

Artículo de opinión

## Salud pública y mercado

## Public health and the market

Joan Guix Oliver

Servei Regional al Camp de Tarragona, Agència de Protecció de la Salut de Catalunya; Unitat de Medicina Preventiva i Salut Pública, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili, Reus; Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus (Tarragona), España

**La crisis de la gestión tradicional de la salud pública**

Desde sus mismos orígenes en el siglo XVIII, los servicios de salud pública han estado íntimamente ligados a la administración<sup>1,2</sup>, lo cual ha comportado que, en general, su funcionamiento se haya desarrollado de lleno en el terreno de la gestión pública tradicional, cuando no de la mera y simple administración. Rigidez, centralización, dependencia de la política, falta de capacidad de respuesta, inadecuación de los recursos humanos y de las infraestructuras, multiplicidad de controles de carácter formal obsesivamente garantistas. . . Burocracia que, en suma, ha comportado una notable falta de efectividad y eficiencia<sup>3</sup>.

Al mismo tiempo, la gestión pública en su conjunto ha sido objeto de una amplia crítica y de un intenso replanteamiento. El crecimiento competencial de los gobiernos, principalmente en el desarrollo de las instituciones derivadas del estado del bienestar, con su gran volumen e intensidad de recursos y su complejidad, unido a la justa reivindicación del papel central del ciudadano-usuario, las exigencias de transparencia y participación, y en los últimos años un entorno de crisis económica, han comportado su cuestionamiento y su comparación con la supuesta mayor efectividad y eficiencia de las organizaciones empresariales del mercado. El dilema público-privado ha surgido con fuerza, en un marco económico y político favorable, de tal manera que componentes teóricos como la teoría de la elección pública (*public choice*)<sup>4</sup>, la teoría de los costes de transacción<sup>5</sup>, la teoría de la agencia<sup>6</sup> o la reinención del gobierno<sup>7</sup>, han construido un potente paradigma en torno a la necesidad de la introducción en la gestión del sector público de los principios y formas de la gestión privada<sup>8</sup>, y por consiguiente a reivindicar entornos de mercado en el ámbito de lo hasta ahora puramente público.

Los principios de la denominada «nueva gestión pública» han prendido con fuerza en el sector de la asistencia sanitaria, y son abundantes las experiencias al respecto. No obstante, hay muy pocas referencias bibliográficas referidas a su aplicación en el terreno de la salud pública, tanto nacionales como internacionales<sup>9-12</sup>.

En nuestro entorno, los nuevos escenarios y oportunidades planteados en la prestación de los servicios de salud pública, en el marco de recientes iniciativas legislativas<sup>13,14</sup>, junto con el durísimo entorno de crisis y restricciones económicas actuales, obligan a una reflexión al respecto.

Las crisis sanitarias de finales del siglo XX y principios del XXI (síndrome respiratorio agudo severo, encefalopatía espongi-forme bovina, gripe aviaria, virus del oeste del Nilo, bioterrorismo,

gripe A. . .) han demostrado que las administraciones clásicas de salud pública no han sido capaces de responder adecuadamente a los nuevos retos. Canadá<sup>15</sup>, Reino Unido, la Unión Europea, o España, entre otros, han llevado a cabo procesos de reflexión y han planteado nuevas soluciones en el terreno de la organización y la gestión de los servicios de salud pública<sup>9,11</sup>.

En este trabajo pretendemos plantear alternativas de gestión y organizativas, ya contrastadas en la práctica, que permitan superar las rigideces y limitaciones del sistema tradicional de gestión de las organizaciones de salud pública.

**¿Son aplicables los principios de mercado a las funciones y actividades de la salud pública?**

Los economistas definen una serie de características con la finalidad de distinguir los distintos tipos de bienes. Para ello utilizan conceptos bien conocidos, como la «rivalidad» o la «exclusividad» en el consumo de un bien, o la generación de «externalidades». Un bien es «no rival» cuando una unidad de él puede ser consumida por un individuo sin disminuir la posibilidad de consumo de la misma unidad por parte de otras personas. Un bien es «no excluyente» si sus beneficios están disponibles para todos una vez suministrado el bien, sin posibilidad de excluir a otros individuos de beneficiarse. Un bien presenta «externalidades» cuando un individuo, como consecuencia de la realización de una acción, no corre exclusivamente con todos los costes (externalidades negativas) ni recibe exclusivamente todos los beneficios (externalidades positivas).

Los bienes privados se han definido como aquellos cuya utilidad es percibida por un solo individuo, cuyos beneficios pueden ser negados sin ninguna penalidad para el dueño o el proveedor, y que generan beneficios excluyentes.

Los bienes públicos, por el contrario, se definen como aquel tipo de bien disponible para todos y cuyo uso por parte de una persona no sustrae de su uso por parte de otros, es decir, el coste marginal de compartir el bien es cero. Los bienes públicos se caracterizan por su «no rivalidad», su «no exclusión» y poder presentar «externalidades».

Los bienes públicos puros son escasos; en cambio, buena parte de los bienes generalmente utilizados pueden considerarse mixtos al no presentar alguna de las características de no rivalidad o de no exclusividad. Son los denominados bienes cuasipúblicos.

Por último, hay un conjunto de bienes cuyas características de rivalidad y exclusividad los configuran como privados. Sin embargo, en opinión de las autoridades, estos bienes resultan de importancia vital para el conjunto de la sociedad, ya que el hecho de que todos puedan disfrutarlos comporta un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Por tanto, el acceso a ellos y su utilización debe protegerse, posibilitando que su consumo

Correo electrónico: joan.guix@gencat.cat

**Tabla 1**  
Funciones esenciales de salud pública<sup>18</sup>

1. Monitorización, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
2. Vigilancia, investigación y control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Aseguramiento de la participación social en la salud.
5. Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Capacitación y desarrollo de los recursos humanos necesarios.
9. Seguridad de la calidad en los servicios de salud.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.

no dependa exclusivamente de la capacidad adquisitiva individual. Son los llamados bienes tutelares, meritorios o preferentes (*merit goods*).

Aquellos bienes no rivales, no exclusivos y que generen externalidades forman parte de lo que los economistas denominan «fallos de mercado» o «quiebras de mercado», entendiendo este concepto como la generación de ineficiencias en un mercado clásico.

Los bienes públicos, y los no excluyentes en general, tienen costes de producción, pero estos costes no pueden ser repercutidos en forma de precios por sus características de no exclusividad ni rivalidad. Además, los bienes públicos, por su propia condición, generan externalidades, con lo cual no hay posibilidad de evitar que aquellos individuos que no han pagado por ellos se beneficien de su prestación, y por tanto no existen incentivos para pagar por un bien del cual igualmente, aunque no lo pague, se beneficiará. Es el fenómeno conocido como «del polizón» (*free rider*).

En consecuencia, el mercado privado no estará interesado, bajo estas condiciones, en su producción. Habitualmente será la administración pública la que se responsabilice de su provisión, financiándolos mediante impuestos, aunque no necesariamente deba ser ella misma quien los produzca de manera directa. La actuación del estado tendrá sentido cuando no exista mercado para proveer unos bienes determinados, y cuando los resultados sean difíciles de cuantificar, y por tanto de controlar, y si es el caso, de pagar<sup>16</sup>. Por otra parte, algunos autores consideran que la provisión de bienes públicos es imprescindible para el bienestar humano y el desarrollo de las capacidades humanas centrales<sup>17,18</sup>.

En el terreno de la salud pública partimos de un conjunto de funciones esenciales de salud pública, y de una serie de acciones para llevarlas a cabo. Las funciones esenciales de salud pública describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es mejorar la salud de las poblaciones<sup>19,20</sup> (tabla 1).

Si examinamos con detalle este conjunto de funciones esenciales, tienen como característica mayoritaria el hecho de que no son rivales ni excluyentes. Podrían catalogarse como bienes públicos<sup>12</sup>. Por otra parte, si revisamos los catálogos de servicios de organizaciones proveedoras de salud pública constatamos que la mayor parte de las acciones mediante las cuales son implementadas las funciones esenciales de salud pública presentan características que las podrían incluir dentro del grupo de los bienes cuasipúblicos o en el de los bienes tutelares<sup>21-23</sup>. Así pues, la lógica económica ha hecho que los servicios de salud pública hayan sido históricamente asumidos desde la administración pública, con todos los problemas que ello implica.

La gran dificultad que comportaría el repercutir directamente sobre los usuarios los costes de producción de buena parte de las actuaciones de salud pública, dadas sus características, ha

conducido a la inexistencia de interés en su producción por parte del mercado.

### ¿Es el mercado libre la alternativa?

En el terreno de la gestión de los servicios de salud pública, los modelos alternativos son limitados. Podemos hablar de la creación de mercados reales, de la provisión pública directa desde la administración, o de formas mixtas relacionadas con la creación de mercados simulados.

El establecimiento de entornos de «mercado real» implica el pago por servicio, la capacidad de elección y, consecuentemente, la libre competencia entre proveedores privados. En salud pública ha habido algunas experiencias, totales o parciales, de establecimiento de mercados reales con nefastas consecuencias, como el descontrol de la malaria en Nicaragua en los años 1990<sup>24</sup> o las consecuencias sobre las coberturas de inmunización en Zambia y Uganda en la misma década<sup>25</sup>.

Al hablar de bienes públicos y cuasipúblicos hemos visto la práctica inexistencia de incentivos para la producción de servicios por parte del sector privado, al ser muy difícil repercutir los gastos en forma de precios sobre los clientes. La denominada «paradoja de Rose»<sup>26</sup> comporta la dificultad para el potencial cliente de valorar la utilidad que puede comportarle la adquisición de un determinado servicio de salud pública, al no repercutirle necesariamente de forma individual, en términos de salud, el beneficio de la acción o el servicio. En el mismo terreno económico, la gran elasticidad de los servicios de salud pública (relación entre la variación de demanda de un bien y su precio), que en la práctica se comportan como bienes de lujo (a más precio, menor demanda), hace que no sea recomendable su planteamiento desde un punto de vista de mercado puro, ya que, por otra parte, los servicios de salud pública en general son los que, en el entorno sanitario, presentan un mejor cociente de coste-efectividad y por tanto son más eficientes. La dificultad que generalmente comporta la objetivización de *outputs* y *outcomes* en los servicios de salud pública supone una dificultad añadida para el establecimiento de precios, y en el mismo sentido, el predominio del medio y largo plazo en el resultado de sus acciones dificulta la reversión de las inversiones.

Por último, aunque no menos importante, una serie de consideraciones éticas tienen un peso importante como para sustraer del mercado puro a los servicios de salud pública. Aspectos propios de la salud pública, como la confidencialidad de sus actuaciones y registros, la autoridad sanitaria y la coerción cuando es necesario, o las acciones de políticas tutelares asimétricas, dirigidas a corregir o limitar el comportamiento individual, así como la prioridad del interés común sobre el individual, no son, en forma alguna, delegables en el mercado<sup>27,28</sup>.

Ya hemos comentado los problemas en general ligados a la provisión directa clásica por parte de la administración. La rigidez del entorno institucional comporta importantes limitaciones en la efectividad y la adecuación de la capacidad de respuesta de muchas de las actuaciones de salud pública. No obstante, hay otras alternativas para la provisión directa de los servicios de salud pública por parte de la administración. Estas alternativas buscan conseguir una mayor efectividad estableciendo unos límites más amplios de autonomía de gestión, normalmente mediante su adscripción al ámbito del derecho privado, pese a su titularidad pública. En este sentido, una opción es la creación de organismos tales como los denominados «organismos autónomos administrativos» o institutos, relativamente habituales en los entornos municipales, que pese a estar adscritos a derecho público y sometidos a rígidos sistemas de intervención, pueden llegar a un importante grado de capacidad gestora. Otra forma organizativa, muy utilizada en el entorno sanitario asistencial pero ya aplicada en el campo de los servicios

de salud pública, consiste en la creación de «consorcios» o entes de tipo consorcial, mediante los cuales diversas administraciones con competencias en un mismo ámbito unen sus recursos. Un ejemplo al respecto puede ser la Agència de Salut Pública de Barcelona, adscrita al Consorci Sanitari de Barcelona, constituido por el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya<sup>11</sup>. El mismo modelo se ha empleado en Reino Unido<sup>29</sup>, Canadá<sup>30</sup> y la Unión Europea<sup>31</sup>, y no es fundamentalmente diferente de los estadounidenses Centers for Disease Control and Prevention<sup>32,33</sup>.

Nuestra legislación<sup>13,14,34-37</sup> es muy concreta respecto a la titularidad de la autoridad sanitaria y los tipos de agentes de la autoridad sanitaria, y en consecuencia sobre la gestión de la autoridad sanitaria, elemento clave para la gestión de los servicios de salud pública. La titularidad pública de las formas de gestión antes mencionadas posibilita la delegación del ejercicio de la autoridad sanitaria, ya que todo o parte del personal adscrito a dichas formas organizativas ostenta la categoría de funcionario, condición indispensable para el ejercicio como agente de la autoridad sanitaria.

Una tercera opción consiste en la provisión indirecta de los servicios de salud pública mediante la creación de «mercados simulados», es decir, la creación de un cierto nivel de competencia controlada, abierta tanto a proveedores públicos como privados. Puesto que no existe un incentivo en el mercado real para invertir en bienes públicos, cuasipúblicos ni tutelares, es la administración la que financia los servicios, y son otros distintos los que los producen. Se trata de la separación entre las funciones de financiación, compra y provisión.

Una de las diversas modalidades existentes consiste en la forma jurídica de la «concesión», mediante la cual la administración otorga, de forma pública y competitiva, a una organización, generalmente privada, el disfrute de un dominio público o la prestación de un servicio público durante un periodo determinado, asumiendo el concesionario el riesgo financiero, con contrapartidas económicas consistentes en el establecimiento de tarifas pactadas con la administración, el pago de un canon por parte del concesionario y la posibilidad de la concesión de subvenciones por parte de la administración.

Otra herramienta, frecuentemente utilizada en nuestro sistema sanitario asistencial, es el establecimiento de «concertos» o «contratos-programa», equivalentes en la práctica a un contrato entre la administración y una organización ajena a ella. Consisten en la compra por parte de la administración de bienes o servicios antes producidos por el sector público<sup>38</sup>. Así, la administración mantiene el control y la potestad, y puede obtener mejores condiciones financieras y, por tanto, un mayor grado de eficiencia.

En todos estos casos estamos hablando de «externalización», de mayor o menor envergadura, de la gestión de servicios de salud pública.

No obstante, igual que en la creación de mercados reales y en las concesiones, persiste el problema del ejercicio de la autoridad sanitaria, a la cual la administración no puede renunciar<sup>12</sup>.

Para que el establecimiento de contratos sea realmente efectivo, es necesaria la competencia entre potenciales proveedores de los servicios a externalizar, ya que de lo contrario nos hallaríamos ante una situación de monopolio que anularía las posibles ventajas de la operación, en especial en el terreno de la eficiencia y de la mejora de la calidad<sup>38,39</sup>.

La incorporación de incentivos ligados a la actividad o al cumplimiento de objetivos es otra de las herramientas a aplicar en cualquiera de las modalidades expuestas. Si deseamos que determinadas actividades se cumplan consiguiendo ciertos estándares, una opción es asociar al cumplimiento de dichos estándares un premio de dimensión financiera (incentivo), que puede ser individual o colectivo. Hay experiencias altamente positivas en el terreno asistencial, pero en salud pública han sido, hasta el momento, negativas<sup>12</sup>. Y los motivos son evidentes. Conseguir un objetivo,

implica dimensionarlo de forma objetiva. Como ya hemos dicho, uno de los problemas principales en las actividades de salud pública está justamente en su objetivización. Por otra parte, el establecimiento de incentivos implica moverse en el corto plazo, mientras que las funciones y actividades de salud pública lo hacen en el medio y largo plazo, y el incentivo debe ligarse a un objetivo específico que debe estar relacionado con una actividad concreta que proporcione resultados concretos. *Outputs* y *outcomes* en salud pública son difícilmente relacionables con una sola causa o actividad. Como mencionan Ortún y Del Llano<sup>39</sup>: «los determinantes de la salud son múltiples, de manera que resulta difícil cuantificar con precisión operativa el efecto de las intervenciones estrictamente sanitarias sobre la salud». A ello hay que añadir el hecho de que si los incentivos son individuales y competitivos pueden dificultar el trabajo en equipo y la colaboración, imprescindibles en las actividades de salud pública. Un último problema que puede asociarse a las políticas de incentivos, ya sean individuales o colectivas, es la tendencia a centrarse en los objetivos más claramente dimensionables, justo por su objetividad y sencillez, y a abandonar o postergar el resto de las funciones y actividades menos tangibles. Este mismo problema es aplicable a los contratos-programa mediante los cuales se establecen objetivos concretos, en general ligados a incentivos colectivos o empresariales.

En cualquiera de las modalidades citadas, la contratación externa de actividades y servicios es una buena herramienta para la mejora de la eficiencia de los servicios de salud pública. Permite conservar la dirección de la estrategia y de la producción de las actividades de salud pública por parte de la administración o ente público responsable de los servicios de salud pública (agencias), sin intervenir en la provisión de ellas, pudiendo conseguir unas mayores efectividad y eficiencia.

No obstante, la externalización de servicios no siempre es factible o aconsejable. Para que pueda ser positiva, son necesarios proveedores efectivos y eficientes que puedan competir entre sí, y que los productos o servicios externalizables sean plenamente tangibles.

Podemos aumentar el grado de eficiencia de la organización compradora utilizando la competencia entre posibles proveedores, relacionando los pagos con resultados objetivables, consiguiendo inversiones sin gasto público y utilizando las ventajas de la experiencia y de la especialización de los proveedores en beneficio del sector público. Aspectos potencialmente negativos a tener en cuenta son la posible afectación, a la baja, de las condiciones laborales que los proveedores externos puedan imponer a sus trabajadores, los costes de transacción relacionados con la externalización, la dependencia de la duración preestablecida del contrato y la posible dependencia del proveedor, en caso de que realmente no haya otros proveedores que puedan competir con el ganador de la externalización.

## Conclusión

Las características económicas y sociales de la salud pública hacen que no sea adecuada la asunción de su plena gestión por parte del mercado. Sus dimensiones de bienes públicos o cuasipúblicos, junto con sus aspectos éticos y los imperativos de nuestra legislación, lo imposibilitan. Sin embargo, la gestión directa por parte de las administraciones ha demostrado ser poco efectiva.

Sabemos que la introducción de visiones más empresariales en la gestión de nuestras organizaciones puede contribuir a flexibilizar notablemente la prestación de servicios. Pero no podemos, legalmente ni éticamente, renunciar a la titularidad y al ejercicio de la autoridad sanitaria, esencial e inherente a la efectividad de las acciones de salud pública.

Debemos compatibilizar, y la experiencia<sup>11</sup> demuestra que es factible, elementos procedentes de ambos mundos, el de la gestión empresarial y el de la administración, para mejorar nuestra efectividad. La creación de organizaciones públicas flexibles, gestionadas y no meramente administradas, no desligadas de las responsabilidades públicas, mediante elementos de externalización concretados en productos y servicios específicos, bajo la planificación y el control de dichos organismos públicos, entre otros recursos que las organizaciones empresariales nos proporcionan, puede ser un modo adecuado de dar respuesta a las necesidades y demandas que la población reclama de los servicios de salud pública.

Somos conscientes de que la incorporación de estas herramientas a nuestro arsenal no resolverá todos los problemas. No es imaginable la salud pública del siglo XXI sin pensar en la participación y la acción comunitaria, el trabajo multidisciplinario, transversal y multisectorial (salud en todas las políticas, ciudades saludables...), en redes, con múltiples actores y roles diversificados, con una gestión basada en el compromiso y el cambio, en la comunicación y la información, un liderazgo decidido y claro, una mejor adecuación profesional de los recursos humanos, y una nueva y amplia utilización de las tecnologías de la información y la comunicación. En resumen, se trata de actuar localmente de manera efectiva y eficiente, a partir de estrategias comunes de amplio alcance, utilizando todo aquello que nos puede ser útil, sin por ello renunciar al carácter esencialmente público de nuestra actuación como salubristas.

### Contribuciones de autoría

El autor ha realizado la búsqueda bibliográfica, el esquema y la redacción del estudio, así como la elaboración de la bibliografía y la tabla adjuntas.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

- Rosen G. *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención en salud* Madrid: Siglo XXI; 1985.
- Foucault M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* Madrid: Siglo XXI; 2007.
- PAHO. Evaluación de las funciones esenciales de salud pública. Washington: PAHO. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm>.
- Mueller DC. *Public choice II. A revised edition of public choice*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
- McMaster R, Sawkis J. The contract state, trust distortion and efficiency. *Review of Social Economy*. 1996;54:145-67.
- Gimeno Ruiz A. La descentralización de la gestión pública. Implicaciones contables. *Actualidad Financiera*. 1997;2:44-50.
- Osborne D, Gaebler T. *La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Barcelona: Paidós; 1997.
- Hood Ch. A public management for all seasons? *Public Administration*. 1991;69:3-19.
- Manzanera R, Segura A, Fernández Díaz JM. La organización de la salud pública: su reforma en las reformas. En: *Informe Sespas 1998. La salud pública y el futuro del estado del bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
- Segura A, Villalbí JR, Mata E, et al. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*. 1999;13:218-25.
- Guix J, Villalbí JR, Armengol R, et al. Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. *Gac Sanit*. 2008;22:267-74.
- Khaleghian P, Das Gupta M. Public management and the essential public health functions. Washington: World Bank Policy Research Working Paper 3220; 2004. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: [http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/04/21/000009486\\_20040421095725/Rendered/PDF/wps3220Publicmgt.pdf](http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/04/21/000009486_20040421095725/Rendered/PDF/wps3220Publicmgt.pdf).
- Llei de Salut Pública de Catalunya. 18/2009, de 22 d'octubre. DOGC núm. 5495-30/10/2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Anteproyecto de Ley General de Salud Pública. (Consultado: 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.msps.es/normativa/docs/LGSP.pdf>.
- The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology Reforming Health Protection and Promotion in Canada: time to act. 2003. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/repe/repfinnov03-e.htm>.
- López Casanovas G, Puig-Junoy J, Ganuza JJ, et al. *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. Barcelona: Colección Estudios Económicos 31, La Caixa; 2003.
- Sen A. *Choice, welfare and measurement*. Oxford: Basil Blackwell; 1982.
- Nussbaum M. Human capabilities, female human beings. En: Nussbaum M, Glover J, editors. *Women, culture and development: a study of human capabilities*. Oxford: Clarendon; 1995.
- PAHO. Essential Public Health Functions – EPHFs. Washington: PAHO (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=286&Itemid=354](http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=286&Itemid=354).
- CDC. National Public Health Performance Standards Program. Atlanta: CDC. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.cdc.gov/od/ocph/nphsp/essentialpublichealthservices.htm>.
- CDC. CDC organization. Atlanta: CDC. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm>.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. Què fem. Barcelona: ASPB. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/>.
- Agència de Protecció de la Salut de Catalunya. Catàleg de serveis. Barcelona: APSC; 2008. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/aspcatserv.pdf>.
- Garfield R. Malaria control in Nicaragua: social and political influences on disease transmission and control activities. *Lancet*. 1999;354:414-8.
- WHO. *Report of a meeting on health sector reform and priority health interventions: the case of immunization services*. Geneva: World Health Organization; 1999.
- Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14:32-8.
- Repullo JR. Políticas tutelares asimétricas: conciliando preferencias individuales y sociales en salud pública. *Gac Sanit*. 2009;13:342-7.
- Mass R. *Ethique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Quebec: Presses de l'Université; 2003.
- Health Protection Agency. London: HPA. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.hpa.org.uk/>.
- Public Health Agency of Canada. Ottawa: PHAC. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php>.
- European Center for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>.
- Centers for Disease Prevention and Control. Atlanta: CDC. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.cdc.gov/>.
- 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 (Suppl 3):72-80.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29/4/1986:15207-24.
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. BOE núm.102 de 29/4/1986:15207-1520.
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. BOE núm. 285 de 27/11/1992:40300-19.
- Villalbí JR, Cusí M, Caylà JA, et al. El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre. *Gac Sanit*. 2007;21:172-5.
- Ortún V. Gestión pública. Madrid: Fundación Banco Bilbao Vizcaya. 1993. Documentos del Centro de Estudios de Economía del Sector Público de la Fundación BBV.
- Ortún V, Del Llano J. Estado y mercado en sanidad. Barcelona: UPF. (Consultado el 24/10/2010.) Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper15.pdf>.