

LA SALUD PÚBLICA ANTE LAS REFORMAS DEL SISTEMA SANITARIO

R. Manzanera ¹ / J.R. Villalbí ^{2,3} / A. Navarro ^{1,3} / R. Armengol ¹

¹ Àrea de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona. ² Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona.

³ Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya

Introducción

Desde la recuperación de la democracia, el proceso de transformación del sistema sanitario en España ha producido cambios muy importantes en los servicios asistenciales, que no han llegado de forma general al campo de la salud pública. Las causas de esta diferencia son probablemente diversas, y tienen que ver con la menor visibilidad de la salud pública, con la ausencia de nuevas propuestas organizativas, y con una posición relativamente periférica dentro del sistema de salud. En este documento se presenta una revisión crítica de la situación actual de nuestros dispositivos de salud pública, intentando aplicar elementos de gestión y cuantificación a los servicios de esta disciplina, e introduciendo algunas propuestas orientadas a insertar a la salud pública en nuestro cambiante sistema de salud. Aunque surge de la experiencia de gestión de los servicios municipales de salud pública de la ciudad de Barcelona, que son relativamente atípicos, se intenta aportar una perspectiva global a esta reflexión.

Antecedentes

Los esfuerzos en los que clásicamente se centra la salud pública ya desde sus inicios como actividad organizada eran cinco: saneamiento ambiental; control de enfermedades transmisibles; educación sanitaria individual; la organización de servicios preventivos; y, finalmente, el apoyo al desarrollo social¹. Estos servicios se basaban en el desarrollo y aplicación de normas y regulaciones sanitarias en respuesta a las orientaciones políticas, las demandas sociales y el avance de los conocimientos.

Combinaban unos servicios centrales con unos servicios territoriales basados en demarcaciones geográficas precisas, con un responsable visible de la salud pública en cada unidad territorial. En diversos países, correspondía además a los servicios de salud pública el garantizar la atención médica a los segmentos de población desprovistos de otros medios de cobertura sanitaria.

Desde entonces, los cambios han sido enormes, y la transformación del contexto de los servicios de salud pública impone una adaptación. Así, en relación a los servicios preventivos, las actividades de la salud pública tendían históricamente a proporcionarlos a aquellos segmentos de la población sin acceso real a la asistencia, especialmente en salud maternoinfantil y escolar^{2,3}. Con el desarrollo de sistemas de protección social que garantizan el acceso a servicios sanitarios para el conjunto de la población en los países más desarrollados, buena parte de esta tarea queda asumida por los servicios asistenciales generales. Recientemente se ha hecho más explícito este proceso al incluirse numerosas actividades preventivas en las carteras de servicios de atención primaria. En este terreno, el rol de la salud pública debe cambiar, y no puede centrarse exclusivamente en la provisión de unos servicios que son ofertados por otros proveedores para la gran mayoría de la población. En América del Norte este proceso ha sido especialmente visible en Canadá, donde los cambios en el sistema sanitario que garantizan la atención médica para el grueso de la población han llevado a redefinir los servicios de salud pública⁴; actualmente (salvo en Quebec) tan sólo proporcionan servicios asistenciales en temas para los que el coste no es la mayor barrera para el acceso a la asistencia (por ejemplo, en planificación familiar o en el tratamiento de la tuberculosis). La tabla 1 resume los veinte programas que obliga-

Correspondencia: Joan R. Villalbí. Institut Municipal de la Salut. Pl. Lesseps, 1; 08023 Barcelona.

Este artículo fue recibido el 11 de octubre de 1995 y fue aceptado, tras revisión, el 23 de febrero de 1996.

Tabla 1. Programas obligatorios con criterios operativos definidos para los Departamentos Locales de Salud Pública. Ontario, Canadá, 1994¹

Salud en la infancia
Salud en la adolescencia
Salud en la edad adulta
Salud en la vejez
Prevenición del uso del tabaco
Prevenición del abuso de sustancias
Promoción nutricional
Promoción de la actividad física
Salud reproductiva
Salud sexual
Enfermedades de transmisión sexual
Enfermedades prevenibles mediante vacunas
Control de la tuberculosis
Control de brotes
Control de infecciones en instituciones
Seguridad e higiene de los alimentos
Calidad de las aguas
Control de la rabia
Respuesta a emergencias
Investigación de enfermedades no transmisibles

¹Fuente: Schade CP, 1995.

toriamente deben asumir los servicios locales de salud pública en Ontario, para los que además existen criterios estandarizados y financiación finalista. En los EE.UU., donde el grueso del gasto de los Departamentos de Salud locales o estatales se concentra aún en la provisión o financiación de atención médica a personas sin cobertura, se ha planteado también cual sería el futuro si se aprueba una sistema nacional de seguros médicos que liberase a los gobiernos locales y estatales de esta tarea. Pese a que resulta difícil inventariar las actividades de los Departamentos de Salud locales, recientemente se ha hecho un intento⁵, sintetizado en la tabla 2, en la que se presenta la proporción de Departamentos que desarrollan actividades en diversos ámbitos. En Gran Bretaña, la reorganización del Servicio Nacional de Salud de 1974 extinguió su carácter tripartito para concentrarse en los servicios asistenciales. Esto ha permitido avances en algunos campos, pero ha debilitado algunas funciones de salud pública en el nivel más cercano a la población^{6,7}.

Un cambio similar se había planteado antes en relación al medio ambiente. Los servicios de saneamiento ambiental requieren de tal infraestructura y tecnificación que su prestación raramente se aborda hoy exclusivamente desde los servicios de salud

pública. Suelen existir otros departamentos específicos para esta temática, aunque puede ser oportuno que desde los servicios de salud pública se mantenga una cierta alerta sobre estos temas, y que se garantice la resolución de determinados problemas⁸. Tanto para los servicios clínicos preventivos como para el medio ambiente, el papel de la salud pública tiende a dejar de ser el de un prestador más de servicios, y pasa a ser principalmente el de vigilante o garante de la resolución de los problemas.

En lo que respecta a la educación sanitaria, la evolución podría ser similar, aunque cabe advertir que sin un impulso continuado para estas actividades, asumiendo meramente que otros agentes (como las escuelas o los servicios de atención primaria) las van a desarrollar, pueden llegar a diluirse hasta desaparecer. La realidad es que muchos médicos de cabecera no consideran como propio el realizar tareas de educación sanitaria de forma oportunista con todos sus pacientes, que les consultan por otros motivos y para los que a menudo sienten que les falta tiempo⁹; del mismo modo, la experiencia sugiere que las escuelas no integran en el currículo de forma transversal elementos de educación sanitaria sin estímulos externos¹⁰. Si la educación sanitaria y la promoción de la salud son tarea de todos, pueden terminar siendo tareas que nadie realiza.

En el campo del control de las enfermedades transmisibles la especificidad de las tareas de salud pública ha cambiado menos: en efecto, el control de la higiene y la seguridad de los alimentos y la vigilancia y control de las toxiinfecciones alimentarias siguen siendo tareas básicas. Sin embargo, es preciso recordar que tanto en Gran Bretaña como en los EE.UU. ha surgido una cierta preocupación por el aparente incremento de enfermedades transmisibles y de brotes de toxiinfección alimentaria, que se ha relacionado con un menor control sanitario producido por los cambios en el sistema, la falta de recursos en este campo, y una cierta dilución de la autoridad sanitaria^{11,12}. Pero no hay que olvidar que el desarrollo de los servicios asistenciales ha modificado el papel de la salud pública en campos como el control de la tuberculosis. Aunque la asistencia a los enfermos queda hoy en general en manos del sistema asistencial, la salud pública no puede abandonar su responsabilidad confiando en que el sistema asistencial la asumirá: sin una supervisión adecuada, es probable que una importante proporción de enfermos (especialmente los de mayor riesgo: adictos a drogas o al alcohol, indigentes o inmigrantes en situación legal confusa) no lleguen a completar con éxito un tratamiento. Esto tendrá repercusiones sobre la aparición de formas de tuberculosis multirresistente y sobre el riesgo de infección.

Tabla 2. Actividades prestadas por los Departamentos Locales de Salud en los EE.UU., 1992-93¹

<i>Servicios comunitarios</i>	
Vacunaciones	96%
Control de tuberculosis	86%
Control de la hipertensión	85%
Gestión de residuos líquidos	74%
Control del suministro de agua	74%
Enfermedades de transmisión sexual (pruebas y consejo)	71%
VIH/SIDA (pruebas y consejo)	68%
Planificación familiar	68%
Diabetes	60%
Laboratorio de salud pública	60%
Salud escolar	60%
Respuesta a emergencias medio ambientales	57%
Control de vectores	57%
Cáncer	54%
<i>Servicios de prevención clínica</i>	
Consulta para niños sanos	79%
Programa WIC (para mujeres, lactantes y niños)	78%
Cribaje, diagnóstico y asistencia precoz y periódica para niños de bajos ingresos	72%
Atención prenatal	64%
<i>Servicios de asistencia sanitaria</i>	
Niños con necesidades de asistencia especiales	65%
Atención a domicilio	54%
Atención dental	44%
Atención geriátrica	38%
Atención obstétrica	33%
Atención a VIH/SIDA	33%
Atención primaria	30%
Consultorios escolares	25%
Atención a las dependencias	21%
Servicios de salud mental	12%

La información se basa en una encuesta a todos los departamentos locales de salud de la *National Association of County and City Health Officers*, en colaboración con los *Centers for Disease Control*. Estos departamentos sirven a poblaciones y territorios heterogéneos, aunque la tendencia es a mancomunar servicios para aumentar el tamaño de la población de referencia sin perder el enfoque local. Se aprecian diferencias según el tamaño de la población de referencia, con mayor dotación de servicios en los departamentos que sirven a poblaciones de más de 100.000 habitantes. Las diferencias son máximas para los servicios de asistencia sanitaria y para algunos servicios comunitarios.

¹Fuente: Brown C, Rawding N, Custer D, 1994.

El apoyo al desarrollo social sigue siendo un rol importante para la salud pública, y enlaza con los esfuerzos por un abordaje intersectorial que han sustentado iniciativas como el programa de Ciudades Saludables¹³, pero no es lo que la justifica ni le da identidad dentro del sistema. Por tanto, hay que reconocer que en general, el contexto de la salud pública se ha modificado notablemente. Habrá que responder a este cambio de forma apropiada, sin pretender mantener funciones y servicios que no tendrían sentido y que difícilmente resistirían una

Tabla 3. Funciones básicas y prácticas a desarrollar por la salud pública¹

<i>Valoración de la situación de salud</i>
Valorar las necesidades de salud de la comunidad de forma sistemática
Investigar la existencia de riesgos y problemas de salud
Analizar los determinantes de las necesidades de salud identificadas
<i>Desarrollo de políticas de salud</i>
Abogar por la salud pública, identificar recursos, construir una base de apoyo
Fijar prioridades en función de los problemas y las intervenciones
Desarrollar planes y políticas, definiendo metas y objetivos
<i>Garantía de la provisión de servicios</i>
Gestionar recursos, desarrollar estructuras organizativas y establecer coordinación
Ejecutar programas que garanticen o den servicios para los problemas prioritarios
Evaluar programas y su calidad, reorientando recursos y programas si procede
Informar y educar al público sobre los problemas de salud pública existentes

¹ Adaptado de Dyal WW, 1991.

valoración de su eficiencia, pero sin renunciar a la responsabilidad.

La salud pública del futuro

En el futuro, los Departamentos de Salud Pública han de concentrarse probablemente en la vigilancia, la planificación y la prevención comunitaria, mientras que los servicios clínicos de prevención y otras tareas más asistenciales pueden ser desarrolladas desde los servicios de atención sanitaria^{14,15}. La propuesta formulada hace unos años por el *Institute of Medicine* apostaba por tres funciones básicas¹⁶: la valoración de la situación de salud (recogiendo, analizando y presentando datos sobre la salud de la comunidad); el desarrollo de políticas de salud (integrales o sectoriales, fomentando la aplicación de los conocimientos científicos en la toma de decisiones); y la garantía de la provisión de servicios para alcanzar los objetivos de salud (evaluando su cobertura y resultados, estimulando su provisión alternativa, exigiéndolos mediante normativas o proporcionándolos directamente). Estas funciones se han convertido en la base desde la que se han formulado diez ejes para la práctica actual de la salud pública en los EE.UU., anticipando un futuro Seguro Nacional de Salud (tabla 3)^{17,18}. Compartimos estas perspectivas, que plantean resueltamente soltar el lastre representado por las funciones o servicios que

pueden ser desarrollados desde otras estructuras, pero que mantienen una responsabilidad sanitaria visible y se concentran en las esencias de la disciplina. Así vemos dos grandes áreas de trabajo para los servicios de salud pública. De un lado, las tareas de información sanitaria desde una perspectiva poblacional, vinculadas a la identificación de necesidades, la planificación y evaluación de servicios desde una perspectiva de salud, la detección de segmentos de población mal cubiertos o sin acceso real a los servicios. De otro, las tareas de ámbito más comunitario, vinculadas a la prestación de servicios o al desarrollo de programas, que pueden desarrollarse directamente desde los servicios de salud pública, desde otras estructuras, o mediante una combinación de ambas opciones. A ellas hay que añadir las tareas más vinculadas a la formulación de políticas, que con frecuencia superan el ámbito estricto de la salud pública para implicar a otros servicios e incluso otros sectores.

Pensamos que es importante enfatizar un aspecto clave para el futuro. En diversos países los servicios sanitarios han avanzado en el proceso de separación entre financiación y provisión de los servicios, o entre las decisiones políticas y las de gestión^{19,20}. Los financiadores tienen ahora nuevas necesidades de información para la valoración de necesidades y la evaluación de los servicios. Entre los responsables políticos del sistema, y también entre los que lo gestionan, hay probablemente un gran potencial de demanda para lo esencial de las funciones de la salud pública que antes hemos delimitado: valoración de la situación de salud, formulación de propuestas de acción, y evaluación de la provisión de servicios. El reto es ofrecer respuestas claramente aplicables a situaciones y problemas concretos, con una exigencia de calidad. En realidad, si la gestión no se plantea en función de objetivos de salud se convierte en algo vacío: disminuir los costes y aumentar la productividad no significan nada en términos sanitarios si no se relacionan con más salud. Más producción de servicios de eficacia dudosa o nula no implica más salud. Al mismo tiempo, para la salud pública se plantea el reto de valorar la existencia de déficits de cobertura, acceso o calidad de los servicios desde la perspectiva más sanitaria: esto define una función de importancia creciente para la salud pública en los sistemas sanitarios más pluralistas²¹.

Finalmente, hay aspectos de estructura que han de tenerse en cuenta. Hace cincuenta años, la *American Public Health Association* definía dos aspectos mínimos importantes para un Departamento de Salud Pública efectivo²²: una base poblacional (50.000 habitantes) y una dotación de personal (un/a enfermero/a de salud pública por 5.000 habitantes).

Es probable que sigan siendo criterios vigentes. Fuera de estos mínimos, se cae en dimensiones demasiado pequeñas para la viabilidad y el mantenimiento de dinámicas profesionales, con una falta tal de recursos para el desarrollo de las funciones básicas que no permiten una acción efectiva. Naturalmente, mayores dimensiones permiten economías de escala, pero debe mantenerse una dotación de servicios cercana al territorio. En una situación federal en la que reina el principio de subsidiariedad como la de los EE.UU., los Departamentos de Salud locales intentan dar respuestas a este dilema entre dimensiones y cercanía a la población en base a Agencias Mancomunadas, que sirven a diversos condados, o a agrupaciones de municipios y condados². Los Departamentos de Salud de los Estados han de cubrir directamente al 15% de población que reside en territorios que carecen de servicios locales, y en el resto del territorio apoyan a los servicios locales existentes⁵.

La salud pública en la España de las autonomías

En los últimos años, los cambios en nuestro sistema de salud pública se concentran en su descentralización, plasmada en el proceso de transferencias a las CC.AA., iniciado en 1979. Este proceso de cambio se produce tras un largo periodo de estabilidad, durante el cual, pese a los cambios sociales y sanitarios que marcaron el desarrollo del país, no hubo apenas modificaciones en el dispositivo. A principios de los años setenta, este se basaba en un modelo esencialmente diseñado en 1925 y que se consolidó en 1944. Tenía el interés de plantear unas unidades territoriales y de población bien definidas, con una autoridad visible en cada una vinculada a la autoridad sanitaria central. Pero adolecía de una falta crónica de recursos, de una posible dilución de la autoridad entre el municipio y los servicios centrales, y de la coexistencia de las tareas de salud pública con las asistenciales en el nivel más periférico: el de los titulares sanitarios al servicio de la administración local. En la práctica, esto se traducía con frecuencia en una cierta dejación de las actividades sanitarias. La progresiva extensión del sistema de asistencia médica vinculado a la seguridad social se había hecho al margen de un dispositivo de salud pública que teóricamente seguía ofreciendo servicios clínicos preventivos, aunque en la práctica no podía garantizar una cobertura poblacional razonable para ninguno de ellos. Finalmente, los cambios medioambientales y de la industria y los mercados alimentarios redujeron más aún la capacidad

de control efectivo de unos servicios de ámbito local, faltos tanto de recursos propios como de estructuras de apoyo²³. Pese a la importancia de los servicios locales, un esquema organizativo basado de forma rígida en el municipio y la provincia está condenado a sufrir déficits evidentes, ya que más del 60% de los ayuntamientos españoles tienen menos de 1.000 habitantes.

Aunque la Ley General de Sanidad de 1986 tiene un fuerte fundamento sanitarista y replantea las bases del Sistema Nacional de Salud, no ha modificado la realidad del dispositivo de salud pública. De hecho, el proceso de cambio ha ido estrechamente relacionado con los traspasos de competencias a las diversas Comunidades Autónomas²⁴, que posteriormente han reorganizado los servicios²⁵. La estructuración de la salud pública en España se parece hoy notablemente a la de una situación federal como la de los EE.UU. por lo que respecta a la división de competencias entre el nivel central y el de las CCAA, y el principio de subsidiariedad entre nivel central y autonómico se ha impuesto²⁶.

Hay una notable diversidad en la organización de los servicios de salud pública entre las diversas CCAA, pero se pueden observar elementos comunes a todas. Por un lado, una mejora de la cualificación técnica y profesional de parte del personal que trabaja en este campo, unida en general a una renovación generacional en los trabajadores del sector, con una creciente presencia de profesionales jóvenes formados específicamente en salud pública o en medicina comunitaria. Por otra parte, se aprecia un esfuerzo por integrar la provisión de los servicios clínicos preventivos en los servicios asistenciales, eliminando así duplicaciones, y mejorando la cobertura poblacional. Finalmente, se observa una progresiva diferenciación dentro de la salud pública entre las actividades de protección de la salud y las de promoción de la salud, derivada de la creciente tecnificación y especialización. Se comprueba que las actividades de información sanitaria vinculadas a la planificación se han separado en diversas CCAA de los servicios de salud pública. En las CCAA que han recibido los traspasos de los servicios del Insalud, han sido los Servicios Autonómicos de Salud quienes han tendido a asumir estas actividades de información y planificación. Al mismo tiempo, se pueden apreciar diferencias entre distintas CCAA en cuestiones importantes para la salud pública, como su relación con la atención primaria o su despliegue territorial^{27,28}. El proceso de cambio iniciado en algunas CCAA es lento y progresivo, respetando los derechos de los funcionarios, y sometido a la voluntariedad o a la renovación paulatina de las plantillas. Por ello, suelen coexistir los

nuevos modelos con los esquemas tradicionales. Los diversos modelos organizativos adoptados reflejan distintos modelos conceptuales, respuestas a necesidades concretas de cada contexto, y también equilibrios de fuerzas entre los intereses de los actores implicados²⁹.

En los últimos años se ha producido también un mayor desarrollo y consolidación académicos de la salud pública. Se aprecia con la creación de escuelas de salud pública, con el mayor desarrollo de los departamentos universitarios de salud pública y medicina preventiva, y con el cambio de las organizaciones científicas y profesionales, sus revistas y sus congresos. En este contexto, nuestra capacidad de formación de profesionales ha cambiado notablemente, y existe un cuerpo de producción científica notable³⁰. Parece oportuno constatar dos posibles problemas en este terreno: por un lado, un cierto desfase entre el desarrollo académico y la práctica de muchos profesionales; por otro, que mientras algunas escuelas de salud pública forman tanto a los administradores y gestores del sistema como a los sanitaristas, en Madrid y Barcelona coexiste una oferta de formación centrada en la gestión sanitaria, generada por escuelas de administración de empresas, con una oferta más orientada a la salud pública. Creemos que esto puede plantear algunas disfunciones y peligros, e incluso generar una cultura de gestión basada en el antisanoitarismo, que sabemos que puede ser tan destructiva para el sistema como lo sería el ignorar los aspectos económicos.

Finalmente, existe un desarrollo muy reciente y quizás más visible en Cataluña, donde la separación entre provisión y financiación de servicios es mayor. Se trata de la creciente realización de funciones de salud pública desde estructuras tradicionalmente ajenas a la misma. Por ejemplo, destaca la aparición de equipos vinculados a las estructuras de gestión de los servicios de atención primaria³¹ que impulsan programas de prevención, educación sanitaria, y control de enfermedades transmisibles, al tiempo que mejoran la información sanitaria disponible y actúan como intermediarios entre sanitarios titulares y servicios territoriales. También destaca la aparición de equipos en el seno de los hospitales que asumen funciones de salud pública con proyección comunitaria^{32,33}, como organizar el cribaje de cáncer de mama en su población de referencia, documentar el grado de cumplimiento de determinadas normativas, o coordinar la asistencia a determinados problemas de salud de relevancia comunitaria, o en subgrupos de población de mayor riesgo. Este fenómeno refleja la riqueza y viveza de un sistema que genera iniciativas, aunque puede plantear a medio

plazo problemas de coordinación, de definición de responsabilidades o de duplicación de estructuras y funciones.

La salud pública a nivel local

El rol de los municipios ha quedado algo desdibujado con la apuesta claramente autonómica de la Ley General de Sanidad (LGS), pues la Ley de Régimen Local tampoco define competencias exclusivas para los municipios. No existe mucha información sobre su situación real. Los grandes municipios históricamente exentos de servicios mancomunados y dotados de Laboratorios Municipales o Institutos Municipales de Higiene siguen manteniendo actividades, aunque de modo general con pocos recursos. En algunas CCAA, el desarrollo de servicios autonómicos ha ido acompañado de la cesión de competencias del nivel municipal al autonómico; en otras, este proceso no se ha dado formalmente. Algunos grandes municipios desarrollaron iniciativas en el campo de la salud pública desde la constitución de los primeros Consistorios democráticos en 1979, aunque con la Ley General de Sanidad se dio un cierto repliegue. Con el actual balance de recursos entre los tres niveles de las administraciones públicas (66% central, 21% autonómico y 13% local) tan alejado por lo que respecta al gobierno local del horizonte del 50%, 25% y 25% que se da en contextos de tipo federal o confederal como Alemania, Austria, Suiza, EE.UU. o Canadá, no puede extrañar esta dinámica. Intentos recientes de inventariar actividades de salud pública de los municipios en el marco de las redes de Ciudades Saludables, ofrecen una notable riqueza^{34,35}, lo que sugiere que es preciso analizar mejor esta realidad. En cambio, de manera general no se ha desarrollado el rol que la LGS confería a los municipios como ejes de la participación ciudadana en el sistema asistencial³⁶.

En ciudades como Barcelona o Madrid, la existencia desde hace más de un siglo de servicios municipales de salud pública es determinante. Ambas cuentan con una sólida estructura de salud pública de titularidad municipal con autonomía, reconocida históricamente por el Gobierno Central, reiterada en la Carta Municipal, y financiada por el Gobierno Central hasta que se produjeron los traspasos de competencias al Gobierno Autonómico. Zaragoza, Sevilla, Bilbao o Valencia parten de situaciones comparables, aunque sin el refuerzo que la Carta Municipal proporcionó a Madrid y Barcelona.

Estas ciudades asumían también servicios asistenciales, de dimensiones variables. Con el proceso de reforma del sistema sanitario, en general han tendido a concertar sus servicios como parte de la red pública, y a transformar los servicios que duplican otras estructuras. En el caso de Barcelona, desde hace diez años, el Ayuntamiento optó por segregar los servicios de asistencia sanitaria (que prestaba por motivos históricos) del conjunto de la administración municipal, mediante la creación del *Institut Municipal d'Assistència Sanitària*. Este Instituto, gestionado como una empresa, recibe actualmente parte de su presupuesto del Ayuntamiento, pero se financia principalmente mediante la compra de sus servicios por el *Servei Català de la Salut*. Con este movimiento, el Ayuntamiento mantuvo dentro de su propia estructura a los servicios de sanidad cuya actividad respondía a su ámbito competencial, que se encuentran agrupados en el Área de Salud Pública, órgano de administración directa del Ayuntamiento³⁷. En el caso de Madrid, se ha producido también un proceso de separación entre servicios asistenciales y de salud pública, orientado a la integración de los asistenciales en el sistema y a la redefinición y reorientación de los servicios de salud pública en una perspectiva más comunitaria³⁸.

Productos y servicios en salud pública: la experiencia de Barcelona

Los servicios municipales de salud pública en Barcelona han seguido en los últimos años un proceso de gestión orientado a aumentar su eficacia y productividad mediante la integración de los servicios clínicos preventivos con los dispositivos asistenciales del *Institut Municipal d'Assistència Sanitària*, y la reconversión de los de poca utilización. Al tiempo se producía la descentralización a los Distritos municipales de determinadas actividades de salud pública de ejecución típicamente municipal (salud escolar, inspección sanitaria de establecimientos). Esto ha permitido concentrar los esfuerzos del Área de Salud Pública en cuatro direcciones: información sanitaria para la planificación y la gestión de servicios; introducción de innovaciones para los servicios sanitarios y comunitarios, municipales y no municipales; la protección de la salud mediante el control de la higiene y la seguridad de los alimentos, prevención de las zoonosis y el control medio ambiental; y el desarrollo del laboratorio municipal como centro de referencia y de control de calidad. Posteriormente, los servicios municipales de atención a las drogodependencias, que crecieron dentro del Área de Asuntos

Tabla 4. Cartera de servicios del Área de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona, 1994

Actividades	Productos y servicios	Código
Sistemas de información sanitaria	Sistema información drogodependencias	1
	Sistema información salud materno infantil	2
	Estadísticas vitales	3
	Sistema información accidentes de tráfico	4
	Sistemas información accidentes de trabajo	5
	Sistema información por áreas pequeñas	6
	Encuestas de salud	7
Vigilancia epidemiológica e intervención	Programa de prevención y control tuberculosis	8
	Vigilancia y control meningitis	9
	Vigilancia SIDA	10
	Vigilancia y control otras enfermedades transmisibles	11
	Vigilancia y control brotes epidémicos	12
	Vigilancia salud ocupacional	13
Prevención y promoción de la salud	Plan de vacunación continuada	14
	Prevención caries en el medio escolar	15
	Educación sanitaria en la escuela	16
	Apoyo organizaciones ayuda mutua	17
	Salud materno infantil en zonas desfavorecidas	18
	Educación sanitaria en la empresa	19
Seguridad e higiene de los alimentos	Control matadero central	20
	Control mercados centrales	21
	Control industrias alimentarias	22
	Control comercio alimentario	23
	Control establecimientos restauración colectiva comercial	24
	Control comedores colectivos sociales	25
Control zoonosis y vectores	Control fauna urbana	26
	Adopción animales compañía	27
	Desinfección-desinsectación-desratización	28
Laboratorio de salud pública	Apoyo a servicios de investigación e inspección	29
	Apoyo a programas de vigilancia alimentaria, de aguas y ambiental	30
	Análisis dirimentes y judiciales	31
Atención a drogodependencias	Programas de tratamiento a las adicciones	32
	Programas con sustancias sustitutivas	33
	Programas comunitarios	34
	Programas de disminución de riesgo	35
	Comunidad terapéutica y centro de acogida	36
	Talleres y programas educativos con pacientes	37
Coordinación sanitaria y enlace	Coordinación con otros sectores administración municipal	38
	Servei Català de la Salut y Departament Sanitat i Seguretat Social	39
	Escuelas y servicios comunitarios de distritos	40
	Asesoramiento en drogodependencias a Consejos de Seguridad de distritos	41
	Ponencia Actividades Clasificadas	42
	Comunicación al público y sectores sociales o profesionales	43
	Otros municipios, FMC y FEMP - Ciudades Saludables	44
	Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud	45
	Políticas municipales de drogas y sida (Grupo Pompidou, Unión Europea)	46

Sociales, fueron transferidos al Área de Salud Pública.

Así, se ha producido un intenso proceso de análisis de gestión, que ha resultado en una mejor

identificación de los productos del Área (tabla 4) y la cuantificación de sus costes (tabla 5). Como puede apreciarse, la composición de la actual cartera de servicios del Área refleja sus peculiaridades y es

Tabla 5. Costes estimados para las diversas actividades de salud pública del Ayuntamiento de Barcelona, 1994

Actividades	Coste anual (en miles de ptas)
Sistemas de información sanitaria	61.708,3
Vigilancia epidemiológica e intervención	134.369,6
Prevención y promoción de la salud	164.824,9
Seguridad e higiene de los alimentos	208.384,8
Control zoonosis y vectores	110.042,8
Laboratorio de salud pública	239.620,6
Atención a drogodependencias	519.064,4
Dirección, coordinación sanitaria y enlace	130.399,1
Total	1.524.651,1

El coste anual no incluye inversiones ni amortizaciones.

probablemente distinta de la que plantearían otros municipios. Hay un peso importante de las actividades de información sanitaria, y sobre todo de las de vigilancia epidemiológica, que comportan también una intervención. Las actividades de prevención y promoción de la salud se concentran en torno a diversos programas. Dentro de las actividades de protección de la salud, se aprecia la ausencia de las actividades tradicionales de control ambiental, asumidas hoy por otras estructuras, siguiendo un proceso similar al ocurrido en otros niveles de la administración pública en los últimos años. Destaca también el peso importante de las actividades relacionadas con la seguridad e higiene de los alimentos, especialmente en el control de mataderos e industrias alimentarias. Podría discutirse si las actividades del Laboratorio de Salud Pública deberían incluirse en los distintos programas a los que sirven sus determinaciones analíticas (vigilancia epidemiológica, control ambiental, seguridad e higiene de los alimentos...) o deberían incluirse por sí mismos; hemos preferido separarlos, dado su peso, tanto cualitativo como cuantitativo, y su relevancia y tradición. También nos ha parecido útil distinguir la actividad del laboratorio vinculada a programas de vigilancia (básicamente programada), de la vinculada a demandas puntuales suscitadas por denuncias o investigaciones concretas. Probablemente es excepcional que los dispositivos de atención a las dependencias formen parte del Área de Salud Pública, pero esto permite su mejor entronque con otros programas con los que mantienen estrecha relación, como los de educación sanitaria o los de vigilancia y control de la tuberculosis o el sida. Finalmente, se ha hecho énfasis en reflejar las actividades de coordinación y enlace, de importancia creciente y que absorben una importante dedicación.

Finalmente, hemos desarrollado intentos de sistematizar el análisis de la producción en términos de

indicadores de actividad, de coste unitario, de cobertura y de calidad o resultado de la actividad³⁹. Esta tarea ha exigido resolver un dilema en la elección de indicadores para servicios con vocación poblacional, al apreciarse una dualidad entre la necesidad de indicadores de cobertura, y de indicadores de actividad, que permitan una aproximación a la productividad y a los costes unitarios. Este proceso, nada fácil, sigue en fase de elaboración. La cultura de la gestión ha avanzado en los servicios hospitalarios a lo largo de la última década, se ha iniciado en los servicios de atención primaria, pero se muestra en fase más preliminar en otros servicios públicos (como los de salud pública, los servicios sociales, los de atención a las drogodependencias...) donde tanto el cliente como el producto se perciben como más heterogéneos y menos fácilmente identificables. También se constata que el concepto de coste queda, en este contexto, desdibujado por la gestión presupuestaria. Sin embargo, creemos estar iniciando un camino sólido.

Como puede apreciarse en la tabla 6 para algunos productos o servicios pertenecientes a distintas líneas de actividad, hemos definido el coste corriente anual (excluyendo inversiones y amortizaciones), y el coste unitario en función de la actividad. La definición de la actividad en base a un único indicador por servicio o producto plantea problemas: no siempre está claro cuál es el mejor indicador, y para algunos hay que identificar diversas líneas de producción con un indicador apropiado para cada una de ellas. Así, el sistema de información de salud materno-infantil se compone de un registro de defectos congénitos y de la vigilancia permanente de la mortalidad perinatal a partir de las maternidades, pero también del estudio de las estadísticas vitales, que se basa en las defunciones de menores de un año y los nacimientos. El Plan de Vacunación Continuada se compone de tres líneas de trabajo que requieren de indicadores distintos de actividad: la información a las familias, con el suministro de carnets de vacunación, y el seguimiento informatizado de la administración de vacunas; el suministro de vacunas a los centros públicos; y la administración de vacunas en centros propios. El programa de control de la tuberculosis, que cuenta con una excelente colaboración de los servicios sanitarios, centra su actividad en conseguir la curación de los casos identificados, aunque a partir de su estudio se investigan los contactos y se realizan otras actividades en las escuelas de las zonas de riesgo elevado: por ello el mejor indicador son los casos declarados e investigados. Para los servicios de control de la higiene y seguridad de los alimentos, las cabezas de ganado sacrificadas o las toneladas controladas son los indicadores de actividad más

Tabla 6. Indicadores de coste, actividad, coste unitario, cobertura y resultado o calidad de diversos productos y servicios de salud pública. Barcelona, 1994

Productos y servicios	Coste anual (miles plas)	Indicadores de actividad anual	Costes unitarios (plas)	Cobertura alcanzada	Indicadores de resultado o de calidad
2. Sistema información salud materno infantil					
2.1. Registro de defectos congénitos	13.331,8	341 defectos congénitos registrados	39.096 por defecto	100%	7,98 menores de un año fallecidos por 1000 nacimientos
2.2. Registro de mortalidad perinatal	4.996,3	106 muertes perinatales investigadas	47.135 por defunción	100%	
2.3. Análisis mortalidad infantil	4.296,4	Muertes infantiles codificadas	331,3 por nacimiento	100%	
8. Programa de prevención y control tuberculosis	30.577,8	1.476 casos encuestados y seguidos	20.717 por caso controlado	100%	80% curados a los doce meses
12. Vigilancia y control brotes epidémicos	14.254,7	52 brotes investigados (40 toxiinfecciones alimentarias)	274.129 por brote investigado	100%	Identificación por laboratorio de agente en 46,2% toxiinfecciones
14. Plan de vacunación continuada					
14.1. Comunicación y seguimiento vacunación	9.188,2	12.968 carnets informatizados y remitidos a familias	708 por recién nacido	100%	95% bien vacunados a los dos años
14.2. Suministro vacunas a centros públicos	6.988,5	Suministro a 74 centros públicos de vacunación	94.439 por centro y año	100%	
14.3. Administración vacunas en centros propios	27.586,5	88.405 dosis vacunales administrada en centros municipales	1.603 por vacuna	30%	
16. Educación sanitaria en la escuela					
16.1. Proyecto PASE escuelas primarias	6.399,7	117 escuelas primarias en programa	54.698 por escuela	27%	87% docentes implicados satisfechos
16.2. Proyectos piloto PESA y PRESSEC	11.875,3	33 escuelas secundarias en programas piloto	359.858 por escuela	10%	
20. Control matadero central	83.682,3	383.746 cabezas de ganado controladas	218,1 por cabeza	100%	1,13% cabezas decomisadas
21. Control mercados centrales					
21.1. Control mercado frutas y verduras	17.327,2	804.789,7 Tm de frutas y verduras controladas	21,5 por Tm	100%	0,03% Tm decomisadas
22.2. Control mercado central de pescado	29.718,4	87.729 Tm de pescados y mariscos controladas	338,7 por Tm	100%	0,87% Tm decomisadas
26. Control fauna urbana					
26.1. Captura y recogida perros y gatos	27.018,9	6.544 animales capturados o recogidos	4.246 por animal	100%	85% denuncias resueltas por captura o recogida del animal
26.2. Captura de palomas	17.999,6	28.452 palomas capturadas	633 por paloma	100%	Reducción 25% población
27. Adopción animales de compañía	768,6	181 adopciones instadas	4.250 por adopción	20%	5% animales devueltos
32. Programas de tratamiento a las adicciones	228.279,4	4.800 pacientes, 2.297 primeras visitas, 82.696 sucesivas	47.558 por paciente activo	59%	6% retención a los dos años
33. Programas con sustancias sustitutivas	72.845,1	1.212 pacientes, 239.034 contactos	304,7 por dosis metadona	70%	77% retención a los dos años

apropiados. Más complejo es el caso de los servicios de atención a las adicciones, donde resulta relevante distinguir, por ejemplo entre pacientes activos, primeras visitas (con un mayor coste asociado), o visitas sucesivas. De hecho, en este campo, hemos avanzado en el control de gestión⁴⁰.

A partir del coste del producto o servicio y de los indicadores de actividad, se puede abordar el coste unitario o por producto. Sin embargo, para ponerlo en contexto, hemos valorado también la cobertura o

cuota de mercado de los servicios del Área en relación a la ciudad. En efecto, para algunos resulta importante no sólo valorar el coste unitario, sino también que la ciudad se beneficia de un servicio que cubre el 100% de sus necesidades (con frecuencia por imperativo legal). Éste es el caso de buena parte del sistema de información, de los dispositivos de vigilancia epidemiológica, o del control de mataderos y mercados centrales. Distinto es el caso de otros servicios, como la administración de

vacunas, donde el sector privado y los servicios de atención primaria cubren al 70% de la población: los servicios municipales se concentran en grupos especiales (por ejemplo, extranjeros en situación laboral o de residencia confusa, o personas que plantean dudas de indicación vacunal a los profesionales de atención primaria que les atienden), aunque también son utilizados por otros segmentos de población por motivos de accesibilidad. Del mismo modo, se puede estimar la cobertura de un proyecto de educación sanitaria en el 27% de las escuelas primarias, que son las que lo realizan (se ha ofrecido a todas, pero las demás no lo han integrado en su actividad), o que la perrera municipal origina el 20% de las adopciones de perros y gatos sin dueño (la Liga para la Protección de Animales y Plantas cubre el 80% restante, aunque el contenido de su servicio es distinto, pues no ofrece la esterilización ni el tatuaje del animal adoptado). Los centros municipales cubren el 59% de los inicios de tratamiento en centros de atención y seguimiento de drogodependencias de la ciudad, pero el 70% de los pacientes en programas de mantenimiento con metadona.

El resultado de la actividad, o la calidad del servicio debe ser también contemplado. No siempre resulta fácil su definición, y con frecuencia su valoración requiere de un esfuerzo específico; sin embargo, es crucial para mejorar los servicios y juzgar su pertinencia. Puede ser un valor de referencia, no generado directamente por los servicios: sería el caso de la tasa de mortalidad infantil (a cuya reducción se orienta el sistema de información sanitaria en salud materno-infantil), o la cobertura vacunal alcanzada a los dos años en los niños de la ciudad por el conjunto de dispositivos vacunales. Puede ser fruto directo del programa, como la proporción de enfermos tuberculosos que se han curado a los 12 meses (excluyendo las defunciones y los que han emigrado) o la proporción de brotes de toxoinfección alimentaria acaecidos en establecimientos de la ciudad para los que la presteza y calidad de la investigación ha permitido obtener confirmación en el laboratorio; en estos casos, el objetivo no puede ser un 100% inalcanzable, sino que debe basarse en la situación de partida y en el indicador de excelencia como referencia. Puede reflejar el riesgo y el nivel de calidad obtenido por el sector, como son las cabezas de ganado decomisadas en el matadero, o las toneladas de alimentos juzgadas no aptas para el consumo en los mercados centrales. También puede reflejar la satisfacción con el servicio: la valoración que hacen los maestros del programa PASE, o la proporción de animales adoptados devueltos tienen esta tipología. No siempre resulta fácil definir o obtener estos indicadores. A nuestro entender, este

ejercicio (aún en curso) constituye un importante paso adelante para avanzar hacia la definición de una cartera de servicios en el terreno de la salud pública²⁷.

En este contexto de análisis de gestión y de necesidad de reforma organizativa, surge la propuesta técnica de creación de una Agencia de Salud Pública para la ciudad⁴¹, que permita adecuar los servicios a los nuevos retos, avanzando en las líneas de gestión, cubriendo la prestación de servicios a la población, y separando la responsabilidad política del gobierno municipal de las responsabilidades de gestión. La propuesta se plantea como una forma de superar algunos problemas de la salud pública en la ciudad: concurrencia de competencias entre administración local y autonómica, duplicación de algunas estructuras, líneas de financiación, formas de gestión del personal y de los servicios... Desde su planteamiento inicial en 1992⁴² ha recibido una acogida favorable en diversos foros, y se ha planteado como una forma apropiada para estructurar los servicios de salud pública en otros ámbitos, por lo que parece relevante comentarla.

Agencias de Salud Pública

La creación de Agencias o estructuras autónomas similares para gestionar servicios que respondan a las necesidades de los poderes públicos cuenta ya con una cierta tradición en el campo de la sanidad, especialmente en Cataluña. Con una perspectiva más temática que poblacional, se han constituido empresas públicas como la *Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica*⁴³, con la misión de responder a las necesidades de la administración catalana en el campo de la evaluación de tecnologías, pero de modo tal que le permite actuar en otros ámbitos, incluso compitiendo en el mercado europeo. Esta iniciativa ha sido precedida por la constitución de empresas y consorcios en diversos municipios o comarcas, que han agrupado servicios de diversas titularidades para prestar asistencia sanitaria dentro de la red pública y bajo la forma de contratos con el *Servei Català de la Salut*, pero ocasionalmente también con otras entidades (se pueden mencionar el *Consorti Sanitari de Barcelona*, el *Consorti Hospitalari del Parc Taulí*, el *Consorti Sanitari de Terrassa*, SAGESA...).

Del mismo modo puede plantearse una opción similar en el campo de la salud pública, que permita constituir unidades adecuadas a las necesidades de la población y del territorio. Para una Comunidad Autónoma de población inferior a 500.000 habitan-

tes y territorio reducido una estructura autonómica única de salud pública puede ser una respuesta apropiada. Pero para poblaciones de varios millones de habitantes o muy dispersas territorialmente, parece apropiado configurar servicios más cercanos a las estructuras locales, que respondan a sus prioridades y necesidades sin que la lejanía amortigüe su capacidad de interacción con la realidad. Estructuras de este tipo permiten desarrollar servicios cercanos a la población, pero no tan atomizados como los actuales sanitarios titulares, de modo que permitan economías de escala y el mantenimiento de una masa crítica de profesionales que estimule el trabajo en equipo, la especialización, el rigor y la calidad. Además, siguiendo el proceso planteado para los servicios asistenciales, pueden concertar tanto sus actividades como su financiación con autoridades locales, Servicio de Salud, gobierno autonómico u otros agentes, separando la responsabilidad política de la de gestión. Se cree que en el campo de la salud pública la orientación poblacional justifica la existencia de agencias con una base territorial definida, aunque quizás no debería descartarse una competencia entre ellas en base a cierta especialización temática. De hecho, los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña actúan hoy así: aunque básicamente atienden a la población más cercana, compiten para atraer a segmentos de población por su mayor calidad o productividad en determinados servicios. En el futuro, la existencia de otras agencias similares permitiría quizás la aparición de mecanismos de mercado, que estimularían la buena práctica y la eficiencia en la salud pública. En el campo de la asistencia médica, los procesos de reforma tienden a crear mercados internos para la prestación de algunos servicios. En Gran Bretaña se han dado pasos en esta dirección, y hay Institutos de Salud Pública originalmente creados en una Región que venden servicios (de análisis de datos, de formación, de asesoría a programas o de evaluación de servicios) a otras Regiones.

En Barcelona, el ámbito de actuación de una futura Agencia de Salud Pública sería el de la Región Sanitaria de Barcelona, que coincide con el

del municipio de Barcelona, e incluye una población de más de 1.640.000 habitantes. Dentro de este ámbito territorial tienen competencias en salud pública el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Cataluña. Una opción para su puesta en marcha podría ser adscribir al ya existente *Consorci Sanitari de Barcelona* los actuales servicios de Salud Pública del Ayuntamiento y aquellos de la Generalitat de Catalunya que operan en la ciudad, para crear con ellos dicha Agencia, con un Consejo de Administración en el que estén presentes las administraciones que son titulares de los servicios adscritos y que financian su puesta en marcha. Este modelo de Agencia está muy relacionado con las peculiaridades de Barcelona: el antecedente del *Consorci Sanitari de Barcelona*, con una experiencia importante en la separación entre financiación y provisión de servicios en el sector sanitario y de consenso interinstitucional, es fundamental. Pero algunos elementos básicos de este análisis son comunes al conjunto del país, y quizás puedan extrapolarse a otros ámbitos y ser la base de nuevas iniciativas.

Los principales clientes de una Agencia de este tipo serán las administraciones. Estas han de dar respuesta a la necesidad de garantizar la protección de la salud y por tanto, ejercer la función de autoridad sanitaria y de responsabilidad política. Además, han de identificar los problemas de salud actuales y potenciales, para poner en marcha políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Pero también existen otros clientes potenciales, desde los Servicios de Salud hasta los diversos proveedores de asistencia. En un contexto de separación entre financiación y provisión de la atención médica, y con financiación basada en criterios capitativos, los proveedores de servicios tienen claros incentivos por mejorar la salud de las poblaciones para reducir las necesidades asistenciales. Esto abre posibilidades reales para una nueva alianza entre salud pública y servicios asistenciales, fundada en sus respectivas misiones y el mutuo beneficio, y con la perspectiva de mejorar la salud de la población.

Bibliografía

1. Hanlon JJ. *Public health administration and practice*, 6th ed. Saint Louis: Mosby, 1974: 292-308.
2. Buttery CMG. Provision of public health services. En: Last JM, Wallace RB (dirs). *Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine*, 13th ed. London: Prentice Hall International, 1992: 1113-28.
3. Plasència A. Cent anys de salut maternoinfantil a Barcelona (1891-1991): una revolució inacabada. En: Roca-Rossell A (coord). *Cent anys de salut pública a Barcelona*. Institut

Municipal de la Salut, 1891-1991. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1991.

4. Schade CP. A preliminary comparison between local public health units in the Canadian province of Ontario and in the United States. *Public Health Rep* 1995; 110: 35-41.
5. Brown C, Rawding N, Custer D. Selected characteristics of Local Health Departments. United States, 1992-1993. *MMWR* 1994; 43: 839-43.
6. Watkins SJ. Public health 2020. *Br Med J* 1994; 309: 1147-9.
7. Lewis J. The origins and development of public health in the United Kingdom. En: Holland WW, Detels R, Knox G (dirs).

Oxford textbook of public health. Volume I. Oxford: Oxford Medical Publications, 1991; 23-34.

8. Gordon LJ. Does public health still include environmental health and protection? *Public Health Policy* 1992; 13: 407-11.

9. Mant D. Prevention. *Lancet* 1994; 344: 1343-6.

10. Villalbí JR. La promoción de la salud en las escuelas. ¿Cuál es el papel de la atención primaria? *Formación Médica Continuada* 1995; 2: 285-9.

11. Duckworth GJ. Consultants in communicable disease control: currently lacking resources, power and training. *Br Med J* 1991; 303: 483-4.

12. Detels R. Communicable disease control in England; recommendations from an American. *J Public Health Med* 1994; 16: 415-22.

13. Ashton J (dir). *Ciudades sanas*. Barcelona: Masson, 1993.

14. Baker EL, Melton RJ, Stange PV. Health reform and the health of the public: forging community health partnerships. *JAMA* 1994; 272: 1276-82.

15. Oberle MW, Baker EL, Magenheimer MJ. Healthy people 2000 and community health planning. *Annu Rev Public Health* 1994; 15: 259-75.

16. Institute of Medicine. *The future of public health*. Washington: National Academy Press, 1988: 1-18.

17. Dyal WW. *Public health infrastructure and organizational practice definitions*. Atlanta: Division of Public Health Systems of the Public Health Practice Program Office, Centers for Disease Control, 1991.

18. Turnock BJ, Handler A, Hall W, Potsic S, Nalluri R, Vaughn EH. Local health department effectiveness in addressing the core functions of public health. *Pub Health Rep* 1994; 109: 653-8.

19. Artundo C, Sakellarides C, Vuori H (dirs). *Reformas de los sistemas sanitarios en Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

20. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y recomendaciones*. Madrid: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991.

21. Crown J. *The public health function in pluralistic systems*. Documento presentado en el Working Party on Health Care Reforms in Europe of the World Health Organization ICP/PHC 210(B)/BD7, 1992.

22. Emerson H. *Local health units for the nation*. New York: The Commonwealth Fund, 1945.

23. Román-Pumar JL. *Sistema local de salud. Propuestas de diseño*. Madrid: Díaz de Santos, 1984.

24. Mansilla PP. *Coordinación general sanitaria*. Madrid: Mondadori, 1988.

25. Sáenz de Buruaga J. Evolución de la organización de la salud pública en Euskadi: 1980-1993. En: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Clínica, gestión y salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993: 25-47.

26. Francisco-Polledo JJ. La salud pública y el estado de las autonomías. En: Sociedad Española de Salud Pública y Admi-

nistración Sanitaria. *Clínica, gestión y salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993: 19-22.

27. Segura A. Las prestaciones sanitarias en el ámbito de la medicina preventiva y la salud pública. *Gaceta Sanitaria* 1995; 9 (supl 46): 45-51.

28. García-Calabuig MA. *Informe de salud pública 1993*. Victoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1994.

29. Villalbí JR. La salud pública en España. Alternativas en su organización y funciones. En: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Clínica, gestión y salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993: 15-6.

30. Moreno K. Análisis descriptivo de las comunicaciones presentadas al II Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Gac Sanit* 1988; 2: 34-8.

31. Marzo M, Cabezas C, Sancho A, Fernández D, González JA, Parellada N. *Las unidades de salud pública y planificación en los sectores de Costa de Ponent*. Hospitalet: Institut Català de la Salut, 1994.

32. Bonfill X. El posible papel de la epidemiología clínica en el hospital. *Revisiones Salud Pública* 1991; 2: 167-84.

33. Segura A. Recerca i pràctica sanitària. *Salut Catalunya* 1994; 8: 19-20.

34. Armengol R, Armengou JM, Chamorro C (coords). *La salud pública local*. Barcelona: Federació de Municipis de Catalunya, 1995.

35. Arabí F. *La sanidad sin bata blanca en la Comunidad Valenciana*. València: Publicacions de la Generalitat Valenciana, 1995.

36. Elola F. Las corporaciones locales en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 1992; 32: 195-7.

37. Casas X. Nuevas orientaciones para la salud pública en momentos de cambio. En: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Clínica, gestión y salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993: 51-62.

38. Viñals S, Echániz JI, Bengoechea J. Requirements of organization and management for the maximum exploitation of resources in a re-structuralization. En: *Our city, our future*. Vol I. Madrid: International Healthy and Ecological Cities Congress, 1995: 133-9.

39. Área de Salud Pública. *Memòria 1992*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1993.

40. Manzanera R, Villalbí JR, Torralba L, Solanes P. Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 135-42.

41. Manzanera M, Armengol R, Navarro A, Villalbí JR. *Agència de salut pública per a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1995.

42. Área de Salud Pública. *Agència de Salut Pública de Barcelona. Desenvolupament de la salut pública a finals del segle XX*. Barcelona: Área de Salud Pública, 1992.

43. Granados A. L'avaluació de tecnologies mèdiques a Catalunya. *Salut Catalunya* 1995; 9: 40-1.

