

COLABORACIÓN ESPECIAL**PROPUESTAS DE REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
EN CATALUÑA**

Joan R Villalbí (1), Josep M Antó (2), Olga Pané (3), Josep L de Peray (4) y el Comité Científico para la reforma de la Salud Pública en Cataluña.

- (1) Agencia de Salud Pública de Barcelona
- (2) Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona.
- (3) Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (4) Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. Barcelona.

El Comité Científico para la reforma de la Salud Pública en Cataluña está formado por Josep M Antó, F Xavier Bosch, Teresa Corbella, Josep L de Peray, Fernando García-Benavides, Elisabeth Jané, Jacint Jordana, Edouard Mata, Olga Pané, Oriol Ramis, Gemma Revuelta, Andreu Segura, Mercé Tor, Ricard Tresserras R y Joan R Villalbí.

RESUMEN

En el año 2004 el gobierno de Cataluña planteó la necesidad de abordar la reforma de sus servicios de salud pública. En este contexto creó un Comité Científico con expertos de diversas procedencias. Sus miembros generaron ocho documentos específicos sobre distintos aspectos de la salud pública, y de ellos surgió un informe global colegiado del Comité, el cual se presentó a finales del año 2005. En este artículo se presenta un resumen de estas aportaciones y en anexo sus recomendaciones y propuestas. Se propone que las políticas de salud pública se habrán de articular en torno a tres grandes objetivos generales: la reducción de las desigualdades de salud, el control y eliminación de los riesgos ambientales y sociales; y la mejora efectiva en la calidad de vida. Para impulsar estos objetivos se adoptan unos criterios comunes como ejes de trabajo. Estos se basan en: favorecer la descentralización de la oferta de servicios y su gestión, vincular las actividades de salud pública a las estructuras asistenciales, diseñar las intervenciones con una perspectiva poblacional, y potenciar las implicaciones transversales de la salud pública. Las aportaciones de este Comité se producen en un contexto internacional de debate sobre el futuro de los servicios de salud pública y la desproporción existente entre su aportación al bienestar y la salud, su visibilidad y recursos. El Comité produjo una serie de recomendaciones y propuestas que se pueden agrupar en cinco grandes ejes: consolidar un sistema sólido y coherente, desarrollar una reforma organizativa, definir una cartera de servicios, aplicar mejoras de gestión, y tener en cuenta los aspectos transversales que afectan a la salud pública.

Palabras clave: Salud pública. Gestión. Planificación. Organización.

ABSTRACT**Proposals for the reform of public health services in Catalonia**

In the year 2004 the government of Catalonia undertook a process to reform its public health services. In this context, it created a working group involving experts from diverse backgrounds to analyse the reforms to be undertaken, the Scientific Committee for the Reform of Public Health in Catalonia. Its members produced eight documents on specific aspects of public health, from which a global report of the Committee was compiled by the end of 2005. This paper makes a synthesis of their production, and includes as an annex their recommendations and proposals. Public health policies should be structured around three main goal: the reduction of health inequalities, the control and removal of social and environmental risks, and effective improvements in quality of life. To reach them, common criteria are defined as main directions. These are based in favouring decentralization of public health services and their administration, linking public health activities with health care services, designing interventions with a population perspective, and reinforcing cross-sectional implications of public health. The work of this Committee is produced in the context of an international debate on the future of public health services and the disproportion between its contribution to health and well being and its resources and visibility. The Committee produced proposals and recommendations which can be grouped in five facets: consolidating a solid and coherent system, developing an organizational reform, defining a portfolio of services, adopting improvements in management, and taking into account cross sectional aspects relating to public health.

Key words: Public health. Management. Planning.

Correspondencia:
Joan R Villalbí
Agencia de Salut Pública de Barcelona
Pl Lesseps 1
08023 Barcelona

INTRODUCCIÓN

En su sentido más amplio el concepto de salud pública se refiere al proceso de movilización de recursos para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población. Estos recursos, tanto humanos como materiales, tienen como destinataria a la población en su conjunto y se traducen en servicios de promoción, prevención y protección de la salud. Los servicios de salud pública son menos visibles y conocidos por la población que los servicios médicos individuales, pero su importancia para el mantenimiento de la calidad de vida de las sociedades es capital.

En el año 2004 el gobierno de Cataluña planteó la necesidad de abordar la reforma de sus servicios de salud pública¹. En este contexto creó Comité Científico con expertos de diversas procedencias para analizar las reformas de la Salud Pública en Cataluña a impulsar en el futuro. A partir de una agenda marcada por la Dirección General de Salud Pública, los miembros de este grupo generaron ocho documentos específicos sobre distintos aspectos de la salud pública, elaborándose con ellos un informe global consensuado por el Comité. Todos se han editado en forma de libro y están accesibles en internet². En este trabajo, preparado para este monográfico conmemorativo de la Revista Española de Salud Pública, se presenta un resumen de estas aportaciones con las recomendaciones y propuestas en anexo. Este proceso de reflexión se complementa con otras acciones: las aportaciones de unas jornadas de participación con los gobiernos locales y con profesionales de la salud pública, y el informe de un Consejo consultivo para la reforma de los servicios de salud pública de Cataluña. En cualquier caso, sea cual fuere el futuro de la reordenación de los servicios de salud pública en Cataluña, a los miembros del Comité nos ha parecido relevante compartir estas reflexiones con los profesionales del sector, creyendo que pueden ser también útiles en otros contextos.

Creemos que son aportaciones al conocimiento de la situación de nuestros servicios de salud pública y su mejora, que cuenta con un cuerpo creciente en los últimos años³⁻⁶.

Definir los servicios partiendo de los objetivos de salud pública

Se adoptó la definición de funciones y servicios esenciales de salud pública formulada por el *Institute of Medicine* en 19887. Partiendo de este marco, el *Public Health Functions Steering Committee* definió posteriormente los diez servicios esenciales de salud pública que están guiando los esfuerzos organizados de gestión de servicios de salud pública en los EEUU⁸. Este marco conceptual nos pareció el más apropiado para cualquier intento de planificación estratégica de los servicios de salud pública. En la tabla 1 se presentan las funciones de la salud pública y prácticas asociadas, así como la propuesta de servicios esenciales.

Como punto de partida se establecieron unos objetivos generales de salud pública para el futuro y la apuesta por unos ejes de trabajo principales:

Objetivos generales:

- Reducir las desigualdades de salud
- Controlar los riesgos ambientales y sociales de mayor impacto
- Mejorar de forma efectiva la calidad de vida de las personas

Ejes de trabajo:

- Favorecer la descentralización de la oferta de servicios y su gestión
- Vincular las actuaciones preventivas asistenciales a las de salud pública
- Diseñar actuaciones e intervenciones con una perspectiva poblacional
- Potenciar las implicaciones transversales de las intervenciones sobre la salud

Tabla 1
Funciones básicas de salud pública y prácticas asociadas a cada función, y servicios esenciales de salud pública

Funciones	Prácticas	Servicios esenciales
1. Valoración de las necesidades de salud	1.1. Valorar las necesidades de salud de la comunidad. 1.2. Investigar la aparición de riesgos para la salud en la comunidad o sus efectos. 1.3. Analizar los determinantes de las necesidades de salud identificadas.	Monitorizar el estado de salud para identificar problemas Diagnosticar e investigar problemas de salud y riesgos para la salud en la comunidad
2. Desarrollo de políticas	2.1. Abogar para la salud pública, construir alianzas para la salud pública e identificar recursos en la comunidad. 2.2. Definir prioridades entre las necesidades de salud. 2.3. Desarrollar planes y políticas para dirigirse a las necesidades de salud prioritarias.	Informar, educar e implicar al público en temas de salud. Movilizar colaboraciones en la comunidad para identificar y resolver problemas de salud.
3. Garantizar la prestación de servicios	3.1. Gestionar los recursos y desarrollar estructuras organizativas. 3.2. Desarrollar programas. 3.3. Evaluar programas y garantizar el nivel de calidad. 3.4. Formar y educar al público.	Desarrollar planes y políticas que apoyen los esfuerzos individuales y comunitarios a favor de la salud Aplicar las leyes y normas que protegen la salud y garantizan la seguridad Conectar a las personas con los servicios sanitarios que necesitan y garantizar la provisión de los servicios asistenciales básicos Garantizar la competencia del personal de salud pública y asistencial
4. Investigación aplicada		Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios individuales y poblacionales Investigar nuevos aspectos y soluciones innovadoras para los problemas de salud

Las políticas de salud pública en Cataluña para el futuro se habrían de articular en torno a tres grandes objetivos generales:

- La reducción de las desigualdades de salud, de manera que las diferencias existentes no se consoliden y no contribuyan a aumentar las desigualdades sociales y económicas
- el control y eliminación de los riesgos ambientales y sociales que puedan tener un mayor impacto sobre la salud de la población
- la mejora efectiva en la calidad de vida de todas las personas, favoreciendo las mejores condiciones de salud posibles.

Para impulsar estos objetivos se adoptaron unos criterios comunes basados en favorecer la descentralización de la oferta de servicios y su gestión, vincular las actividades de salud pública a las estructuras asistenciales, diseñar las intervenciones con una perspectiva poblacional, y potenciar las implicaciones transversales de la salud pública. En este proceso se consideran aspectos transversales a estimular la intersectorialidad de las intervenciones, la participación, la comunicación, el desarrollo del personal, y la investigación.

El catálogo de servicios de salud pública

Aunque sea relativamente sencillo llegar a un acuerdo por lo que respecta a la tipología de las funciones de salud pública, cuesta más definir cuáles son las actividades concretas en las que se han de traducir. A pesar de que hay un amplio consenso en la determinación de algunas de las actividades de la salud pública, como el saneamiento del agua, las vacunaciones o los registros de mortalidad y sus causas, esta situación no es extensiva al conjunto de actividades que hoy en día conforman la prestación de salud pública como mosaico de acciones de nuestro sistema

sanitario. En algunos casos la dificultad para establecer qué actividades han de ser desarrolladas radica en la falta de adaptación de los servicios disponibles a los cambios que experimentan los problemas de salud. En otros casos el problema es la aparición de nuevas intervenciones o tecnologías que no han sido suficientemente evaluadas desde el punto de vista de su efectividad y seguridad. Finalmente, hay situaciones en las que se dispone de esta evidencia, pero los beneficios posibles en comparación con otras alternativas o la relación entre el coste y el beneficio a obtener resultan dudosos. Ante estas dificultades y para integrar la información que continuamente proporciona la investigación, las sociedades científicas y profesionales han desarrollado de forma creciente guías y recomendaciones basadas en diversas metodologías para asistir en la toma de decisiones sobre los servicios prioritarios. Consecuentemente, podemos saber qué intervenciones tienen validez suficiente, aunque también es cierto que todas las intervenciones, tanto las que se acepten hoy de forma consensuada como las que no, han de ser sometidas a una revisión permanente de su vigencia y eficiencia.

Adicionalmente, desde la incorporación de nuestro país a la Unión Europea, no es sólo nuestro propio ordenamiento jurídico el que determina, en algunos casos, qué servicios hay que ofrecer, ya que las decisiones de la Unión Europea generan permanentes demandas de adaptación. Por lo tanto, la definición de qué servicios han de ser ofrecidos y a qué nivel se han de ejecutar (local, autonómico o estatal) es producto de la legislación vigente, del desarrollo de políticas de salud que tratan de adaptar los recursos a las realidades cambiantes y, finalmente, del modelo político y territorial del país.

En general, una intervención habrá de incorporarse a la oferta de servicios de salud pública siempre que sea efectiva y segura, se puedan precisar los límites de la actividad y el organismo competente, sea más eficiente que otras alternativas, responda a una nece-

sidad a cubrir y se disponga de recursos para poder ofrecerla, y resulte aceptable por la población. Si alguna de las actividades de salud pública habituales deja de cumplir estos requisitos su oferta debería revisarse, y debería ser eventualmente retirada.

En el ámbito de la salud pública no se dispone de todos los servicios necesarios, y no todos los que se ofrecen están justificados. En la práctica, el conjunto de servicios de salud pública que ofrece el sistema de salud es el resultado de influencias y decisiones de orden diverso. De un lado la continuidad de actividades realizadas en el pasado, cuya permanencia tiene un elevado componente de inercia. Otras veces son el resultado de decisiones políticas puntuales en respuesta a fuertes demandas sociales, o a situaciones de emergencia y alarma. De manera creciente, algunos servicios nuevos son establecidos porque la experiencia internacional y la literatura científica lo aconsejan. No obstante, hay que remarcar que en el ámbito de la salud pública no existe un sistema de demanda y oferta como en el sector asistencial. Además, dado que ambos sectores están incluidos en el mismo presupuesto, el hecho de que la estructura presupuestaria del sector asistencial muestre un crecimiento constante de servicios y gasto hace que en la práctica la oferta de servicios de salud pública se vea discriminada.

El proceso para decidir los servicios a proveer ha de ser dinámico y estar atento tanto a la identificación de nuevas necesidades como a las evidencias disponibles sobre las posibles soluciones y su efectividad. Este tipo de información es cada vez más abundante por el desarrollo de los sistemas de información y la investigación epidemiológica y de salud pública acumuladas. En algunos casos el conjunto de circunstancias implicadas en la decisión de proveer o no un determinado tipo de servicio dificulta las opciones. Por ejemplo, ante los efectos de la contaminación ambiental o de los alimentos sobre la salud, por un lado está la dificultad y

el tiempo necesario para acumular la evidencia científica de la efectividad de las intervenciones, y por otro la necesidad de anticipación y de prevención de los efectos perjudiciales. En este ámbito la Unión Europea ha optado por dar una importancia creciente al principio de precaución como estrategia para afrontar los riesgos ambientales y de salud.

Es también importante señalar que en el ámbito de la salud pública a menudo se produce un conflicto debido a que hay intervenciones para proteger la salud de la población con un alto grado de evidencia sobre su adecuación, pero que al mismo tiempo suponen restricciones para determinados grupos, personas o corporaciones, lo que comporta grandes dificultades para su aceptación e implantación. Estos conflictos son a menudo importantes y ponen de manifiesto la importancia de que las políticas de salud pública incorporen además de consideraciones científicas, técnicas y económicas, consideraciones culturales y éticas.

Durante los últimos años las administraciones sanitarias en Cataluña han tendido a explicitar los servicios que proporcionan, aproximándose a lo que se ha denominado cartera de servicios. Tradicionalmente, la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud se ha organizado en tres áreas: promoción de la salud, protección de la salud y vigilancia epidemiológica. A partir del año 2001, a estas tres áreas se incorporó la planificación sanitaria, y en el año 2004 se creó la Dirección General de Planificación y Evaluación. Existe un inventario de actividades principales del Departamento de Salud. Algunas unidades de la Dirección General de Salud Pública y de algunos municipios utilizan carteras de servicios informales, basadas más en las funciones que en las competencias. Desde la Agencia de Salud Pública de Barcelona se ha hecho un esfuerzo formal importante para definir una cartera de servicios en la que se explicitan sus líneas de trabajo, la cual es

aprobada y actualizada periódicamente por sus órganos de gobierno⁹.

De forma paralela, el Servicio Catalán de la Salud elaboró una cartera de servicios que incluye las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de un análisis detallado de las intervenciones recomendadas en el Plan de Salud de Cataluña. En esta cartera, que dispone de un programa informático asociado, se relacionan los objetivos y las intervenciones recomendadas con las líneas de producto que incluyen: atención primaria, atención especializada, salud mental, atención sociosanitaria, atención farmacéutica y algunos otros programas del Departamento de Salud. La reforma de la atención primaria, junto con la transposición a sus contratos asistenciales de algunos de los objetivos operativos del Plan de Salud de Cataluña, ha favorecido que en este nivel de asistencia se realicen muchas actividades preventivas de tipo individual de interés para la salud pública, como vacunaciones y cribados. Igualmente, los hospitales realizan programas de prevención vinculados al Plan de Salud. Tanto la atención primaria como el hospital son proveedores de información crítica para el sistema de vigilancia. En conjunto, la incorporación de actividades preventivas a los servicios asistenciales ofrece muchas oportunidades para mejorar la salud pública que han de ser aprovechadas. No obstante, conviene no confundir su rol de prestación de servicios a nivel individual con el de los servicios de salud pública.

De cara al futuro parece oportuno fortalecer y ampliar la provisión de servicios de salud pública. En el ámbito de la protección de la salud parece preciso implementar y hacer cumplir la normativa existente de manera universal. Por lo que respecta a los servicios de promoción y prevención conviene, al menos inicialmente, establecer criterios que garanticen la prestación de aquellos servicios que se consideren como mínimos. Aunque en principio se ha de plantear

una cartera de servicios homogénea para el conjunto de Cataluña, en algunos casos hay que tener en cuenta variaciones territoriales en las necesidades de salud, haciendo más énfasis en unas u otras actividades en función de las necesidades de la población.

La aportación de los sistemas de información

A pesar de que en este documento se ha abordado la cuestión de los servicios de salud pública de una manera genérica, sin considerar de manera específica la problemática de los diferentes tipos de servicios, se quiere hacer referencia a los sistemas de información atendiendo a su importancia estratégica para el conjunto del sistema. Durante las últimas décadas, paralelamente a la mejora de los servicios sanitarios, se ha producido una notable mejora de los sistemas de información sanitaria que en la actualidad incluyen la información sobre la mortalidad, la utilización de los servicios sanitarios y sobre los problemas de salud. El alcance de esta información se puede constatar en el Plan de Salud que, de manera periódica, permite integrar la información disponible, en una lógica de identificación de las necesidades y de seguimiento del impacto de las políticas y los servicios. No obstante, pese al importante esfuerzo realizado en este campo, hay deficiencias importantes que limitan el rendimiento de un mejor conocimiento de las necesidades y la utilización de servicios. Estas deficiencias son de dos tipos. De un lado los mecanismos de utilización de la información disponible son insuficientes. Destaca en este sentido la insuficiente traducción del Plan de Salud en las políticas de salud, lo que podría acabar reduciéndolo a un ejercicio académico, contrario a su razón de ser. Se plantea revisar el proceso de elaboración del Plan de Salud estableciendo los mecanismos para que la información que proporciona tenga el mayor impacto posible en la mejora de las políticas y los servicios de salud en general y de salud

pública. Pero además, hay que impulsar mejoras en algunas fuentes de información, incorporar otras y ampliar las experiencias ya iniciadas para incorporar el conocimiento poblacional de parámetros biológicos y medidas funcionales relevantes para el conocimiento de los problemas de salud más importantes. También hay que potenciar la conectividad entre las fuentes de información, de manera que se puedan realizar estudios de tamaño suficiente y de alcance poblacional a un coste razonable, incorporando los avances del análisis geográfico de la información, tanto para el seguimiento descriptivo de los problemas de salud como para el estudio del impacto de los determinantes ambientales. Es de la máxima importancia que se facilite el estudio y la monitorización de las desigualdades sociales en el estado de salud y sus determinantes de manera que se pueda trasladar este conocimiento a las políticas de salud pública. Atendiendo a la importancia de los sistemas de información para el conocimiento de las necesidades y el diseño de políticas de salud hay que considerar su mejora y aprovechamiento como una prioridad.

Estructuras organizativas

El ejercicio de las funciones de salud pública y la provisión de servicios exige la existencia de estructuras organizativas adecuadas. Las soluciones organizativas se derivan en parte de la tradición histórica y política, por lo que son diversas. Pero uno de los aspectos más relevantes de las estructuras organizativas en salud pública es su despliegue territorial. En general, hay que distinguir tres niveles: central, regional y local. El central corresponde a las actividades que se realizan o pueden hacerse mejor de forma centralizada por razones de competencia, especialización y economía de escala y masa crítica. Incluye buena parte de las acciones de elaboración y evaluación de políticas y programas, así como su ejecución cuando han de alcanzar al conjunto de la población y el

territorio. Incluye también la gestión de grandes bases de datos y sistemas de información. El apoyo de laboratorio tiene sentido plantearlo de manera centralizada por criterios de economías de escala, por la tendencia a la especialización y automatización y para afrontar los costes y las necesidades de acreditación. El nivel local es aquel en el que se ejecutan las acciones que materializan políticas y programas, a menudo también el que genera la información que sustenta las bases de datos. El regional ocupa un espacio intermedio entre ambos.

La distribución territorial de los servicios de Salud Pública varía en cada país en función de sus tradiciones y características. La tradición federal de Estados Unidos ha facilitado el apoyo técnico central a los servicios locales en la vigilancia epidemiológica: su paradigma es el personal del CDC que proporciona apoyo directo a los servicios locales en determinadas situaciones, pero también la red que el CDC opera en Internet¹⁰. En la tradición francesa destaca el cuerpo centralizado de funcionarios de alta excelencia técnica y con criterios y protocolos unificados, aplicada al caso del control alimentario. En la tradición británica destaca en los últimos años el papel de los directivos con formación en salud pública pero cercanos a los servicios sanitarios, capaces de velar por una visión poblacional de los servicios asistenciales de relevancia sanitaria que va más allá de su rendimiento clínico individual (vacunas, cribados...), con fuerte influencia en la planificación mediante la compra de servicios. En España, la distribución territorial de los servicios de salud pública está influida por la organización en ámbitos territoriales comarcales o de sectores sanitarios en cada una de las Comunidades Autónomas que reformaron sus servicios de salud pública después de recibir las transferencias de la administración central. Así, en la Comunidad Valenciana se crearon estructuras de ámbito comarcal propias de los servicios de salud pública, mientras que en Andalucía las estructuras se basaron en el distrito sanitario,

agrupando los servicios de salud pública de forma cercana a los asistenciales³.

En el caso de Cataluña hay que distinguir dos niveles de organización de los servicios de salud pública: los centrales y los regionales/locales¹¹. Hay que tener en cuenta que la administración central del Estado tiene hoy en Cataluña un papel muy reducido, restringido básicamente a la sanidad exterior. Por lo que respecta al nivel central su ámbito territorial corresponde al conjunto de Cataluña y en él se concentran las funciones normativas y los servicios más especializados, como la mayoría de los sistemas de información o tareas de laboratorio, que han de proporcionar apoyo a los servicios regionales/locales ante situaciones que los superen. Esta distribución responde tanto a razones competenciales como de economías de escala. La búsqueda de una expresión organizativa para la realidad metropolitana añade complejidad.

Por lo que respecta a las estructuras organizativas a nivel central, además de la Dirección General de Salud Pública y otras estructuras del Departamento de Salud, hay que tener presente que en los últimos años se ha creado la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria (Ley 5/2002), coincidiendo con la creación de agencias similares en Europa como respuesta a las crisis alimentarias de los últimos años, con un componente intersectorial elevado. Más recientemente, también se ha creado la Agencia de Protección de la Salud (Ley 7/2003), aún en proceso de desarrollo, para dar respuesta a los problemas de coordinación entre los diversos niveles de la administración pública con responsabilidades sobre salud pública en Cataluña, y para impulsar un organismo de protección de la salud con más capacidad operativa. Paralelamente, en la ciudad de Barcelona se ha creado la Agencia de Salud Pública con un modelo organizativo más integrado y un techo competencialmente elevado¹².

El ámbito territorial de los servicios regionales/locales corresponde en general a una

región sanitaria (en el caso de Barcelona es la ciudad), un sector sanitario o una agrupación operativa de sectores. Este ámbito incluye una estructura que por una parte sea capaz de relacionarse con los servicios centrales y, por otra, de ejecutar los servicios. Los ayuntamientos grandes y medianos suelen tener servicios propios⁴. De forma no homogénea, los servicios de salud pública tienen también una expresión en las estructuras propias de los servicios sanitarios asistenciales, ya sea en las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud, o en los servicios de atención primaria (SAP) en el caso de los proveedores de servicios de atención primaria, como el Instituto Catalán de la Salud. En las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud suele haber profesionales o unidades que velan por la cobertura de diversos programas y actividades de interés para la salud pública y cuya ejecución suele estar ligada a los servicios clínicos. En los SAP suele haber profesionales vinculables al primer grupo, pero proveedores distintos del Instituto Catalán de la Salud pueden carecer de profesionales vinculados a la salud pública. Los equipos de atención primaria desarrollan funciones de ejecución de determinados programas de salud pública, sustituyendo algunas de las funciones de los sanitarios locales que están integrados: este aspecto ha sido analizado recientemente¹³.

Si la reforma de la salud pública tiene siempre en el esquema organizativo uno de sus mayores retos, ello es aún más cierto en el caso de Cataluña. Por un lado hay que fortalecer las estructuras centrales garantizando las condiciones necesarias para ejercer las funciones de planificación y evaluación de las políticas de salud pública. Por otro hay que aproximar servicios descoordinados. En este terreno una opción puede ser la creación de una agencia instrumental para la gestión y la correspondiente reforma de la Dirección General de Salud Pública. Igualmente, siguiendo la estrategia general del Departamento de Salud de dirección compartida con los gobiernos locales, la organización actual

(en la que coexisten los servicios del Departamento de Salud con sus delegaciones territoriales y los municipios con servicios propios) puede dar paso a una nueva estructura basada en la Agencia de Salud Pública de Cataluña y sus estructuras territoriales, y una red de proveedores locales de servicios de salud pública.

Financiación y bases legales

Otro reto clave es el de la financiación. Entre los profesionales de la salud pública existe la opinión generalizada de que las políticas de salud pública orientadas a la colectividad están seriamente infrafinanciadas en comparación con las políticas asistenciales orientadas a los pacientes. Lamentablemente, la información disponible sobre esta cuestión es muy limitada. Según datos del año 2004, procedentes del presupuesto del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, se puede deducir que el total del gasto destinado a salud pública durante ese año fue de 66,2 millones de €. La gestión de este presupuesto corresponde a la Dirección General de Salud Pública, a la Secretaría General y a los Servicios Territoriales del Departamento de Salud. De esta cantidad se destinan 11 millones a cofinanciar la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Por lo que respecta al gasto de los ayuntamientos, la información es aún más limitada y la estructura del gasto en salud pública es posiblemente muy dispersa. Un estudio publicado hace unos años concluyó que el gasto directo municipal en salud pública oscilaba entre 3,60 y 6 € por habitante y año⁴. Un estudio más reciente de la Diputación de Barcelona, señala que los municipios de más de 20.000 habitantes incurrieron en el año 2001 en un gasto en salud pública de 10,20 € habitante (un total de 24,3 millones de €), el 58% del cual se dirigía a financiar actividades relacionadas con competencias propias y el resto a actividades que estrictamente no forman parte de las competencias locales¹⁴. El mismo trabajo también analizaba los gastos de los municipios entre 10.000 y 20.000

habitantes, situando su gasto en salud pública en 5,70 € por habitante y año (un total de 3,2 millones de €), destinando en este caso el 63% de los fondos a actividades que eran de su competencia. Los datos del Departamento de Salud sugieren que la media de gasto público por habitante, incluyendo las vacunaciones, oscila entre los 15,64 € / habitante y año y los 17,04 en la ciudad de Barcelona sería de 15,55 €. En estas estimaciones no se incluye el gasto de actividades de salud pública que se realizan desde la atención primaria. La información internacional disponible es muy limitada, y la propia estructura de los servicios de salud pública hace difícil obtener más información.

Ante esta situación resulta de la máxima importancia que se realice un estudio exhaustivo del nivel de gasto actual en salud pública, así como del nivel y los mecanismos de financiación necesarios.

La normativa legal actual y la estructura de los servicios de salud pública se basan en normas de principios del siglo XX, actualizadas en la posguerra. Existe legislación del Parlamento de Cataluña: la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990, modificada parcialmente en 1995, y la Ley de Protección de la Salud (LPS) de 2003. Las propuestas de reforma de la salud pública que se lleven a cabo las han de tener en cuenta, y la formulación de la LPS permite contemplar un esquema transitorio basado en ésta, que después puede evolucionar con un nuevo marco normativo. La Ley de la Carta Municipal de Barcelona de 1998 sustenta la peculiaridad de la estructura de los servicios de salud pública en la ciudad. Quizás convendría revisar la LPS con más perspectiva temporal, para valorar hasta qué punto no estuvo demasiado influida por el modelo de gestión de los servicios de asistencia sanitaria, a pesar de que su lógica de provisión de bienes públicos no fuera la misma. A pesar de que la necesidad de una nueva ley de salud pública no resulta obvia, habría que valorar hasta qué punto puede

resultar necesaria por motivos como la creación de una agencia para la salud pública, la reordenación y modernización de la función de autoridad o la integración de funciones dispersas en otras leyes y entes territoriales.

Una Agencia de Salud Pública para Cataluña

Uno de los elementos más relevantes a valorar en el proceso de reforma de la salud pública es la posible creación de una Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT) que permita materializar un mayor apoyo a este ámbito. El concepto «agencia», aplicado a estructuras organizativas de las administraciones públicas, parece tener un atractivo creciente. La primera difusión de este concepto, se produjo en países anglosajones como Gran Bretaña o Australia, en el marco de amplias iniciativas de renovación de las políticas públicas en los años ochenta, con una vertiente organizativa de renovación de la administración pública. Así, las *next step agency*, basadas en los principios de la nueva gestión pública, fueron un conjunto de iniciativas impulsadas por los gobiernos británicos, que querían potenciar la descentralización y la autonomía en la gestión, la utilización de los mecanismos de mercado y la medida constante de los rendimientos como forma de mejorar la gestión pública. Ya en los años noventa, los principios de la nueva gestión pública se han extendido por todo el mundo, y con ellos, el concepto de agencia como fórmula organizativa a impulsar. Aunque se trata de una fórmula algo idealizada, recoge el impulso de cambio y renovación de las administraciones públicas.

Asumiendo algunas características de la nueva gestión pública, y rompiendo con los modelos jerárquicos y homogeneizadores de las administraciones tradicionales, el modelo de agencia tiene dos elementos propios: una identidad organizativa propia y distintiva, separada de la estructura departamental de la administración, y la presencia de profe-

sionales muy especializados en las tareas específicas de la organización. Otros aspectos pueden variar, según la naturaleza de la agencia, sus responsabilidades y finalidades, pero en cualquier caso es importante señalar que uno de los aspectos que encontramos de forma más habitual en las agencias es que tienen una misión bien definida, claramente especificada y libre de tensiones políticas, o de conflictos de preferencias sobre los objetivos a alcanzar. También hay que señalar que pueden desarrollar un amplio abanico de actividades: según su especialización, se puede distinguir entre diferentes tipos, como: reguladoras, implementadoras, evaluadoras, asesoras y coordinadoras. Que una agencia incorpore unas u otras acciones tiene implicaciones organizativas y de gestión importantes.

En general, el papel del político es menor en las organizaciones que toman una orientación de agencia, pues ésta comporta cierta delegación de funciones a los técnicos y profesionales responsables. Esto tiene sentido, y puede funcionar correctamente si en el interior de la agencia no hay debate político, ni dilemas sobre criterios y valores. En la medida que estas tensiones –habituales en la política pública– estén presentes, su gestión tiene una naturaleza política que hace más adecuado que la responsabilidad directa esté en manos de los cargos políticos y del conjunto de instituciones políticas especializadas en tratar este tipo de dilemas: tienen una mayor legitimidad para hacerlo directamente, y por otra parte trasladar a una agencia funciones que tienen una dimensión esencialmente conflictiva puede bloquear su capacidad de resolver problemas técnicos.

Es por tanto crucial que al crear la ASPCAT su rol quede nítidamente definido. Esta definición implica establecer al menos: la misión que orienta de forma central los objetivos de la organización; el conjunto de sus competencias, incluyendo su contenido y el ámbito en el que se desarrollan; las responsabilidades y poderes que se le atribuyen

para llevar a cabo las intervenciones públicas que se le confían y para alcanzar los objetivos que se le establezcan; la estructura como manera de dividir y coordinar el trabajo para realizar las actividades correspondientes a las funciones asignadas; un sistema de financiación que garantice la obtención y el mantenimiento de los recursos para llevar a cabo las actividades; y, finalmente, una forma institucional que ha de ser coherente con los elementos anteriores y permitir el mejor desarrollo de las actividades en el marco del conjunto de instituciones públicas.

Por lo que respecta al alcance de los aspectos anteriores existe un amplio abanico de posibilidades, tanto por lo que respecta a sus funciones como a su tamaño. Cada opción tiene ventajas e inconvenientes que hay que valorar cuidadosamente. En el caso de optar por una alternativa de máximos, construyendo una macroorganización que integre muchas de las responsabilidades que ahora están a diferentes niveles de gobierno, habría que tener presente la complejidad que se derivaría tanto de la inevitable recentralización de funciones como de la posible internalización de tensiones políticas dentro de la mencionada organización. Si se quiere crear la ASPCAT se dispone del antecedente de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, cuya experiencia ha de permitir valorar hasta qué punto, más allá de una estructura de gestión más flexible, el modelo de agencia puede servir o no como referencia para desplegar un modelo de funciones de salud pública integradas. Hay que tener presente que el cambio de escala (de la ciudad de Barcelona a Cataluña), implicaría una mayor especialización de las actividades a llevar a cabo, así como la aparición de nuevas necesidades como las relaciones entre diferentes niveles de administración, o la conexión con colectivos empresariales y profesionales muy variados. Igualmente, la ASPCAT tendría que aglutinar la contratación de muchos servicios que hoy en día se realizan por diversas entidades a escalas pequeñas e ineficientes y, a menudo, con un procedi-

miento contractual mejorable. Una contratación o licitación más amplia podría fomentar la estructuración de un sector de proveedores más potente y a la vez, con equipamientos y recursos más actualizados y competitivos. La ASPCAT tendría que dotarse de un núcleo de funcionarios para asumir aquellas actividades que comportan el ejercicio de la autoridad que la legislación reserva a los funcionarios de la administración, autonómica o local.

Aspectos transversales de la salud pública

El desarrollo de la salud pública se basa en aspectos como la intersectorialidad, la participación, la comunicación, la formación del personal y la investigación. El Comité se refirió a todos ellos como aspectos transversales a tener en cuenta.

La importancia de la intersectorialidad en este ámbito es fácilmente demostrable: en la mayoría de ayuntamientos –y también en la Generalitat de Cataluña– se encuentran competencias y responsabilidades de salud pública que no gestionan los departamentos de salud. A pesar de los esfuerzos realizados en este ámbito, la práctica de la intersectorialidad en Cataluña no se rige aún por una estrategia global y en conjunto resulta insuficiente, fragmentaria, reactiva y desigual. Ante esta situación hace falta una acción más coherente y enérgica que permita pasar de las conceptualizaciones y los discursos a las iniciativas concretas. Atendiendo a que en el pasado se han llevado a cabo algunas experiencias importantes es necesario que donde se hayan producido resultados positivos se haga posible la ampliación y generalización de los enfoques y modelos adoptados. Es importante mejorar la información sobre la intersectorialidad en el ámbito de la salud pública y la realización de estudios específicos a fin de facilitar un diagnóstico preciso de la situación así como la formulación de propuestas.

La participación tiene la potencialidad de mejorar la salud de las personas y de las poblaciones, porque supone una mayor implicación y, además, es un elemento necesario para alcanzar la autonomía y para ejercer la solidaridad¹⁵⁻¹⁷. En el futuro, en el marco de una reforma de la salud pública, habría que valorar la creación de un foro de participación ciudadana en este ámbito conjuntamente con entidades y asociaciones. Paralelamente convendría disponer de registros sobre las experiencias más importantes de participación ciudadana en el ámbito sanitario y de la salud, de las entidades y asociaciones implicadas, y de los recursos disponibles. Para promover que la participación tenga una importancia creciente en las políticas de salud pública hay que promover programas de investigación evaluativa y estudios sobre las expectativas y las motivaciones de las entidades implicadas¹⁸. Igualmente sería importante promover actividades de formación sobre participación entre profesionales y estudiantes. Para que esto sea posible es necesario que las estructuras de salud pública dispongan de una unidad dedicada a la participación ciudadana, quizás conjuntamente con los temas de comunicación. A medio plazo y con un planteamiento más estratégico se tendría que diseñar un plan de promoción de la participación.

El alcance de los aspectos relacionados con la comunicación en el ámbito de la salud pública es muy amplio. Conviene distinguir tres tipos de comunicación según opere entre los diferentes servicios de salud pública, entre los servicios de salud pública y la comunidad de forma directa, o entre los servicios de salud pública y los medios de comunicación de masas. Hace falta conocer mejor el sistema actual de comunicación entre los diferentes organismos y servicios de salud pública, y también las experiencias desarrolladas en otros sectores. Por lo que respecta a la comunicación con la población existen serias deficiencias y hay que promover la adopción de buenas prácticas en comunicación directa con la comunidad^{19,20}. En el ámbito de los medios

de comunicación resultan dominantes la televisión y la prensa. De cara al futuro hay que definir una estrategia específica destinada a mejorar la relación entre el sistema de salud y los medios. Esta estrategia debería fomentar el conocimiento mutuo de los profesionales de la salud y los de la comunicación, promover una lectura crítica de los medios en la sociedad, establecer sistemas que permitan detectar situaciones susceptibles de mejora, e incentivar la formación de los profesionales sanitarios en comunicación y de los profesionales de la comunicación en temas médicos o científicos. Hay experiencias muy productivas en este campo^{21,22}.

Las actividades de salud pública se basan principalmente en un uso intensivo de los recursos humanos. La formación es una estrategia básica para disponer de profesionales competentes, por eso los programas de formación de los profesionales de salud pública deben responder a las necesidades de salud de la población y la realidad de los servicios^{23,24}. Por lo que respecta a la formación especializada universitaria en salud pública uno de los programas más importantes es la Maestría en Salud Pública ofertada por la Universidad Pompeu Fabra en colaboración con otras instituciones. Junto con este programa hay otros en ámbitos más específicos de la salud pública organizados por diferentes instituciones. Aunque la situación actual sea razonablemente buena hay que establecer estrategias que permitan mejorar el impacto de los programas existentes en la práctica profesional. Algunas actividades aconsejables para mejorar son: promover iniciativas que relacionen más estrechamente la formación en salud pública y la práctica profesional; establecer mecanismos de acreditación voluntaria de la calidad de los programas docentes; establecer un esquema de carrera en salud pública que tenga en cuenta la actividad profesional, la formación continua y la investigación realizada; y potenciar nuevas estrategias educativas basadas en la utilización de las tecnologías de la información²⁵.

La investigación tiene un carácter estratégico para las políticas de salud, ya que permite identificar y monitorizar los problemas de salud y por lo tanto las necesidades y prioridades, identificar sus determinantes y características, y evaluar la efectividad de las intervenciones, incluyendo los propios servicios sanitarios. En Cataluña los grupos de investigación de salud pública han alcanzado un buen nivel de calidad, relevancia y productividad, con algunas áreas en las que su visibilidad internacional es importante. Es necesario que en el futuro se lleven a cabo acciones de apoyo orientadas tanto a hacer más sólida y estable la situación de los grupos de investigación en salud pública como a facilitar la participación en la investigación de los profesionales que trabajan en este sector. La creación de la ASPCAT puede contribuir a reforzar y aglutinar la investigación en salud pública.

Perspectivas

Estas reflexiones se basan en nuestra situación, pero hay que ser conscientes de

que se está produciendo un debate de alcance internacional que parte del reconocimiento de las aportaciones de la salud pública en contraste con su escasa visibilidad y desarrollo organizativo^{26,27}. En cualquier caso, el Comité produjo una serie de recomendaciones y propuestas para Cataluña agrupadas en cinco grandes ejes: consolidar un sistema sólido y coherente, desarrollar una reforma organizativa, definir una cartera de servicios, aplicar mejoras de gestión, y tener en cuenta los aspectos transversales que afectan a la salud pública. En el anexo se sintetizan estas propuestas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer al Dr. Antoni Plasencia, Director General de Salud Pública del Departamento de Salud, su confianza, aliento y comentarios. También quieren reconocer la inestimable ayuda que les ha prestado Elena Berdala en la gestión del informe y de este manuscrito.

Anexo 1

Recomendaciones y propuestas

Consolidar un sistema sólido y homogéneo

El fortalecimiento de la salud pública exige una mejora de las funciones de planificación y evaluación de políticas y servicios. A fin de facilitar estas funciones, es de la máxima importancia disponer de sistemas de información de la más alta calidad. Hay que revisar los sistemas de información actuales y facilitar su mejora y ampliación.

Para garantizar una mejor equidad en la distribución de los servicios de salud pública es necesaria una estructura territorial adecuada. Es necesario que en los entes territoriales responsables de la gobernabilidad del sistema sanitario se integre la salud pública con los otros sectores sanitarios. Las funciones de gobierno, financiación y planificación de la salud pública han de estructurarse con las mismas líneas organizativas que el resto de funciones del Departamento de Salud. Por lo que respecta a la ASPCAT su estructura territorial tendrá que estar adaptada a sus funciones incluyendo la posible provisión y contratación de servicios.

Es necesario establecer un nuevo modelo de financiación de la salud pública que parta de un estudio detallado del nivel de financiación actual que sólo se conoce parcialmente. Este modelo de financiación tendrá que establecer unos criterios y un mecanismo presupuestario que evite la discriminación negativa de las actividades de salud pública frente a los servicios sanitarios clínico-asistenciales.

Las medidas y el alcance de los cambios que finalmente se adopten podrían hacer necesaria una nueva ley de salud pública. Entre los cambios que pueden jugar a favor de una nueva ley, destacan la creación de la ASPCAT, la reordenación y modernización de la función de autoridad o la integración de funciones dispersas en otras leyes y entes territoriales.

Reforma organizativa

Hay que fortalecer las estructuras organizativas de salud pública a nivel central reformando la Dirección General de Salud Pública y ampliando su capacidad para diseñar y evaluar políticas de salud pública. Es necesario que en las cuestiones de su ámbito ésta pueda hacer de árbitro del conjunto de instituciones públicas, establecer prioridades sobre asignaciones de recursos, y actuar como primera instancia de control y supervisión.

Es necesario que la ASPCAT tenga un rol bien definido que sea coherente como el conjunto de reformas y que disponga de un nivel adecuado de autonomía en los ámbitos de gestión y científico-técnicos así como, que se incorporen elementos de asesoramiento técnico altamente especializados.

La nueva organización territorial de la salud pública admite diversas formulaciones pero en cualquier caso, parece razonable que se adopte una fórmula homogénea para el conjunto del Departamento de Salud. El número de entes territoriales de salud puede variar, pero parece razonable disponer de unas 25-35 organizaciones que sirvan a poblaciones que tengan entre un mínimo de 20.000 personas hasta un máximo de 1.700.000 personas en el caso de la ciudad de Barcelona. Estos entes territoriales tendrían que planificar las actuaciones y asignar financiación a las diversas actividades, las cuales tendrían que ser desarrolladas bien por proveedores locales o bien por la propia ASPCAT. La ASPCAT tendría que disponer de una implantación territorial que le permita responder a las demandas de provisión de servicios tanto si provienen del nivel central como si son formuladas por los diferentes entes territoriales.

Cartera de servicios

De cara al futuro más inmediato es aconsejable plantearse una oferta de servicios de salud pública que desarrolle al máximo las normativas de protección de la salud existentes en determinados ámbitos como los de la salud ambiental o la salud laboral. En el ámbito de la promoción de la salud y la prevención, donde el marco normativo es menos determinante, conviene establecer una oferta de servicios «de mínimos» que permita inicialmente consolidar una oferta de calidad y realista que se pueda ampliar progresivamente.

Para facilitar que la oferta de servicios de salud pública se haga sobre criterios de rigor científico y económico se recomienda establecer un proceso institucional de catalogación de servicios de salud pública utilizando las metodologías de la evaluación crítica de la evidencia y de priorización. Este catálogo debería estar alimentado y revisado de manera permanente y tendría que ser una de las bases para el desarrollo y la revisión de las carteras de servicios en los diferentes niveles organizativos.

Todos los niveles competenciales en salud pública, desde la Dirección General de Salud Pública y la ASPCAT, hasta los entes territoriales mencionados anteriormente, tendrían que disponer de una cartera de servicios. A fin de garantizar que las carteras de servicios se tradujeran en una adecuada prestación, hay que definir un modelo contractual de las actividades de salud pública.

Mejoras de gestión

Hay que preservar la función de autoridad y garantizar que ésta se pueda ejercer sin conflictos entre las funciones de financiación /contratación y de provisión. La experiencia de la ciudad de Barcelona

parece positiva y extrapolable a otros entes. En el marco del ordenamiento normativo y legal actual, hay que tener presente la necesidad de que los profesionales y técnicos que desarrollan las funciones de autoridad sanitaria sean funcionarios, ya que se ha de preservar la presunción de veracidad de la autoridad, notablemente en el ejercicio de las actividades de inspección.

El rol de la atención primaria en la prestación de servicios de salud pública debe potenciarse. La presencia en muchos centros de salud de «técnicos de salud», a menudo con una formación especializada en el ámbito de la salud pública o en áreas cercanas, ofrece una oportunidad muy relevante para la mejora de la salud pública en Cataluña. Estos profesionales podrían ser incorporados al subsistema de salud pública de una manera más efectiva y permitir un salto cualitativo en este ámbito.

Aspectos transversales

Las políticas de salud pública deben incorporar una dimensión intersectorial basada en el trabajo conjunto de todos los sectores implicados de manera que todos los sectores participantes identifiquen los beneficios de trabajar juntos. Para que el trabajo intersectorial sea posible hace falta que se creen mecanismos y estructuras estables que permitan gestionar la intersectorialidad y garantizar el trabajo cooperativo de las diferentes administraciones sectoriales.

Es necesario contribuir al desarrollo operativo del derecho a la participación ciudadana reconocido en la normativa legal que afecta al sistema sanitario de forma general (Ley General de Sanidad y Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña) y a la salud pública de manera específica (Ley de Protección de la Salud). Hay que hacerlo aprovechando las capacidades de la actual Agencia de Salud Pública de Barcelona y de la futura ASPCAT. Hay que favorecer, con la dotación de recursos específicos, la creación de grupos de trabajo con la finalidad de mejorar los conocimientos sobre participación y de proponer intervenciones específicas.

Conviene promover el desarrollo de buenas prácticas de comunicación en salud pública identificando agentes responsables de la comunicación en cada uno de los servicios de salud pública y disponiendo los recursos necesarios. Igualmente hay que planificar estrategias de comunicación con objetivos bien establecidos y criterios de evaluación de su efectividad.

Se recomienda establecer mecanismos de acreditación de los programas de formación de salud pública, definir la carrera profesional en salud pública e incrementar el número de plazas de residencia en Medicina Preventiva y Salud Pública ofertadas anualmente.

Se cree necesario apoyar a los grupos de investigación consolidados en salud pública y promover la participación de los profesionales en la investigación. También hay que mejorar la interacción entre los grupos de investigación y los entes responsables de desarrollar las políticas de salud. La ASPCAT debería tener un rol relevante en investigación, a fin de ayudar a articular y promover estas actividades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir446/index.html>
2. La reforma de la salud pública en Cataluña. Informe del comité científico para dar soporte técnico y científico al proyecto de reordenación del sistema de salud pública en Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2005. Disponible en: www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/livreprovi.pdf.
3. 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.
4. 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.
5. Villalbí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. En: Cabases 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. p. 545-64.
6. De la Fuente ML, Manzanera R y el Grupo de Trabajo de Salud Pública en Cataluña. Propuesta de reorganización de la salud pública en Cataluña. *Gac Sanit* 2001; 4 (Supl 1): 55-68.
7. Institute of Medicine, Committee on the future of public health. The future of public health. Washington: National Academy Press; 1988.
8. Public Health Functions Steering Committee. Public health in America. Washington: US Department of Health and Human Services; 1995. Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm>.
9. Villalbí JR, Guix J, Plasència A, Armengou JM, Llebaria X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. *Gac Sanit* 2004; 17:231-7.
10. Villalbí JR, Guix J. La organización de la salud pública en un contexto federal. Aportaciones desde la perspectiva de Estados Unidos. *Gac Sanit* 2006; 20: (en prensa).
11. Anónimo. Informe sobre la salud pública, municipis i xarxa de proveïdors. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2004.
12. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol R. La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gac Sanit* 1996; 10: 299-310.
13. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, de Maeseener JM, Hjortdahl P et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 17-26.
14. Area de Salut Pública i Consum. La despesa dels ajuntaments de Catalunya en salut pública. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2004.
15. Vázquez ML, Siqueira E., Kruze I., Diniz, A. y Veras I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002;16 (1): 30-8.
16. Benach J, Alonso J. El plan de salud del estado de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. *Gac Sanit* 1995; 9: 117-25.
17. McIver S. Healthy debate? An independent evaluation of citizens' juries in health settings. London: King's Fund; 1998.
18. Israel BA, Schutz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health* 1998; 19: 173-202.
19. Gonzales S. Media literacy and public health. *American Behavioral Scientist* 2004; 48 (2): 189-201.
20. Bergsma L. Empowerment education (the link between media literacy and health promotion). *Am Behav Sci* 2004; 48 (2): 152-64.
21. Disponible en: <http://www.nphic.org>
22. Informe Quiral. La salud en la prensa diaria. Observatori de la Comunicació Científica. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 1997-2003.
23. Benavides FG. El papel de los profesionales en la reforma de la salud pública. *Gac Sanit*. 2002; 15 (Supl. 4): 69-71.
24. Segura A, Benavides FG (editores). Competencias profesionales en salud pública. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública. Institut d'Estudis de la Salut; 2000.
25. Fielding JE. Public health in the new twentieth century: advances and challenges. *Annu Rev Public Health* 1999; 20: 13-30.

26. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health in the new era: improving through collective action. *Lancet* 2004; 363: 2084-6.
27. Institute of Medicine. Committee on the future of public health. *The future of public health in the 21 century*. Washington: National Academy Press; 2003.