
La organización de la salud pública en un contexto federal. Aportaciones desde la perspectiva de Estados Unidos

Joan R. Villalbí / Joan Guix
Agència de Salut Pública de Barcelona, España.

(The organization of public health in the USA: a federal model)

Resumen

Este trabajo analiza la estructura de los servicios de salud pública en Estados Unidos. Pretende aportar la perspectiva de una organización federal de la salud pública con más de 200 años de historia, que puede ser de utilidad en el actual contexto español. La información se ha obtenido a partir de la realización de entrevistas con personas clave de los tres niveles de la administración pública (federal, estatal y local), así como con académicos (muchos de los cuales han sido directivos del sistema de salud pública). Se presta especial atención a la organización, financiación y actividades de los departamentos de salud pública locales y de los estados, así como a los esquemas de relación entre ambos. Se comentan las implicaciones para un país como España, que ha pasado en poco tiempo de una estructura muy centralizada a una estructura descentralizada en 17 comunidades autónomas.

Palabras clave: Salud pública. Organización. Local. Descentralización. Gestión. Servicios.

Abstract

The present article analyzes the structure of public health services in the USA. It aims to describe the perspective of 200 years of a federal organization of public health services, which could be useful in the current context in Spain. Information was obtained by interviews with key informants from the three levels of government (federal, state, and local) and with academics (many of whom had previous experience as public health officers). Special attention is paid to the organization, financing and activities of local and state health departments, as well as to the relationships between these departments. The implications for a country like Spain, which has evolved in a short period from a highly centralized system to a decentralized system based on 17 Autonomous Communities, is discussed.

Key words: Public health. Organization. Local. Decentralization. Management. Services.

Introducción

El sistema de salud pública en Estados Unidos se basa en una constelación de organizaciones, que además es cambiante¹. En general, no hay una división clara de funciones entre ellas. Las estructuras de la administración pública tienen un papel importante, que refleja el sistema federalista de gobierno en que se basan (federal, estatal y local), pero las organizaciones no gubernamentales también tienen un papel. Muchas actividades se organizan de manera conjunta entre diversos actores. No hay un solo esquema aplicable a todas, sino que la variabilidad entre zonas, estados y regiones es habitual, y el modelo vigente en cada lugar y momento depende de los valores y prio-

ridades del público, los recursos disponibles, los sistemas de financiación, los procesos políticos, los grupos de interés activos y el peso de la historia. Resulta un sistema de prestación de servicios de salud pública complejo, que intentaremos caracterizar por sus rasgos principales.

El sistema de salud pública no es distinto de otras esferas de la administración en Estados Unidos. La separación entre poderes (ejecutivo, legislativo y judicial) es mucho mayor que en Europa. Por otra parte, el federalismo consagra la autonomía de los tres niveles de gobierno que son elegidos sobre la base del sistema de un voto por persona: el federal o central, el de los estados, y el local, con municipios y condados (comparables a las comarcas). En principio el grueso de los poderes corresponde a los estados (excepto los que la Constitución o las leyes básicas reservan al gobierno federal). Los estados deciden si ejercen esta autoridad directamente o delegándola a los gobiernos locales de acuerdo con legislaciones propias. Esto es más frecuente en las zonas de Nueva Inglaterra por motivos históricos, en el oeste en busca de la eficacia, y en las grandes ciudades porque tuvieron que dotarse

Correspondencia: Dr. Joan R. Villalbí.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: jrvillal@aspb.es

Recibido: 30 de marzo de 2005.

Aceptado: 26 de julio de 2005.

de servicios propios de salud pública en el siglo XIX cuando los estados aún no los tenían.

Los principios de *open government* (gobierno abierto o transparente) que están consagrados legalmente en Estados Unidos condicionan fuertemente a la administración y, por tanto, al sistema de salud pública. Estos principios obligan a los gestores públicos a responder a todas las peticiones que reciben, a informar al público de manera transparente, a crear un comité asesor que incluya a todos los que puedan estar interesados en un tema antes de tomar decisiones, y a que las reuniones públicas sean abiertas a los ciudadanos. También obligan a que los proyectos de ley o de regulación hayan de hacerse públicos y a que haya un período de consulta pública antes de su adopción. Las decisiones que no respeten estos principios pueden ser recusadas por los ciudadanos interesados y anuladas por los tribunales. Han marcado mucho el funcionamiento de los servicios de salud pública, y les obligan a pensar siempre en la información a los usuarios.

Las grandes políticas de salud pública proceden en parte del gobierno federal. Además de las agencias federales para temas concretos (como la Food and Drug Administration, los Centers for Disease Control Prevention...), una de las formas preferidas para aplicar políticas fomentadas por el nivel central en un contexto federal es la asignación de recursos finalistas dentro del presupuesto federal, a los que otros actores pueden acceder a condición de desarrollar determinados programas. Los hay reservados a los estados, pero otros son accesibles además a los gobiernos locales y a las organizaciones no gubernamentales. Los estados pueden definir políticas propias, pero más bien deciden dónde ponen el acento en su aplicación. El nivel local tiene menos margen de acción, al estar muy marcado por necesidades y demandas apremiantes.

Cada estado dispone de un State Health Department (SHD, Departamento de Salud del Estado). A veces combina los temas de salud pública y planificación sanitaria con la gestión del programa Medicaid, que proporciona atención médica a las personas desvalidas sin cobertura sanitaria. El papel principal del SHD es definir políticas (incluso detalladas mediante normas u orientaciones), financiar la prestación de servicios por otros, darles apoyo mediante expertos, y prestar servicios comunes (como el laboratorio de salud pública), pero también garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública en todo el territorio del Estado, en general a través de otros agentes.

Finalmente, tenemos los Local Health Departments (LHD, Departamentos de Salud Locales), vinculados al territorio y a la población, típicamente gestionados por las grandes ciudades, o por otros niveles del gobierno local. En Estados Unidos estos suelen ser los condados o estructuras relacionadas, aunque a veces son simples servicios periféricos de los SHD en los condados.

Su rol principal es la prestación de servicios. En Estados Unidos se dice que en la protección de la salud de la población el gobierno federal tiene el dinero, el del estado la autoridad legal, y el local la responsabilidad².

Las fronteras entre la salud pública y otros sectores son a veces imprecisas. Para temas de salud ambiental o de control alimentario se precisa coordinación con las estructuras de agricultura o de medio ambiente. La coordinación requiere un esfuerzo, se complica por la falta de recursos, la visibilidad o en situaciones de alerta o atención mediática. Además, la inexistencia de un sistema de atención sanitaria de acceso universal crea una situación peculiar en Estados Unidos, por que muchas organizaciones de salud pública dedican esfuerzos a proporcionar servicios preventivos individuales que en otros países son prestados de forma habitual por los servicios médicos asistenciales.

La legislación sobre salud pública en Estados Unidos es en muchos casos antigua y anticuada. El informe del Institute of Medicine de 1989 recomendaba que se actualizara. Recientemente, se han preparado modelos de legislación básica de salud pública para los estados, que podrían permitir una cierta homogeneización modernizadora de estos documentos básicos de referencia si los legisladores de los estados los utilizaran como inspiración³.

El gobierno federal y la salud pública

Aunque no profundizaremos en los detalles relativos al rol del gobierno federal, dado que esto supera los objetivos de este trabajo, revisaremos de modo sintético este componente del sistema sanitario estadounidense. La realidad es que su papel ha crecido a medida que surgían nuevos problemas, los gobiernos de los estados ponían de manifiesto sus limitaciones para abordarlos, y la opinión pública exigía respuestas. Sus servicios se agrupan en el US Department of Health and Human Services (US DHHS, Departamento de Salud y de Servicios a las Personas). El US DHHS dispone de 10 oficinas territoriales repartidas por todo el país con la función de mantener relaciones estrechas con los estados (y para algunos temas con las grandes ciudades). Su actividad principal es desarrollar políticas, producir y difundir información, proporcionar recursos bajo la forma de fondos (*grants*) para diversos temas y en parte controlar la aplicación de determinadas regulaciones (en el campo alimentario, de los fármacos, de la protección de la salud de los trabajadores o ambiental)⁴.

La aportación de recursos del presupuesto federal al conjunto del sistema —pero de forma selectiva para temas priorizados— es una de las maneras en que este influye más en la salud pública. Este instrumento se de-

sarrolló a gran escala durante los años treinta, en el marco de las políticas keynesianas del New Deal, y demostró ser políticamente atractivo. Se trata de dos grandes tipos de aportaciones de fondos o *grants in aid*. Por un lado, los *categorical grants*, que son muy finalistas, se dirigen a poblaciones o problemas muy específicos y han de utilizarse de acuerdo con especificaciones federales: a veces también son accesibles a actores distintos de los SHD. Por otro los *block grants*, que agrupan lo que antes eran varias *categorical grants*, y que ahora se destinan a los SHD para afrontar diversos problemas amplios sin predefinir de que forma hacerlo y por tanto dejando mayor discrecionalidad a quién las recibe. El poder legislativo que aprueba los presupuestos tiene por tanto un papel muy importante, dado que puede crear o modificar *grants*, y por ello es objeto de intenso *lobbying* por diversos grupos de interés, que buscan la asignación de recursos finalistas a temas concretos.

Otra aportación del gobierno federal a la práctica de la salud pública radica en la capacidad científica de sus agencias temáticas, que ofrece a los estados cuando estos afrontan un problema: los Centers for Disease Control & Prevention (CDC) son un paradigma de esta forma de actuar, pero todo el abanico de agencias sanitarias vinculadas al gobierno federal lo hacen. Finalmente, y aprovechando el conocimiento que le proporcionan sus agencias, el ejecutivo federal puede ejercer un papel de liderazgo y contribuir a entrar en la agenda pública o de otros actores determinados problemas o formas de abordarlos.

Sin embargo, la capacidad real del gobierno federal para marcar políticas que han de ser aplicadas por otros actores es limitada. Un ejemplo de fracaso reciente fue la propuesta de vacunación antivariólica de 2002: en un contexto de miedo a un ataque de terrorismo biológico con virus de la viruela, el gobierno federal decidió la vacunación masiva de la población. Se encargó la compra de millones de vacunas, y se empezó por vacunar a los grupos de población con mayor responsabilidad en caso de crisis (como el personal sanitario) que sumaban 5 millones de personas. Pero la vacunación la debía realizar los LHD. Entre críticas a una medida considerada desproporcionada y preocupaciones por la responsabilidad legal ante los efectos secundarios de la vacunación, la política naufragó: en un año se administraron menos de 40.000 dosis, en contraste con los 5 millones previstos.

Los servicios de salud pública de los estados

Los SHD normalmente hacen regulaciones, asignan recursos y gestionan programas concretos. En cambio, los LHD tienen la responsabilidad primordial en la pres-

tación de actividades de salud pública con la población. El volumen y el enfoque de las actividades de salud pública delegadas por los SHD a los LHD es variable según la historia y las tendencias actuales.

La financiación de muchos programas y servicios está definida por el poder legislativo cuando aprueba los presupuestos, que es muy sensible a la presión de los *lobbys* o grupos de interés. Esto da a los servicios de salud pública un perfil muy orientado a responder a problemas concretos. Los requerimientos de contabilidad y justificación del gasto del gobierno federal hacen que muchos SHD con un sistema contable poco sofisticado tengan una organización basada en la superposición de programas con financiación finalista, ya sea federal o del propio estado, sin una visión global. Sin embargo, desde el informe del Institute of Medicine sobre la salud pública⁵ hay un esfuerzo por reagrupar las actividades de forma más integral.

Los SHD tienen la responsabilidad de que los programas y servicios de salud pública básicos lleguen a todo el territorio del estado. Parte de esta responsabilidad les requiere desarrollar los objetivos y las regulaciones diseñadas en las políticas federales, pero también nuevas políticas y programas que respondan a las prioridades, necesidades y recursos de cada estado. A pesar de que las políticas federales tienen cierta influencia, la variabilidad es la norma en la estructura de los SHD y sus actividades. Finalmente, hay que comprender que los SHD condicionan en gran medida las actividades que desarrollan los LHD y las organizaciones no gubernamentales en su ámbito.

Hay dos esquemas básicos de organización de los SHD: como una agencia de estructura independiente que responde directamente al Gobernador del Estado, o como una unidad dentro de una estructura mucho más grande, que cubre otras funciones como servicios sociales, atención médica, o servicios ambientales. Dos tercios de los estados tienen SHD organizados como agencias independientes, mientras que un tercio lo tienen dentro de una estructura más grande. Estas formas de organización tienen consecuencias en su complejidad organizativa, su visibilidad, y en la autoridad y el poder. Además, en muchos estados hay aspectos de salud pública que no están integrados dentro del SHD sino que pertenecen a otros departamentos u organizaciones, por ejemplo en salud ambiental⁶. Por tanto, se precisan mecanismos de coordinación entre agencias y organizaciones para conseguir los objetivos operativos de salud pública que quedan fuera de la estructura propia del SHD. No hay un consenso claro sobre cuál es la mejor manera de organizar los servicios, y muchos cambian de estructura en función de los cambios de liderazgo. Hay una cierta preocupación por la fragmentación de los papeles y responsabilidad de salud pública en muchos estados. Desde una perspectiva sanitaria, el Institute of Medicine recomienda que una agen-

cia con presencia a nivel del consejo de gobierno tenga reunidas todas las cuestiones relacionadas con la salud pública⁵.

Casi todos los estados tienen un consejo de salud que permite la participación ciudadana en el gobierno de su SHD, pero en muchos casos sólo tienen función asesora, pese a que algunos pueden generar políticas. Los directivos de los SHD son mayoritariamente cargos de confianza del gobernador del estado⁷. El nombre del cargo varía, pero predomina el de Director, Secretario o Comisionado de Salud del Estado. En muchos estados hay requisitos de perfil profesional para ser nombrado, básicamente ser licenciado en medicina, tener una maestría en salud pública, o bien las dos titulaciones. Casi todos tienen experiencia previa en salud pública. Suele ser nombrado por el gobernador, pero en algún caso lo hacen otras instancias, como el consejo de salud o el gerente de la Administración General del Estado.

Las diversas funciones y programas desarrollados por los SHD se recogen en la tabla 1. Como se puede apreciar, los programas más frecuentes son los de salud materno-infantil, prevención del tabaquismo, gestión de las estadísticas vitales, laboratorio de salud pública y seguridad alimentaria. En el campo de la vigilancia epidemiológica los servicios se prestan desde los SHD por que muy pocos LHD tienen suficiente capacidad técnica para investigar brotes o analizar muestras en el laboratorio.

La salud pública y los gobiernos locales

Se define como LHD una unidad administrativa o de servicio del gobierno local o del estado, dedicada a la salud, y que tiene responsabilidades en un territorio de dimensiones inferiores al estado⁸. Los LHD tienen la responsabilidad más directa e inmediata para desarrollar las actividades de salud pública con la comunidad. Su número se calcula en 2.800 para los 3.042 condados que hay en Estados Unidos. Su estructura organizativa es aún más variada que la de los SHD. Esto se explica por la variedad de organizaciones del gobierno local de quien dependen, por la diversidad de tamaño y composición de su población y, finalmente, por diferencias en los aspectos políticos, sociales, económicos y gubernamentales con que tienen que operar. Sus estructuras y funciones han de adaptarse a todas estas circunstancias.

El primer Departamento de Sanidad en Estados Unidos se estableció en una ciudad (Baltimore, en 1798). Hoy predominan los vinculados a los condados, que se establecieron a primeros del siglo xx, empezando con experiencias locales exitosas (el primer LHD de un condado fue en Yakima County, Washington, el año 1910;

Tabla 1. Actividades de los State Health Departments (SHD, Departamentos de Salud de los Estados) en Estados Unidos

Programa o actividad	SHD que la realiza (%)
Medicaid (atención médica)	16
Salud mental	20
Salud ambiental	76
Regulación y gestión ambientales	25
Prevención del abuso de drogas/alcohol	37
Prevención y control del tabaquismo	94
Laboratorio de salud pública	90
Medicina forense	29
Regulación e inspección de centros asistenciales	78
Concesión de licencias para ejercer profesiones sanitarias	35
Salud materno-infantil	98
Regulación del agua de suministro domiciliario	53
Gestión de las estadísticas vitales	94
Seguridad alimentaria	82
Otros	27

Adaptado de Turnock⁶.

actualmente casi todos los condados tienen). La mayoría de los LHD forman parte de los gobiernos de los condados, una parte agrupan varios condados en un distrito (para hacer economías de escala y conseguir mayor masa crítica) y otros son LHD de ciudades. Casi todos funcionan en combinación con un *local board of health*, o consejo local de salud, que puede estar formado por personas nombradas por el gobierno local o incluir también personas electas; en algunos casos es el plenario del consistorio o del condado quien hace estas funciones. Aproximadamente la mitad de estos consejos tiene funciones no sólo asesoras sino con capacidad de decisión, por ejemplo sobre el presupuesto y su ejecución, en grandes políticas y objetivos, para nombrar los altos cargos, y en evaluar la actividad del LHD y a su responsable. Otros sólo pueden formular recomendaciones.

Un estudio reciente actualiza el perfil de los LHD⁹. El 69% sirven a comunidades de menos de 50.000 personas, y cuentan con pocos recursos. Así, la mitad tienen una plantilla inferior al equivalente a 13 empleados a jornada completa. Las necesidades mínimas de personal para un LHD en Estados Unidos se han estimado en 20 personas, para poder cubrir los diferentes campos mínimos de acción que comportan habilidades profesionales diferenciadas. Ante esta situación, se ha recomendado que un LHD viable debería tener como población de referencia mínima unas 150.000 personas (comunicación personal de Patrick Libbey, Director de la National Association of County and City Health Officials [NACCHO]). De hecho, hay cierta tendencia a fusionar los LHD de los condados más pequeños, o los de una ciudad y el condado donde está situada para conseguir

Tabla 2. Actividades prioritarias declaradas por los Local Health Departments (LHD, Departamentos Locales de Salud) en Estados Unidos según el tipo de población a la que sirven

Primera prioridad	Segunda prioridad	Tercera prioridad
Zonas metropolitanas		
Control de enfermedades transmisibles (25%)	Salud ambiental (27%)	Salud ambiental (15%)
Salud ambiental (25%)	Inspecciones (13%)	Control de enfermedades transmisibles (12%)
Salud infantil (13%)	Control de enfermedades transmisibles (12%)	Salud infantil (10%)
Inspecciones (8%)	Salud infantil (9%)	Inspecciones (7%)
Zonas no metropolitanas		
Control de enfermedades transmisibles (22%)	Salud ambiental (20%)	Salud ambiental (11%)
Salud infantil (22%)	Salud infantil (14%)	Planificación familiar (10%)
Salud ambiental (10%)	Planificación familiar (11%)	Salud infantil (9%)
Salud del domicilio (8%)	Control de enfermedades transmisibles (9%)	Salud mental y del comportamiento (8%)

Adpatado de Hajat et al⁹.

dimensiones mínimas viables, en lo que se denomina *consolidated local health departments*, pero los intereses locales frecuentemente suponen un obstáculo¹⁰.

Las actividades de los LHD varían mucho, pues en general se adaptan para cubrir lo que no cubren otros. Casi todos hacen control de enfermedades transmisibles (principalmente vacunaciones y tratamiento de ciertas enfermedades). Unos dan servicios de atención primaria a quién no tiene, pero hay quién cree que esto les distrae de su responsabilidad principal y prefiere hacerlo desde otras estructuras; en cualquier caso, la mayoría hacen control del recién nacido sano y cribado del desarrollo infantil, y bastantes prestan atención al embarazo y pediátrica. En el campo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, la mayoría trabaja en el campo de la prevención del tabaquismo y casi la mitad ofrecen servicios de ayuda para la cesación. Muchos tienen programas centrados en la nutrición y el ejercicio físico, y de reducción de las lesiones por accidentes (fomentando el uso de cascos en ciclistas y de sillitas infantiles en los coches). Prácticamente todos hacen acciones de salud ambiental: la mayoría inspecciona establecimientos alimentarios (el gobierno federal controla las industrias alimentarias y la producción de cárnicos mediante el Departamento de Agricultura y la Food and Drug Administration), control del plomo, vigilancia de residuos líquidos y control del agua potable. Hay una cierta tendencia a subcontratar actividades, a pesar de que una evaluación muestra que los resultados son más bien negativos para la salud pública¹¹. Fuera de las grandes ciudades los LHD no suelen hacer vigilancia epidemiológica ni responder a brotes ni tampoco actividades que puedan tener consecuencias legales o les puedan llevar a los tribunales por falta de recursos especializados. Para estas actividades se apoyan en los SHD. En la tabla 2 se presentan las actividades típicas del LHD según un estudio reciente.

Tabla 3. Funciones y servicios esenciales de salud pública

Valorar las necesidades de salud
Monitorizar y valorar el estado de salud y sus determinantes
Diagnosticar e investigar problemas y riesgos para la salud
Desarrollar políticas
Informar, educar y dar poder a la población en temas de salud
Fomentar colaboraciones y alianzas para identificar y resolver problemas de salud
Desarrollar planes y políticas de salud pública que den apoyo a los esfuerzos individuales y comunitarios en favor de la salud
Garantizar la prestación de los servicios básicos
Aplicar las leyes y normas que protejan la salud y garanticen la seguridad
Conectar a las personas con los servicios sanitarios que necesiten y garantizar la provisión de servicios básicos
Garantizar la competencia del personal que proporciona servicios de salud pública
Valorar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios individuales y poblacionales
Investigar de forma aplicada
Investigar nuevos aspectos y soluciones innovadoras para los problemas de salud

Fuente: Public Health Functions Project²¹.

Dada la creciente preocupación de los profesionales de la salud pública por las desigualdades, hay esfuerzos para definir desde la NACCHO cuáles son los requisitos mínimos que debería cubrir un LHD en términos de servicios esenciales y actividades¹². Esta nueva propuesta entronca con el último informe del Institute of Medicine, que a partir de la anterior definición de las funciones de salud pública consagra el concepto de los 10 servicios esenciales de salud pública, que se recogen en la tabla 3¹³. De hecho, desde organizaciones como la NACCHO se está intentando definir a qué tiene derecho un ciudadano en términos de salud pública, viva donde viva.

La mayoría de los recursos de los LHD procede de los estados (una media del 40% del presupuesto), que a veces transfieren a los LHD recursos procedentes del gobierno federal. Los recursos del propio gobierno local son la segunda aportación (34% de media). El resto procede del sector privado y de tasas y precios públicos para determinados servicios. Se tiende a hacer crecer los ingresos derivados de tasas y precios públicos, mientras que los recursos directos procedentes del gobierno federal casi han desaparecido: por esto los ingresos derivados de tasas vinculadas a las inspecciones o a la concesión de licencias de actividad o por la gestión de residuos son cada vez más relevantes. La forma en que los LHD obtienen recursos de los gobiernos locales y del estado varía. En algunos casos, obtienen una parte predeterminada de ciertos ingresos fiscales (como una parte de los impuestos sobre los bienes inmuebles o sobre las vendas, o bien del impuesto sobre la gasolina o la matriculación de vehículos). En general, se trata de recursos vinculados a determinados servicios o programas que se renegocian periódicamente con el ciclo presupuestario.

Hay que tener en cuenta que a nivel local también operan otros agentes gubernamentales que tienen mucha influencia en la salud pública, con los que los LHD han de mantener relaciones. Éstos incluyen los servicios sociales comunitarios, las escuelas, los bomberos y la policía, los departamentos de parques y jardines, las bibliotecas, las autoridades del transporte o del agua... A menudo no pertenecen al mismo nivel de gobierno y, por tanto, hay que dedicar esfuerzos a la coordinación.

Relaciones entre las estructuras de los estados y las locales

La relación administrativa entre el SHD y los LHD es crucial. Ésta varía en los diferentes estados, según los poderes delegados a los gobiernos locales. Esta delegación depende de la propia constitución del estado, o de legislación que haya adoptado. De todas formas, la mayoría de los casos los SHD se basa en los LHD para la realización de muchas actividades, pero frecuentemente no tienen autoridad administrativa sobre ellos. Un aspecto clave es si los poderes locales tienen la capacidad de ejercer lo que se llama *home rule*, es decir, la potestad de adoptar leyes propias o ejercer poderes amplios que de otro modo se reservan a los estados (como la creación de impuestos para financiar sus servicios y programas). Dos tercios de los estados la confieren a los poderes locales, y en estos casos los LHD suelen ser creados, financiados y gobernados desde los poderes locales.

Se pueden identificar cuatro modelos de relación entre los LHD y los SHD¹⁴. Cuando los LHD operan bajo el

control y la autoridad de los gobiernos locales, como suele ser cuando tienen *home rule* se da una relación administrativa descentralizada: los SHD influyen mediante su capacidad de regulación y aportando recursos para la realización de determinadas actividades por los LHD (es la situación de un tercio de los estados). Cuando no hay *home rule*, los LHD suelen ser estructuras locales propias de los SHD, que los gestionan y controlan, dándose por tanto una relación administrativa centralizada (vigente en un 20% de los estados). En algunos estados los LHD están sujetos a la autoridad compartida del SHD y el gobierno local, emergiendo un modelo de autoridad compartida (un 14% de los estados). Finalmente, en otros estados el SHD mantiene relaciones administrativas descentralizadas con los LHD en algunos territorios y, en cambio, ejerce directamente un control centralizado en otros. Esto configura un modelo de autoridad mixta, propio de los estados donde algunos gobiernos locales ejercen el *home rule* y otros no (frecuentemente esto depende de las dimensiones de la población). La gestión de los servicios de salud pública está muy condicionada por estas formas de organización¹⁵.

Más de la mitad de los SHD organizan sus servicios en distritos o regiones para administrar programas. En estos estados, los servicios de distrito suelen tener relaciones de trabajo muy próximas con los LHD vinculados a los gobiernos locales dentro de su territorio. Si no se organizan en distritos o regiones, los programas de salud pública y las relaciones con el LHD se gestionan de forma centralizada. En general, todos los SHD tienen una unidad responsable de relaciones con los LHD, pero de hecho cada gran servicio o unidad de un SDH mantiene relaciones directas con los LHD implicados en sus actividades.

A continuación se revisan algunos ejemplos. En el estado de Pensilvania hay 67 condados. La ciudad de Filadelfia tiene un LHD propio con fuerte autonomía, y nueve condados más también. Los otros 57 condados son rurales y están cubiertos por el SHD. En un estado como Georgia, que tiene buena parte de la población viviendo de forma dispersa en zonas rurales mal comunicadas, la situación es similar: la ciudad de Atlanta tiene su propio LHD, pero muchas zonas rurales no tienen ningún LHD propio ni lo podrán tener nunca, y es el mismo Estado quien ha de asumir la prestación directa de los servicios en estas zonas. En Mississippi, quien gestiona todos los LHD excepto el de la ciudad de Birmingham es el propio SHD, que incluso agrupó el funcionamiento de los condados más pequeños para facilitar la gestión (anteriormente, en algún condado el LHD era una enfermera y un auxiliar).

En un estado como Maryland, con 6 millones de habitantes, hay 24 LHD, financiados de manera conjunta por el gobierno local y el del Estado. Se basan en los 23 condados, pero la ciudad de Baltimore (menos de 1 millón de habitantes) tiene uno propio, el resto del

condado de Baltimore (1 millón de habitantes) otro, y cada uno de los otros 22 condados tiene un LHD propio. Una ley del Parlamento de Maryland obliga a que el jefe de cada uno de estos LHD sea un médico con formación acreditada en salud pública, que es empleado del SHD y se nombra previo acuerdo del consejo del condado. El LHD de Baltimore, por tradición y recursos, tiene más autonomía y su jefe lo nombra el alcalde: fue el primer departamento de salud pública en Estados Unidos. Los LHD han de responder a un núcleo mínimo de nueve servicios que el estado cofinancia en un 50% del coste de media. Más allá, hay gobiernos locales que añaden recursos y desarrollan más programas y servicios. El SHD prepara regulaciones generales, protocolos, impresos, proporciona formación y da apoyo o interviene cuando un problema supera el marco territorial de un LHD o éste se ve desbordado.

En Idaho, hace 30 años diseñaron lo que se ha revelado como un buen sistema para un estado mayoritariamente rural con 30 condados. Se definieron 7 distritos para salud pública, y un LHD para cada distrito. Además, en cada distrito se creó un consejo de salud en el que participa un miembro electo de cada uno de los condados del distrito. Esto permite garantizar la presencia de los gobiernos locales, y también una dimensión suficiente para tener recursos y poder mantener servicios operativos.

Otras organizaciones que influyen en la salud pública

Otras organizaciones que no forman parte del sector público también tienen una considerable influencia en la salud pública. En Estados Unidos, donde el modelo de práctica médica liberal predomina, hay que tener presente que la atención médica se sitúa fuera del sector público pero contribuye poderosamente a conseguir mejoras en la salud pública, desde los hospitales, las consultas (especialmente los centros de salud comunitaria que acostumbran a operar en los barrios más desvalidos), y las Health Maintenance Organisations. También hay que tener en cuenta las asociaciones de voluntariado y filantrópicas, con una fuerte tradición en Estados Unidos, y las facultades y escuelas de las profesiones sanitarias, con tradición de implicación con la comunidad donde están situadas.

La existencia de esta compleja red de agentes ha comportado que cada vez se desarrollen más esfuerzos conjuntos entre ellos para temas concretos de relevancia para la salud pública. Se pueden basar en un acuerdo informal entre agentes con relaciones fluidas y frecuentes, en un convenio o contrato cuando comporten un cierto volumen de recursos, o incluso en la creación de una organización compartida consagrada

a alcanzar progresos en algún tema. La dinámica de esta realidad ha llevado a un creciente reconocimiento de su existencia y a analizar sus formas y resultados con mayor interés.

También hay que tener en cuenta a las organizaciones de profesionales (APHA) y de directivos de salud pública (ASTHO, NACCHO), que en colaboración con el gobierno federal y alguna fundación en los últimos años han desarrollado esfuerzos orientados a avanzar en la acreditación de los servicios de salud pública, desarrollando estándares e instrumentos innovadores.

Comentarios desde nuestra realidad

Evidentemente, la realidad española es muy diferente. Por un lado, la separación entre poderes no es tan notoria como en Estados Unidos y el ejecutivo predomina más en los tres niveles de gobierno. La capacidad del legislativo para asignar recursos de manera finalista a determinados programas u objetivos es escasa en comparación con Estados Unidos (pese a que en la Unión Europea se han dado iniciativas en esta dirección). Por otro lado, el gobierno central está redefiniendo su espacio en un sistema casi federal. Su papel es cuestionado periódicamente desde las comunidades autónomas (CCAA) pero también desde el propio gobierno central, que periódicamente piensa en suprimir la presencia diferenciada de la sanidad en el Consejo de Ministros.

Se dice a veces que la situación española actual es casi federal. Lo cierto es que en Estados Unidos inicialmente los estados tenían todo el poder en salud, y el gobierno federal ninguno. En los años treinta la situación de crisis y la incapacidad de los estados para responder obligaron al gobierno federal a estimular iniciativas y financiar servicios básicos, que posteriormente ha crecido. En España actualmente son los Departamentos de Salud o Sanidad (DS) de las CCAA quienes tienen la responsabilidad de gestionar los servicios de salud pública, pero no se puede descartar la posibilidad de que el gobierno central tenga que desarrollar un papel ante nuevas situaciones que planteen retos difíciles de encajar con los servicios y recursos existentes. En cualquier caso, las competencias de los DS se derivan de los estatutos de autonomía y de las transferencias del gobierno central. Las transferencias se hicieron teniendo en cuenta el gasto histórico, y después el modelo de financiación ha ido aproximándose en función de la población. Por tanto, el modelo organizativo está determinado por la inercia¹⁶, pero el margen para reorganizar los servicios es mucho más grande aquí que en Estados Unidos si hay la voluntad de hacerlo, sin un financiamiento compartimentado en partidas finalistas.

Los servicios de salud pública que fueron transferidos tenían dos partes: un gran número de sanitarios titulares con dedicación parcial extendidos por todo el territorio, y un pequeño núcleo de personal con dedicación completa situado en las anteriores Delegaciones Provinciales de Sanidad. Dejando aparte el crecimiento de plantillas en los servicios centrales que tuvo lugar en los DS, la tendencia ha sido a ampliar las plazas de profesionales con dedicación completa, especialmente para cubrir los mínimos exigidos por las normas comunitarias en lo referente a mataderos e industrias alimentarias, al tiempo que se han ido amortizando plazas de sanitarios titulares. La reforma de la atención primaria ha permitido que los servicios asistenciales integrasen mucho mejor que antes los servicios preventivos de base individual como las vacunaciones o los exámenes de salud de los escolares. Ahora bien, hay una cierta preocupación por la desaparición de la figura del responsable local de sanidad que antes se incardinaba en el médico jefe local de sanidad.

No se conoce mucho la realidad de la salud pública local en España. Históricamente, las grandes ciudades tenían servicios propios de salud pública, estructurados en Laboratorios Municipales e Institutos Municipales de Higiene (son pocas, pero en ellas vive el 12% de la población). Barcelona ha preservado y ampliado este esquema mediante una Agencia de Salud Pública, que es un consorcio del ayuntamiento y el gobierno autónomo, y actúa como ventanilla única de la salud pública en la ciudad¹⁷. Un estudio realizado en Cataluña muestra que los municipios mayores de 30.000 habitantes disponen en general de servicios propios de salud pública, mientras que los servicios autonómicos desarrollan determinadas actividades, como la vigilancia epidemiológica o el control de la seguridad alimentaria en los puntos de mayor riesgo (mataderos o industrias alimentarias)¹⁸. Estos municipios son una minoría y ocupan una parte limitada del territorio, pero en ellos vive el 60% de la población catalana. Recientemente, se ha ampliado el análisis del gasto sanitario municipal¹⁹. En los municipios pequeños es probable que diversas actividades de salud pública se desarrollen de forma variable y esporádica, puesto que su realización se confía a otros servicios. La vigilancia epidemiológica y el control de la seguridad alimentaria en los puntos de máximo riesgo están garantizados por las delegaciones territoriales de sanidad.

El intento de definir funciones y servicios esenciales de la salud pública en Estados Unidos que están fomentando el Institute of Medicine y las organizaciones profesionales conjuntamente con el gobierno federal va en la línea de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario en España, que proponía definir una cartera de servicios en salud pública, aunque (a diferencia de los clínicos) no suelen ser prestaciones de base individual, sino de carácter colectivo o poblacional. Cual-

quier reorganización de los servicios de salud pública debería buscar un esquema organizativo que permita que en cada territorio y para cada ciudadano haya una autoridad responsable en lo que concierne a la salud pública, que responda de sus acciones y gestión delante de quien la financia y nombra. Hay que definir claramente quién puede adoptar resoluciones de ejercicio de la autoridad sanitaria, quién le contrata y nombra (y qué requisitos hay que reunir para ser contratado y nombrado). Ya que hay dos niveles de gobierno con la misma legitimidad (local y autonómico), hay que garantizar circuitos que permitan la comunicación y la coordinación entre ambos en lo relativo a la salud pública, especialmente si hay estructuras que presten servicios en cada nivel²⁰.

¿Qué actividades básicas de salud pública han de cubrir todo el territorio? La agrupación en las tres grandes funciones del Institute of Medicine es relevante, pero también resulta útil aproximarse a los 10 servicios esenciales definidos con posterioridad²¹ (tabla 3). Evidentemente, todos han de desarrollarse a nivel local, pero unos requieren una dotación mínima de personal cualificado que los hace inviables para unidades territoriales pequeñas. Las actividades de investigación epidemiológica y algunas de las relativas a la aplicación de normas y leyes que protejan la salud y garanticen la seguridad, así como algunos aspectos de la monitorización del estado de salud, son de difícil desarrollo integral en el ámbito local. Un modelo relativamente cercano al actual podría ser que los servicios autonómicos se concentren en la vigilancia epidemiológica y los aspectos más críticos de la seguridad alimentaria y ambiental, manteniendo la responsabilidad de dar apoyo a los servicios locales de salud pública (cuando existan, como en la mayoría de ciudades grandes y medianas) y también a la realización de acciones relevantes para la salud pública desde el sistema asistencial. Una variación de este modelo que incrementaría el rol y la implicación del gobierno local sería que los servicios autonómicos transfirieran a los servicios locales existentes la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica y/o la seguridad alimentaria y ambiental, junto con el personal y recursos correspondientes a su territorio, manteniendo la responsabilidad de darles apoyo si se precisa.

En cualquier caso, los servicios autonómicos, los servicios locales y los servicios asistenciales que hacen aportaciones de interés para la salud pública han de mantener un esquema de relaciones claro, y hay que definir quién mantiene la responsabilidad para cada línea en cada territorio. Cuando hay actividades de salud pública desarrolladas por otros agentes (notablemente la atención primaria de salud), éstos han de mantener una relación explicitada con la organización básica de la salud pública en el territorio. La desaparición de los sanitarios titulares y del jefe local de sanidad a dedicación parcial no puede implicar el abandono de los tra-

bajos esenciales. Que el responsable territorial de los servicios de salud pública tenga el consenso del gobierno autonómico y del local (como en Maryland, donde el responsable de salud pública de un condado lo contrata y nombra el Estado, pero antes recibe la aprobación del gobierno del condado) contribuye a garantizar un esquema de relaciones. Que haya unos requisitos profesionales para ocupar determinadas posiciones (licenciado en ciencias de la salud con formación reglada en salud pública), como se suele hacer en Estados Unidos, ayuda a profesionalizar el sector.

Los aspectos de economía de escala son relevantes. No se puede tener una organización capaz de afrontar con capacidad técnica el abanico de problemas de salud pública existentes sin unas dimensiones que permitan una cierta especialización, pero también un núcleo dentro de cada segmento que permita el aprendizaje mutuo, el estímulo y el crecimiento profesional; de otro modo, la rutinización es muy probable. Unas dimensiones mínimas de 150.000 habitantes y 20 personas de plantilla parecen razonables.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido posible gracias al Convenio de colaboración existente entre la Agència de Salut Pública de Barcelona y la Bloomberg School of Public Health de la Johns Hopkins University. Los autores quieren agradecer su ayuda y colaboración a Montse Arissó, Xavier Bartoll, Jean McMahon, Vicente Navarro, y Antoni Plasència, por su apoyo tanto práctico como intelectual, sin el que no hubiera sido posible. También quieren agradecer a los entrevistados (Peter Beilenson, Tom Burke, John F Domzalski, C Earl Fox, Lynn Goldman, George Hardy, Patrick Libbey, Diane Matuszack, David M Michaels, Tom Oliver, Dalton Paxman, Beth Resnick, Edyth Schoenrich y Don Steinwachs) el tiempo y reflexión dedicados.

Bibliografía

1. Mays GP. Organization of the public health delivery system. In: Novick LF, May GP, editors. Public health administration. Principles for population-based management. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers; 2001. p. 63-116.
2. Scutchfield FD, Keck CW. Principles of public health practice. Albany: Delmar Publishers Inc.; 1997. p. 83.
3. Department of Health and Social Services, State of Alaska [citado 16 de Ago 2005] Disponible en: <http://www.hss.state.ak.us/dph/improving/turningpoint/PDFs/MSPHAweb.pdf>
4. Radin BA. The accountable juggler. The art of leadership in a federal agency. Washington: CQ Press; 2002.
5. Institute of Medicine. The future of public health. Washington: The National Academy Press; 1989.
6. Turnock BJ. Public health. What it is and how it works. 2nd ed. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc.; 2001. p. 123-161.
7. Association of State and Territorial Health Officials. 2002 salary survey of state and territorial health officials. Washington: ASTHO; 2003.
8. National Association of County and City Health Officials. National profile of local health departments. NACCHO: Washington; 1998. p. 2.
9. Hajat A, Brown CK, Fraser MR. Local public health agency infrastructure: a chartbook. NACCHO: Washington; 2001.
10. Pickett G. The future of health departments: the governmental presence. *Annu Rev Public Health*. 1980;1:297-321.
11. Lopez SH, Rhodes ML, Herzenberg SA. The quiet dismantling of public health. Keystone Research Center, Pennsylvania [citado 16 Ago 2005] Disponible en: http://www.keystoneresearch.org/pdf/dismantling_ph.pdf
12. National Association of County and City Health Officials. Operational definition of a functional LPHA. Washington: NACCHO; 2004.
13. Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st century. Washington: The National Academies Press, 2003. p. 155-61.
14. Public Health Practice Program Office. Profile of state and territorial public health systems: United States 1990. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 1991.
15. DeFriesse GH. The program implications of administrative relationships between local health departments and state and local governments. *Am J Public Health*. 1981;71:1109-15.
16. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*. 1999;13: 218-25.
17. Agència de Salut Pública de Barcelona [citado 16 Ago 2005] Disponible en: <http://www.aspb.es/quisom/organitzacio.html>
18. Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. *Gac Sanit*. 2001;15:164-71.
19. Area de Salut Pública i Consum. La despesa dels ajuntaments de Catalunya en salut pública. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2004.
20. Villalbí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. En: Cabases JM, Aibar C, Villalbí JR, editores. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 2002. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002. p. 545-64.
21. Public Health Functions Project [citado 16 Ago 2005] Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/Default.htm>