

# Propuesta marco de reorganización de la salud pública en Cataluña

M.L. de la Puente<sup>a</sup> / R. Manzanera<sup>b</sup> / Grupo de Trabajo de Salud Pública en Cataluña\*

<sup>a</sup>Región Sanitaria Centro. Servicio Catalán de la Salud.

<sup>b</sup>Consorcio Sanitario de Barcelona. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria. Barcelona.

*Correspondencia:* Dr. R. Manzanera. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria. P.º Marítim, 59. 08003 Barcelona. Correo electrónico: rmanzanera@imas.imim.es

\*Grupo de trabajo de salud pública en Cataluña: Ricard Armengol, Jordi Casabona, Cati Chamorro, Pere Godoy, Jordi Jaumeandreu, Pere Líndez, Eduard Mata, Josep Lluís de Peray, Antoni Plasència, Josep M. Pons, M. Luisa Ribas, Andreu Segura, Mercè Tor, Ricard Tresserras, Empar Vilà, Joan Ramón Villalbí.

(Proposal for the reorganization of public health in Catalonia, Spain)

## Resumen

La reforma de la salud pública está aún pendiente y es necesario avanzar en una propuesta organizativa que permita dar una respuesta correcta a las necesidades actuales. En este artículo un grupo de profesionales que desarrollan su trabajo en diferentes instituciones relacionadas con la salud pública en Cataluña dan su opinión y reflexiones sobre esta reestructuración.

Se analiza lo que hace la salud pública y qué tiene hoy, para llegar a una propuesta marco de reorganización: qué debería tener. Se definen 17 actividades básicas de salud pública y se enumeran algunas características organizativas. Se han contemplado cuatro niveles básicos de actuación (país, regional, local y atención primaria). De la interrelación de los tres componentes del modelo (actividades, organizaciones y niveles) surge una propuesta organizativa de salud pública con definición de actividades y recursos para cada grupo y nivel. La propuesta respeta el marco jurídico vigente.

Cataluña contaría con una institución de salud pública a nivel central y con 8 instituciones regionales. Las instituciones regionales podrían integrar una veintena de organizaciones locales de salud pública, todas ellas integradas en red y financiadas por el sistema sanitario público. Barcelona ciudad aparece como una realidad específica. Los equipos de atención primaria deberían simultanear la dimensión asistencial y la de salud pública. Esta organización comporta que el gerente de región ostente la responsabilidad de las actividades de salud pública que se lleven a cabo en el territorio, como ya tiene hoy la responsabilidad de las actividades asistenciales.

Se estima que en Cataluña alrededor de 1.500 profesionales a tiempo completo desarrollan tareas de salud pública directamente, y unos 500 más trabajan en tareas subcontratadas relacionadas con la garantía de servicios. Estos recursos representan aproximadamente un profesional/3.000 habitantes. Partiendo de estos recursos, se formula una propuesta orientadora de volumen de recursos técnicos que deberían dedicarse a la prestación de la salud pública en Cataluña.

## Abstract

Public health reform is still pending and an organizational proposal that would provide an appropriate response is needed. In this article, a group of health professionals working in various public health institutions in Catalonia (Spain) express their opinion on this restructuring.

We analyze what public health does, what is currently has at its disposal and what we should have to achieve a proposed reorganizational framework. Seventeen basic public health activities are defined and some organizational characteristics are described. Four basic levels of activity are envisaged (national, regional, local and primary care). The interrelation between the model's three components (activities, organizations and levels) forms the basis of the proposal for public health reorganization in which the activities and resources for each group and level are defined. The proposal respects the legal framework currently in force.

Catalonia would have a central public health institution with eight regional institutions. The regional institutions could integrate approximately twenty local public health organizations, all of which would be integrated into the network and financed by the public health system. The city of Barcelona would be a specific entity. Primary care centers should combine health care and public health functions. In this organizational model the regional director, in addition to being responsible for health care activities (the current situation), would also be responsible for the public health activities performed in the region.

In Catalonia, approximately 1,500 full-time health professionals are directly engaged in public health activities related to the guarantee of services. These resources represent approximately 1 health care professional/3,000 inhabitants. Based on these resources, we formulate a suggested proposal for the volume of technical resources that should be devoted to the provision of public health in Catalonia.

The definition of a portfolio of services and the contractual relationship with the Catalan health systems are considered essential elements to achieve homogeneous work in the region.

La definición de una cartera de servicios y la relación contractual con el Servei Català de la Salut se consideran elementos necesarios para alcanzar un trabajo homogéneo en el territorio.

**Palabras clave:** Salud pública. Reforma. Recursos humanos. Organización. Funciones.

**Key words:** Public health. Reform. Human resources. Organization. Functions.

## Introducción

El nombre de salud pública evoca numerosas referencias colectivas. Episodios históricos de gran repercusión, evocados en novelas o películas, han impregnado la cultura colectiva acerca de la importancia histórica de esta actividad. En la actualidad, la referencia conceptual es menos precisa y más difícil de discernir de la de sistema público de salud y de la de otras actividades, sanitarias o no, también relacionadas con la salud.

La salud pública y la salud de los ciudadanos han experimentado muchas innovaciones y éxitos en nuestro país. Y esto es resultado de diversas mejoras en las condiciones de vida y trabajo, en la alimentación y la convivencia, en el medio ambiente y en los hábitos personales y también en las atenciones sanitarias. Sin olvidar el impulso que los sanitarios han significado en estas mejoras, es indudable que se han producido por una evolución social y cultural que supera a la de cualquier actividad profesional.

El sistema sanitario asistencial y de salud pública ha tenido un papel en estas mejoras. Las modificaciones del sistema para esta conversión han sido diversas: mejoras profesionales, mayor sensibilidad para la prevención, algunas mejoras organizativas y mayor sensibilidad social y política en relación con los temas de salud. Ante esto, y a diferencia de las reformas operadas en otros componentes del sistema sanitario, el de salud pública no ha abordado aún su reforma global. Los esfuerzos de mejora organizativa y de gestión, de profesionalización, de orientación a los clientes y de incremento de recursos, que han tenido tanto la atención primaria como la especializada, aún no se han producido generalizadamente en la salud pública.

Existen diversas razones que concitan este retraso relativo de la salud pública. Probablemente hay aspectos políticos e ideológicos que sostienen esta situación. Otras causas tienen que ver con la naturaleza compleja y multiprofesional de la salud pública: aún es difícil hablar de «especialistas de salud pública». También puede tener que ver la naturaleza más administrativa que de servicios que tiene aún la salud pública. Y posiblemente también la escasa presión social para estas reformas; las listas de espera no existen en la salud pública y su actualidad aparece en momentos de crisis públicas. Además, probablemente, la masa

crítica y el desarrollo técnico y científico de los profesionales han sido menores que en otros campos. Finalmente, otros componentes del sistema sanitario tienen una titularidad clara y definida, mientras que la salud pública es responsabilidad de diversas administraciones, departamentos y niveles.

Se puede coincidir en el hecho de que la reforma de la salud pública es una tarea pendiente en el sentido más global, que la reflexión y las aportaciones del colectivo profesional son elementos clave, que las reformas técnicas y de aspectos concretos pueden ser muy útiles y que sin reformar las organizaciones y la capacidad profesional de sus miembros será imposible abordar una verdadera reforma.

Las actividades relacionadas con la salud pública son diversas y complejas y, en algún caso, objeto de controversia. La actividad comunitaria y poblacional, la elaboración de políticas de salud, las acciones de información y planificación sanitarias, la evaluación de estas políticas y de los servicios sanitarios, las tareas de protección de la salud, las actividades preventivas y comunitarias de los profesionales clínicos, el análisis de las desigualdades, la investigación y la gestión de los riesgos ambientales son todos ellos componentes de la salud pública que vienen recogidos en los textos científicos, en los *currícula* académicos y en los perfiles de la especialidad. Sin embargo, éstos se encuentran dispersos en diferentes entidades administrativas de las administraciones central, autonómica y local, públicas y privadas, sanitarias y de otros sectores, asistenciales y directivas. Esta realidad dispersa y amplia dificulta un planteamiento de reforma global.

La realidad municipal y territorial de Cataluña es muy heterogénea. El hecho de que las acciones de salud pública deban desarrollarse próximas a la población es coherente con el papel que jurídicamente han de jugar los ayuntamientos en el ejercicio de estas funciones. Se trata de hablar de autoridad y de competencias compartidas y es bien patente que cualquier reforma ha de asumir el máximo protagonismo, participación y consenso de los municipios. Y, nuevamente, la heterogeneidad municipal dificulta un planteamiento uniforme de reforma global. El papel de la administración autonómica, clave en la definición de los criterios básicos de los programas y servicios, de su financiamiento y acreditación, también lo tiene que ser por el amortiguamiento de esta heterogeneidad municipal y el fomento de la acción subsidiaria.

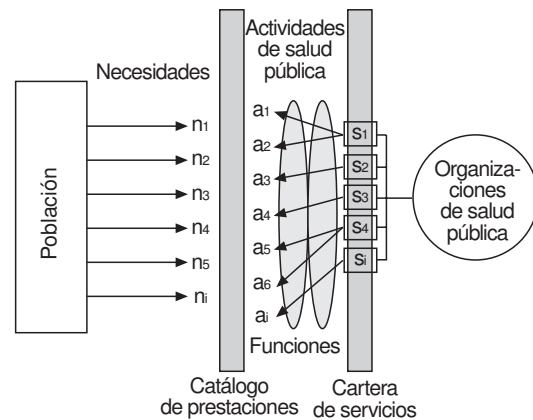
En los últimos tiempos se ve la necesidad de avanzar en la reestructuración de los servicios de salud pública para dar una respuesta apropiada a las necesidades actuales. Muestra de ello es el cambio consensuado y profesionalmente articulado para la reforma de la salud pública, que se expresa en la Ley 22/98 de la Carta Municipal de Barcelona, en la que se crea la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente. Ésta es una propuesta que incorpora una visión global de la salud pública, que expresa la participación y el protagonismo municipal que se reclamaba anteriormente y que culmina en un proceso de consenso entre las administraciones, ya iniciado con la creación del Consorcio Sanitario de Barcelona (ente compartido entre la administración autonómica y local, con la función de región sanitaria del Servicio Catalán de la Salud). También el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, como reflejo de su interés, impulsó la presentación al Parlamento de Cataluña del Proyecto de Ley de protección de la salud que quedó pendiente en el momento de la disolución del Parlamento en el año 1999.

Ante estos cambios producidos en nuestro entorno y ante estas oportunidades de reforma de la salud pública, se ha considerado conveniente redactar un documento con reflexiones y propuestas sobre la salud pública en Cataluña<sup>1</sup>, del que presentamos una versión reducida en este trabajo. En el grupo redactor, sin ánimo de representatividad ni de exhaustividad, están presentes profesionales que desarrollan su tarea en la Administración autonómica, en la Administración local, en la atención primaria, en la universidad y en los campos de la planificación, la prevención y la gestión. Se trata de una opinión de un grupo de profesionales, basada en sus reflexiones y en las referencias que se mencionan. En ningún caso implica a sus respectivas instituciones.

Ésta es la justificación de este trabajo: construir un documento, amplio y participativo, sobre la realidad actual y propuestas de futuro de la salud pública en Cataluña. Para facilitar la reflexión, el debate y, quizá, las decisiones.

El objetivo del trabajo es llegar a una propuesta de reorganización, partiendo de la situación actual y acorde con las estrategias de futuro de la salud pública en Cataluña. Para ello el documento parte de una definición operativa de la salud pública hoy (*¿qué es y qué hace?*), para analizar nuestros recursos actuales (*¿qué tenemos?*) y proponer algunos rasgos del modelo de futuro (*¿qué deberíamos tener?*). El documento original incluye cuatro anexos que constituyen una aportación específica y relevante al trabajo: la cartera de servicios, las necesidades de la población, el catálogo de prestaciones y los modelos organizativos de salud pública. Estos temas se articulan en forma de esquema en la figura 1 del documento y constituyen el núcleo conceptual esencial de la propuesta.

Figura 1. Necesidades de la población y prestaciones de salud pública.



## ¿Qué es y qué hace la salud pública?

### ¿Qué es la salud pública?

De las numerosas definiciones de la salud pública, la del Informe Acheson se ajusta a la visión que tiene el grupo de trabajo que ha elaborado este informe: «Salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante el esfuerzo de la sociedad.» Posteriormente, el Grupo Nacional de Estándares en Salud Pública inglés añade que estos esfuerzos han de abordar tanto las políticas de salud y las causas profundas de la salud y la enfermedad, como la provisión de servicios sanitarios efectivos.

Esta definición acepta que los objetivos de la salud pública no sólo incluyen los esfuerzos para preservar la salud mediante el control y la omisión de ambientes nocivos y de las influencias sociales y conductuales insalubres, sino también la provisión de servicios efectivos y eficientes para restablecer la salud de los enfermos y, cuando esto no sea posible, para reducir al mínimo el sufrimiento, la incapacidad y la dependencia.

Las agrupaciones funcionales que ha de tener la salud pública en Cataluña se basan en la propuesta del Institute of Medicine (IOM) de los EE.UU., que considera tres grandes grupos de funciones: a) valorar las necesidades (valorar las necesidades de salud de la comunidad, investigar riesgos y analizar los determinantes de la salud de la comunidad o sus efectos); b) desarrollar políticas de salud (abogar para la salud pública, construir alianzas para la salud pública, identificar recursos en la comunidad, definir prioridades entre las necesidades de salud, desarrollar planes para al-

canzar las necesidades), y c) garantizar la prestación de los servicios (gestionar los recursos, desarrollar las estructuras organizativas, desarrollar y evaluar programas, garantizar el nivel de calidad, informar y educar al público).

El tercer grupo de funciones se concentra en la garantía de los servicios sanitarios necesarios para alcanzar los beneficios en salud del conjunto de la población, sea animando acciones de otras entidades o por provisión directa de servicios de salud pública. También incluye el análisis de la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios asistenciales.

*Grupos de funciones de salud pública en Cataluña.* Partiendo del análisis de situación actual en Cataluña, en la tabla 1 se detallan las funciones ya contempladas dentro de las tres grandes funciones descritas por el IOM. Son las funciones desarrolladas por el conjunto de instituciones que trabajan para la salud pública con independencia de su nivel territorial de actuación y de por quién sean gestionadas.

#### ¿Qué hace la salud pública?

Las prácticas de la salud pública expresan una realidad compleja actualmente. En ningún país del mundo hay una organización que se encargue de *toda* la salud pública y esto obedece, fundamentalmente, a dos elementos. En primer lugar, a la gran complejidad de los sistemas sanitarios actuales en los países desarrollados y su papel crucial en la construcción del estado del bienestar y, en segundo término, a la estrategia de actuación de la salud pública que desde hace años sigue un proceso de influencia o *externalización* de sus conceptos que, de esta manera, son asumidos implícitamente por otras unidades, tanto del sistema sanitario como de otros sectores.

En los países desarrollados nos encontramos con una organización administrativa compleja donde hay una gran diversidad de proveedores de actividades con repercusión positiva sobre la salud de la población (de salud pública en definitiva), cosa que genera también una buena dosis de ambigüedad y de sensación de pérdida de control por parte de las organizaciones *formales* de salud pública. Este hecho se ve agravado, a veces, por la persistencia de visiones patrimonialistas en algunas de estas organizaciones («lo que no hace la unidad de salud pública, no es salud pública»).

Por tanto, la salud pública es, en nuestras coordenadas de espacio y de tiempo, una realidad que va más allá de las unidades que *formalmente* se llaman de salud pública, con responsabilidades y visiones compartidas, donde actúan diversos actores. La salud pública, pues, no es una responsabilidad exclusiva de la Administra-

**Tabla 1. Funciones de la salud pública ejercidas en la actualidad en Cataluña**

Valoración de necesidades
Análisis mortalidad/morbilidad/calidad de vida
Valoración de participación en servicios preventivos y de cribado
Encuesta poblacional de factores de riesgo
Investigación de los sucesos adversos para la salud
Investigación de brotes epidémicos
Análisis de las altas hospitalarias
Valoración de la mortalidad/enfermedades relacionadas con el trabajo
Valoración de la cobertura vacunal
Valoración del acceso a los servicios sanitarios de grupos de población de riesgo elevado o vulnerable
Desarrollo de políticas
Auditoría de las funciones salud pública
Reuniones regulares con organizaciones relacionadas con salud
Información de los efectos sobre la salud de acciones y políticas
Defensa pública de la salud pública
Definición de prioridades para crear iniciativas de salud
Información pública sobre prioridades para crear iniciativas de salud
Plan de acción comunitaria
Acuerdos con proveedores/financiadoras de servicios asistenciales
Garantía de prestaciones de servicios
Ordenanzas o normativas relacionadas con la salud
Revisión estándares de calidad de los servicios de salud pública
Programas de salud priorizados en el plan de salud
Programas de higiene y seguridad ambiental y alimentaria
Programa para garantizar el acceso a los servicios de salud de poblaciones marginales
Evaluación del impacto de los servicios de salud pública sobre la salud
Evaluación del impacto de los servicios sanitarios
Evaluación del impacto de posibles cambios en distribución del presupuesto
Información a la población sobre problemas de salud
Comunicados o ruedas de prensa

ción sanitaria sino que se comparte con otras administraciones sectoriales. En muchos ayuntamientos y también en el gobierno de Cataluña, tras un análisis no muy exhaustivo, se encuentran responsabilidades relacionadas, directamente o indirectamente, con la salud pública en los ámbitos competenciales de educación, de trabajo, de servicio social, de agricultura, de política territorial, de industria, de comercio, de turismo, de gobierno y de medio ambiente. Pero, también, las actividades de salud pública, además de ser intersectoriales, constituyen una realidad interadministrativa por ser responsabilidad de diversas administraciones. En Cataluña, intervienen, con diferentes grados de intensidad, la Comisión de la Unión Europea, la Administración central, la Generalitat y las Administraciones locales.

En definitiva, varias estructuras administrativas diferentes de las sanitarias tienen responsabilidades de salud pública si convenimos en que el carácter de una

función o actividad no viene dado por el apellido de quien la ejerce sino por su finalidad. Son, por tanto, organizaciones que hacen salud pública, independientemente de su dependencia o denominación administrativa: a) los organismos que recopilan y elaboran información sanitaria y no sanitaria relacionada con la salud de la población; b) las unidades que, utilizando esta información, planifican y diseñan políticas y evalúan la efectividad de las intervenciones; c) los dispositivos del sistema asistencial cuando ejecutan actividades de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de vigilancia epidemiológica, y d) las organizaciones, sanitarias o extrasanitarias, que ejecutan actividades de protección de la salud ante los riesgos relacionados con el medio ambiente o con los alimentos.

En este contexto, la elaboración de una cartera de servicios de salud pública se puede abordar desde una óptica restrictiva, haciendo una instantánea de las prestaciones actuales de las organizaciones *formales* de salud pública, o desde una perspectiva relacional que tenga en cuenta los conceptos de transversalidad. Aunque por criterios prácticos se tienda a elaborar una cartera de servicios que responda a la aproximación más restrictiva, no se pueden dejar al margen las acciones administrativas extrasanitarias con repercusión sobre la salud de la población.

*¿Hablamos entonces de una organización de salud pública o hablamos de una red de organizaciones de salud pública?*

Debe señalarse que en Cataluña las prestaciones y actividades que los servicios de salud pública han de ofrecer no están claramente definidas. Históricamente se han considerado como actividades tradicionales de los servicios de salud pública las actividades de protección de la salud, de promoción de la salud individual y colectiva, de vigilancia epidemiológica y las de monitorización de la salud y de sus determinantes. Los laboratorios de salud pública, que básicamente contribuyen a la protección de la salud, y también a la vigilancia epidemiológica, se pueden considerar dentro de la protección o como una línea diferenciada de servicios.

Además, existen otras actividades de carácter, podríamos decir, más asistencial, que se han prestado por servicios de salud pública cuando no han sido cubiertas por servicios asistenciales: la atención materno-infantil, la atención a las drogodependencias, las vacunaciones y los exámenes de salud. A medida que la red asistencial ha ido asumiéndolas, los servicios de salud pública se han orientado hacia las funciones de garantía de la prestación.

En la actualidad los profesionales de atención primaria de salud prestan, además de las actividades asis-

tenciales, actividades de promoción de la salud individual (prevención y educación sanitaria) en las consultas o fuera de ellas (si bien con diferente grado de desarrollo). El grado de desarrollo de estas actividades depende, entre otros factores, de los objetivos pactados en el contrato de compra de servicios que determinan implícitamente una cartera de servicios de salud pública de atención primaria. También realizan funciones de vigilancia epidemiológica de forma compartida con los servicios de salud pública (declaración de enfermedades de declaración obligatoria y control de brotes epidémicos). Los profesionales hospitalarios participan también en las actividades de vigilancia epidemiológica y en actividades de prevención dentro del hospital.

El resto de prestaciones tradicionales de salud pública se pueden considerar vigentes en Cataluña como prestaciones que ofrecen los servicios de salud pública.

---

## ¿Qué tenemos hoy en Cataluña?

En la descripción sintética de la prestación de servicios de salud pública en Cataluña se ha tenido en cuenta cuatro vertientes diferentes, como son: a) el nivel territorial de prestación: central/regional provincial/comarcal-local; b) el tipo de actividad tradicional prestada (vigilancia, promoción de la salud, protección de la salud, monitorización); c) el tipo de grupo funcional desarrollado (valoración de necesidades, desarrollo de políticas, garantía de prestación de servicios), y d) el tipo de institución implicada en la provisión (gobierno autonómico, ayuntamientos, diputaciones).

Esta descripción permite hacer una síntesis del estado en que se encuentra la prestación de servicios de salud pública. La información disponible permite hacer una descripción tentativa, un intento preliminar y actualizado de anotar los principales aspectos de la prestación de servicios de salud pública de Cataluña.

### *Ámbitos de prestación de servicios: niveles e instituciones*

Se han definido tres niveles de prestación de salud pública: central, regional y local. Dentro de cada uno se detallan los diferentes ámbitos institucionales y territoriales donde actualmente trabaja la salud pública (tabla 2).

Se puede observar, por ejemplo, que en Barcelona provincia coexisten dos ámbitos territoriales diferentes: provincia y región. Determinadas actividades de salud pública se pueden llevar a término en ámbitos provinciales (delegaciones) y otros en ámbitos regionales (regiones sanitarias).

**Tabla 2. Ámbitos de prestación de servicios de salud pública en Cataluña**

Nivel central	Nivel regional/provincial	Nivel local
Dirección General Salud Pública	4 delegaciones territoriales	41 comarcas 552 partidos médicos 44 partidos veterinarios 292 partidos farmacéuticos 344 áreas básicas de salud
Servei Català de la Salut	8 regiones sanitarias	55 sectores
Otras	4 diputaciones	944 ayuntamientos

*Actividades de salud pública: niveles territoriales e instituciones*

En la tabla 3 se describen las actividades de salud pública tradicionales según los niveles territoriales de prestación y las instituciones implicadas en su provisión.

La valoración de lo que existe en materia de salud pública en Cataluña apunta a que la prestación de servicios o actividades de salud pública en España se encuentra segmentada en niveles que actúan en gran parte de manera paralela, aunque generalmente no de manera superpuesta.

Por un lado, las actividades de vigilancia epidemiológica se realizan desde las delegaciones territoriales y, en la ciudad de Barcelona, el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona, bajo la coordinación central de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), y con poca implicación de las regiones sanitarias. A escala local, los ayuntamientos tienen poca implicación y los equipos de atención primaria (EAP) están sustituyendo a sanitarios locales en las actividades de notificación, investigación y control, a medida que avanza la reforma de atención primaria y de acuerdo con el Decreto 395/1996 del 12 de diciembre (Diario Ofi-

cial de la Generalitat de Cataluña 2294 del 18 diciembre), por el que se establecen los procedimientos de notificación de las enfermedades de declaración obligatoria y brotes epidémicos al Departamento de Sanidad y Seguridad Social (DSSS).

Las actividades de protección también se desarrollan en gran medida en la misma red que las actividades de vigilancia, pero con una implicación mayor de los municipios y sin implicación de las regiones sanitarias ni de los EAP.

Las actividades de promoción y prevención son objeto de una prestación mucho más heterogénea en cuanto a los ámbitos implicados, con una implicación central del DSSS (a través de la DGSP, diferentes unidades de programas y del Servei Català de la Salut), pero con bastante actividad por parte de las regiones y de muchos municipios (con intensidad variable según su capacidad y tamaño).

Los EAP se encuentran, en general, con un grado de implicación bajo en las actividades comunitarias. Las actividades de los EAP en el ámbito de la promoción y prevención se indican en los contratos de compra de servicios de las regiones sanitarias del Servei Català de la Salut. En ellos se recogen las directrices del Plan de Salud de Cataluña, indicando las áreas prioritarias de intervención en el terreno preventivo para cada territorio. En algunos casos pueden ser fruto de intervenciones preventivas sobre problemas de salud que el Área (equivalente a Zona) Básica de Salud (ABS), después de un proceso de elaboración de un programa de salud comunitaria, dirige hacia los principales problemas de salud presentes en la población de referencia. Sin embargo, cabe indicar que esta orientación normalmente es una voluntad del equipo que suele tener poco soporte y comprensión por parte del sistema de salud.

Las actividades de monitorización se incluyen en gran parte dentro de la red descrita en el punto anterior, aunque con una importante heterogeneidad y con

**Tabla 3. Actividades de salud pública tradicionales según los niveles territoriales de prestación y las instituciones implicadas en su provisión en Cataluña**

Actividades	Nivel central	Nivel regional	Nivel local
Vigilancia epidemiológica	Dirección General Salud Pública Centro de Estudios Epidemiológicos del Sida en Cataluña	Delegaciones territoriales Alguna región sanitaria	Municipios <sup>a</sup> Área Básica Salud
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Dirección General Salud Pública Servei Català de la Salut	Regiones sanitarias	Sectores Algunos municipios Área Básica Salud
Protección de la salud	Dirección General Salud Pública	Delegaciones territoriales	Municipios
Monitorización de la salud	Dirección General Salud Pública Servei Català de la Salut	Regiones sanitarias Delegaciones territoriales	Algunos municipios

<sup>a</sup>A cargo de funcionarios sanitarios locales (APD) excepto en Barcelona ciudad que dispone de servicios específicos.

una participación municipal limitada a algunos grandes municipios.

En conjunto, las actividades de salud pública se prestan desde dos grandes líneas de ejecución: una más centrada en actuaciones sobre los riesgos colectivos agudos, tanto infecciosos como ambientales, que engloba las actividades de vigilancia y de protección, ligada a los dispositivos de salud pública de las administraciones correspondientes, y otra, que se centra en las actividades de promoción, más ligada a la red de proveedores de servicios asistenciales. Las actividades de monitorización ponen de manifiesto un elevado grado de heterogeneidad. La diversidad de ámbitos y de interlocutores hace que a menudo, según el contexto, estas dos líneas de ejecución compartan recursos y actividades de manera más o menos coordinada, especialmente en algunas regiones y algunos municipios.

#### *Funciones de salud pública: niveles territoriales e instituciones*

Como puede apreciarse en la tabla 4, las funciones de salud pública en Cataluña se desarrollan mayoritariamente desde el nivel central y las regiones sanitarias. También se vienen desarrollando por algunos ayuntamientos de grandes municipios.

#### *La cartera de servicios o actividades aplicadas de salud pública*

Como un desarrollo de los grupos funcionales y actividades básicas de la salud pública, hemos definido una cartera de servicios, basada en siete actividades o servicios aplicados: a) autoridad sanitaria y planificación sanitaria; b) información sanitaria; c) vigilancia epidemiológica; d) promoción de la salud; e) prevención de la enfermedad; f) protección de la salud, y g) laboratorios de salud pública.

El documento original analiza con extensión en su anexo 1 esta cartera de servicios y su aplicación en Cataluña<sup>1</sup>.

#### *Recursos humanos en salud pública: niveles e instituciones*

En la tabla 5 se presentan los recursos humanos de las diferentes instituciones proveedoras de actividades de salud pública, indicando entre paréntesis el número de personas adscritas.

Se ha hecho una primera aproximación de los recursos existentes, pero sin ánimo exhaustivo. En el caso del Servei Català de la Salut no es fácil diferenciar los profesionales (o tiempo/profesional) que se dedican exclusivamente a las funciones de salud pública, ya que normalmente el trabajo que se hace contiene otros temas relacionados con la compra de servicios.

Se tiene que tener en cuenta también que algunos sanitarios locales dedican sólo una parte de su tiempo a la salud pública y este tiempo es difícil de cuantificar.

Se estima, por tanto, que en Cataluña existen unos 1.500 profesionales (ajustados a tiempo completo) que desarrollarían actividades específicas de salud pública, además de otros 500 profesionales subcontratados encargados de la garantía de prestación de servicios. Estos recursos representan una razón de un profesional por cada 3.000 habitantes, razón normativa inferior a la descrita en otras realidades y que se usa de forma orientadora para la propuesta que se formula a continuación.

### **¿Qué deberíamos tener? Bases para una reorganización de la salud pública en Cataluña**

#### *Algunas consideraciones previas*

Las consideraciones hechas hasta el momento actual del análisis presentan unas necesidades diversas, amplias y complejas en cuanto a las necesidades de la población en materia de salud, junto con organiza-

**Tabla 4. Funciones de la salud pública de acuerdo con las instituciones (central, regional y local) involucradas en su desarrollo en Cataluña**

Funciones	Nivel central	Nivel regional	Nivel local
Valoración de necesidades	Dirección General Salud Pública Otras Direcciones Generales Servei Català de la Salut	Regiones sanitarias Delegaciones territoriales	Algunos municipios grandes
Desarrollo de políticas	Dirección General Salud Pública Otras Direcciones Generales Servei Català de la Salut	Regiones sanitarias	Algunos municipios grandes
Garantía de prestación de servicios	Dirección General Salud Pública Otras Direcciones Generales Servei Català de la Salut	Regiones sanitarias Delegaciones territoriales	Municipios

**Tabla 5. Recursos humanos de las diferentes instituciones proveedoras de actividades de salud pública en Cataluña**

Nivel central	Nivel regional o provincial	Nivel local
Departamento Sanidad y Seguridad Social (240) <sup>a</sup>	Delegaciones territoriales (285)	Sanitarios locales (1950) Veterinarios oficiales
Servei Català de la Salut (50)	Regiones sanitarias y sectores (30)	
Otros	Diputaciones	Ayuntamientos (500 TC; 200 TP) <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Datos referentes a 1997. Incluye: Dirección General Recursos Sanitarios, Dirección General de Salud Pública, Instituto de Estudios de la Salud, Órgano Técnico de Drogodependencias, Programa SIDA (Informe Dirección General de Salud Pública).

<sup>b</sup>TC: tiempo completo; TP: tiempo parcial. Un 30% de los ayuntamientos tiene servicios propios, con una cobertura resultante del 60% de la población de Cataluña.

ciones mal conocidas, que prestan servicios poco catalogados y con actividades dispersas entre las diversas administraciones. Estas actividades responden, junto con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios, a las necesidades detectadas y a los tres grandes grupos funcionales de la salud pública. Por esta especial complejidad y por el escaso conocimiento que se tiene sobre el tema se ha representado esquemáticamente la situación que queremos analizar en la figura 1.

En este modelo teórico se detecta una serie de componentes, que en su secuencia lógica, serían: *a*) una población que tiene unas necesidades en materia de salud pública; *b*) estas necesidades, o parte de ellas, son recogidas en forma de catálogo de prestaciones colectivas a las cuales el ciudadano pudiera tener derecho; *c*) para hacer frente a aquellas necesidades, y bajo el derecho que les pudiera amparar, la población recibe una serie de servicios y actividades de salud pública; *d*) estas actividades responden a la vez a las grandes funciones de la salud pública (a una, a dos o a las tres), y *e*) estas actividades forman parte de la cartera de servicios de las organizaciones de salud pública que las realizan.

Vale la pena señalar que en este esquema no se incluye la diversidad de otras organizaciones, sanitarias o no, que contribuyen junto con organizaciones de salud pública o al margen de ellas a responder a necesidades de salud de la población. La realidad es más compleja que este esquema teórico. Muchas necesidades son detectadas o definidas por los organismos de salud pública. La inercia de las organizaciones y de su producción puede dar respuesta a las necesidades mal definidas o inexistentes. La ordenación clara y sencilla que define el esquema simplifica una realidad bastante más compleja.

En los anexos del documento original<sup>1</sup> figuran los textos elaborados por el grupo de trabajo, que responden a los cuatro elementos básicos del esquema antes mencionado y que han sido las fuentes esenciales para la elaboración de la propuesta. Hacen referencia a la cartera de servicios (anexo 1), las necesidades de la población (anexo 2), el catálogo de prestaciones (ane-

xo 3) y las organizaciones de salud pública (anexo 4).

No deben olvidarse los factores que pueden ser limitativos en el desarrollo de la salud pública, como se esquematiza en la figura 2.

Conscientes de las influencias políticas y técnicas que tiene la reformulación de los dispositivos de salud pública, ésta puede ser facilitada mediante una aproximación a los recursos, organizaciones y servicios existentes, para favorecer las funciones básicas de la salud pública y el liderazgo que necesita, y para alcanzar la misión esencial de mejora de la salud de nuestros conciudadanos que expresaba la definición considerada al principio de este trabajo. Ésta será, entonces, la secuencia lógica de la propuesta que se presenta.

#### *Las actividades (servicios) de salud pública*

De forma pragmática, y centrándonos en las actividades que realizan, en mayor o menor grado, los servicios de salud pública en Cataluña, consideraríamos como actividades básicas de salud pública las mostradas en la tabla 6. Estas actividades básicas resumen razonablemente las aproximaciones diversas hechas por el grupo de trabajo y agrupan las múltiples actividades aplicadas descritas en la cartera de servicios del documento original (anexo 1). La mayoría de ellas responden a necesi-

**Figura 2. Factores limitativos del desarrollo de la salud pública. Institute of Medicine, 1988.**





**Tabla 6. Actividades básicas de los servicios de salud pública en Cataluña**

1. Defensa de la salud de la población: informar o educar al público, normativas, regulaciones y potestad sancionadora
2. Información y monitorización de la salud y de sus determinantes (con un componente esencial de orientación al análisis de desigualdades)
3. Diseño y evaluación de programas de salud
4. Garantía de los servicios sanitarios: accesibilidad, poblaciones marginales, control de calidad de los servicios sanitarios
5. Propuesta y priorización de objetivos e intervenciones
6. Soporte a la contratación de servicios (basada en los beneficios en salud)
7. Promoción de la salud: alianzas, educación sanitaria individual y colectiva
8. Prevención individual y colectiva: vacunas, cribado y exámenes de salud
9. Salud en el ámbito laboral
10. Vigilancia y control epidemiológicos (emergencias sanitarias)
11. Salud alimentaria
12. Salud ambiental
13. Laboratorio de salud pública
14. Otros componentes variables: sanidad mortuoria, sanidad internacional, zoonosis
15. Auditoría interna y política de calidad de los propios servicios de salud pública
16. Formación para garantizar unos recursos humanos multidisciplinares competentes en Salud pública
17. Investigación de nuevos enfoques y estrategias, soluciones innovadoras y evaluación

dades de la población, a pesar de que existen actividades instrumentales (como la actividad 15: «Auditoría interna y política de calidad de los propios servicios de salud pública»), actividades definidas con el nombre del dispositivo que las realiza (actividad 13: «Laboratorio de salud pública») o por el lugar donde se desarrolla (actividad 9: «Vigilancia y control epidemiológicos –emergencias sanitarias–»). Para responder a la actividad 4 («Garantía de los servicios sanitarios...»), la salud pública ha actuado a menudo como un mecanismo de compensación cubriendo las necesidades de servicios no cubiertos (en los EE.UU. prestan servicios materno-infantiles y de salud mental, aquí se crean dispositivos para los toxicómanos, etc.). La evolución histórica y la constatación de las realidades que comportan han provocado que actividades como la 7 y 8 puedan desplazarse progresivamente hacia los servicios asistenciales en la gestión de la prestación, dejando a la salud pública su seguimiento, de acuerdo con las funciones 1, 2 y 4.

#### *Las organizaciones de salud pública*

##### *Naturaleza de las organizaciones de salud pública.*

A pesar de que las organizaciones que podemos considerar de salud pública son muy diversas, pueden agruparse como: *a)* aquellas que se reconocen como tal, en las diversas administraciones locales, provinciales

o autonómicas; *b)* aquellas que llevan a cabo actividades de salud pública, pero sin llevar este nombre; es decir, las que desarrollan tareas de planificación, información, salud laboral, programas de toxicomanías o sida, y *c)* aquellas organizaciones que realizan, sin tener en su misión fundamental objetivos de salud pública, actividades que pueden tener un elevado impacto para la salud pública. Estos organismos, sean sanitarios (como la atención primaria) o no (como industria, medio ambiente, educación, servicios sociales, agricultura, etc.), a menudo se ven implicados en utilidades sanitarias por los otros organismos.

Las propuestas se concentran básicamente en la definición de las organizaciones de los dos primeros tipos, y se promueve la vinculación y el trabajo común con los otros organismos.

*Principios generales de las organizaciones de salud pública.* Las organizaciones implicadas en el futuro en la salud pública en Cataluña han de ser responsables, transparentes, funcionalmente integradas e integrales, técnicamente competentes y orientadas a sus clientes y a su misión (tabla 7).

La organización en redes permite identificar diversas posibilidades organizativas en cuanto a la dimensión y en cuanto a los componentes funcionales y especialización de las diversas unidades orgánicas.

**Tabla 7. Principios generales de las organizaciones de salud pública en Cataluña**

- Responsables del conjunto de las funciones de salud pública consideradas, delante de la población y de sus responsables políticos; sean gestionadas directamente o no, sean prestadas por recursos propios o por entidades a implicar en objetivos comunes (por cuestiones de especificidad, la prestación directa de algunas actividades de salud pública puede ser realizada por entidades diferentes)
- Transparentes en la distinción de prestaciones de servicios directas, generación de alianzas y soporte en el ejercicio de la autoridad en política sanitaria. Los criterios de empresarización que las han de regir promueven la clarificación de funciones, servicios, cobertura, calidad y costes
- Integradas en el territorio, cercanas a la población, con mayor implicación posible de la administración local responsable en el ámbito territorial donde opera y con la mayor proximidad al sector sanitario asistencial
- Integrales en la responsabilización del conjunto de funciones descritas de salud pública
- Con profesionales competentes técnica y científicamente para ejercer las funciones que les son propias
- Coordinadas con las otras instancias para permitir no sólo identificar la función sino definir los ámbitos de referencia y el conocimiento que de las otras instancias han de tener
- La mejor orientación a los clientes de referencia y sus autoridades locales viene expresada por el principio de subsidiariedad: todo lo que se puede hacer más cerca, que no se aleje

Estos principios básicos para la futura organización de la salud pública en Cataluña tienen que aproximarse respetando dos cuestiones básicas. En primer lugar la necesidad de criterios homogéneos para todo el país (y a menudo también para el nivel estatal y europeo), y en segundo lugar la definición de una dimensión mínima de las estructuras de salud pública que garantice los principios de economía de escala y masa crítica. En definitiva, de calidad y eficiencia, que debería ser acreditada y homologada.

No existe una experiencia constatada de tamaño mínimo de este tipo de estructuras. Cuando se habla de tamaño de los recursos, se formula una aproximación tentativa que deberá irse revisando a medida que se ponga en práctica. Como aprenderemos de nuestros errores, los experimentos han de ser muy prudentes.

*Niveles territoriales en las estructuras de salud pública.* Teniendo en cuenta las características de la organización sanitaria de Cataluña y la definición que el grupo de trabajo ha hecho sobre la tipología de las actividades y las organizaciones de salud pública, los ámbitos que se podrían considerar inicialmente en el futuro en las estructuras de salud pública pueden concretarse en tres niveles: *a) nivel catalán:* muy centrado en la supervisión general del subsistema de salud pública, la conexión supraterritorial y los trabajos de alta especialización; *b) nivel regional:* muy centrado en la vinculación operativa con el resto del sistema sanitario, la integración de políticas a escala regional y la prestación de las funciones en los territorios no cubiertos por el nivel local, y *c) nivel local:* organizaciones básicas de salud pública propias de los municipios con voluntad política de prestar estas funciones y con capacidad y dimensiones operativas.

La experiencia de otros países como los EE.UU. permite hablar de organizaciones que trabajan en ámbitos territoriales de, como mínimo, 50.000 habitantes, sin mitificar esta dimensión que puede variar en función de otras características (propias de los municipios o de la atención primaria).

La estrategia general prevista para el desarrollo de los diferentes niveles considerados permite definir tácticas diferentes. La necesidad de liderazgo del nivel central puede desarrollarse mediante un planteamiento general de la salud pública en toda la comunidad autónoma o por el abordaje de algunos componentes específicos (como el de protección) como fase inicial del proyecto general de reforma de la salud pública.

*Actividades de salud pública y niveles territoriales.* En la tabla 8 se exponen las actividades que deberían desarrollar en cada nivel las organizaciones definidas explícitamente como de salud pública y aquellas que llevan actividades de salud pública sin llevar ese nom-

**Tabla 8. Actividades de salud pública de las organizaciones explícitas de salud pública o de aquellas con actividades implícitas según el ámbito territorial**

	Cataluña	Regiones (incluye Barcelona ciudad)	Local municipal	Local ABS
1. Defensa de la salud pública	✓	✓	✓	✓
2. Información y monitorización	✓	✓		
3. Programas de salud	✓	✓	✓	✓
4a. Garantía de los servicios sanitarios	✓	✓		
4b. Gestión de servicios propios de salud pública	✓	✓	✓	
5. Propuesta de objetivos e intervenciones	✓	✓		
6. Soporte a contratación	✓	✓		
7a. Promoción individual	✓	✓	✓	✓
7b. Promoción colectiva	✓	✓	✓	✓
8. Prevención individual y colectiva	✓	✓	✓	✓
9. Salud laboral	✓	✓	✓	✓
10. Vigilancia y control epidemiológicos	✓	✓	✓	✓
11. Salud alimentaria	✓	✓	✓	
12. Salud ambiental	✓	✓	✓	
13. Laboratorio de salud pública	✓	✓		
14. Otros	✓	✓	✓	
15. Auditoría interna	✓	✓	✓	
16. Formación	✓	✓	✓	✓
17. Investigación	✓	✓	✓	✓

bre, y la atención primaria (que se incluye para facilitar la comprensión general de la propuesta).

La descripción de las actividades señaladas debería ser un producto para trabajar en el futuro, ya que sobrepasa la finalidad de este proyecto. Como ejemplo y para ilustrar la intención, en la tabla 9 se desarrollan las actividades de promoción de la salud individualmente y en el ámbito de la protección de la salud.

*Elementos de la propuesta organizativa.* Con un sistema como el descrito, Cataluña contaría con una institución de salud pública en Cataluña. Podría ser la misma Dirección General de Salud Pública que existe en la actualidad (junto con otras direcciones generales que colaboren, si se cree conveniente) la que preste todas las actividades del nivel central o bien que coordine funcionalmente su ejecución (en el caso de subcontratarlo). Habría también ocho instituciones regionales vinculadas funcionalmente con el nivel central (una de ellas sería la de Barcelona ciudad).

A escala regional, las unidades de planificación de las regiones sanitarias podrían gestionar gran parte de las actividades de salud pública descritas en ese ámbito y coordinar funcionalmente las subcontratadas por su especificidad y/o complejidad. Esta organización de

**Tabla 9. Ejemplos teóricos de desarrollo de dos actividades de salud pública en Cataluña**

Tipo de actividad	Ámbito			
	Cataluña (organización central responsable de salud pública)	Región (organización regional responsable de salud pública)	Local municipal (organización municipal responsable de salud pública)	Local ABS (proveedor de los servicios de atención primaria)
Promoción de la salud, nivel individual	Definir la actividad a realizar (según el Plan de salud y el coste/efectividad de la intervención) Definir dónde se ha de prestar la actividad Marcar el grado de alcance	Introducir la actividad en los contratos de servicios  Evaluar el grado de alcance	Conocer la actividad y sus objetivos  Cooperar y dar soporte técnico y político	Prestar la actividad directamente a los usuarios
Protección de la salud	Definir la actividad a realizar (según el plan de salud y el coste/efectividad de la intervención) Marcar el grado de alcance Evaluación de riesgos* Programación de actividades*	Introducir la actividad en los contratos de servicios  Evaluar el grado de alcance Planificación operativa*	Prestación directa de la actividad (de competencia municipal)*	

\*Estas actividades pueden prestarse por una misma institución coordinada/contratada por el DSSS y/o SCS.

salud pública comportaría que el gerente de región ostentara la responsabilidad de que las actividades de salud pública se prestara en el territorio (como la ostenta ya ahora en las actividades asistenciales). Todo esto respetando el marco jurídico competencial vigente.

Las competencias de salud pública se distribuyen de manera concurrente entre la administración autonómica y la local. Por ello la administración local deberá estar presente en los órganos de gobierno del nivel regional, en la forma adecuada al ejercicio de su responsabilidad competencial.

Las instituciones regionales podrían integrar, aproximadamente, una veintena de organizaciones locales de salud pública. Integradas en red y financiadas por el sistema sanitario público, tal como se hace en el resto de líneas de servicios (atención primaria, especializada, etc.) del sistema. Algunos servicios como los del laboratorio deberán responder a economías de escala y dimensiones diferentes. Se trata de un instrumento de soporte a la prestación de actividades finalistas de la salud pública y, por tanto, sus estructuras podrían responder a dimensiones diferentes y menos cercanas a la población.

Este esquema propone que determinadas actividades de salud pública no se desagreguen más allá del nivel de región sanitaria y municipios capaces de mantener una homogeneidad de actuación y una masa crítica suficiente, para poder ser competentes y ofrecer servicios de calidad.

Los grandes municipios que presten servicios de salud pública deberían trabajar en actividades de defensa

de la salud pública (actividad 1, según la tabla 8), de promoción de la salud a nivel colectivo (actividad 7b), de higiene alimentaria (actividad 11), de salud ambiental (actividad 12) y de otras, como la zoonosis (actividad 14), también en actividades de soporte y relación con los servicios de atención primaria que se detallan en el párrafo siguiente. Los municipios pequeños podrían delegar estas funciones en las instituciones regionales.

Se propone que las actividades vinculadas con los servicios asistenciales, como la vigilancia (actividad 10), la promoción (actividad 7) y la prevención (actividad 8), se presten a nivel local por los EAP. En el caso de las actividades de promoción de carácter comunitario (dirigidas a las escuelas, ambientes laborales, asociaciones civiles, etc.), también los grandes municipios que puedan asumirlo deberían prestar servicios de forma compartida con la atención primaria.

Será necesario valorar en detalle las necesidades organizativas de los EAP derivadas de simultanear la dimensión asistencial con la de la salud pública o comunitaria y garantizar la adecuada formación de los miembros de los equipos en los nuevos conocimientos, actitudes y habilidades. En este sentido, los elementos de negociación del contrato deberían incluir, por parte del comprador, la dimensión de compra de servicios de salud pública y, por parte del proveedor, la oferta de servicios de salud pública, como un elemento irrenunciable de la dialéctica contractual. Se apuntan tendencias municipalistas en la gestión de los servicios de atención primaria. En Cataluña esta tendencia se expresa más en la titularidad de algunos municipios en la ges-

tión de la atención primaria, mucho menos en la aplicación del principio de tutela de la atención primaria por parte de los municipios, expresada en la Ley general de sanidad y la LOSC, que facilitaría esta relación entre los equipos de atención primaria de salud y de salud pública municipales.

Por otro lado, debería buscarse la fórmula para que los equipos municipales de salud pública trabajen de forma coordinada con los equipos regionales. La definición de una cartera de servicios y la relación contractual con el Servei Català de la Salut ayudará a conseguirlo. Pero podría ser que además se necesitaran otras fórmulas que garantizaran la homogeneidad de actuación de la salud pública en el territorio.

Las actividades 16 y 17 de formación e investigación deberían desarrollarse en todos los niveles de prestación.

#### *Los recursos de salud pública*

Como se ha comentado, se conocen de forma aproximada los indicadores de estructura de las organizaciones de salud pública de Cataluña. Son 2.000 profesionales los que se dedican a las tareas de salud pública comentadas. No se incluyen las cargas de los profesionales de atención primaria en su orientación comunitaria y preventiva ni en otras actividades intersectoriales. Las actividades directamente prestadas por los servicios de salud pública previsiblemente no llegan al 1% del gasto de la sanidad pública.

Aprovechando la aproximación que el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona hace sobre los recursos existentes en la ciudad para cada una de las funciones de salud pública consideradas, se formula una aproximación, totalmente orientadora, para el conjunto de Cataluña (tabla 10). De manera también aproximada, según el ámbito territorial, el 47,4% de los 2.101 profesionales que se estiman para el conjunto de Cataluña se encontraría a nivel local, el 26,3% a escala regional, el 8% a escala central y el 18,3% en Barcelona ciudad.

En la propuesta formulada, las agencias regionales deberían tener entre 40 y 150 profesionales y las agencias locales entre 20 y 120 profesionales. La agencia catalana y de Barcelona ciudad expresarían realidades peculiares.

La actividad 4, de garantía de servicios sanitarios, incluye diferentes acciones que merecen mención especial. Por un lado, incluye aquellos servicios de atención individual gestionados desde la salud pública que van dirigidos a dar cobertura a poblaciones especiales (toxicómanos, sida y otros) que en el futuro deberán evolucionar hacia el traspaso de la gestión a otros sectores del sistema sanitario. También incluye actividades subcontratadas (como, por ejemplo, las relacionadas con

**Tabla 10. Aproximación a los recursos humanos (profesionales equivalentes a jornada completa) necesarios para la realización de las de salud pública en Cataluña**

Actividades	Número de profesionales	Porcentaje
1. Defensa de la salud de la población	42	2,0
2. Información y monitorización	30	1,4
3. Diseño y evaluación de programas	42	2,0
4. Garantía de los servicios sanitarios y gestión de los servicios de salud pública	500	23,8
5. Priorización de objetivos	17	0,8
6. Soporte a la contratación	25	1,2
7. Promoción de la salud	82	3,9
8. Prevención de la enfermedad	68	3,2
9. Salud laboral	34	1,6
10. Vigilancia y control epidemiológicos	95	4,5
11. Salud alimentaria	566	26,9
12. Salud ambiental	344	16,4
13. Laboratorio de salud pública	156	7,4
14. Otros componentes	78	3,7
15. Auditoría y política de calidad	22	1,0
Total	2.101	100

los laboratorios, que se podrían absorber con mejoras de eficiencia del sector propio). Finalmente incluye, en un 5-10 % de su volumen, actividades que han de dar respuesta a la función esencial de salud pública de garantizar los servicios prestados por el resto de dispositivos del sistema sanitario público.

Barcelona ciudad aparece como una realidad específica atendiendo su consideración única regional y local, su grado de análisis interno de las cargas de trabajo según las diferentes funciones y la formulación jurídica ya prevista de constitución como Agencia de Salud Pública. Los resultados obtenidos, en cuanto a volumen de recursos, se refiere expresan con claridad el impacto de la economía de escala: Barcelona representa el 25% del volumen poblacional de Cataluña y asumiría la gestión del 18% de los recursos (y además con funciones de referencia para el conjunto de la Comunidad Autónoma).

La distribución de recursos según ámbito territorial y para cada función es especialmente tentativa. Conviendría analizar con la máxima atención la naturaleza de cada una de las actividades, la voluntad política de las instituciones y la oportunidad de definir economías apropiadas para cada nivel, para poder definir un cuadro más real.

## Conclusiones

Es indudable que la salud pública y los servicios sanitarios han aportado mejoras importantes en la cali-

dad de vida y, más a menudo, en la atención a las consecuencias de enfermar. Han significado un elemento indispensable en la percepción de desarrollo y confort que puede tener nuestra sociedad.

Las reformas profundas que han sufrido otros componentes del sistema sanitario no han llegado, de forma global y profunda, al subsistema de la salud pública. Este documento explora los conceptos de salud pública vigentes, para formular una propuesta de lo que es la salud pública hoy y cómo podría organizarse en el futuro. Es un momento propicio para las reformas de la salud pública en Cataluña, objetivado por la aprobación de la constitución de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y la voluntad transformadora de Anteproyecto de Ley de Protección de la Salud.

Las tres funciones básicas que se definen para la salud pública son la valoración de las necesidades, el desarrollo de políticas de salud y la garantía de la prestación de los servicios. Estas funciones están presentes en las actividades clásicamente consideradas de salud pública. El análisis de los recursos, los organismos y los niveles e instituciones en los que opera la salud pública en Cataluña permite plasmar unos recursos y organismos poco articulados y dispersos, con niveles de producción y calidad desconocidos globalmente. Este desconocimiento obliga a ser especialmente, prudentes en todas las consideraciones que se apuntan.

Hemos definido 17 actividades o servicios básicos de salud pública, enumerado algunas características organizativas esenciales y descrito cuatro niveles básicos de actuación. De la interrelación de estos tres componentes surge una propuesta razonada de recursos para cada grupo y nivel: Cataluña contaría con una institución de salud pública a nivel central y habría ocho instituciones regionales (una de ellas la de Barcelona ciudad) vinculadas funcionalmente con el nivel central. A escala regional, las unidades de planificación de las regiones sanitarias podrían gestionar gran parte de las actividades de salud pública descritas y coordinar funcionalmente (o quizá subcontratar) las que por su especificidad y/o complejidad requieran de otros servicios, como por ejemplo la protección de la salud. Esta organización comportaría que el gerente de región sanitaria tuviera la responsabilidad de que se presten en el territorio las actividades de salud pública como ya la tiene ahora en las actividades asistenciales.

Ya que las competencias de salud pública se distribuyen de manera concurrente entre la administración autonómica y la local, deberá preverse que en los órganos de gobierno del nivel regional esté presente la administración local. Las instituciones regionales podrían integrar aproximadamente una veintena de organizaciones locales de salud pública. Integradas en la red y financiadas por el sistema sanitario público, como se hace con el resto de componentes (atención primaria,

especializada, etc.) del sistema. Se propone que determinadas actividades de salud pública no se desagreguen más allá del nivel de región sanitaria y municipios capaces de mantener la homogeneidad de las actuaciones y una suficiente masa crítica para poder ser competentes y ofrecer servicios de calidad.

Los grandes municipios que quisieran prestar servicios de salud pública deberían trabajar en actividades de defensa de la salud pública, de promoción de la salud a nivel colectivo, de higiene alimentaria, de salud ambiental y de otros, como la zoonosis, también en las actividades de soporte y relación con los servicios de atención primaria. Los municipios pequeños podrían delegar estas funciones en las instituciones regionales.

Será necesario valorar con detalle qué necesidades organizativas tendrán los equipos de atención primaria derivadas de simultanear la dimensión asistencial con la de la salud pública y garantizar la adecuada formación de los miembros de los equipos en los nuevos conocimientos, actitudes y habilidades.

Habría que buscar fórmulas para que los equipos municipales de salud pública trabajen de forma coordinada con los equipos regionales. La definición de una cartera de servicios y la relación contractual con el Servei Català de la Salut ayudará a conseguirlo. Pero además, quizá deberían estudiarse otras medidas más orientadas por los resultados, que garanticen la homogeneidad de actuación de la salud pública en el territorio de Cataluña.

Cerca de una cuarta parte de los recursos humanos se dedicarían a la garantía de servicios, componente fuertemente externalizable de los propios dispositivos. La salud alimentaria, con cerca del 27%, y la salud ambiental, con el 16,4% del volumen global, presentan también un volumen importante de recursos. Los recursos se distribuirían de forma que alrededor de la mitad se destinarían, a las agencias locales y un 26,3% a las agencias regionales. Cataluña, con el 8% de los recursos, y Barcelona ciudad, con un 18,3%, expresan realidades peculiares.

Barcelona ciudad aparece como una realidad específica atendiendo a su consideración única regional y local, su grado de análisis interno de cargas de trabajo por funciones y la formulación jurídica ya prevista de constitución como Agencia de Salud Pública. Los resultados obtenidos, en cuanto a volumen de recursos se refiere, expresan con claridad el impacto de la economía de escala: Barcelona representa el 25% del volumen poblacional de Cataluña y asumiría la gestión del 18% de recursos.

Lo más sustantivo de la propuesta es la visión global e integrada de la salud pública que diversos profesionales proponen. Las organizaciones empresariales y profesionalizadas, las agrupaciones en red, la lógica técnica de las actividades y el análisis a fondo de la situación de partida permiten tácticas diversas de desa-

rrollo, siempre bajo la orientación estratégica de la salud pública como actividad integral, con equipos multidisciplinares, organizaciones diversas pero integradas y cerca de la población, y de sus problemas actuales y futuros, en la línea de las recomendaciones efectuadas por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, en su informe presentado al Comité Regional de Europa en setiembre de 1999.

---

---

#### **Bibliografía**

1. De la Puente ML, Manzanera R, Grup de treball de salut pública a Catalunya. Proposta d'un marc per a la reorganització de la salut pública a Catalunya. Barcelona; 2000. Documento disponible en: <http://www.acmcb.es/societats/publica/docs/proposta.pdf>
- 
-