

# Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos

P. Líndez<sup>1,2</sup> / J.R. Villalbí<sup>3</sup> / J. Vaqué<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departament de Salut Pública. Ajuntament de Reus. Tarragona.

<sup>2</sup>Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública. Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>3</sup>Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona.

*Correspondencia:* Joan R. Villalbí. Institut Municipal de Salut Pública. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.  
Correo electrónico: jrvillal@imsb.bcn.es

*Recibido:* 22 de agosto de 2000.

*Aceptado:* 19 de enero de 2001.

(Public health functions, activities and structures: the role of large and middle-sized cities)

## Resumen

**Objetivo:** Este trabajo pretende analizar cómo se cubren las funciones de salud pública en los municipios grandes y medianos de Catalunya, valorando el papel de los servicios de titularidad municipal, las actividades que desarrollan y su estructura.

**Métodos:** Se utilizó un cuestionario como instrumento para la recogida de datos, con preguntas referidas a las funciones y actividades de salud pública, así como a aspectos estructurales de los servicios municipales. El universo fueron los 43 municipios de más de 25.000 habitantes de Catalunya (el 3% de los municipios y el 70% de la población). Se obtuvieron respuestas de 28 municipios (65%), que cubren al 60% de la población de Catalunya, e incluyen a todos los de más de 50.000 habitantes.

**Resultados:** La función de salud pública en la que los municipios asumen menor protagonismo es la de valoración de necesidades, mientras que en las de desarrollo de políticas y de garantía de servicios el papel de los municipios es mayor. Respecto a las actividades, el papel de los municipios es preponderante en aspectos de protección de la salud, pero pocos municipios mantienen una actividad importante en vigilancia epidemiológica y sustancias adictivas. Se estima un gasto municipal en salud pública por habitante y año de 1.063 ptas. El 72% del personal de los servicios municipales de salud pública mantiene dedicación plena y el resto sólo parcial (fundamentalmente son miembros de los cuerpos de sanitarios titulares al servicio de la administración local). Los municipios con frecuencia agrupan las estructuras de salud pública con otras, habitualmente de consumo, de medio ambiente o de servicios sociales.

**Conclusiones:** Se comprueba la persistencia de una notable actividad municipal en materia de salud pública. El volumen de recursos identificados y la capacidad de gestión parecen notables. Para algunos municipios hay actividades básicas en materia de salud pública que no parecen cubiertas, al menos en la percepción de los responsables locales.

**Palabras clave:** Salud pública. Servicios locales. Funciones. Actividades. Estructura.

## Abstract

**Objective:** The aim of this paper was to analyze how public health functions are covered in large or medium-sized cities in Catalonia (Spain) by assessing the role, activities and structure of local services.

**Methods:** Data were collected through a questionnaire with items on public health functions and activities and on the structure of municipal services. The study population comprised the 43 cities of Catalonia with a population above 25,000 (3% of towns and 70% of the population). Answers were obtained from 28 cities (65%), covering 60% of the population of Catalonia and all towns with a population above 50,000 inhabitants.

**Results:** The public health function in which local governments were least active was need assessment while they were more active in policy development and service delivery assurance. For public health activities, the role of local governments was relatively greater in health protection while few municipal services were active in epidemiological surveillance and substance abuse. Municipal public health expenditure per resident/year was estimated at 1,063 pesetas (approximately 6 Euros). Among the public health personnel, 72% worked full-time while the remaining (mainly members of the corps of health officers serving local administration) worked part-time. Local governments often mixed within the same structure public health services and services, mainly consumer affairs, environmental or social services.

**Conclusions:** Local governments showed significant activity in public health. The volume of resources involved and management capacity were considerable. In some cities, some public health activities were perceived as not covered.

**Key words:** Public health. Community health services.

## Introducción

**M**ientras que los servicios asistenciales en nuestro país han vivido cambios muy importantes en los últimos años, que han sido objeto de numerosos análisis y debates, los servicios de salud pública se han mantenido relativamente ajenos a esta dinámica. Sin embargo, análisis recientes demuestran que en la salud pública también se han dado procesos de cambio relevantes, aunque su visibilidad haya sido menor<sup>1</sup>.

Esta situación se da también en Estados Unidos, donde se ha apreciado un proceso paralelo. Desde la aparición del ya clásico informe del Institute of Medicine<sup>2</sup>, se han realizado diversos trabajos de base empírica para comprender mejor una realidad parcialmente oculta y orientar su desarrollo<sup>3</sup>. Algunos aspectos de este informe se han comentado ya en GACETA SANITARIA<sup>4</sup>. Desde esta perspectiva se plantea también este trabajo, que pretende contribuir a mejorar la comprensión de cómo se cubren las funciones de salud pública en los municipios grandes y medianos, qué papel tienen los servicios de titularidad municipal en este campo, qué actividades desarrollan y cómo se estructuran, a partir de una encuesta a los municipios grandes y medianos de Catalunya.

## Métodos

El instrumento para la recogida de datos fue un cuestionario con preguntas referidas a tres aspectos de la salud pública municipal: las funciones de salud pública cubiertas (26 preguntas), las actividades realizadas (64 preguntas) y aspectos estructurales de los servicios municipales de salud pública (12 preguntas). Una copia de este cuestionario se puede obtener de los autores. Las preguntas se definieron a partir de los cuestionarios desarrollados en Estados Unidos a partir de la publicación del informe del Institute of Medicine sobre el futuro de la salud pública<sup>2,3,5</sup>, del análisis de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC) y del estudio sobre las comunidades autónomas del Institut Universitari de Salut Pública<sup>1,6</sup>. Las funciones de salud pública son las definidas en el informe del Institute of Medicine: valoración de necesidades de salud, desarrollo de políticas de salud y garantía de prestación de servicios de salud. Las actividades de salud pública se desglosaron en actividades de protección de la salud (desglosadas a su vez en saneamiento ambiental, inspecciones y autorizaciones, higiene alimentaria, control de zoonosis y laboratorio de salud pública), de prevención y promoción de la salud, relativas a sustancias adictivas, a la vigilancia epidemiológica y de otro tipo

(participación y consumo). El universo fueron los 43 municipios de más de 25.000 habitantes de Catalunya; aunque representan sólo un 3% del conjunto de municipios, en ellos reside el 70% de la población. El cuestionario fue remitido con una carta de presentación al responsable de salud pública de cada municipio, y posteriormente se hicieron llamadas telefónicas para explicar el proyecto y la importancia de obtener respuestas. Finalmente se contestaron 28 cuestionarios, que representan el 65% de los remitidos. Los municipios que respondieron cubren al 60% de la población de Catalunya e incluyen a todos los de más de 50.000 habitantes<sup>7</sup>.

Para las funciones de salud pública, se valora su cobertura en el período reciente, sea por el municipio o bien de otro modo (por otras estructuras, de forma informal, etc.). Para las actividades, se valora su realización, sea principalmente a cargo del propio municipio o de otro modo (compartida, o por otras estructuras). Las respuestas obtenidas se codificaron y grabaron en un fichero EXCEL, realizándose análisis descriptivos y comparaciones entre los 10 municipios mayores y los de menos de 80.000 habitantes. Se presentan los resultados generales, que se han tabulado mediante el paquete informático SPSS. Se ha efectuado la comparación de funciones y actividades según el tamaño de la población, estratificando los municipios en dos categorías: mayores de 80.000 habitantes (10 municipios) y de 79.000 a 25.000 habitantes (18 municipios). Para esta comparación se han calculado valores de p mediante la prueba exacta de Fisher, dados los escasos efectivos presentes.

Se ha estimado un baremo integrado del papel de los municipios para las funciones y actividades de salud pública. Para su cálculo se ha otorgado un punto para cada respuesta que refleja la participación de un municipio en cada faceta de función de salud pública o en cada actividad explorada, y después se ha convertido el resultado en una escala de 0 a 100 puntos para cada función o bloque de actividades de salud pública. Por ejemplo, si se recoge información sobre las 12 actividades de un bloque temático de los 28 municipios participantes, y hay 46 respuestas que indican que un municipio hace una actividad de forma completa, se valorará que el 14% de las actividades de este bloque se realizan exclusivamente por los municipios.

## Resultados

### *Funciones de salud pública*

Las respuestas relativas a las funciones de salud pública se presentan en la tabla 1. En relación con la función de valoración de las necesidades de salud, se

**Tabla 1. Funciones de salud pública en los municipios grandes y medianos, según quién las cubre. Catalunya, 1998-1999  
(n = 28 municipios)**

Funciones de salud pública	Municipio	De otro modo	No cubierta
Valoración de necesidades de salud			
Valoración de necesidades con datos de morbimortalidad	9	8	11
Encuestas sobre cobertura de servicios preventivos	4	7	16
Encuestas sobre factores de riesgo conductuales	8	6	14
Investigación sobre un hecho adverso para la salud	9	3	16
Estudio de principales causas de hospitalización	4	9	15
Análisis de las muertes y enfermedades relacionados con el trabajo	4	4	19
Estimación de niños no vacunados	18	7	3
Análisis de grupos de riesgo elevado	10	8	10
Desarrollo de políticas de salud			
Auditoría de las funciones de salud pública	2	7	19
Reuniones regulares con otras organizaciones relacionadas con la salud	24	3	1
Valoración de efectos sobre la salud de acciones y políticas municipales	13	6	9
Defensa de la salud pública	14	5	9
Definición de prioridades para iniciativas de organizaciones comunitarias	14	6	8
Publicación de prioridades y líneas de trabajo	18	4	6
Información al Consistorio sobre prioridades en salud	11	10	7
Plan de acción comunitaria con intervención de gobierno local y autonómico	15	3	10
Plan de acción comunitaria con participación de la población	10	5	13
Acuerdo escrito con proveedores o financiadores de servicios asistenciales	8	8	12
Garantía de prestación de servicios de salud			
Revisión de ordenanzas o normativas salud	20	3	5
Servicios de salud pública cumplen criterios de calidad	10	6	12
Programa de higiene y seguridad ambiental	12	11	5
Programa de acceso a servicios básicos de salud	15	8	5
Evaluación impacto de los servicios en la salud comunitaria	2	4	22
Valoración del impacto de posibles cambios en la distribución del presupuesto municipal	2	8	18
Informar a la población sobre problemas de salud	18	4	6
Comunicados o ruedas de prensa sobre problemas de salud pública	20	1	7

\* Se incluyen también los casos en que el informante no sabe/no contesta.

aprecia que hay municipios activos en todas sus facetas, pero la única en que el protagonismo municipal es evidente se relaciona con la cobertura vacunal. Las facetas que parece que nadie aborda con perspectiva poblacional son las de salud laboral, y tanto la cobertura de servicios preventivos como el estudio de las causas de hospitalización son abordadas por pocos municipios.

La función de desarrollo de políticas de salud parece contar con un evidente protagonismo municipal, aunque las facetas relativas a la auditoría de las funciones de salud pública y la formalización de las relaciones con el sistema asistencial evidencian lagunas en muchos municipios. Destaca el papel visible del municipio como catalizador de relaciones, y parece desprenderse un grado elevado de formalización de planes y programas en salud pública.

Respecto a la función de garantía de prestación de servicios de salud, aunque el grueso de sus facetas parece cubrirse desde los municipios, destaca que apa-

rentemente apenas se evalúe el impacto en salud de los servicios y el gasto municipal. Asimismo cabe señalar una respuesta más difusa por lo que respecta a la valoración de la calidad de los servicios de salud pública.

Tan sólo dos de las variables que reflejan diversas facetas de las funciones de salud pública se asociaban al mayor tamaño de los municipios de forma estadísticamente significativa. Se trata de dos facetas relacionadas con la función de valoración de necesidades: el análisis de datos de morbimorbilidad ( $p = 0,03$ ) y la estimación de las bolsas de insuficiente cobertura vacunal en la infancia ( $p = 0,04$ ).

En la tabla 2 se presenta una aproximación a un baremo integrado de valoración de las funciones de salud pública en los 28 municipios que respondieron al cuestionario, con una puntuación que para cada función puede alcanzar los 100 puntos. Se aprecia cómo la función en la que los municipios asumen menor protagonismo es la de la valoración de necesidades, mientras

**Tabla 2. Baremo integrado de funciones de salud pública en los municipios grandes y medianos, según quién las cubre. Catalunya, 1998-1999**

Funciones de salud pública	Municipio	De otro modo	No cubierta
Valoración de necesidades de salud	30	23,6	46,4
Desarrollo de políticas	46,1	20,7	33,2
Garantía prestación servicios	44,3	20	35,7
Global	40,1	21,4	38,5

\*Se incluyen también los casos en que el informante no sabe/no contesta.

que en las de desarrollo de políticas y de garantía de servicios su papel es mayor.

#### *Actividades de salud pública*

Las actividades de salud pública se han agrupado en dos grandes bloques: protección de la salud y otras actividades de salud pública. Las actividades de protección de la salud (tabla 3) presentan cierta dualidad. La actividad municipal predomina en las tareas de higiene y seguridad de los alimentos y de control de zoonosis, así como en las inspecciones de control sanitario de piscinas, edificios, gimnasios y viviendas. En los temas más relacionados con el saneamiento ambiental, pese a la existencia de cierta actividad municipal, el protagonismo se desplaza a otras estructuras.

En la tabla 4 se recogen las otras actividades de salud pública. En lo que respecta a las actividades de prevención y promoción de la salud, se comprueba que hay actividad municipal en todos los temas considerados. Los municipios tienen mayor protagonismo en las actividades de educación sanitaria en la escuela y a la población general, en la prevención de la caries y en relación con grupos y organizaciones de ayuda mutua, siendo además muy activos en el campo vacunal y de salud materno-infantil. En cuanto a las actividades en el ámbito de las sustancias adictivas, los municipios son particularmente activos en las actividades de prevención y en los programas de intercambio de jeringas, a menudo en colaboración con otros agentes. Algunos municipios son activos en el campo de la atención a los adictos a drogas, aunque en la mayoría de los casos estas dimensiones están cubiertas por otros agentes. Por lo que respecta a las actividades de vigilancia epidemiológica, el papel de los municipios es compartido con otras estructuras, o directamente pasivo (con la salud ya conocida de la ciudad de Barcelona, que asume las funciones de una Delegación Territorial). Tan sólo los brotes epidémicos parecen reclamar con cierta frecuencia la intervención municipal. Las actividades de participación en la gestión de la atención primaria y de defensa de los usuarios están presentes, aunque no en todos los municipios.

Tan sólo cuatro actividades presentaron una asociación estadística con el tamaño de los municipios: las actividades de salud materno-infantil ( $p = 0,04$ ), los programas de intercambio de jeringas y de reducción de riesgos en toxicómanos ( $p = 0,04$ ), y dos de las tres actividades de laboratorio de salud pública, los análisis de control ambiental, de aguas y alimentos ( $p = 0,03$ ) y los análisis dirimentes y judiciales ( $p = 0,03$ ).

El baremo integrado de actividades de salud pública, que se presenta en la tabla 5, permite confirmar el papel preponderante de los municipios en el control de las zoonosis, y también en otros aspectos de protección de la salud. La naturaleza concurrencial de las competencias en muchos aspectos de la salud pública se pone de manifiesto en esta tabla, en especial en relación con las actividades de protección de la salud y de prevención y promoción de la salud. Son pocos los municipios que mantienen una actividad importante en la vigilancia epidemiológica y en relación con las sustancias adictivas. Nos parece importante resaltar que, aunque no se especifica en las tablas para evitar un exceso de información redundante, sólo en la mitad de las actividades en que no se aprecia un papel activo de los municipios (sea en solitario o compartido) se especifica que otro agente las está realizando.

#### *Estructura de los servicios de salud pública*

La tabla 6 recoge diversos indicadores relacionados con la estructura de los servicios municipales de salud pública. El gasto municipal anual en salud pública es de 3.200 millones de ptas. en los 20 municipios que responden a esta cuestión. El gasto por habitante y año es de 1.063 ptas. Este importe es algo mayor (1.100 ptas.) en los municipios mayores, y algo inferior (930 ptas.) para los otros municipios.

En cuanto a la dotación de personal, los 25 municipios que responden estas preguntas tienen una plantilla total de 814 empleados, de los que el 72% mantienen una dedicación plena y el resto sólo parcial (se trata fundamentalmente de sanitarios titulares, miembros de los cuerpos al servicio de la Administración local). El responsable del departamento tiene funda-

**Tabla 3. Actividades de protección de la salud en los municipios grandes y medianos, según quién las realiza. Catalunya, 1998-1999 (n = 28 municipios)**

Actividades	Municipio	Compartidas	Otro*
<b>Saneamiento ambiental</b>			
Control de suministro de aguas	9	11	8
Control de aguas residuales	2	6	20
Control de aguas litorales y playas	1	5	22
Control de piscinas públicas y comunitarias	11	10	7
Tramitación de licencia para apertura piscinas	7	8	13
Control de residuos urbanos	3	8	17
Control de residuos industriales	2	6	20
Control de residuos agropecuarios	0	3	25
Control de residuos sanitarios	4	4	20
Control de ruidos y vibraciones	4	9	15
Control de contaminación atmosférica	4	7	17
Control de radiaciones ionizantes	2	2	24
<b>Inspecciones y autorizaciones</b>			
Control sanitario de edificios y viviendas	17	5	6
Control de áreas de actividad física	12	3	13
Control sanitario de viviendas particulares	17	4	7
Control de actividades clasificadas	4	10	14
Control sanitario de transportes públicos	0	2	26
Cementerios y policía sanitaria mortuoria	7	5	16
<b>Higiene alimentaria</b>			
Control de industrias de alimentación	8	7	13
Control de mataderos	2	1	25
Control de comercio alimentario minorista	15	8	5
Concesión de carnet de manipulador de alimentos	11	11	6
Control de establecimientos de restauración	10	12	6
Control de bares	15	7	6
Control de comedores colectivos	15	9	4
Control de mercados	10	12	6
Control de transporte de alimentos	6	9	13
<b>Control de zoonosis</b>			
Recogida de animales	20	4	4
Centro de acogida de animales	14	3	11
Censo de perros	22	3	3
Censo de gatos	12	0	16
Programa de adopción de animales	8	3	17
Desratización/desinsectación/desinfección	23	3	2
<b>Laboratorio de salud pública</b>			
Análisis de control ambiental, aguas y alimentos	11	4	13
Análisis de dirimientes y judiciales	4	2	22
Campañas de análisis especiales	9	4	15

\*Otro realiza la actividad, o el informante no sabe/no contesta.

mentalmente formación de pregrado en ciencias de la salud, y una minoría tiene formación de posgrado en salud pública. Se trata sobre todo de responsables con cierta experiencia en su cargo y con dedicación completa al departamento; sin embargo, este departamento con frecuencia agrupa las estructuras de salud pública con otras estructuras, habitualmente de consumo (12 municipios) o de medio ambiente (5 municipios), e incluso de servicios sociales (dos municipios). Se trata fundamentalmente de dependencias municipales, pero

en dos casos están dentro de una estructura que puede utilizar formas de gestión propias del sector privado, tipo instituto o fundación.

Nueve de estos municipios son sede de Región Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud (SCS) y 12 son sede de Sector del SCS. La presencia de responsables políticos municipales en órganos de dirección o participación del sistema no es escasa (9 de los 28 municipios), pero se concentra en los municipios mayores (7 de los 10 mayores de 80.000 habitantes,  $p = 0,003$ ).

**Tabla 4. Actividades de prevención y promoción de la salud, de acción sobre las sustancias adictivas, de vigilancia epidemiológica y otras actividades de salud pública, en los municipios grandes y medianos, según quién las realiza. Catalunya, 1998-1999 (n = 28 municipios)**

Actividades	Municipio	Compartidas	Otro*
<b>Prevención y promoción de la salud</b>			
Vacunaciones infantiles en la escuela	6	14	8
Vacunaciones infantiles fuera de la escuela	0	1	27
Vacunaciones a población adulta	0	5	23
Exámenes de salud en la escuela	8	12	8
Prevención de la caries en la escuela	10	11	7
Educación sanitaria en la escuela	19	4	5
Educación sanitaria en empresas	3	0	25
Otras actividades de salud laboral	2	0	26
Educación sanitaria a población general	16	8	4
Apoyo a organizaciones de ayuda mutua	19	3	6
Actividades de fomento del deporte	2	5	21
Actividades de salud maternoinfantil	5	9	14
Programas de cribado poblacional	1	5	22
<b>Sustancias adictivas</b>			
Programas de prevención del tabaquismo	7	8	13
Prevención comunitaria de otras dependencias	8	9	11
Programas de intercambio de jeringas y otras acciones de reducción de riesgos	5	10	13
Asistencia a las adicciones	3	4	21
Programas con sustancias sustitutivas	4	3	21
Comunidad terapéutica u otros recursos residenciales	1	1	26
Talleres y programas educativos	4	3	21
<b>Actividades de vigilancia epidemiológica</b>			
Vigilancia y control de la tuberculosis	1	11	16
Vigilancia y control de la meningitis	1	15	12
Vigilancia del sida	1	4	23
Vigilancia de enfermedades de transmisión sexual	-	4	24
Vigilancia y control de brotes epidémicos	4	13	11
Vigilancia del cáncer	-	1	27
<b>Otras actividades</b>			
Participación en la gestión de atención primaria en la salud	5	3	20
Actividades de defensa de los consumidores y usuarios de la sanidad	9	2	17

\*Otro realiza la actividad, ésta no se hace, o el informante no sabe/no contesta.

## Discusión

Este estudio adolece de limitaciones evidentes: se basa en una encuesta autoadministrada a informadores clave, obtiene un porcentaje de respuestas medio y podría verse influido por las preferencias de los informantes. En algunos municipios, el hecho de que los Departamentos de Salud Pública estén incluidos en una misma estructura administrativa junto con servicios de otra naturaleza puede haber inducido algunas respuestas poco válidas sobre plantillas y recursos. Sin embargo, también cuenta con algunas fortalezas. Proporciona una aproximación de bajo coste al conocimiento de la situación, el instrumento utilizado permite relacionar los resultados con los de otros estudios y la forma en que se ha presentado facilita la veracidad de las res-

puestas. Además, cubre todos los municipios mayores de 50.000 habitantes de Catalunya, y a una buena proporción de los medianos: las respuestas cubren a los municipios en que reside el 60% de la población. En cualquier caso, hasta ahora no disponíamos de datos empíricos más allá de la encuesta hecha hace años por la Diputación de Barcelona, que tuvo una tasa de respuestas muy inferior<sup>8</sup>, por lo que creemos aportar información relevante.

Hay dos aspectos del papel de los ayuntamientos en las actividades de salud pública que destacan en las respuestas. Por un lado, se comprueba la persistencia de una notable actividad municipal en materia de salud pública. La Ley General de Sanidad de 1986 fue percibida como poco municipalista, y de hecho diversos municipios redujeron sus servicios en este campo tras su aprobación. Ahora bien, 12 años después se

**Tabla 5. Baremo integrado de actividades de salud pública en los municipios grandes y medianos, según quién las realiza. Catalunya, 1998-1999.**

Actividades	Municipio	Compartidas	Otro*
Saneamiento ambiental	14,0	20,0	66,0
Inspecciones y autorizaciones	30,0	15,5	56,5
Higiene alimentaria	31,0	26,2	42,9
Control de zoonosis	50,6	8,3	41,1
Laboratorio de salud pública	23,8	9,5	66,7
Prevención y promoción de la salud	25,0	21,2	53,8
Sustancias adictivas	16,3	19,4	64,3
Actividades de vigilancia epidemiológica	4,2	28,6	67,3
Otras actividades	25,0	8,9	66,1
Total	23,4	19,5	57,1

\* Otro realiza la actividad, ésta no se hace, o el informante no sabe/no contesta.

comprueba que los gobiernos locales mantienen un papel muy activo. El volumen de recursos identificados y la capacidad de gestión parecen notables. Por otra parte, creemos oportuno destacar la percepción de que hay una serie de actividades básicas en materia de salud pública que los municipios no cubren, pero que tampoco parecen cubiertas por otras estructuras, al menos en la percepción de los responsables locales.

**Tabla 6. Estructura de los servicios de salud pública en los municipios grandes y medianos de Catalunya, 1998-1999**

Presupuesto anual (incluyendo personal propio) <sup>a</sup>	
< 20 millones/año	2 municipios
20-49 millones/año	8 municipios
50-149 millones/año	5 municipios
> 150 millones/año	5 municipios
N.º de empleados <sup>a</sup>	
Dedicación plena	584 empleados
Dedicación parcial <sup>b</sup>	230 empleados
Características de la dirección ejecutiva	
Dedicación completa del responsable	20 servicios
Más de 5 años de experiencia en cargo	17 servicios
Formación de licenciado en ciencias de la salud <sup>c</sup>	19 servicios
Formación de posgrado en salud pública	5 servicios
Relación de las estructuras de salud pública con otros sectores	
Estructuras de salud pública separadas	9 municipios
Compartidas con medio ambiente	5 municipios
Compartidas con consumo	12 municipios
Compartidas con servicios sociales	2 municipios
Forma organizativa de los servicios	
Dependencia municipal	24 municipios
Instituto o fundación <sup>d</sup>	2 municipios

<sup>a</sup>Los datos de presupuesto y de número de empleados se refieren a los 23 municipios que responden a esta sección del cuestionario.

<sup>b</sup>Incluye personal al servicio de la Administración local financiado por otras administraciones.

<sup>c</sup>Medicina, biología o psicología.

<sup>d</sup>Incluye un instituto autónomo con personalidad jurídica propia y una fundación.

La distinción entre funciones y actividades propuesta por el Institute of Medicine nos parece hoy muy relevante en nuestro entorno<sup>2</sup>. Creemos que es la segunda vez que se ha aplicado al análisis de la realidad de la salud pública en España, tras el estudio de la situación en las comunidades autónomas<sup>1</sup>. En cierto modo, este trabajo lo continúa explorando la realidad local. Se centra en la realidad de Catalunya, condicionada por la LOSC<sup>6</sup>, por la existencia de una notable vitalidad municipal en el campo sanitario<sup>8,9</sup> y por diversas propuestas innovadoras de reordenación de los servicios de salud pública, tanto referidas a la ciudad de Barcelona como al conjunto de Catalunya. Estas propuestas plantean la posible creación de agencias, concebidas como nuevos instrumentos de titularidad pública con una mejor capacidad de gestión y potencial en un campo en que la cualificación y el entorno de los profesionales son cruciales<sup>10,11</sup>, y hay que reforzar el vínculo entre servicios y autoridad sanitaria.

¿Hasta qué punto son extrapolables estos resultados a otros ámbitos? Nos resulta difícil hacer una valoración. La realidad catalana presenta rasgos muy peculiares, ya enunciados. Por otra parte, en las comunidades autónomas donde se reordenaron los servicios de salud pública poco después de las transferencias, como Andalucía o el País Valenciano, la realidad puede ser muy distinta.

Separar funciones de actividades proporciona una visión distinta. Sin embargo, la lógica subyacente parece dual. El detalle de actividades recogido en el cuestionario se aproxima bien a la estructura de gestión de programas y servicios, o a la perspectiva competencial más tradicional en nuestro medio. La visión de las funciones definidas por el Institute of Medicine, y su concreción en el cuestionario, es mucho más conceptual y permite una visión más integral y de salud pública. Teóricamente, sería posible que un municipio con una gran carga de gestión de actividades de salud carezca de una asunción real de las funciones de salud pú-

blica. La distinción entre funciones y actividades permite apreciar que muchos municipios asumen más la responsabilidad de las funciones de salud pública que la realización directa de actividades. Esto puede reflejar la responsabilidad política que les otorga ser el nivel de la Administración más cercano a los ciudadanos, pese a la concurrencia competencial con otros niveles de la Administración. Lo fundamental no es que sean uno u otro nivel de la Administración los que realicen un servicio, sino que las necesidades de la población estén cubiertas satisfactoriamente. Sí parece razonable que, para poblaciones de ciertas dimensiones, los gobiernos locales puedan garantizar tal cobertura, aunque no lo hagan directamente con servicios propios. Sin embargo, la relativamente menor asunción de la función de valoración de necesidades por los municipios (apreciable en la tabla 3) y la expectativa de que otras estructuras asuman las actividades pueden llevar a que, en algunos segmentos de población, ni funciones ni actividades estén cubiertas realmente. De hecho, constatar que se desconoce quién cubre un tercio de las actividades de salud pública para la población representada en este estudio es algo alarmante.

Ahora bien, los estudios desarrollados en los Estados Unidos tras la publicación del informe del Institute of Medicine también constataron lagunas de esta naturaleza<sup>3,12,13</sup>. Es probable que un estudio así, al ponerlas

de manifiesto, contribuya a mejorar la situación. Tras los estudios evaluativos de los Estados Unidos, y comprobadas las frecuentes carencias observadas, se ha propuesto acreditar a los servicios locales de salud pública mediante una evaluación externa<sup>14,15</sup>. Como autores, hemos difundido los resultados del estudio entre nuestros informantes y a las estructuras que nos han apoyado, y tenemos la esperanza de poder constatar en el futuro cambios que apunten a una mejor cobertura tanto de las funciones como de las actividades de salud pública a este nivel. En cualquier caso, esperamos contribuir a marcar unos valores de referencia, que pueden ser de interés en otras comunidades autónomas u otros ámbitos territoriales, o bien para el futuro.

---

### Agradecimiento

Los autores quieren expresar su agradecimiento a todos los responsables de los servicios municipales de salud que dedicaron tiempo y esfuerzo a contestar los cuestionarios. También quieren agradecer a la Federació de Municipis de Catalunya y a la Red Catalana de Ciudades Saludables su apoyo desinteresado. Finalmente, agradecen a Teresa Brugal su asesoría en la explotación estadística, y a Montserrat Arisó su ayuda en la construcción de tablas y la edición del manuscrito.

---

### Bibliografía

1. 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: 218-225.
2. Institute of Medicine. The future of public health. Washington: National Academy of Sciences, 1988.
3. Handler A, Turnock BJ. Local Health Department effectiveness in addressing the core functions of public health: essential ingredients. *J Public Health Policy* 1996; 17: 460-483.
4. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol R. La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gac Sanit* 1996; 10: 299-310.
5. Miller CA, Moore KS, Richards TB, McKay C. A screening survey to assess local public health performance. *Public Health Rep* 1994; 109: 659-664.
6. Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Llei n.º 5 (9 de julio de 1990).
7. Institut d'Estadística de Catalunya. Anuari estadístic de Catalunya, 1999. Barcelona: Publicacions de la Generalitat de Catalunya, 2000.
8. Diputació de Barcelona. Enquesta sobre recursos municipals en salut pública i consum a la província de Barcelona. Barcelona: Institut de Publicacions de la Diputació, 1995.
9. Armengol R, Armengou JM, Chamorro C. La salut pública local. Barcelona: Federació de Municipis de Catalunya, 1995.
10. Manzanera R, Armengol R, Navarro A, Villalbí JR. Salut pública: reptes per al segle XXI. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1996.
11. Llei de Protecció de la Salut. Avantprojecte presentat al Registre del Parlament de Catalunya (26 de enero de 1999).
12. Turnock BJ, Handler A, Hall W, Potsic S, Nalluri R, Vaughn EH. Local Health Department effectiveness in addressing the core functions of public health. *Public Health Rep* 1994; 109: 653-658.
13. Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, Miller CA, Taylor MS, Cooper AD. Evaluating local public health performance at a community level on a statewide basis. *J Public Health Manag Prac* 1995; 1: 70-83.
14. Turnock BJ, Handler A. Is public health ready for reform? The case for accrediting Local Health Departments. *J Public Health Manag Pract* 1996; 2: 41-45.
15. Mc Donald TL, Treser CD, Hatlen JB. Development of an environmental health addendum to the Assessment Protocol for Excellence in Public Health. *J Public Health Policy* 1994; 15: 203-217.