
La organización de los servicios de salud pública en las Comunidades Autónomas: una aproximación global

Manuel Oñorbe de Torre

Jefe del Departamento de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

El objetivo de esta ponencia es dar una visión desde un punto de vista general de los diversos esquemas organizativos de los servicios de salud pública en las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Se ha trabajado en dos aproximaciones diferentes para acercarnos al objetivo propuesto. Una desde el análisis de las estructuras orgánicas de las unidades responsables de Salud Pública de cada CC.AA., la otra desde las áreas temáticas más clásicas de la salud pública que hoy son la Epidemiología, la Sanidad ambiental, la Sanidad alimentaria, la Prevención de la enfermedad, la Promoción de la salud y por último, aunque ya con distinta implantación y abordaje, la Salud laboral. Se tratará los sistemas de información, y en cambio no se entrará en los elementos de toma de decisiones frente a la planificación que la salud pública debiera de proporcionar a todo el sistema sanitario.

Estas áreas de actividad en las que hemos dividido la salud pública para la exposición se corresponden en gran medida con las que analizó en el año 1995 el Instituto de Salud Pública de Barcelona en una importante encuesta que se efectuó sobre el mismo tema. Ellos entonces encuadraban las actividades realizadas por los servicios de salud pública en España en 7 grupos: planificación sanitaria, información sanitaria, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención de enfermedades, protección de la salud donde se incluía sanidad ambiental e higiene alimentaria, Policía sanitaria mortuoria y otras actividades. Los resultados del trabajo se publicaron en *Gaceta Sanitaria* en 1999. En ese estudio que se realizó mediante una encuesta a las CC.AA. las principales conclusiones fueron:

“La situación identificada en 1995 presenta similitudes con la propia de un Esta-

do federal, aunque el Reino de España no se defina formalmente como tal. El papel de los servicios centrales en salud pública se reorienta visiblemente hacia la coordinación y la construcción de dispositivos comunes y consensuados de información sanitaria, de evaluación de necesidades y políticas y de definición de políticas. A pesar de que la Ley General de Sanidad de 1986 propone una consideración axial de la salud pública en el conjunto de las instituciones sanitarias, su desarrollo real es más fragmentado. En algunas CCAA con servicio autonómico de salud no se han integrado los servicios de salud pública. Además, muchas de las funciones y actividades de salud pública se ejercen hoy desde otras estructuras. Los procesos de cambio muestran dos aspectos contradictorios. De un lado, han permitido mejorar las estructuras existentes antes de la descentralización, así como consolidar equipos humanos con mayor formación y dedicación. En cambio, se aprecia una cierta dilución de la responsabilidad en salud pública en los niveles más periféricos, y podría darse una menor visibilidad de la autoridad sanitaria.”

Esto se decía hace 10 años. Desde entonces han pasado bastantes cosas en nuestro sector, crisis importantes, mayor descentralización del Estado, emergencia de las disciplinas de Sanidad am-

biental y alimentaria, Unión Europea, transferencias del Insalud, rotaciones de equipos y partidos en las Consejerías autonómicas, etc.

¿Pero han cambiado las cosas en las organizaciones de salud pública después de 10 años?

Para contestar a esta pregunta hemos hecho una revisión y seguimiento para actualizar lo que se hizo pero con otra metodología diferente, consultando expertos y responsables de las diferentes ponencias de la Comisión de Salud Pública pidiendo la colaboración de numerosos técnicos y usando algo tan inestimable que en 1995 no se tenía como la red internet que nos ha permitido acceder a funciones, organigramas, etc. Salvo alguna excepción, navegando por la red se ha obtenido casi toda la información que se necesitaba, directamente en las páginas institucionales de las Consejerías o indirectamente en portales o páginas relacionadas.

Iniciamos la exposición del trabajo desde la visión de las áreas temáticas de la salud pública y nos aproximaremos a cómo están en sus aspectos organizativos en las CC.AA. en estos momentos⁽¹⁾.

⁽¹⁾El tradicional “movimiento” de organigramas de nuestra Administración (central y autonómica, en esto no hay diferencias) hace necesario que se especifique la fecha en que esta ponencia se finaliza, 23 de marzo de 2004, dado que va a publicarse.

Sanidad ambiental

Entendemos la Sanidad ambiental como la estructura administrativa organizada por los poderes públicos con los fines de proteger y fomentar la salud de la población en relación con el medio ambiente; la Sanidad ambiental ha ido adquiriendo importancia poco a poco desde hace unos años como disciplina de la Salud pública en unos casos, y en otros autónoma como ahora veremos.

Salud ambiental (*environmental health*) en cambio sería una disciplina de la Salud pública que identifica, caracteriza, vigila, controla y evalúa los efectos sobre la salud humana de los riesgos físicos, químicos, psicosociales y biológicos del medioambiente.

Sin Sanidad ambiental la Salud ambiental queda reducida a un conjunto de disciplinas teóricas sin interés práctico.

Desde las comisiones de saneamiento y los programas DDD de hace unas décadas a las actividades de Sanidad ambiental actuales principalmente aire, sustancias y preparados químicos peligrosos, radiaciones ionizantes y electromagnéticas, aguas de consumo humano y recreativas, biotecnología, evaluación de riesgos e impacto del medioambiente sobre la salud, residuos y vertidos peligrosos, cambio climático y temperaturas

extremas, ruido, etc., no ha pasado mucho tiempo, pero sí dos cosas fundamentales: la primera, el desarrollo socioeconómico espectacular de nuestro país, lo que ha conllevado la aparición de nuevos riesgos derivados de la exposición a contaminantes pero sobre todo una toma de conciencia sobre el tema y una exigencia de los ciudadanos sobre algo que antes no era prioridad principal; en segundo lugar algunas crisis de salud pública en las que el componente de sanidad ambiental es fundamental como es el caso de las legionelosis, dioxinas en pollos, ondas de calor, etc., lo que ha llevado, como ha pasado siempre en nuestro oficio, a que se reorganizasen las unidades de Salud Pública competentes en Sanidad Ambiental con un importante desarrollo de sus servicios y funciones. Todo esto que señalamos es igualmente válido para la Sanidad alimentaria.

Un tercer factor decisivo en los cambios acaecidos en la sanidad ambiental (y alimentaria) ha sido nuestra incorporación a la Unión Europea que ha ejercido un papel de promotor de la Salud ambiental. La trasposición al derecho interno de numerosas Directivas europeas sobre contaminación atmosférica, agua, sustancias y preparados químicos peligrosos, biocidas, plaguicidas, organismos modificados genéticamente, protección

radiológica, etc., ha ampliado de manera importante las competencias de la Sanidad ambiental. La aplicación de esta legislación ha forzado también la reorganización de las unidades dedicadas a Sanidad ambiental, principalmente en lo referido a tareas de inspección y control.

En la actualidad en tres CC.AA.: Comunidad Valenciana, Asturias y Castilla y León, la Sanidad ambiental ya no depende de la Dirección General de Salud Pública, y en el caso de la Comunidad de Valencia ni siquiera de Sanidad (en la actualidad en esta región las competencias de Sanidad ambiental están en medio ambiente, excepto las relacionadas con sustancias y preparados químicos, biocidas y plaguicidas, inspección de productos químicos peligrosos y el agua como alimento). En Asturias existe la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo que con rango de Dirección General depende directamente del Consejero; en Castilla y León existe también una Agencia de Protección de la Salud.

Señalar que en Cataluña se creó por Ley en el 2003 la Agencia de Protección de la Salud con competencias de Sanidad ambiental. En el resto de CC.AA. existe en Salud pública una unidad de Sanidad ambiental con rango de servicio, sección o similar, en algunos sitios junto con la Sanidad alimentaria y en otros ya independiente.

Si queremos extraer alguna consideración de todo lo expuesto, la tendencia que parece desprenderse es consecuencia de las causas que he citado anteriormente: en una primera fase tendencia a la separación de la Sanidad ambiental de otras disciplinas principalmente de la Sanidad alimentaria (ya son pocos los sitios en los que subsisten los servicios unidos de Sanidad ambiental e Higiene alimentaria y ello en algún caso mas fruto de los temas de personal, veterinarios y farmacéuticos periféricos que de otra cosa), con creación de una unidad independiente de Sanidad ambiental y posteriormente, y en esta fase nos encontramos, empezar a pensar en Agencia, unidad independiente de la Salud pública, otra vez con alimentaria, etc.

Sanidad alimentaria. Higiene alimentaria. Seguridad alimentaria

En Sanidad alimentaria es donde más han incidido las crisis de Salud pública de los últimos años, junto con algunas enfermedades infecciosas como la meningitis o la legionelosis, esta última con su componente ambiental. Fue la catástrofe del aceite tóxico de 1981 la que dio la voz de alarma sobre el déficit de control alimentario en nuestro sistema de salud. Y ha sido la crisis de las vacas locas la

que ha llevado a una nueva reordenación de los servicios y cambios de envergadura en la Sanidad alimentaria.

Como se ha señalado al hablar de la Sanidad ambiental los factores que han sido determinantes del desarrollo de la misma lo son también para la Sanidad alimentaria, es decir, despegue socioeconómico, toma de conciencia de la población, crisis e integración en la Unión Europea.

Además, en este sector hay un visible componente de intereses económicos (al igual que en Sanidad ambiental, pero que todavía no es tan visible directamente) que condicionan mucho los sistemas organizativos del control alimentario.

En cualquier caso, y como ahora veremos, es en Sanidad alimentaria donde más cambios parece que está habiendo en la organización de sus actividades dentro de salud pública en estos momentos, y en algunos casos parece que fuera de la misma.

La Sanidad alimentaria, higiene alimentaria, control de alimentos, protección frente a riesgos, seguridad alimentaria, gestión de higiene alimentaria que con todos estos nombres aparece en los organigramas, es una unidad con rango de servicio o similar en una Dirección General de Salud Pública en las Comunidades de Andalucía, Baleares, Canarias,

Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, y País Vasco aunque en alguna de ellas con peculiaridades.

En el resto de CC.AA. la Sanidad alimentaria no depende de la Dirección General de Salud Pública: en Aragón se creó la Agencia de Seguridad Alimentaria dependiente de Agricultura, aunque no parece que haya supuesto cambios reales pues es de tipo consultivo. En Asturias existe la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo, organismo autónomo con rango de Dirección General dependiente directamente del Consejero de Sanidad y con funciones de control de alimentos, consumo y Sanidad ambiental. En Castilla y León también se ha creado una Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria que no depende de Salud Pública, y sí de la Consejería de Sanidad y que con rango de Dirección General asume competencias relacionadas con Sanidad ambiental y Seguridad alimentaria.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Las actividades de promoción y prevención fueron el marco de actuación fundamental de la salud pública durante largo tiempo. La emergencia de las activi-

dades de Sanidad alimentaria y de Sanidad ambiental y la reforma de la Atención Primaria de los años ochenta con la puesta en marcha de los equipos de Atención Primaria y la potenciación en ellos de las acciones de prevención y promoción sobre el individuo y también en muchos casos de programas colectivos, hizo que la prevención y la promoción perdiesen peso dentro de las estructuras de salud pública tradicionales tanto centrales como periféricas.

Aunque en muchas ocasiones es difícil separar en la práctica habitual las actividades de prevención y promoción de salud, y de hecho están englobadas en las mismas unidades administrativas, en ocasiones, para nuestro estudio, nos ha parecido más conveniente el separar las dos áreas.

Prevención

En lo que se refiere a prevención, las actividades que llevan a cabo las CC.AA. son muy diferentes en cada una de ellas y además han ido disminuyendo con el paso del tiempo y la pérdida de empuje de las concepciones sanitarias más colectivas. En casi todas las CC.AA. existe, dependiente de Salud Pública una unidad de rango medio cuya principal actividad suele ser el programa de vacunaciones que

también tiene entre sus tareas la protocolización, y en ocasiones la ejecución y el control de determinados programas preventivos como puede ser cáncer de mama, salud escolar, maternoinfantil o hipertensión.

Ni siquiera entre las actividades de los grupos de trabajo o ponencias de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial existe nada de prevención salvo la ponencia monográfica de vacunaciones. Cuando ha habido alguna iniciativa de programa de prevención a tratar en la Comisión, o bien se ha llevado directamente o se ha trabajado en alguna de las ponencias o grupos previamente a la reunión.

Más desarrollado está el tema de la promoción de la salud.

Promoción de la salud

En la práctica las acciones de promoción de la salud suelen tener tres dimensiones: el área temática, el grupo de población al que se aplican y el entorno concreto. Desde el punto de vista operativo las acciones eficaces tienen un marcado componente multiestratégico (políticas públicas saludables, entornos que apoyen la salud, acción comunitaria, habilidades personales y reorientación de servicios sanitarios) y desde el punto

de vista estructural hay otras actividades relacionadas con la promoción de la salud que es adecuado fomentar desde el sistema sanitario tal como son la responsabilidad social para la salud, la consolidación de la colaboración, la participación intersectorial, la capacitación de ONG, el desarrollo de infraestructuras para la promoción de la salud (redes, consorcios, etc.).

Las unidades de promoción de la salud se dedican de manera genérica a cualquier tema que pueda ser de interés en su ámbito territorial de actuación o que surja a demanda. De hecho, estas unidades son un cajón de sastre que en ocasiones llegan a confundirse con gabinetes de apoyo de las consejerías.

Cuando se dedican a temas concretos su amplitud y enfoque es muy diverso (prevención, promoción, factor de riesgo, enfermedad...) y los temas tratados no son coincidentes en las diferentes CC.AA. Se han estudiado los temas tratados por las unidades de promoción en todas las CC.AA., y los principales pero no los únicos son: tabaco, accidentes, actividad física, educación afectivo-sexual, enfermedad cardiovascular, diabetes, metabolopatías, anomalías congénitas, reconocimientos infantiles y deportivos, nutrición, alcohol, drogas, salud mental, salud bucodental, VIH/SIDA, enfermedades

de transmisibles, vacunas, hipoacusia, cáncer de mama, colon, recto y útero, maltrato, salud maternoinfantil, lactancia, planificación familiar, mujer, mayores, salud escolar, transiciones vitales, grupos vulnerables, metodología, formación, participación, intersectorialidad, fomento y apoyo a redes, etc.

Respecto al tipo de intervención en la mayoría de los casos se diseñan actividades o programas, se fijan objetivos o se marcan criterios para otros niveles, en general para los servicios asistenciales, también para el ámbito escolar, familiar, etc. A veces también se valoran o evalúan esas actividades. En algunos casos se gestionan o realizan directamente por esas unidades. La mayoría, además, apoyan a otras en tareas de promoción de salud. Los programas de SIDA, drogas o salud mental que comparten estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están en ocasiones en estas unidades y otras no, incluso en otras consejerías.

En lo que respecta a la organización de los servicios nos encontramos que las unidades específicas de Promoción de la Salud dependen de la Dirección General de Salud Pública en 13 CC.AA., de un Instituto de Salud Pública en dos ocasiones, Madrid y Navarra, y de una Dirección General relacionada con la ordena-

ción en otras dos comunidades, Asturias y Extremadura.

Estas unidades específicas tienen el rango de Subdirección General en una CC.AA., Cataluña, de Servicio en 12, aunque en 3 de ellas compartido con otros temas como Epidemiología o farmacovigilancia, caso de Andalucía; de Servicio bajo el término de "coordinación" con funciones de promoción de salud en dos CC.AA. más y de sección en otras dos.

Señalar por último que en lo que se refiere al nivel local donde tanta importancia tiene la promoción de la salud, y también en lo que respecta al trabajo intersectorial no hemos encontrado estructuras de coordinación y participación eficaces.

Epidemiología. Vigilancia epidemiológica

La Epidemiología es el área más uniforme en la organización de los Servicios de Salud Pública en las CC.AA. Esta uniformidad, o si prefieren similitud, lo es más en lo que se refiere a las unidades de estudio, control e intervención sobre enfermedades transmisibles. Las diferencias se van haciendo mayores cuando nos acercamos a las enfermedades crónicas. Los programas de vigilancia en enfermedades crónicas están más

avanzados en unas CC.AA. que en otras que están iniciando esta actividad.

En cualquier caso, todas las CC.AA. tienen una Unidad con rango de servicio, o si es pequeña de sección, de Epidemiología o de vigilancia epidemiológica. Estas unidades tienen en algunos casos otras competencias temáticas en su denominación, por ejemplo Andalucía, Epidemiología y salud laboral, o Canarias, Epidemiología y promoción. La tendencia es a ir transformando el concepto más clásico de vigilancia epidemiológica en vigilancia de la salud. Aragón ha abierto el camino y el servicio correspondiente se denomina de vigilancia en salud pública.

Como ya hemos señalado, las unidades responsables de la Epidemiología y la vigilancia epidemiológica han tenido desarrollos muy similares tanto conceptuales como en sus estructuras orgánicas, y no parece que esto vaya a cambiar. En estos momentos el problema con el que se han de enfrentar los Servicios de Epidemiología es el de las denominadas unidades de alerta, que se han desarrollado con mucha rapidez en todas partes, de una manera muy diferente y sin un modelo uniforme, imponiéndose una línea más centralizada y política y menos de vigilancia epidemiológica. Hay que plantear cómo han de ser los sistemas de alerta, hay que trabajar con protocolos

claros y plantearse con rigor desde dónde han de soportarse.

Salud laboral

Lo que denominamos salud laboral sufrió un cambio importantísimo con la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales hace ya casi 10 años. A partir de entonces comienzan a reorganizarse las unidades administrativas que se dedican a salud laboral, algunas de ellas ya muy caducas para el desarrollo que había tenido el sistema de salud. Sobre el *desideratum* de la constitución de órganos administrativos en que todo se uniese de una manera integral y con hegemonía del sector salud sobre otros sectores de la administración, la realidad que nos encontramos es que en pocos sitios ha sucedido esto. Navarra con el Instituto de Salud Laboral, dependiente del Consejero de Sanidad es quizás el más desarrollado. En otras CC.AA. se han constituido Institutos que han asumido todas las competencias, pero que no dependen de Salud, es el caso del País Vasco con Osalán-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales o La Rioja con el Instituto Riojano de Salud Laboral. Dentro de las muy diferentes estructuras existentes que además no tienen las mismas competencias sí que podemos

señalar un rasgo bastante común en todas partes: los sistemas de vigilancia en salud laboral son el elemento más común, y en algunos casos el único de las competencias en el tema que ha quedado en salud pública. Así sucede en Galicia, Castilla y León, Madrid o Aragón (aunque siempre hay otras actividades además de la vigilancia como docencia o promoción). En Andalucía la salud laboral está incluida en el Servicio de Epidemiología.

La acreditación de la vertiente sanitaria de los servicios de Prevención es otra de las actividades que aparece en algunos casos junto con la vigilancia en las unidades de Salud laboral, es el caso de Murcia y Castilla-La Mancha, mientras que en otros lugares esta acreditación sanitaria depende de otras unidades de la organización que no son de salud pública, Galicia por ejemplo.

Otro modelo diferente lo constituye la existencia de una unidad de Salud laboral en el Departamento de Salud con competencias limitadas, pero no en salud pública, Asturias con un Servicio de Salud laboral en una Dirección General de Organización de las prestaciones sanitarias o Canarias con un servicio de Salud laboral dependiente de la Secretaría General del Servicio Canario de Salud son dos casos de lo ya referido.

Como vemos los esquemas son bastante diferentes pero sí tienen algo en común: la vigilancia.

Sobre el resto de actividades y servicios de salud laboral parece conveniente una reflexión.

Sistemas de información

Las funciones de la información sanitaria (la creación y orientación de los sistemas, la recogida de datos, el análisis, la generación de conocimiento y la influencia y el asesoramiento en la toma de decisiones) en el seno de la salud pública ha sufrido el mismo proceso de reducción de peso y difuminación de funciones que la propia salud pública en el interior del sistema sanitario, hasta es posible que pueda identificarse como modelo o prototipo del proceso general de la evolución de la salud pública: en un principio fue el cuestionamiento de la actividad de información sanitaria como campo propio de la salud pública, posteriormente asistimos a un deslizamiento progresivo de las actividades de información sanitaria hacia gabinetes u organismos de planificación y últimamente hacia los observatorios sanitarios, dentro del mismo departamento, o a otros departamentos como Institutos de Estadística. Y, finalmente, esa pendiente ha conducido a la asig-

nación de algunas funciones de información sanitaria a unidades más relacionadas con la gestión de servicios sanitarios.

Esta evolución tiene algunas consecuencias negativas desde la óptica de la salud pública, dignas de mención como son: no estar implicado en la producción o no tener acceso rápido y fiable a la información pertinente para conocer los problemas de salud (limita las funciones esenciales de la salud pública), tolerar sesgos en la obtención y producción de los datos (por ejemplo la pérdida de la visión multicausal en la mortalidad), cambios en los objetivos de los sistemas de información (por ejemplo medir costes y procedimientos en lugar de problemas de salud y diagnósticos en morbilidad), soportar limitaciones en el análisis (por ejemplo limitar la máxima desagregación geográfica a los ámbitos territoriales de la gestión sanitaria), haber perdido una oportunidad de estrechar la relación entre la información clínica y la de salud pública (por ejemplo la evolución experimentada por los CMBD de altas hospitalarias) y por último, pero el más importante, pérdida de la visión poblacional (en morbilidad sólo se tienen datos de una determinada población usuaria, de unos determinados servicios sanitarios, distribuidos por unidades de gestión y con una referencia territorial ajustada a los ámbitos de ges-

tión), y por tanto la posibilidad de conocer e intervenir en los problemas de salud de la población.

Se ha pasado de tener una postura claramente activa (generador directo de la información, acuerdos de colaboración con los productores, etc.) a ser mero usuario de la información disponible generada con otras finalidades, incluso dentro del sector de los servicios sanitarios.

De todo esto tenemos un ejemplo reciente: las dificultades que tuvieron las autoridades sanitarias para obtener datos de forma rápida y fiable que les permitiera conocer e informar a los poderes públicos y a la población, y en definitiva poder responder de forma ágil y coordinada sobre el efecto de la ola de calor del verano pasado en la mortalidad de los españoles. Este ejemplo cercano y conocido por todos evidencia las deficiencias en el desarrollo de un sistema de información propiamente de salud pública que permita la detección anticipada de riesgos sanitarios más allá de las enfermedades transmisibles.

Análisis de las estructuras administrativas

Hacemos ahora un breve análisis de las estructuras administrativas que sustentan la salud pública en las CC.AA.

En la parte superior de los Departamentos o Consejerías, es decir los órganos máximos responsables de la salud pública la primera visión que tenemos es que hasta hace poco en todas las CC.AA. existía una Dirección de Salud Pública o algo semejante responsable de la misma, y ha sido en los últimos años cuando empieza a plantearse la separación de disciplinas en la parte alta de los organigramas.

Direcciones Generales de Salud Pública con todas las competencias tradicionales y dependientes del consejero o consejera correspondiente serían Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia y Murcia. Con todas las competencias, pero dependientes de un segundo escalón están Andalucía y País Vasco dependiendo de una Viceconsejería, Valencia de una Subsecretaría y Canarias dependiente del Servicio Canario de Salud.

Con las competencias en un rango menor o diferente estarían Navarra –el Instituto de Salud Pública– y La Rioja. Y con la existencia de más de una Dirección General con competencias estarían Asturias, Cataluña, Castilla y León y Extremadura. Madrid podemos clasificarla aparte con una Dirección General ahora ya con todas las competencias, un Instituto de Salud Pública por debajo y dependiente de una Viceconsejería.

Las diferencias entre unas y otras las hemos clasificado en tres grandes grupos: “la organización periférica de la salud pública” (primera mesa de mañana), “las áreas temáticas que quedan en el ámbito de la Salud Pública” (segunda mesa de mañana) y “la organización/gestión de las competencias de Salud Pública” (tercera mesa).

Agradecimientos

Muchas son las personas que me han ayudado a poder tener una visión general de la situación organizativa de la salud pública en las CC.AA. A todas gracias y especialmente a quienes me han asesorado en las áreas temáticas: Sanidad ambiental: Francisco Vargas; Sanidad alimentaria: Manuel Cepedano; Prevención: Dolores Barranco; Promoción: Begoña Merino; Epidemiología: Odorina Tello; Salud laboral: Marta Zimmerman; Sistemas de Información: Serapio Severiano.

Bibliografía recomendada

Martín Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el

campo de la Salud Pública en España.

Rev Esp Salud Pública 2002;76: 637-43.

Oñorbe de Torre M. El futuro de la Salud Pública. Rev Admin Sanit 2001; (monográfico n.º1):159-72.

Oñorbe de Torre M. Política, Salud Pública y vacas locas. Rev Admin Sanit 2001;17: 9-19.

Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie monografías n.º 23. Granada, 1998.

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.

Villalbí JR, Aboal XL, González Alonso J. Los servicios de Salud Pública: progresos y problemas prioritarios. En: Cabasés JM, Aibar C, Villalbí JR, editores. La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: Informe SESPAS 2002, 2002.

Villalbí JR, Guix J, Plasencia A, Armegou JM, Llebaria X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de Salud Pública. Gac Sanit 2003;17(3):231-7.