

LA NUEVA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

**Carlos Alvarez-Dardet
Concha Colomer**

La historia de la salud pública en España ha estado jalonada de desarrollos muy interesantes, a veces de carácter pionero a nivel mundial que han estado muy limitados por nuestra propia historia de falta de libertades. Sin embargo, esta tendencia parece haber cambiado en los últimos años, el inicio de la estrategia de salud para todos coincide con el inicio de la transición en España, y eso ha hecho posible que muchas de sus ideas se hayan reflejado en desarrollos legislativos como la Ley General de Sanidad, y en iniciativas, como la creación de escuelas de salud pública en varias comunidades autónomas.

La mayoría de los libros de salud pública y, por supuesto, todos los anglosajones otorgan a Goldberger el mérito de haber descubierto en 1914 las causas de la pelagra. Sin embargo, entre nosotros es bien conocido que fue el médico asturiano Gaspar de Casal quien, mucho tiempo antes, en la primera mitad del siglo XVIII, había descubierto el origen de la enfermedad. Debido a la relación entre dieta y pobreza y a las implicaciones políticas de su descubrimiento, Casal, por miedo a la Inquisición, publicó su estudio en Francia, y eso hizo que tuviera poco eco como documento movilizador en nuestro país.

El ejemplo de Casal es en buena forma paradigmático de lo que ha sido el desarrollo de la salud pública en España, en donde han existido

Up-dating Spanish public health

The paper sees the history of Spanish public health as marked by many interesting developments, some of which were pioneer experiences for their times but nipped in the bud by that wintry lack of civic and public liberties that likewise blighted so much of that which was best in her history. Recent years have shown an appreciable change in this as in so much else. The paper tells of how, the drive for universal public health has gone along in step with the transitional advances of the period and many of its ideas have been taken up and embodied in legislation such as The General Public Health Act and other similar though lesser initiatives such as the setting up of schools of public health in the Autonomous Regions' respective areas of influence.

personalidades de gran talla, como Mateo Seoane, L. Felipe Monlau o Marcelino Pascua, e incluso movimientos más amplios de corrientes de opinión en favor de la salud pública, pero que siempre se han visto limitados o incluso abruptamente interrumpidos por situaciones históricas de falta de libertad, como la Inquisición, las monarquías absolutistas o las dictaduras militares.

Otros ejemplos nos recuerdan situaciones parecidas. Así, la palabra epidemiología parece haber sido acuñada en nuestro país por Tito Angelero en el siglo XVI y usada posteriormente en la conocida obra de Villalba *Epidemiología española o historia cronológica de las pestes y epizootias*, editado en 1802. Sin embargo, la primera sociedad científica sobre esta disciplina no se desarrolló en España, sino en Londres, en el siglo pasado. La Sociedad Española de Epidemiología no se fundó hasta muy recientemente, en

1977. En este mismo sentido, y en cuanto a la legislación, merece la pena recordar que las Cortes de Cádiz reconocieron de forma pionera en una Carta Magna europea el derecho a la salud en 1812. Pero, después de su corta vida, el derecho a la salud de los españoles no volvió a reconocerse hasta la Constitución de 1977.

Parece que el grado de tradición histórica y la contribución científica española al cuerpo de conocimientos de la salud pública han sido inferiores a los existentes en otros países. Pero la recuperación mediante trabajos de investigación histórica de esta figuras y de estos movimientos, en el sentido de la serie que viene publicando el Ministerio de Sanidad dirigida por el profesor J. M. López Piñero, puede servir de ayuda para contextualizar muchas de las iniciativas que están empezando a desarrollarse en España y que quizá sus propios protagonistas consideran como nuevas.

En este sentido de recuperar experiencias del pasado para aprender de ellas, Rosa Ballester ha encontrado un interesantísimo precedente histórico del proyecto Ciudades Sanas de la oficina europea de la OMS, desarrollado a finales del siglo XIX en la ciudad de Alicante. En unos años en que la ciudad tuvo en la alcaldía a alguien con la doble condición de médico y arquitecto, el doctor José Gadea, se impulsó un proyecto denominado «Una nueva ciudad para un nuevo siglo».

El proyecto liderado por José Gadea pretendía que «las vidas y la salud de los habitantes de Alicante sean nuestro objetivo más importante». Aglutinó a su alrededor a un importante grupo de médicos, abogados, farmacéuticos y arquitectos con un gran apoyo de la Cámara de Comercio y la Sociedad Económica de Amigos del País. El proyecto basó su acción en el desarrollo de medidas de saneamiento, la planificación urbana, las mejoras educativas, la disminución de la mortalidad, la reducción del número de pobres, el control de las industrias contaminantes, la reforma de los servicios municipales y la mejora de los hospitales. Es interesante no sólo la recuperación para nuestra memoria de este precedente, sino también el análisis que la autora hace de las razones de los fallos de este proyecto, esencialmente hijo de un espíritu ilustrado y paternalista, que no supo conectar con los ciudadanos desde la base. Esta situación recuperada del pasado se parece obviamente a muchas experiencias de nuestros días que no alcanzan sus objetivos por falta de implicación de la comunidad.

En general podríamos aceptar que las ideas y los movimientos en salud pública han llegado con cierto retraso a nuestro país y que su efecto, desgraciadamente, ha sido amortiguado en muchas ocasiones por la situación política. Sin embargo, en los últimos diez años se están produciendo situaciones que en cierta manera contradicen esta tendencia histórica, ya que, paralelamente a la crisis del modelo biologicista y terapéutico en todo el mundo durante los años se-

ta, en España comenzó un nuevo período político en el cual lo «público» tenía más posibilidades de desarrollarse. Esta situación nos ha llevado a poder disfrutar de un momento especialmente interesante para nuestro país, con un desarrollo acelerado de las iniciativas de salud pública, a las que se incorporan rápidamente las corrientes y los modelos de acción que van surgiendo en la salud pública mundial.

Los textos críticos de McKeown e Iván Illich y la Declaración de Alma Ata se publican en un período especialmente fértil para el desarrollo de la vida democrática en España. Esto hace que sean aceptados y difundidos por grupos de profesionales en nuestro país que, además, consiguieron reflejarlos tanto a nivel de legislación como a nivel de nuevos modelos asistenciales y preventivos. En España, especialmente en algunas comunidades autónomas, las ideas de Alma Ata se han visto reflejadas en un aumento realmente espectacular en su inicio de inversiones y cobertura poblacional de atención primaria, superando con mucho la que tienen la mayoría de los países europeos. Por ejemplo, en comparación con el Reino Unido, país al que se dedica la mayoría de los ejemplos de este texto, España supera bastante su cobertura poblacional de centros de atención primaria, siendo ésta del 25 por 100 en Gran Bretaña y ya del 31 por 100 en España.

En el terreno de la formación en salud pública, la labor pionera y solitaria durante sesenta años de la Escuela Nacional de Sanidad se ha visto acompañada en los últimos cinco años por la creación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Escuela de Navarra, el Instituto Valenciano de Salud Pública y el Centro Universitario de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Asimismo muchos grupos universitarios están ofreciendo programas *Master* y doctorados en salud pública como una manifestación de la fuerte demanda existente.

LA SALUD Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

Al igual que en otros países europeos, en España se han producido enormes avances en el estado de salud de la población durante el último siglo. Las figuras 1 y 2, tomadas de trabajos de Joaquín Leguina y Francisco Bolumar, lo muestran claramente. También ha existido una notable reducción, del 76 por 100, de la mortalidad general, que ha pasado de 33,9 por 1.000 en 1980 a 8,07 por 1.000 en 1978. Al igual que en el trabajo de McKeown en Inglaterra y Gales y que se comenta en el capítulo 1, en España la disminución de la mortalidad se ha debido primordialmente al descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas.

El 26 por 100 del total de dicho descenso se debe a la reducción de enfermedades diarreicas, el 13 por 100 a la de tuberculosis, el 11 por 100 a la neumonía y el 10 por 100 a la de bronquitis crónica. En la actualidad, España presen-

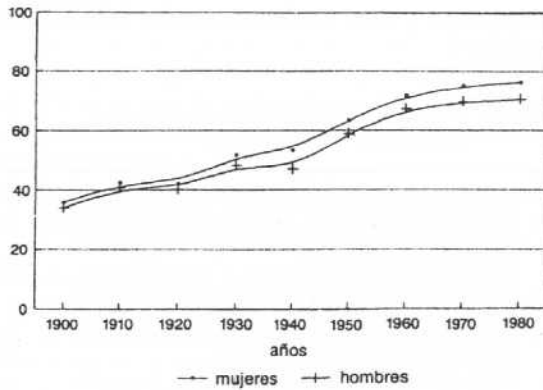


FIG. 1. Esperanza de vida al nacer. (Fuente: OCDE.)

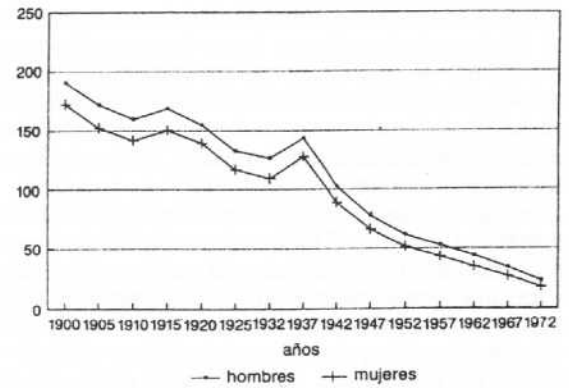


FIG. 2. Mortalidad infantil, 1900-1976. (Fuente: Bolumar, F., y cols.)

ta un patrón de mortalidad muy parecido al del resto de los países europeos, tanto en la mortalidad general como en la mortalidad infantil y, por tanto, en la esperanza de vida. Sin embargo, la mayoría de los avances se produjeron antes de que el gasto sanitario comenzara a aumentar considerablemente en España como consecuencia de la construcción de grandes hospitales en la década de los sesenta (fig. 3). Desde entonces hasta ahora el gasto sanitario ha pasado del 2,7 por 100 del producto interior bruto (PIB) en 1960 al 6,7 por 100 en 1988, superándose a principio de los ochenta el porcentaje del PIB destinado a asistencia sanitaria en el Reino Unido.

La pregunta obligada que surge de la comparación de las tres figuras es: ¿Podremos conseguir en nuestro país mejoras sustanciales de salud con nuestros actuales y crecientes niveles de gasto sanitario o será necesario plantearse políticas alternativas? En la línea de intentar buscar respuestas a esta pregunta, García Benavides ha estimado la ganancia en la esperanza de vida que se conseguiría en la Comunidad Valenciana si no ocurriera ninguna defunción prevenible o tratable con el actual nivel de conocimientos médicos y desde los servicios sanitarios. La estimación de García Benavides es de aproximadamente una mejora alentadora de la esperanza de vida de cuatro meses. Probablemente este nivel de rendimiento ideal de los servicios sanitarios supondría un aumento de varios puntos en el gasto sanitario, habida cuenta de que en países como Francia o Estados Unidos, con porcentajes de PIB superiores en gasto sanitario, ocurren también defunciones prevenibles o tratables. Por el contrario, la previsión sobre prevención de muertes producidas por enfermedades como carcinoma de pulmón, accidentes de tráfico y cirrosis, más dependientes de políticas de salud a desarrollar desde fuera de los servicios sanitarios, incrementaría mucho más la esperanza de vida, ya que se obtienen resultados de dieciocho y seis meses en hombres y mujeres, respectivamente, y con un costo sensiblemente menor.

Parece, pues, evidente, a semejanza de otros países, que no podremos esperar mejoras sustanciales en la salud de los españoles desde

el sector curativo y que se hace imperativa la reorientación de los servicios sanitarios.

SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA. REORDENACION Y REORIENTACION

Los cambios acontecidos en España en los últimos diez años han tenido su expresión legislativa en la Ley General de Sanidad de 1986. En la tabla 1 se resumen los aspectos de Alma Ata y de la nueva salud pública que han sido integrados en la ley, según Enrique Nájera y colaboradores.

Tabla 1. Artículos de la Ley General de Sanidad de 1986

Artículos	Prioridad
3.3	Superación de desigualdades en salud.
3.1	Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
4.1	Concepción íntegra de los servicios.
4.6	Universalización.
8.1	Utilización de la epidemiología.

Nájera plantea que, en la evolución de los servicios sanitarios en España, se pueden distinguir dos fases: una primera de reordenación, que es la que estamos viviendo en la actualidad y que

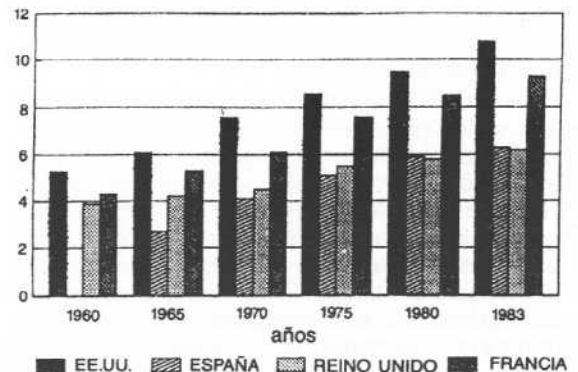


FIG. 3. Evolución de los gastos en salud, porcentaje sobre el PIB, 1960-1982. (Fuente: OCDE.)

permitirá, una vez terminado el proceso, encaminar las energías políticas hacia la segunda fase de verdadera reorientación de nuestro sistema sanitario haciendo efectivas la defensa de la salud, la atención primaria como eje y base del sistema, la participación comunitaria, la descentralización y la acción intersectorial.

Resulta evidente que a cuatro años de la promulgación de la Ley General de Sanidad no se ha producido todo el desarrollo que la propia Ley propugna. Probablemente, los elementos que mayor importancia han tenido como freno de este proceso los podríamos identificar entre los grupos de presión de profesionales de la salud y, en un marco general, en los problemas presupuestarios que han favorecido políticas de contención del gasto en los servicios sanitarios, haciendo difíciles las nuevas inversiones en atención primaria y servicios de salud pública.

Sin embargo, todo parece indicar que la situación económica es mejor que a principios de los ochenta y que no deberíamos confundir la opinión de los dirigentes de colegios profesionales y sindicatos de élite con la opinión de los profesionales de salud en España.

En una encuesta realizada en la Comunidad Valenciana, siguiendo el método Delphi, a la que contestaron 846 profesionales de la salud de los 1.500 contactados, la atención primaria de salud y el desarrollo de la salud pública figuraban entre las prioridades más votadas (tabla 2). Todo parece indicar, pues, que en España se dan buenas condiciones para profundizar en el proceso de reorientación de los servicios sanitarios.

En bastantes párrafos de este libro se ponen de manifiesto los problemas derivados de la reorganización del Sistema Nacional de Salud británico a mediados de los años setenta. En muchos aspectos, en España en la actualidad se están produciendo cambios organizativos parecidos a los que ocurrieron en Gran Bretaña entonces. La casi desaparición de la Sanidad Nacional, la desaparición de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y la corta vida de las Direcciones Generales de Salud Pública en muchas Comunidades Autónomas, junto con la inclusión de los antes independientes

Servicios de Salud Pública en las burocracias asistenciales, son hechos que limitan la acción y el desarrollo de la nueva salud pública y que quizá no han sido discutidos en profundidad todavía en España.

Esta situación es especialmente preocupante en unos momentos en que la contención del gasto sanitario parece tener una alta prioridad política. La inclusión de los servicios de salud pública en la misma estructura que los servicios sanitarios puede tener primordialmente dos consecuencias negativas para aquéllos. La primera es la dificultad para actuar fuera de los propios servicios sanitarios, desarrollando acciones intersectoriales, y la segunda es la posible competencia presupuestaria con los servicios clínicos en momentos de contención del gasto y con los problemas de visibilidad política que tiene la sa-

lud pública y que se ilustra con el ejemplo del capítulo 4.

Tabla 2. Prioridades en salud en la Comunidad Valenciana. Método Delphi

1. Mejora de la gestión sanitaria, profundizando en la reforma sanitaria, aumentando la calidad de la asistencia e incrementando los recursos asignados a la salud.....	2.964
2. Potenciación de la atención primaria para conseguir su desmasificación, mejorando su dotación y recursos humanos y aumentando la coordinación con los hospitales.....	2.471
3. Desarrollo de la medicina preventiva, especialmente de la educación para la salud.....	1.638
4. Aumento de los recursos destinados a la asistencia hospitalaria.....	874
5. Problemas de salud mental, fundamentalmente de los derivados de las drogodependencias.....	458
6. Acciones sobre el medio ambiente, con especial referencia a los contaminantes de las aguas.....	390
7. Actividades preventivas enfocadas hacia las enfermedades cardiovasculares.....	283
8. Enfermedades infecciosas, especialmente el SIDA, las toxiinfecciones alimentarias y las enfermedades de transmisión sexual.....	280
9. Mejora de los servicios de urgencias a través de un aumento de los recursos, principalmente a nivel extrahospitalario.....	224
10. Atención especial a ciertos grupos de edad, como los niños y los ancianos.....	123

Por otra parte, dicha situación puede tener también la ventaja de facilitar la coordinación entre los profesionales que trabajan en atención primaria y los encargados de temas específicos de salud pública. La elaboración de programas conjuntos y el apoyo y el soporte mutuos en todos los temas comunitarios pueden verse favorecidos por la proximidad administrativa. Este es el reto planteado en la actualidad en este campo: diferenciarnos de lo sucedido en otros países y, mediante la colaboración y el respeto mutuos, trabajar en la mejora de la salud de la comunidad.

En este sentido existen ya algunas experiencias interesantes en las CCAA en las que se han desarrollado servicios de salud pública de área o distrito que coexisten (incluso físicamente en el mismo edificio) con los de atención primaria, como por ejemplo en la Comunidad Valenciana. La descentralización a través de aquéllos de las actividades de vigilancia epidemiológica y de implantación de programas de promoción de salud sobre todo ha supuesto un mayor contacto con el terreno con mejora en los servicios.

Es importante destacar en este proceso de innovación el papel catalizador de experiencias de algunas instituciones docentes ligadas a la administración sanitaria. La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) con sus programas de formación e investigación, especialmente el desarrollo de la «Red de Actividades de Promoción de la Salud», y el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP), como impulsor del proyecto Ciudades Sanas, están teniendo un papel de gran importancia en la actualidad. Es un

momento de inquietud y motivación por el cambio, pero con escaso desarrollo de experiencias y metodologías para él. De ahí que cualquier actividad encaminada a fortalecer el intercambio de experiencias es, y será, la base para el impulso del cambio.

Aspectos que se reconocen ya en la actualidad como fundamentales para conseguir una mejora en la salud de los ciudadanos y que se recogen en la Declaración de Ottawa, como la intersectorialidad, la participación de la comunidad, la reorientación de los servicios, etc., requieren unos planteamientos nuevos para los que falta, por ahora, si no el interés, sí la metodología.

Es realmente sorprendente la rapidez con que las ideas de la nueva salud pública se han difundido por España. Esto quizá tenga que ver con la fase de desarrollo que está viviendo la salud pública en nuestro país y que comentábamos al principio del capítulo. A modo de ejemplo de este desarrollo, a continuación presentamos dos experiencias recientes e importantes que incluyen algunas de las iniciativas que están en la actualidad en desarrollo.

RED DE ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA

Esta red, cuya primera publicación de experiencias apareció en 1989, se plantea como un banco de datos dinámico y actualizado para intercambio de información. Hasta el momento recoge 142 experiencias, en curso, primordialmente de Andalucía, pero también de la Comunidad Valenciana, Cataluña, Cantabria, Navarra, Castilla-La Mancha, Baleares, Madrid y algunas realizadas en el extranjero.

La mayoría de estas experiencias se refieren a salud materno-infantil, reflejando seguramente la tradición de promoción de la salud que existe en estos grupos de población y la esperanza de mejora futura que en ellos se deposita. Por otra parte, una característica mayoritaria es que muchas de estas experiencias utilizan como método de trabajo la educación para la salud, demostrándose esta herramienta de la promoción de la salud como la más accesible para los profesionales sanitarios en España. Sin embargo, otros planteamientos van empezando también a desarrollarse desde puntos de vista del trabajo intersectorial (trabajo junto con servicios sanitarios, universidad, ayuntamientos y organizaciones no gubernamentales), la participación comunitaria (consejos de salud, asociaciones, medios de comunicación) y la reorientación de servicios sanitarios (asistencia domiciliaria, intervención en poblaciones marginales, hemodonación).

Todo esto parece reflejar la situación actual de cambio hacia nuevos métodos, la búsqueda de nuevas vías y el descubrimiento de caminos que

nos lleven de una forma más eficaz a la mejora de nuestra salud.

La mayoría de estas experiencias conectan también con el espíritu del Proyecto Ciudades Sanas y con las tendencias de «pensar globalmente y actuar localmente». Así, desde el Centro de Salud de Cumbres Mayores en Huelva realizan un programa de radio, que, distanciándose del profesionalismo, se titula «Quítate la bata». Desde el centro de salud de Torremolinos, en Málaga, hacen otro cada semana titulado «Torresalud, tu centro de salud informa».

Cualquier grupo interesado puede participar en la red. Para ello pueden solicitar los impresos de registro a la Red de Actividades de Promoción de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Avda. del Sur, 11, 18014 Granada.

EL PROYECTO CIUDADES SANAS EN ESPAÑA

Desde que en 1986 la OMS lanzó el Proyecto Ciudades Sanas hasta ahora se ha producido una verdadera explosión de interés por el tema tanto entre los profesionales de salud pública como entre los políticos y también en la población. En cuanto a la evaluación del proceso, por su difusión podemos decir que el éxito ha sorprendido incluso a los grupos promotores de la idea en España.

A la segunda reunión de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana celebrada en Valencia acudieron representantes de 82 ciudades españolas. Posteriormente, en marzo de 1989, se constituyó oficialmente la Red Española de Ciudades Saludables en Alicante, en un congreso fundacional al que prestaron su apoyo político tanto los municipios agrupados en la Federación Española de Municipios y Provincias como el Ministerio de Sanidad y Consumo. En la conferencia de clausura, el Ministro de Sanidad, señor García Vargas, aseguró que el apoyo al proyecto sería una de las líneas prioritarias de su departamento.

Por su parte, las comunidades autónomas de Navarra, País Vasco, Cataluña y Valencia están desarrollando redes locales de gran actividad. Existen, pues, varios niveles de redes.

Las ciudades de Barcelona y Sevilla participan en la Red Europea de Ciudades Sanas coordinadas por la Oficina Europea en Copenhague. A su vez, estas dos ciudades forman parte con otras capitales españolas de la Red Española de Ciudades Saludables, y algunas de las ciudades que participan en la red española forman parte a su vez de redes locales.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ha prestado mucha atención al desarrollo de las ideas de Ciudades Sanas. Tanto en el Congreso de Madrid, de 1987, como en el de Bilbao, en 1989, se han celebrado mesas redondas sobre promoción de la salud en las ciudades. También la revista de

la SESPAS, la *Gaceta Sanitaria*, ha iniciado una serie de artículos que pretende recoger y publicar tanto los desarrollos metodológicos como las experiencias de acción que se produzcan en este área.

Diversos autores han puesto de manifiesto que lo que empezó como un proyecto, hasta cierto punto restringido, se ha convertido en un movimiento en el que están implicadas cientos de ciudades de todo el mundo.

Tabla 3. El movimiento de ciudades sanas en España. Niveles de organización

Nivel	Coordinación	Núm. de ciudades
Internacional	OMS-Europa, Copenhague	Barcelona, Sevilla
Nacional	FEMP, Madrid	Alicante, Madrid, Santander, Valladolid, Barcelona, Pamplona, Sevilla, Zaragoza
Local	Gobiernos autónomos, IVESP, ayuntamientos	Indeterminado, alrededor de 100

Exactamente la misma tendencia es la que se ha producido en nuestro país, en donde la enorme demanda está produciendo un esquema muy interesante de organización para dar cabida a todas las iniciativas (tabla 3).

En la actualidad, el primer problema que se presenta a todos los implicados en este proceso es precisamente cómo gestionar este éxito y

cómo lograr que esta adecuada gestión de un movimiento creciente redunde en una mejora del estado de salud. El segundo problema que se plantea es el de conseguir esquemas prácticos de participación comunitaria. A modo de sugerencia podría plantearse una serie de puntos que es necesario resolver en un corto período de tiempo:

1. Establecer líneas de conexión y vertebración entre los distintos niveles de organización que existen hasta el momento. La red europea con la red española y éstas con las redes locales.

2. Creación de grupos estables que elaboren y negocien una estrategia política con el horizonte en 1992, que es cuando la OMS llevará a cabo la evaluación del programa.

3. Implicación activa de más municipios y otras instituciones que puedan apoyar el movimiento.

4. Definición de papel, incluyendo aspectos presupuestarios del Sistema Nacional de Salud.

5. Apoyo técnico y, sobre todo, apoyo económico a los grupos, profesionales o no, que desde la comunidad están desarrollando iniciativas en línea con la filosofía del movimiento de Ciudades Sanas.

6. Institucionalización de los grupos intersectoriales políticos y técnicos a nivel de las distintas ciudades y desarrollo de coaliciones con personas, grupos o asociaciones con intereses coincidentes.

BIBLIOGRAFIA

ANONIMO (1989): *Red de actividades de promoción de salud*, núm. 1. EASP.

ASHTON, J. (1987): *La promoción de la salud: un nuevo concepto para una nueva sanidad*. IVESP, Monografías Sanitarias, Serie D, núm. 1, 8-19, Valencia.

BALLESTER, R. (1989): *A new city for a new century. A healthy cities project at the turn of the last century*, Health Promotion (en prensa).

BOLUMAR, F. (1981): «La mortalidad en España I. La mortalidad infantil en España, 1900-1976», *Rev. San. Hig. Pub.*, 55: 1205-1219.

BUCK, C.; LLOPIS, A.; NAJERA, E., y TERRIS, M. (eds.) (1988): *El desafío de la Epidemiología*, Ops-OMS, publicación científica, núm. 505, Washington.

CARBONELL, M. C., y GASCON, E. (1988): *Prioridades sanitarias en la Comunidad Valenciana: Un estudio Delphi*, Monografías Sanitarias, Conselleria de Sanitat, serie Salud para Todos, IVESP, Valencia.

CASAL, G. (1762): *Historia Natural y Médica del Principado de Asturias*, ed. 1959, Diputación Provincial, Oviedo.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCION DE LA SALUD (1987): Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud, *Rev. San. Hig. Pub.*, 61: 129-133.

COSTA, J., y ALVAREZ-DARDET, C. (1989): «Ciudades saludables: un movimiento para la nueva salud pública», *Gaceta Sanitaria*, mayo-junio, 407-408.

COSTA, J., y COLOMER, C. (1989): «El proyecto Healty Cities en España», *Revisiones en Salud Pública*, 1: 159-173.

GARCIA BENAVIDES, F.: Comunicación personal.

KICKBUSH, I. (1988): *Healthy cities: a working project and a growing movement*, Healthy Cities Symposium, Zagreb.

LEGUINA, J. (1985): *Fundamentos de Demografía*, Siglo XXI, Madrid.

NAJERA, E.; CORTES, M., y GARCIA GIL, C. (1989): «La reorientación del sistema sanitario», *Revisiones en Salud Pública*, 1: 15-30.

TERRIS, M. (ed.) (1964): *Goldberger on pellagra*, Baton Rouge, Louisiana State, University Press.

VILLALBA, J. de (1802): *Epidemiología española o historia cronológica de las partes, contagios, epidemias y epizootias*, 2 tomos, M. Repullés, Madrid.