



# Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante

A. Segura<sup>1</sup> / J.R. Villalbí<sup>1,2</sup> / E. Mata<sup>3</sup> / M.LI. de la Puente<sup>4</sup> / O. Ramis-Juan<sup>5</sup> / R. Tresserras<sup>6</sup>

Grupo de Trabajo sobre los Servicios de Salud Pública. Institut de Salut Pública de Catalunya.

<sup>1</sup>Institut de Salut Pública de Catalunya. <sup>2</sup>Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

<sup>3</sup>Programa per la Reorganització de la Salut Pública a Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

<sup>4</sup>Regió Sanitària Centre. Servei Català de la Salut. <sup>5</sup>EPIRUS. <sup>6</sup>Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

*Correspondencia:* Joan R. Villalbí. IMSP-ISPC. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.

El Grupo de Trabajo sobre los Servicios de Salud Pública está formado por: Eduard Mata, M Lluïsa de la Puente, Oriol Ramis-Juan, Andreu Segura, Ricard Tresserras, y Joan R Villalbí. Muchas personas fueron consultores e informadores para la elaboración del informe, pero el Grupo de Trabajo quiere destacar la contribución de: JL Aboal (Santiago de Compostela), A Alonso (Oviedo), A Barricarte (Pamplona), M Burriel (Zaragoza), F Camino (Sevilla), E Gil (Madrid), C Moya (Valencia), I Musol (Valencia), D Vázquez (Mérida) y F Villar (Santiago de Compostela).

*Recibido:* 24 de abril de 1998

*Aceptado:* 3 de septiembre de 1998

**(Public health structures in Spain: a changing panorama)**

## Resumen

En los últimos años el sistema sanitario español ha sufrido transformaciones muy importantes. Sin embargo, en el campo de la salud pública el proceso de cambio no ha seguido un proceso comparable. Hasta 1979 las estructuras de salud pública se basaban en los servicios centrales y sus delegaciones provinciales, por un lado, y los recursos de sanidad local por otro. Desde entonces se inició la transferencia de responsabilidades y recursos en salud pública a diversas Comunidades Autónomas (CCAA), que ejercen hoy la gestión del grueso de los servicios de salud pública, quedando como responsabilidad del Gobierno Central el desarrollo de normas básicas, la gestión de la sanidad exterior, y la coordinación sanitaria. La situación identificada en 1995 presenta similitudes con la propia de un Estado Federal, aunque el Reino de España no se defina formalmente como tal. El papel de los servicios centrales en salud pública se reorienta visiblemente hacia la coordinación y la construcción de dispositivos comunes y consensuados de información sanitaria, de evaluación de necesidades y políticas, y de definición de políticas. A pesar de que la Ley General de Sanidad de 1986 propone una consideración axial de la salud pública en el conjunto de las instituciones sanitarias, su desarrollo real es más fragmentado. En algunas CCAA con Servicio Autónomo de Salud no se han integrado los servicios de salud pública. Además, muchas de las funciones y actividades de salud pública se ejercen hoy desde otras estructuras. Los procesos de cambio muestran dos aspectos contradictorios. De un lado, han permitido mejorar las estructuras existentes antes de la descentralización, así como consolidar equipos humanos con mayor formación y dedicación. En cambio, se aprecia una cierta dilución de la responsabilidad en salud pública en los niveles más periféricos, y podría darse una menor visibilidad de la autoridad sanitaria.

**Palabras clave:** Salud pública, estructuras, servicios, encuesta.

## Summary

In the last years the health care system in Spain has undergone very important transformations. However, the public health services have not followed a comparable process. Until 1979 public health structures were based in central services and their provincial units, on one side, and in the resources of local governments on the other. From then on began the process of transferring responsibilities and resources to the regional governments of Autonomous Communities (AC), which today manage most public health services, while the central government keeps as its responsibility the development of basic norms, the administration of public health services at borders and customs, and the general health coordination. The situation in 1995 resembles that of a Federal Country, although the Kingdom of Spain is not formally defined as such. The role of central government services is visibly re-oriented towards coordination and the building of consensual and shared structures for health information, for need evaluation, and for policy formulation and evaluation. Although the General Health Law of 1986 considered public health as a main axis for all health agencies, its actual development has been more patchy. Several AC with an Autonomous Health Service have kept public health services separated from it. Besides, many public health functions and activities are developed today from other structures. The processes of change reveal two contradictory aspects. On one side, structures have been upgraded after decentralization, and teams reinforced, with trained and full-time staff. However, there is some dilution of public health responsibility in the periphery, and a lower visibility of the health authority.

## Antecedentes

En los últimos años el sistema sanitario español ha sufrido transformaciones muy importantes<sup>1</sup>. Sin embargo, en el campo de la salud pública el proceso de cambio no ha seguido un proceso comparable<sup>2</sup>. En efecto, no ha sido objeto de innovaciones conceptuales como las que se han producido en el ámbito asistencial con la separación de las funciones de financiación y provisión; conserva en muchos casos las infraestructuras preexistentes; y ha tenido una visibilidad escasa ante la población.

La transferencia de las competencias en salud pública a las comunidades autónomas (CCAA) ha comportado, sin embargo, un nuevo marco<sup>3,4</sup>. Hasta 1979 las estructuras de salud pública se basaban en los servicios centrales y sus delegaciones provinciales, por un lado, y los recursos de la sanidad local por otro<sup>5</sup>. Desde entonces se inició la transferencia de responsabilidades y recursos en salud pública a diversas CCAA. La gestión actual del grueso de los servicios de salud pública corresponde a las CCAA, quedando como responsabilidad del MSC el desarrollo de normas básicas, la gestión de la sanidad exterior (con gran relevancia en lo concerniente a algunos aspectos de higiene y seguridad de los alimentos), y la coordinación sanitaria, dentro de la cual pueden encajarse diversos instrumentos relacionados con la información sanitaria.

Por ello es de interés revisar la situación de los servicios de salud pública en España tras años de desarrollo en las diversas CCAA, en el marco descentralizado previsto por la Constitución de 1978. Se desea hacer énfasis en las funciones desarrolladas, en la organización de los servicios, en los aspectos de coordinación y en los cambios relativos a los recursos humanos de los servicios de salud pública. Este artículo se ha construido a partir del informe 'Los servicios de salud pública en las Comunidades Autónomas' del Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya<sup>6</sup>. Para la elaboración del informe se obtuvo información mediante una encuesta amplia dirigida a los responsables de salud pública de las 17 CCAA en Junio de 1995, que se preparó por el grupo de trabajo responsable del proyecto y para cuya cumplimentación se contó también con apoyo telefónico para clarificar dudas o dificultades en su cumplimentación. Se recibieron respuestas de 15 CCAA. La información así obtenida se complementó con datos compilados por la Dirección General de Salud Pública del MSC y con otros materiales publicados. Los resultados preliminares se devolvieron a los informantes, que así pudieron matizarlos y completarlos, y fueron objeto de debates en el curso de un seminario celebrado en Septiembre de 1995 en la VI Escuela de Verano de Salud Pública en Mahón. El Grupo de Trabajo revisó y corrigió diversas versiones del in-

forme, que se dio finalmente por concluido en Junio de 1996. Ha sido distribuido por el Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya (del que pueden obtenerse copias) y presentado en Santiago de Compostela durante la Jornada SESPAS 1996. Sin embargo, su relevancia aconseja su difusión al conjunto de los profesionales de nuestra disciplina, lo que ha llevado a preparar este manuscrito sintético para su publicación por parte de algunos miembros del Grupo de Trabajo, en representación de su totalidad.

## Funciones de la salud pública y actividades de salud pública

Las tres funciones básicas para la salud pública, según el informe del Institute of Medicine (IOM)<sup>4</sup> de 1988 (un documento clásico para enmarcar la reflexión sobre la salud pública moderna), son la valoración de necesidades en salud, el desarrollo de políticas y la garantía de la provisión de servicios a la población. Estas funciones se detallan en la **tabla 1** junto con las diez prácticas que se les asocian. El informe del IOM se valora como el hito más importante para la salud pública en la década de los ochenta<sup>7</sup>, y tiene la virtud de concentrarse conceptualmente en las funciones esenciales más que en las actividades y servicios. Desde luego que las funciones de salud pública no son asumidas de forma concentrada por los servicios de salud pública en cada sistema sanitario. Por una parte, podemos identificar funciones que apenas son asumidas en determinados contextos. Por otra, existen funciones de salud pública asumidas explícita o implícitamente por

**Tabla 1. Funciones básicas de la salud pública y prácticas asociadas a cada función**

1. Valoración de las necesidades de salud
Valorar las necesidades de salud de la comunidad
Investigar la aparición de riesgos para la salud en la comunidad o sus efectos
Analizar los determinantes de las necesidades de salud identificadas
2. Desarrollo de políticas
Abogar para la salud pública, construir alianzas para la salud pública e identificar recursos en la comunidad
Definir prioridades entre las necesidades de salud
Desarrollar planes y políticas para dirigirse a las necesidades de salud prioritarias
3. Garantizar la prestación de servicios
Gestionar los recursos y desarrollar estructuras organizativas
Desarrollar programas
Evaluar programas y garantizar el nivel de calidad
Formar y educar al público

Fuente: Institute of Medicine, 1988.

otras estructuras, que realizan actividades que conceptualmente corresponderían a las estructuras de salud pública. Incluso en los EEUU, donde se desarrolló este marco de análisis, se ha comprobado empíricamente que, pese al acuerdo conceptual con esta propuesta, su plasmación organizativa y funcional en los diversos niveles territoriales (estados, condados y municipios) es variada y desigual<sup>8 9</sup>. Sin embargo, creemos que es deseable que estas funciones de salud pública sean asumidas y desarrolladas por el sistema sanitario, y que además es preferible que lo sean por las propias estructuras de la salud pública.

En España las estructuras de salud pública son heredadas directas de las diseñadas en el siglo XIX como instrumentos del estado liberal para la protección de la salud como bien público<sup>6</sup>. Son por tanto esencialmente las propias de las actividades de policía sanitaria<sup>10</sup>. El desarrollo del sistema asistencial vinculado a la seguridad social desde 1942 apenas llevó a introducir discretas modificaciones para evitar disfunciones flagrantes, sin modificar su esencia, ni tampoco su estructura, vinculada a la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación. La creación de un Ministerio de Sanidad durante la transición democrática concentró los servicios de salud pública centrales y periféricos, iniciándose los procesos de transferencias a las CCAA en 1979.

En la actualidad, prácticamente en todas las CCAA existe una Dirección General de Salud Pública, aunque puede tener otra denominación. Sin embargo, numerosas actividades propias de la salud pública como disciplina se desarrollan desde otras estructuras (como otras Direcciones Generales del mismo Departamento de Sanidad denominadas de Planificación o de Ordenación Sanitaria, o desde los Servicios Autonómicos de Salud en algunas CCAA que han recibido las transferencias del Insalud). Algunas han sido incluso absorbidas por otros órganos administrativos, ajenos a la sanidad. Por esto, aunque desde un punto de vista conceptual el abanico de actividades relacionadas con la salud pública es muy extenso, parece operativo conceptualizar las actividades de salud pública concentrándose en las que deben ejercer primariamente los servicios de las administraciones. En este sentido, parece oportuno concentrarse en las grandes líneas de actividad, sea cual sea la estructura de la administración que las desarrolla. En la **tabla 2** se hace un inventario operativo de estas líneas de actividad.

### Planificación sanitaria

Considerando de forma global el conjunto de CCAA, emerge una imagen de fragmentación de las tareas de planificación entre Insalud o Servicios Autonómicos de

**Tabla 2. Relación de actividades realizadas por los servicios de salud pública en España, 1995**

1. Planificación sanitaria
  - 1.1. Análisis de la situación de salud
  - 1.2. Determinación de prioridades
  - 1.3. Planificación de servicios
  - 1.4. Evaluación de planes y programas
2. Información sanitaria
  - 2.1. Monitorización del estado de salud (estadísticas vitales, encuestas de salud...)
  - 2.2. Producción y análisis de sistemas específicos de información por problemas o actividades
  - 2.3. Producción y análisis de información sobre protección de la salud
3. Vigilancia epidemiológica
  - 3.1. Vigilancia de enfermedades transmisibles (incluyendo sida y tuberculosis)
  - 3.2. Vigilancia de brotes epidémicos (excluyendo TIAs)
  - 3.3. Vigilancia de TIAs
  - 3.4. Dispositivos basados en médicos centinela orientados a la intervención
  - 3.5. Otros dispositivos de vigilancia epidemiológica
4. Promoción de la salud y prevención de enfermedades
  - 4.1. Programas de vacunaciones sistemáticas y no sistemáticas
  - 4.2. Programas de salud en la escuela
  - 4.3. Programas de salud laboral
  - 4.4. Otros programas específicos de intervención comunitaria (cribado poblacional, prevención y control del tabaquismo...)
5. Protección de la salud
  - 5.1. Sanidad ambiental
  - 5.2. Inspecciones y autorizaciones
  - 5.3. Higiene alimentaria
  - 5.4. Control de zoonosis
  - 5.5. Laboratorios de salud pública
  - 5.6. Desratización, desinfectación y desinsección
6. Policía sanitaria mortuoria
7. Otras actividades

Salud de un lado, y estructuras de salud pública y/o de planificación u ordenación sanitaria por otro, con la presencia añadida en algunas CCAA de estructuras específicas para la evaluación o para el diseño de políticas y de estrategias.

La definición de Planes de Salud en las diversas CCAA ha dado mayor visibilidad a las funciones de planificación<sup>11</sup>. La realidad actual configura dos tipos de CCAA: aquellas a las que se han transferido los servicios del Insalud, y las que no gestionan estos servicios. En las que disponen de un Servicio Autónomo de Salud, las funciones de planificación se desarrollan de manera diversa. Mientras que en unos casos el Servicio de Salud es responsable de la mayoría de decisiones de desarrollo y contratación de servicios, en otros existen órganos de planificación separados, más vinculados a la estructura política de la Consejería de Sanidad. La Dirección General de Salud Pública suele contribuir y colaborar en su formulación. En algunas CCAA que no han recibido las transferencias del Insalud las actividades de planificación se ejercen desde las es-

estructuras de salud pública, aunque en estos casos las decisiones relativas al grueso de los servicios asistenciales se toman desde las estructuras del mismo In-salud.

### Información sanitaria

En algunas CCAA (como Baleares, Canarias, Cantabria y Extremadura) es el Instituto Nacional de Estadística el responsable de las estadísticas vitales, pero la mayoría gestionan directamente desde un órgano propio la recogida de las estadísticas vitales y su análisis demográfico y sanitario. En general son unidades específicas del Departamento de Sanidad las que se ocupan de los aspectos sanitarios de las estadísticas vitales, habitualmente dentro de las estructuras de salud pública.

El MSC lleva a cabo periódicamente una encuesta de salud para el conjunto de España, y tres CCAA (Cataluña, Navarra y la Comunidad Autónoma Vasca) han realizado encuestas propias en su territorio. Existen además diversas iniciativas de encuestas de ámbito local o comarcal.

En diversas CCAA se han desarrollado sistemas de información específicos referidos a diversos problemas con base poblacional como los registros de tumores, o de enfermos con insuficiencia renal crónica. Se han puesto en marcha registros de defectos congénitos de base poblacional en ámbitos autonómicos, locales o comarcales.

### Vigilancia epidemiológica

A partir de 1979 la administración central del estado transfirió a las CCAA las competencias relativas a la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas, brotes epidémicos y toxiinfecciones alimentarias, así como las intervenciones de control que comportan. En función de estas transferencias, cada CCAA pudo modificar el sistema de vigilancia. Como resultado, mientras que en algunas CCAA el dispositivo se modificó, orientándose a un mayor control efectivo de determinadas enfermedades transmisibles (por ejemplo, creando un registro nominal de casos de tuberculosis), en otras siguió igual. Esta dinámica se ha traducido en diferencias notables en el grado de control de diversas enfermedades transmisibles. Para mejorar la situación y avanzar en la integración de los dispositivos, en 1995 se definió la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que permite combinar un sistema básico (centrado en la declaración obligatoria de enfermedades, situaciones epidémicas y brotes, e información microbiológica), con otros sistemas basados en dispositivos centinela, y con la vigilancia epidemiológica del SIDA y la infección por VIH.

### Prevención y promoción de la salud

Todas las CCAA mantienen un equipo vinculado a la Dirección General de Salud Pública (u organismo equivalente) especializado en establecer la política de inmunizaciones y en garantizar una cobertura vacunal apropiada, aunque las actividades de vacunación en buena parte se han integrado en los servicios asistenciales.

En todas las CCAA las tareas de salud escolar se realizaban a principios de los años ochenta desde la Dirección General de Salud Pública, con el apoyo de los sanitarios locales. Muchos ayuntamientos medianos y grandes se dotaron de equipos de salud escolar para ampliar o reforzar estas tareas. Con el desarrollo de la reforma de la atención primaria, la situación es más compleja actualmente<sup>12</sup>.

Además de estos dos programas que se desarrollan en todas las CCAA, se llevan a cabo una serie de programas comunitarios específicos para problemas concretos, de cobertura variable, que se relacionan en la **tabla 3**. Su naturaleza y contenidos son diversos: al-

**Tabla 3. Relación de programas de promoción de la salud dirigidos a problemas específicos en diversas CC.AA. España, 1995**

Programas relacionados con aspectos del estilo de vida
Prevenición y control del tabaquismo
Hábitos nutricionales saludables
Promoción del ejercicio físico
Programas vinculados a algunas enfermedades crónicas
Asma
Diabetes
Salud cardiovascular
Cáncer
Caries dental (salud bucodental)
Programas específicos vinculados a algunas enfermedades transmisibles
Tuberculosis
Enfermedad de Hansen
Sida
Hidatidosis
Enfermedades de transmisión sexual
Vacunaciones (*)
Salud de viajeros internacionales
Programas basados en cribados de base poblacional
Detección de metabolopatías
Cribado de cáncer de mama
Programas múltiples de base comunitaria
Otros programas específicos
Salud escolar (*)
Salud de la mujer
Ancianos
Drogas
Accidentes

(\*) todas las CCAA disponen de este programa.

gunos consisten sobre todo en actividades de monitorización, otros incorporan la elaboración de pautas consensuadas de abordaje para los profesionales y material de apoyo, y otros se basan en campañas de sensibilización e información. En algunos casos disponen de servicios asistenciales de carácter monográfico (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual...), que en otros casos se han integrado orgánica o funcionalmente en la red del Servicio Autonómico de Salud. La integración de actividades preventivas en las asistenciales ha permitido progresos en lo que respecta a la accesibilidad de diversas prácticas preventivas<sup>13</sup>, pero no está exenta de dificultades, pues se aprecia una gran variabilidad en la asunción efectiva de diversas actividades y entre centros de salud<sup>14</sup>.

### Protección de la salud

Muchas de las competencias de protección de la salud son concurrentes entre los municipios y las CCAA, y algunas con la administración central. Esto significa que la misma función la ejercen dos administraciones distintas, como sucede con el control alimentario. La distribución de tareas se realiza en función de la localización territorial, el tipo de establecimiento y la dinámica de colaboración existente. Por otra parte, diversas actividades de protección de la salud son compartidas con otros Departamentos de la administración, al existir funciones distintas para cada una.

*Sanidad ambiental.* En la mayoría de las CCAA, las Direcciones Generales de Salud Pública asumen una función normativa y ejercen actividades de control, en general a través de los sanitarios locales, con el apoyo de las unidades centrales o territoriales (de área, provincia u otra unidad similar) cuando éstas integran a los antiguos funcionarios sanitarios al servicio de la administración local. En muchos territorios los nuevos Departamentos de Medio Ambiente concentran la responsabilidad sobre muchas de las funciones relacionadas con las aguas, los residuos y la contaminación atmosférica, aunque no parece que se hayan dotado de recursos para realizar estudios de impacto potencial sobre la salud: su perspectiva se centra en comprobar el cumplimiento de las normativas vigentes. Otras estructuras que intervienen en algunas CCAA son las de industria (sobre residuos en general en alguna CCAA, sobre emisión de radiaciones ionizantes en otras), las de agricultura (en relación con plaguicidas y residuos agropecuarios), los Servicios Autonómicos de Salud o el Insalud (para residuos sanitarios), la Presidencia del Gobierno Autonómico (radiaciones ionizantes). Las grandes ciudades mantienen actividades en este campo, especialmente de control de aguas y de la contaminación atmosférica.

*Inspecciones y autorizaciones.* En general se mantiene la competencia en las Direcciones Generales de Salud Pública. Las cédulas de habitabilidad son responsabilidad de los municipios, y parecen sujetas a gran variabilidad. Las licencias de apertura de establecimientos públicos requieren además la autorización del Departamento implicado en cada actividad (Educación para escuelas, Bienestar Social para residencias de ancianos, Industria para industrias...). La inspección sanitaria la realizan los sanitarios locales, a veces de manera conjunta con los servicios de salud pública territoriales, aunque de hecho no hay unidad de inspección. Cuando las autorizaciones se refieren a actividades clasificadas, la responsabilidad recae siempre en una Comisión Interdepartamental en la que participa el Departamento de Sanidad.

*Higiene alimentaria.* El control sanitario de las industrias de la alimentación recae en general en los veterinarios oficiales y en los sanitarios locales, que actúan con apoyo de la Dirección General de Salud Pública o de los servicios territoriales. Algunos grandes ayuntamientos son particularmente activos en este campo. En algunas CCAA se aprecia amplia colaboración con los Departamentos de Agricultura o de Pesca. Mientras que en algunas CCAA esta tarea se concentra en equipos territoriales (Comunidad Valenciana) o centrales (Comunidad de Madrid), en otras se ha ubicado en las estructuras de Consumo, sobre todo cuando se asumen conjuntamente las competencias de salud pública y de consumo. El control sanitario de los mataderos y las industrias de elaboración de alimentos de origen animal ha adquirido mucha importancia con la integración de España en la Unión Europea, lo que ha favorecido de forma general la reestructuración de los cuerpos de veterinarios titulares para buscar una mayor eficacia en el control. Paralelamente se ha producido un incremento de la actividad administrativa sobre la industria alimentaria en relación a temas que no son primariamente sanitarios. Las intervenciones desde los Departamentos de Agricultura (fomento de la producción y sanidad animal) o de Medio Ambiente (depuración de aguas residuales y gestión de residuos) pueden crear confusiones sobre el ámbito competencial de cada una de las estructuras administrativas intervinientes. En general, las acciones estrictamente sanitarias se ejecutan desde los Departamentos que tienen encomendada la salud pública. Los municipios tienen asignadas importantes competencias en el control sanitario de la distribución (comercio minorista y restauración colectiva) y el transporte de alimentos. En estos campos, las estructuras sanitarias de las administraciones autonómicas suelen actuar de forma supletoria.

*Control de Zoonosis.* El control de las zoonosis abarca dos ámbitos. Las actuaciones sobre los animales de compañía se realizan desde las administraciones locales, y que afectan a los animales de renta y los silvestres

desde los Departamentos de Agricultura (en algún caso de Medio Ambiente). En muchas CCAA existen programas específicos de lucha contra enfermedades que pueden tener impacto sobre la salud humana (brucelosis, hidatidosis, triquinosis, rabia...) en los que colaboran estructuras de Salud Pública con Departamentos de Agricultura. El grado de implicación de las estructuras de salud pública es muy variable.

*Laboratorios de salud pública.* La realidad actual es muy diversa. En algunas CCAA existe un único laboratorio de salud pública, mientras que en otras hay una red que se corresponde con los servicios provinciales o con otro despliegue territorial. Finalmente, existen Laboratorios Municipales en diversas ciudades grandes y medianas; en algunas CCAA tienen un esquema de coordinación con el dispositivo autonómico, en otras no es evidente que exista esta coordinación.

*Desratización, desinfectación y desinsección.* Aunque las Direcciones Generales de Salud Pública mantienen en general la competencia de establecer reglamentos, así como la acreditación, el control y el registro, la realización de estas actividades recae generalmente en los ayuntamientos o en empresas contratadas por estos.

*Policía sanitaria mortuoria y otras actividades de salud pública.* Las Direcciones Generales de Salud Pública concentran la responsabilidad tradicional de la policía sanitaria mortuoria, y además pueden asumir otras actividades como el control de medicamentos, cosméticos y farmacias, el visado de la publicidad médico-farmacéutica, la seguridad química y los centros de toxicología.

---

## Organización de los dispositivos de salud pública y recursos humanos

Los dispositivos periféricos de salud pública han iniciado procesos de reorganización en diversas CCAA, aunque su desarrollo ha sido muy desigual. El esquema anterior, basado en profesionales con dedicación parcial en los niveles periféricos y unas pequeñas estructuras provinciales, persiste en buena parte. En las CCAA que no han procedido a una reforma de los servicios periféricos de salud pública, se pueden observar dos procesos de cambio en curso que han afectado a su estructura tradicional: por un lado la reforma de la atención primaria de salud, y por otro la reorganización de los cuerpos de veterinarios consecutiva al ingreso en la Unión Europea.

La reforma de la atención primaria ha comportado cambios en los municipios en que se ha producido, al integrar a los sanitarios titulares al servicio de la administración local (notablemente médicos y practicantes: la situación de los farmacéuticos es diversa, y los

veterinarios han seguido un proceso independiente que se comentará posteriormente). En muchos casos, las funciones de salud pública que tenían los sanitarios titulares pasan a quedar asumidas por el equipo de atención primaria (al menos en principio: algunos informantes opinan que en este proceso la responsabilidad en salud pública se ha diluido).

Los veterinarios de salud pública han evolucionado notablemente, reflejando las mayores exigencias sociales en seguridad e higiene de los alimentos y las normativas de la Unión Europea, especialmente por lo que se refiere al control de mataderos e industrias de alimentos de origen animal. La reestructuración de estos servicios es prácticamente total en las CCAA. Los antiguos veterinarios titulares se han dividido entre las estructuras de salud pública de los Departamentos de Sanidad y las estructuras de sanidad animal y producción ganadera de los Departamentos de Agricultura. Se aprecia una evidente tendencia a la consolidación de veterinarios dedicados exclusivamente a tareas de salud pública y desplegados por todo el territorio, adscritos a unidades centrales, provinciales o comarcales, según la opción organizativa de cada CCAA.

---

## Coordinación

Como se ha visto, con frecuencia existen actividades de salud pública en las que intervienen estructuras propias de otros Departamentos de la administración autonómica. Para resolver los problemas que esta situación puede suscitar, se han desarrollado distintos dispositivos de coordinación intersectorial para diversos temas, que se relacionan en la [tabla 4](#).

La coordinación de los servicios autonómicos de salud pública con los servicios de titularidad municipal existentes en su territorio, especialmente relevante para las grandes ciudades que disponen de servicios propios, cuenta ocasionalmente con mecanismos formales, pero con mayor frecuencia se lleva a cabo mediante mecanismos informales. En los últimos años se han consolidado dispositivos de coordinación de las CCAA con el MSC. A partir del funcionamiento del Consejo Interterritorial de Salud se han constituido diversas Ponencias del Consejo, cubriendo temas concretos, destacando la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud. Esta Comisión posibilita el contacto periódico de los Directores Generales de Salud Pública de las CCAA con el Director General de Salud Pública del MSC.

Finalmente, hay que mencionar la creciente relevancia de la dimensión europea para la salud pública<sup>15</sup>, que se incorporó formalmente a las competencias de la Unión Europea (UE) tras el tratado de Maastricht. Los servicios centrales del MSC asumen el grueso de la

**Tabla 4. Algunas experiencias de coordinación intersectorial formal inventariadas en las CCAA. España, 1995**

Aguas de consumo
Junta de Aguas
Comisión Permanente de Control Sanitario de Aguas de Consumo
Gestión de residuos y sanidad ambiental
Comisión de Medio Ambiente
Comisión de Plaguicidas
Junta de Residuos
Junta de Saneamiento
Actividades clasificadas
Comisión de Actividades Clasificadas
Salud pública veterinaria e higiene alimentaria
Comisión Regional para el Control de las Zoonosis
Comisión para la Investigación de Residuos en Carne y Animales Vivos
Comisión Interdepartamental de Artesanía Alimentaria
Seguridad vial
Comisión de Seguridad Vial
Prevención y control de las drogodependencias (*)
Órgano Técnico de Drogodependencias
Educación para la salud en las escuelas (*)
Plan o Programa de educación para la salud en la escuela
Comité de Educación para la Salud
Planificación sanitaria (**)
Comisión Interdepartamental para la elaboración del Plan de Salud
Intervención inmediata
Comisión de Emergencias
Plan o Comisión de Protección Civil

(\*) En este campo se identifica la existencia de otros mecanismos de coordinación sin denominación específica en diversas CCAA.

(\*\*) Se identifica la existencia de convenios formales con los institutos de estadística para la gestión de las estadísticas vitales en diversas CCAA.

tarea de coordinación, pero buena parte de la acción de la UE se traduce en el impulso de iniciativas en ámbitos concretos de interés comunitario mediante la financiación parcial finalista de proyectos suscitados tanto por estructuras de la administración como por organizaciones no gubernamentales o comerciales.

## Conclusiones

La situación identificada presenta muchas similitudes con la situación propia de un Estado Federal, aunque el Reino de España no se defina formalmente como tal. Las transferencias a las CCAA marcan un hito irreversible. El papel de los servicios centrales en salud pública se reorienta visiblemente hacia la coordinación y la construcción de dispositivos comunes y consensuados de información sanitaria, de evaluación de necesidades y políticas, y de definición de políticas. Los mecanismos de coordinación entre los dispositivos autonó-

micos y la administración central parecen estar mejorando. Al constatar la vitalidad de los servicios municipales en muchas ciudades medianas y grandes, parece deseable iniciar procesos de coordinación también en este ámbito, puesto que se aprecia una escasa formalización de la coordinación entre servicios autonómicos y municipales. Sería deseable mejorar los circuitos formales de relación y la definición de responsabilidades y roles de cada uno de estos niveles de la administración.

A pesar de que la Ley General de Sanidad de 1986 propone una consideración axial de la salud pública en el conjunto de las instituciones sanitarias, su contenido normativo positivo no ha supuesto un estímulo para que así ocurra. De hecho, hay CCAA que disponen de Servicio Autonómico de Salud en el que no se han integrado los servicios de salud pública. Además, muchas de las funciones y actividades de salud pública se ejercen hoy desde otras estructuras en buena parte del territorio. En este sentido destaca el rol de los servicios autonómicos de salud, así como de los servicios de otros Departamentos (Agricultura, Consumo...). De hecho, es casi excepcional la existencia de servicios de salud pública que integren realmente todas sus funciones. Aunque muchas de estas actividades se ejerzan correctamente desde estas estructuras, esto debilita a la salud pública como disciplina y hace que su rol como integradora de acciones de salud con una perspectiva poblacional se pierda parcialmente, además de disminuir su visibilidad externa.

Los procesos de cambio muestran dos aspectos contradictorios. De un lado, han permitido mejorar las estructuras existentes antes de las transferencias a las CCAA, así como consolidar equipos humanos con mayor formación postgraduada que anteriormente y con dedicación más completa a la salud pública. En cambio, se aprecia una cierta dilución de la responsabilidad en salud pública en los niveles más periféricos, y podría darse una menor visibilidad de la autoridad sanitaria. Es importante velar por el mantenimiento de la autoridad sanitaria ejecutiva en materia de salud pública.

En algunos campos, se corre el peligro de que la responsabilidad en salud pública se diluya. Es innegable que el control de la higiene alimentaria y de diversos aspectos medioambientales es mejor al existente años atrás, lo ejercen dispositivos de salud pública del Departamento de Sanidad o estructuras de otros Departamentos. Sin embargo, las referencias a la responsabilidad de salud pública en lo referente al impacto en la salud de los problemas ambientales o de higiene y seguridad de los alimentos podrían ser más teóricas que reales.

Algo parecido podría suceder con los servicios preventivos, anteriormente propios de los servicios de salud pública y hoy mucho más integrados en la red asistencial y con más recursos y cobertura. Si bien los servicios

asistenciales integran hoy más actividades preventivas que años atrás, no está claro que alcancen por igual a todos los grupos de población, sino que se concentran más en los sectores que los demandan. No tiene sentido reivindicar el antiguo papel de los servicios de salud pública en la provisión directa de servicios preventivos personales, pero debería redefinirse su rol en este campo. En muchas ocasiones falta un dispositivo con orientación de salud pública, que garantice la provisión de los servicios preventivos de eficacia probada (como las vacunas sistemáticas, o el cribado de la hipertensión arterial) o de los servicios curativos de relevancia comunitaria (por ejemplo, para velar por la curación de enfermos con tuberculosis, o por el tratamiento de los hipertensos conocidos). En el contexto de la separación creciente entre financiación y provisión de ser-

vicios en los servicios asistenciales de financiación pública, parece oportuno definir claramente la responsabilidad sobre la población adscrita, diferenciándola de la población atendida.

Finalmente, parece oportuno destacar que la oferta de programas de formación postgraduada en salud pública no se ha traducido en su reconocimiento por diversas administraciones públicas en los procesos de reclutamiento de personal cualificado. Aunque durante años no existía una oferta de formación cualificada en este campo, y muchos profesionales competentes han adquirido su formación de otro modo, debería formalizarse el reconocimiento de su cualificación y al mismo tiempo optarse por el reconocimiento explícito de las titulaciones específicas de calidad existentes en los procesos de selección de personal.

---

### Bibliografía

1. Bengoa R (Dir). Sanidad, la reforma posible. Arazuzi, Navarra: Bega Comunicación; 1997. p.17-37.
2. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol R. La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gac Sanit* 1996; 10:299-310.
3. Mansilla PP. Coordinación general sanitaria. Madrid: Mondadori; 1988.
4. Marset-Campos P, Rodríguez-Ocaña E, Sáez-Gómez JM. La salud pública en España. En: Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V (Eds). Salud pública. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998;25-47.
5. Pumarola F. Organización de la sanidad en España. *Ann Med (Barc)* 1977;63:1238-42.
6. Informe de un Grupo de Trabajo. Los servicios de salud pública en las Comunidades Autónomas: semejanzas y diferencias en 1995. L'Hospitalet: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya; 1996.
7. Miller CA, Moore K, Richards T. The impact of critical events of the 1980s on core functions for a selected group of Local Health Departments. *Public Health Reports* 1993;108:695-700.
8. Scutchfield FD, Beversdorf CA, Hiltabiddle SE, Violante T. A survey of State Health Department compliance with the recommendations of the Institute of Medicine Report The future of public health. *Journal Public Health Policy* 1997;18:13-29.
9. Scutchfield FD, Hiltabiddle SE, Rawding N, Violante T. Compliance with the recommendations of the Institute of Medicine Report The future of public health: a survey of Local Health Departments *Journal Public Health Policy* 1997;18:155-65.
10. Beato-Espejo M. El sistema sanitario español: su configuración en la Ley General de Sanidad. *Revista Administración Pública* 1989;119:379-418.
11. Casado-Vicente V, Sevilla-Pérez F, Elola-Somoza J. El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Med Clin (Barc)* 1998;110:265-74.
12. Villalbí JR. La promoción de la salud en la escuela: ¿cuál es el papel de la atención primaria? *FMC* 1995;2:285-89.
13. Salleras-Sanmartí L (Coord). Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: DOYMA SA & Generalitat de Catalunya; 1993.
14. Gené-Badia J, Moliner C. Papel preventivo de los equipos de atención primaria: del mito a la realidad. *Cuadernos de Gestión* 1995:132-5.
15. Jensen GK, Leavey N (Eds). Public health and the EU: an overview. Brussels: European Public Health Alliance; 1997.