí. Agència de Salut Pública de Barcelona. Plça. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: jrvillal@imsb.bcn.es

Recibido: 12 de julio de 2002.
Aceptado: 25 de febrero de 2003.

(Portfolio of services in a public health organization)

Resumen

La definición de la cartera de servicios ha sido uno de los elementos del proceso de mejora de la gestión de los servicios sanitarios en España, en curso, del que los servicios de salud pública se han mantenido en buena parte al margen. En este trabajo se analizan los servicios de salud pública a partir de la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Se propone un esquema de categorización que permite distinguir entre los que son propiamente servicios productivos de salud pública, los que son asistenciales, los que tienen características de productos intermedios y los que son servicios de apoyo o de coordinación y enlace. Se exploran indicadores de productividad, resultado e impacto y de coste, y se formula un catálogo de servicios para una organización de salud pública con responsabilidades sobre una población y un territorio definidos.

Palabras clave: Servicios de salud pública. Cartera. Catálogo. Indicadores. Producto. Resultado. Impacto. Coste. Producción.

Abstract

Health services in Spain are currently being improved. Definition of the services portfolio has been one of the elements in this process, from which public health services have been largely left out. In the present article public health services are examined from the perspective of the Public Health Agency of Barcelona. We propose a scheme to classify services into productive public health services, health care services, services that are intermediate products, support services, and liaison or coordinating services. Indicators of productivity, result, impact, and cost are explored, and a catalogue of services for a public health organization with a well defined population and area is proposed.

Key words: Public health services. Portfolio. Catalogue. Indicators. Outcome. Result. Impact. Cost. Production.

Introducción

Los procesos de cambio en la gestión de los servicios sanitarios, en España, han comportado, entre otros componentes, una definición más estricta de cuál es su producción, la categorización de los servicios que proporcionan, y la medida de los indicadores de producción y de coste, que han permitido posteriormente la definición de estándares de productividad y de coste por equipos¹⁻³. En el campo de la salud pública este proceso no se ha producido de forma concomitante⁴, por diversos motivos. Por un lado, su situación en el núcleo de las funciones más propias de la Administración la ha mantenido alejada de los procesos de cambio inspirados en la gestión de empresas que han adoptado los responsables de los servicios sanitarios. Por otro lado, su actividad se compone de un abanico de tareas, mucho más heterogéneo que el de los servicios asistenciales. Por último, su repercusión, un tanto reducida en el con-

junto del gasto sanitario, puede haberla mantenido relativamente aislada de las tensiones de limitación de recursos, que han sido uno de los mayores estímulos en el cambio de la gestión de los servicios sanitarios (aunque en los últimos años la limitación de recursos haya llegado a los últimos rincones de las administraciones públicas). Recientemente, se han producido algunas iniciativas de reflexión sobre el producto de la salud pública, generadas tanto desde una perspectiva autonómica como urbana⁵⁻⁷.

En este trabajo nos proponemos plantear algunas reflexiones suscitadas por el esfuerzo de clarificación de nuestra cartera de servicios, vinculado a un proceso de planificación estratégica para la creación de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Al mismo tiempo, aplicamos este marco de reflexión al estudio de la producción y los costes de los servicios de nuestra organización, lo que proporciona unas primeras estimaciones de indicadores que pueden utilizarse como referencia en otras iniciativas similares.

Funciones, productos y actividades

El marco conceptual de análisis de los servicios de salud pública del Institute of Medicine utilizado por diversos autores en EE.UU. se revela como una herramienta útil para esta reflexión⁸. En la figura 1 se recoge el esquema desarrollado por Turnock y Handler⁹, que ayuda a comprender la secuencia que va desde la misión a las funciones y los servicios: el resultado final de las actividades de los servicios de salud pública (*outcome*) ha de ser la salud. Sin embargo, sus funciones incluyen conocer la situación de salud, el desarrollo de políticas para mejorarla, y garantizar la prestación de los servicios necesarios, sea directamente o velando para que otros los proporcionen. Por tanto, los productos de los servicios de salud pública (*output*) se relacionan con estas funciones. En 1993, realizamos un primer intento de catálogo de servicios¹⁰. En su confección, se detallaron con los responsables de las diversas dependencias todas las actividades de distinta naturaleza que consumían un volumen relevante de recursos. Posteriormente, se agruparon las que eran de tipo similar (aunque fueran desarrolladas por dependencias distintas). Este esfuerzo propició la creación de un listado que se utilizó tentativamente como catálogo de servicios del Institut Municipal de Salut Pública (IMSP) de Barcelona en el momento de su creación, en 1996, explicitando su compromiso de prestación de servicios a la ciudad vinculado al presupuesto transferido por el Ayuntamiento¹¹.

Servicios productivos de salud pública y otros servicios

Desde la creación del IMSP, el catálogo ha sido objeto de una revisión periódica. Esto ha permitido incorporar nuevas actividades, destacar las que han sido objeto de desarrollo y crecimiento, al tiempo que otras han quedado subsumidas de forma más general. Por otra parte, el catálogo se ha utilizado como elemento

básico para el análisis de la producción, buscando indicadores apropiados que reflejen el trabajo realizado para el control de gestión, lo que queda recogido en la confección de las memorias anuales. Recientemente, se emprendió un proyecto de análisis de costes por líneas de producción, como una aproximación al conocimiento de los costes unitarios de los productos de salud pública, tomando el catálogo como base.

Para una organización de salud pública como la nuestra, definir el catálogo de servicios es crucial cuando se están clarificando y explicitando las relaciones con los clientes. El cliente principal es la administración municipal, que financia el 75% de su presupuesto, pero la existencia de otros y el proceso de cambio en curso en las relaciones con la administración autonómica y el Servei Català de la Salut hacen más necesario este ejercicio.

Al analizar nuestra producción emergió claramente la distinción entre aquellos servicios que se pueden considerar directamente productivos de salud pública y finalistas (los que tienen la capacidad de producir salud) y los que no lo son desde la perspectiva de la misión de la organización. Entre éstos, destacan las actividades de coordinación y enlace propias de los responsables de gestión, imprescindibles para la salud pública de la ciudad, aunque sean instrumentos para alcanzar otros fines. Destacan también las actividades de apoyo de la tecnoestructura, propias de los servicios de administración económica, de personal, jurídicos y generales. Finalmente, hay que considerar otras como productos intermedios en salud pública, del mismo modo que los hay en la actividad de asistencia sanitaria. En una organización de salud pública, el laboratorio ocupa en este sentido un espacio crucial: su actividad no produce salud, pero es fundamental para que los servicios de control epidemiológico, alimentario o ambiental puedan ejercer su misión. Los análisis de laboratorio tienen, por tanto, el carácter de productos intermedios en una organización de salud pública. Es bien cierto que podrían ser proporcionados por un proveedor externo, pero también que el Laboratorio es un componente esencial y habitual de las organizaciones de salud pública potentes¹². En la tabla 2 se propone una categorización de los servicios prestados por una organización de salud pública, distinguiendo los servicios que propician directamente mejoras de la salud de otros que no tienen este carácter específico.

Indicadores de producción

En un catálogo de servicios los indicadores de producción están orientados a reflejar la actividad realizada. Su relación con los recursos empleados permitirá va-

Figura 1. Marco conceptual para el estudio del subsistema de salud pública⁹.

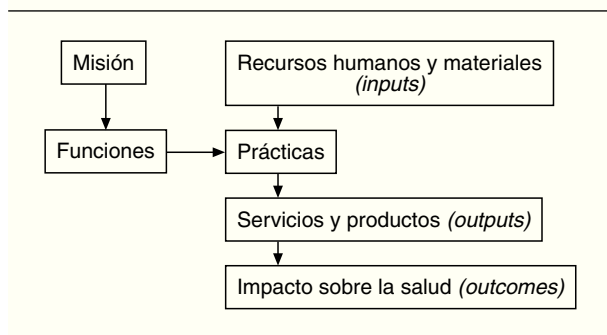


Tabla 1. Glosario de términos utilizados

Dependencia. Grupo de personas reflejado de forma administrativa en el organigrama (servicio, unidad...)

Línea de trabajo. Conjunto de actividades productivas realizadas dentro de una dependencia y vinculadas a un mismo concepto o idea. Puede ser un proyecto, un programa, o un componente de un programa.

Proceso. Conjunto de actividades realizadas de forma habitual, que consumen recursos y que están orientadas a conseguir un fin, comportando un valor añadido

Proceso transversal. Proceso que implica a más de un servicio o de una unidad del Instituto

Proceso clave de negocio. Proceso transversal, que afecta a diferentes o a todas las líneas de trabajo, y que es fundamental para conseguir la misión del Instituto

Producto. Fruto inmediato de una línea de trabajo (si es intangible, se suele llamar servicio)

Programa. Conjunto de procesos que sirve para alcanzar un determinado objetivo de salud, y que se desarrolla de forma estable durante un tiempo

Proyecto. Conjunto de actividades definido de forma muy acotada en términos de objetivos, duración temporal y recursos implicados (puede ser una línea de trabajo nueva o experimental, un esfuerzo de revisión o mejora de un proceso o un problema, un proyecto de investigación, un proyecto con financiación externa...). Algunos proyectos temporales se pueden convertir en programas y pasar a formar parte del catálogo de servicios.

Proyecto transversal. Proyecto que implica a más de una dependencia

Responsable del proyecto. Profesional al que se ha confiado la responsabilidad de un proyecto por su jefe de servicio, por su jefe de unidad si el proyecto es transversal dentro de la misma, o por la gerencia si el proyecto es transversal y afecta a más de una unidad

Servicio. Este término tiene dos acepciones:

1. Dependencia básica en que se organiza el Instituto, reflejada en el organigrama, y de la que es responsable un jefe de servicio
2. Prestación que se oferta con una finalidad concreta, mediante la organización de unos recursos y el desarrollo de actividades determinadas. Es el producto de una línea de trabajo, que no es tangible ni almacenable

– Catálogo de servicios. Listado de programas y otras líneas de trabajo estables que comportan un consumo de recursos importante y una producción medible, aprobado e impulsado por la dirección, y que se presenta y revisa en los órganos de gobierno

– Cartera de servicios. Forma de presentar el catálogo de servicios que pone más énfasis en los clientes o destinatarios del servicio que en la propia naturaleza del servicio. Al estar orientada a los clientes, hay que revisarla con mayor frecuencia

lorar el coste al que se producen los servicios y, por tanto, su eficiencia, lo que facilita la toma de decisiones. Se hace difícil resumir en un único indicador toda una línea de producción, por lo que en ocasiones se precisan varios indicadores para un mismo servicio. Además, la distinción entre los indicadores de producción de servicios y los de resultado o impacto es útil¹³.

Parece oportuno considerar como un servicio distinto toda línea de producción que tiene una entidad separada, cuyo producto puede ser medido, y que consume un volumen relevante de recursos. Con frecuencia, en el debate interno previo a la formalización del catálogo de servicios surgieron líneas de actividad muy valoradas por los responsables o técnicos implicados que no podían considerarse un servicio productivo por su carácter ocasional, o bien otras en las que nuestra tarea era de apoyo a otras estructuras, sin implicar apenas el consumo de recursos propios.

Tabla 2. Una propuesta de categorización de los servicios de una organización de salud pública (Barcelona, 2002)

Servicios productivos de salud pública

Son el núcleo de la producción de las estructuras de salud pública, y los que legitiman su existencia. Se incluyen aquí los servicios orientados a cubrir las funciones básicas de la salud pública, es decir, producir información sanitaria o cubrir servicios esenciales de salud pública (p. e., el control de enfermedades transmisibles, el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, los programas orientados al control de riesgos ambientales, de garantía de la seguridad e higiene de los alimentos, etc.)

Servicios asistenciales

Se incluyen aquí los servicios que son esencialmente asistenciales, aunque por motivos históricos o de conveniencia sean prestados desde las estructuras de salud pública. Son ejemplos de ello los servicios de aplicación de vacunas, determinados exámenes preventivos de salud o, en el caso de la ciudad de Barcelona, los servicios municipales de atención a las dependencias, cuya gestión estuvo inicialmente en el Área de Servicios Sociales pero que, posteriormente, se encomendó a los servicios de salud pública

Productos intermedios

Se trata de servicios que se realizan para poder cumplir con otros servicios productivos, pero que tienen una entidad propia. Estos servicios pueden realizarse también para clientes externos, y además podrían dejar de hacerse con recursos propios para ser externalizados. Un ejemplo paradigmático de productos intermedios son los análisis del laboratorio de salud pública

Servicios de coordinación y enlace

Se trata de actividades que realizan esencialmente los directivos y responsables de programas para entroncar con el resto de servicios sanitarios y de servicios públicos, velando para que la salud pública esté presente en la toma de decisiones estratégicas por parte de otros actores. En buena parte implican la presencia activa en comisiones, comités y mesas intersectoriales o interinstitucionales para la confección de acuerdos, planes o programas de actuación conjunta entre varias partes

Servicios de apoyo

Se trata de los servicios de apoyo a los anteriores, esencialmente desarrollados por la tecnoestructura (gestión económica y de personal, gestión de expedientes sancionadores, asesoría e informes jurídicos, gestión de notificaciones, recaudación ejecutiva, servicios informáticos, etc.). Se trata de servicios de gran importancia, cuyo fundamento es posibilitar la prestación de los servicios productivos

zación del catálogo de servicios surgieron líneas de actividad muy valoradas por los responsables o técnicos implicados que no podían considerarse un servicio productivo por su carácter ocasional, o bien otras en las que nuestra tarea era de apoyo a otras estructuras, sin implicar apenas el consumo de recursos propios.

En la tabla 3 se presentan algunos indicadores utilizados para diversos servicios directamente productivos de salud pública, detallándose los indicadores de producción y de resultado o impacto. Así, para la elaboración del informe de estadísticas vitales, la producción se mide básicamente por los boletines codificados, pero el resultado o producto de este servicio es

Tabla 3. Indicadores de producción, resultado y coste de diversos servicios de salud pública. Instituto Municipal de Salud Pública (Barcelona, 2001)

Producción	Resultado	Coste ^a
Sistema de información de estadísticas vitales		
Codificación de 19.067 boletines de defunción y 12.573 de nacimiento	Publicación y distribución del informe anual 18 meses después del cierre del año	98.328,70 € por informe anual
Prevención y control de la tuberculosis		
872 casos notificados y estudiados	Cumplimiento del tratamiento por 94% de los casos	245,70 € por caso estudiado
3.677 contactos cribados	Tasa de incidencia de 37,5 casos por 100.000 habitantes	
Plan de vacunación continuada		
23.171 carnets de vacunación suministrados a familias	Cobertura vacunal entre 93,7 y 99,7% a los 2 años ^b	23,10 € por recién nacido y año
253.152 vacunas distribuidas a 76 centros públicos	3 casos de sarampión al año (ninguno era prevenible)	
59.740 vacunas administradas por los servicios municipales		
Control sanitario del matadero central		
355.135 cabezas de ganado	Presencia de residuos de betaagonistas, hormonas, inhibidores y otros productos químicos en el 0,18% de 564 muestras de ganado seleccionadas aleatoriamente ^c	1,60 € por cabeza de ganado sacrificada
25.805 toneladas		
Adopción de animales de compañía		
Adopción de 869 perros y gatos	33,3% de los custodiados	383,20 € por animal adoptado

^aCostes totales, directos e indirectos, estimados a partir del estudio de costes unitarios realizado sobre el ejercicio de 1999 (pendiente de publicación).

^bEstimación de cobertura realizada en 1997¹⁴.

^cEl Plan de Investigación de Residuos en Alimentos de Origen Animal (antes PIRACC) se realiza en coordinación con las autoridades sanitarias autonómicas. Las 564 muestras son las acumuladas a lo largo de los años 1999 (149 muestras), 2000 (232 muestras) y 2001 (183 muestras). El 0,18% corresponde a un solo resultado positivo en el muestreo aleatorio durante estos 3 años (a la sulfadiacina), mientras que el 6% de las muestras tomadas por iniciativa del inspector ante un animal con signos sospechosos tuvieron resultado positivo en el último año.

la publicación con la mínima demora del informe anual. Para el programa de control de la tuberculosis, la actividad se relaciona con los casos notificados y estudiados, y el cribado de contactos comporta importantes cargas de trabajo y es un marcador de la calidad del proceso, pero el resultado será la proporción de casos que completan el tratamiento y que se pueden considerar curados, y el impacto sería la tasa de incidencia de casos nuevos (cuyo declive refleja el creciente control de esta enfermedad)¹⁴. Para el plan de vacunación continuada, la actividad tiene que ver con el suministro de vacunas a todo el sector público, la comunicación con las familias que han tenido un niño que causa alta en el padrón (nacimientos, adopciones, nuevos residentes...) y la administración de vacunas por los servicios municipales, pero el resultado será la cobertura alcanzada, o su impacto en la incidencia de enfermedades vacunables^{15,16}. En el control alimentario en el matadero central, la actividad se verá reflejada en la inspección de las cabezas de ganado sacrificadas y las toneladas que pesan, pero su resultado es que el control evite que pasen al consumo humano productos cárnicos inseguros o poco higiénicos, cuyo mejor indicador hoy día es, probablemente, la presencia de productos químicos que reflejen prácticas ganaderas inapropiadas, de los que el Plan de Investigación de Residuos

en Alimentos de Origen Animal intenta estimar la frecuencia¹⁷. Por lo que respecta al programa de adopción de animales de compañía, que se desarrolla desde la antigua perrera municipal, los indicadores de producción son las adopciones gestionadas, pero un indicador de resultado sería la proporción que representan de los animales custodiados por los servicios municipales. Esta proporción ha ascendido rápidamente desde la instauración del programa hasta la actualidad, en el cual, entre rescates de animales perdidos y adopciones, el número de eutanasias no alcanza la mitad de los animales custodiados¹⁸.

Indicadores de coste

Estos indicadores recogen, como es natural, los costes directos (en sanidad predominan los de personal), pero deben considerarse también los indirectos. Éstos se pueden estimar de forma general, y se pueden imputar en cascada a las diversas líneas, de forma que, por un lado, no haya costes contabilizados de manera duplicada y, por otro, tampoco pueda haber costes indirectos que no sean contabilizados. Como ya se ha mencionado, hemos realizado un esfuerzo para estudiar los costes unitarios a partir del catálogo de servicios, que

será objeto de otra publicación. En la tabla 3 se presentan los costes unitarios estimados para el año 1999. No creemos que hayan variado sensiblemente, salvo para el programa de adopción de animales de compañía: este programa tiene costes fijos elevados, y el crecimiento de adopciones ha comportado, por tanto, un descenso del coste unitario.

Un catálogo de servicios de salud pública

Posteriormente a este proceso, la configuración de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, desde enero de 2003, como una entidad compartida entre el Ayuntamiento de la ciudad y la Generalitat de Catalunya, proporcionó la oportunidad de definir su catálogo de servicios. La Agencia se configura en la prác-

tica como la ventanilla única de la administración de salud pública en la ciudad, capaz de asumir las funciones y actividades que antes eran desarrolladas por las dos administraciones, y que en parte eran concurrentes. Por ello, la definición de su catálogo de servicios, de forma consensuada entre dos administraciones, representa un precedente de cierto valor. Este catálogo se construyó partiendo del utilizado por el IMSP, al incorporar aquellas actividades realizadas por los servicios autonómicos en el ámbito territorial de la ciudad que se consideró que podían ser asumidas por la Agencia. Se han mantenido identificados por separado los servicios que exigen un cierto volumen de recursos, y se han integrado en una única categoría los que comparten características y no consumen un volumen mínimo de recursos que justifique su distinción (tabla 4).

Tabla 4. Catálogo de servicios de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (2003)

Sistemas de información sanitaria	Seguridad e higiene de los alimentos
1. Sistema de información de drogodependencias	31. Control sanitario del matadero y los mercados centrales
2. Sistema de información de salud maternoinfantil	32. Control de industrias y comercio al por mayor
3. Estadísticas vitales	33. Control sanitario de establecimientos minoristas y mercados
4. Sistema de información de accidentes de tráfico	34. Control sanitario de establecimientos de restauración colectiva
5. Sistema de información de accidentes de trabajo	35. Actuaciones por alertas, denuncias o notificación de brotes
6. Sistema de información de salud ambiental	Control de zoonosis y vectores
7. Sistema integral de información sanitaria	36. Control de la fauna urbana
8. Encuestas de salud	37. Constitución de colonias estables de gatos
Vigilancia epidemiológica e intervención	38. Custodia de animales en el centro municipal
9. Programa de prevención y control de la tuberculosis	39. Adopción de animales de compañía
10. Vigilancia y control de la meningitis y de la hepatitis	40. Higienización de espacios públicos y otros
11. Vigilancia y control del sida/VIH	Laboratorio de salud pública
12. Vigilancia y control de otras enfermedades transmisibles	41. Apoyo a programas de control alimentario
13. Vigilancia y control de brotes epidémicos	42. Control de aguas de consumo
14. Vigilancia de la salud ocupacional	43. Control ambiental
Prevención y promoción de la salud	44. Apoyo a la investigación epidemiológica de brotes
15. Programa de cribado de cáncer de mama	45. Elaboraciones farmacológicas
16. Plan de vacunación continuada	Coordinación sanitaria y enlace
17. Prevención y control del tabaquismo	46. Coordinación con otros sectores de la administración municipal
18. Promoción de hábitos alimentarios saludables	47. Coordinación con otros sectores de la administración y planificación de servicios sanitarios
19. Educación sanitaria en la escuela	48. Divisiones de servicios personales en los distritos
20. Apoyo a organizaciones de ayuda mutua	49. Asesoramiento en drogodependencias (mesas seguridad de distritos, cuerpos seguridad)
21. Salud maternoinfantil	50. Ponencia de actividades clasificadas y salud ambiental
22. Formación en prevención de riesgos laborales	51. Comunicación al público y a los sectores sociales profesionales
23. Programas de prevención en empresas	52. Otros municipios, FMC, FEMP y ciudades saludables
Atención a les drogodependencias	53. Centros colaboradores de la Organización Mundial de la Salud
24. Programas comunitarios fuera de la escuela	54. Políticas municipales de drogas y sida (Grupo Pompidou, Fórum, Unión Europea)
25. Programas de tratamiento en centros de titularidad municipal	55. Cooperación internacional
26. Programas con sustancias sustitutivas	Proyectos externos
27. Programa de atención orgánica	56. Según el proyecto y el contrato
28. Programas de disminución de riesgo	
29. Programas residenciales	
30. Talleres y programas educativos	

Fuente: documento aprobado por la Junta de Gobierno de la Agencia de Salud Pública de Barcelona del 4 de febrero de 2003, preparado a partir de las aportaciones de J. Farrés, J. Goixens, J. Guix, J. Mañach, E. Mata, y J.R. Villalbí en la Ponencia Técnica de la Comisión para la creación de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2001.

Limitaciones y potenciales

Estas reflexiones son sólo una primera aproximación a la construcción de un catálogo general de servicios en salud pública. Sin embargo, son el fruto de un esfuerzo acumulado de 8 años; precisamente, si nos hemos propuesto compartirlas con otros profesionales es porque tenemos la impresión de que ya van más allá de unas primeras impresiones, y reflejan un esquema relativamente consistente, que se mantiene en esencia estable en nuestro caso. Tanto el estudio de los servicios autonómicos de salud pública como el de los servicios municipales en Cataluña utilizaron este esquema^{19,20}, y obtuvieron una buena acogida, lo que hace pensar que es una reflexión que puede ser útil más allá de la institución que la ha generado. Además, los indicadores asociados al catálogo son un componente básico del cuadro de mando.

Este catálogo no incluye las actividades de docencia ni de investigación realizadas en el Instituto. Las actividades de docencia, que no son propiamente parte de un servicio, se incluyen en los programas docentes de pre y posgrado existentes en la actualidad, y el Instituto busca optimizar su integración académica. Por otra parte, algunas actividades de docencia entroncan con los servicios productivos, especialmente en el campo de la educación sanitaria y la promoción de la salud en empresas y escuelas. Respecto a la investigación, ésta no tiene sentido por sí misma en nuestra organización, sino que sólo se concibe integrada con la praxis de salud pública. Las líneas de investigación abiertas pretenden contestar preguntas que se formulan desde los servicios (aunque se formalicen en proyectos concretos y se obtengan fondos ex-

ternos para financiar este esfuerzo de manera complementaria).

Nuestra experiencia es peculiar, sólo parcialmente extrapolable a las otras grandes ciudades. Además, la diversidad de servicios desarrollados por otros niveles de la Administración requiere un esfuerzo de conceptualización. En Galicia se ha dado una sólida reflexión sobre el contenido de la cartera de servicios en salud pública desde la perspectiva de una administración autonómica, y tanto su proceso como el nuestro se han beneficiado del conocimiento mutuo. Ahora bien, muchas aportaciones en este campo no son objeto de publicación en revistas recogidas en índices bibliográficos, sino tan sólo de documentos internos de las administraciones, o como máximo de publicaciones *ad hoc*, de difusión diversa y accesibilidad difícil a estudiosos que sean ajenos a la administración que las genera. Es posible que existan documentos valiosos que nos sean desconocidas. Por nuestra parte, apostamos por compartir la reflexión con otros profesionales mediante los espacios de intercambio consagrados, y esperamos que otros lo hagan también, para seguir progresando juntos.

Agradecimiento

Los autores quieren expresar su agradecimiento a Montse Arissó, por su colaboración en la preparación del manuscrito, y a Xavier Bartoll, Sara Jaurrieta, Carme Borrell, Julia Durán, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Helena Pañella y Josep Arqués, por su ayuda en la elaboración de los indicadores de producción, resultado y coste, así como a Guy Jiménez por su inspiración y comentarios.

Bibliografía

1. Peiró-Moreno S. Medidas de actividad y producto sanitario. En: Del Llano J, Ortún V, Martín-Moreno JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998. p. 197-217.
2. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de servicios de atención primaria. Sevilla: Publicaciones de la Junta de Andalucía; 1999.
3. www.msc.es/insalud/docpub/internet/cartera/cartera_atenprima.htm
4. Villalbí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. En: Cabasés JM, Aibar C, Villalbí JR, editores. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 2002. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002.
5. Aboal-Viñas JL, Pérez-Castellanos S. Dirección Xeral de Saúde Pública. Memoria de xestión 2000. Santiago: Publicacions de la Xunta de Galiza; 2001.
6. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol R. La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. Gac Sanit 1996;10:299-310.
7. De la Puente ML, Manzanera R. Propuesta marco de reorganización de la salud pública en Cataluña. Gac Sanit 2001; (Supl 4):55-68.
8. Institute of Medicine, Committee on the future of public health. The future of public health. Washington: National Academy Press; 1988.
9. Turnock BJ, Handler AS. From measuring to improving public health practice. Annu Rev Public Health 1997;18:261-82.
10. Navarro A (Coord). Area de salud pública. Memoria 1993. Barcelona: Publicacions de l'Àrea de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona; 1994. p. 25-31.
11. Casas X. Nuevas orientaciones para la salud pública en momentos de cambio. En: Clínica, gestión y salud pública. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 1993. p. 51-62.
12. Dowdle WR. The future of the public health laboratory. Annu Rev Public Health 1993;14:649-64.
13. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2.ª ed. Barcelona: SG-Masson; 1990.
14. Villalbí JR, Galdós-Tangüís H, Caylà JA. El control de la tuberculosis basado en la evidencia: una aproximación desde la salud pública. Med Ciin (Barc) 1999;112(Supl 1): 111-6.

15. Villalbí JR. La cobertura vacunal en la infancia. *Revisiones Salud Pública* 1991;2:89-105.
 16. Nebot M, Muñoz E, Figueres M, Rovira G, Robert M, Minguell D. Factores asociados con la cobertura vacunal en la primera infancia: resultados de una encuesta telefónica. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:63-70.
 17. Villalbí JR, Llebaría X, Armengol R, Plasencia A, Armengou JM. La higiene y seguridad de los alimentos dentro del sistema de información sanitaria. *Rev Esp Nutr Com* 1998;4:332-7.
 18. Arissó M, Villalbí JR, (coordinadores). Institut Municipal de Salut Pública. *Memòria 2001*. Barcelona: Publicacions de l'Institut Municipal de Salut Pública; 2002.
 19. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit* 1999;13:218-25.
 20. Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. *Gac Sanit* 2001;15:164-71.
-