

II. SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 3

LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA: SU REFORMA EN LAS REFORMAS

Rafael Manzanera López
Andreu Segura i Benedito
Jesús M. Fernández Díaz

1. Introducción

Desde hace unos veinte años se ha instaurado un clima de crisis en los sistemas económicos y, con ella, un progresivo cuestionamiento de los sistemas sanitarios en los países desarrollados¹. Esta crisis tiene mucho que ver con la discusión acerca de la efectividad de las políticas y sistemas sanitarios, y se ha basado, entre otras, en las evidencias de que 1) las diferencias sociales en salud, a pesar de la universalización de la asistencia sanitaria, habían aumentado; 2) las principales causas de morbi-mortalidad correspondían a enfermedades evitables; 3) a pesar de ello, el sistema sanitario era incapaz de contener sus costes, en constante expansión, lo que además de constatar un escaso avance en la eficiencia, podía poner en peligro su propia financiación y supervivencia.

Frente a ello, los distintos intentos de reforma, han encontrado severas dificultades para llevar a cabo sus políticas. Ello fruto de la inercia interna de los sistemas (intereses corporativos en muchos casos); pero también, y en buena medida, del sólido enraizamiento en la cultura del bienestar que los sistemas de salud tienen.

La separación existente entre el sistema asistencial (cada día más presionado por el avance de la tecnología médica y por un crecimiento presupuestario contenido) y los servicios de salud pública (más familiarizados con el análisis de necesidades comunitarias, la planificación y la evaluación, pero periféricos al volumen principal de gasto), ha contribuido a que la crisis actual se manifieste en forma distinta² para los servicios sanitarios y los de salud pública.

Al considerar los factores que provocan especialmente el incremento del gasto sanitario³, los objetivos básicos en las reformas de los sistemas sanitarios en los

países desarrollados⁴, así como los instrumentos⁵ macro y micro de las reformas, pocas veces se identifica el importante papel que los servicios de salud pública deben jugar en la provisión de políticas, productos, servicios y colaboraciones.

En este trabajo, se revisan el concepto y funciones de la salud pública y de su organización en España. Se revisan después algunos de los elementos claves de las reformas en los sistemas sanitarios. Se formulan posteriormente algunos aspectos funcionales y estructurales de las nuevas organizaciones de prestación de servicios de salud pública, usando como referencia práctica las transformaciones en la prestación de servicios de salud pública en la ciudad de Barcelona. Se definen algunas líneas estratégicas para el desarrollo funcional de la salud pública. Finalmente, y a modo de conclusiones, se definen algunas palabras clave para el futuro de la salud pública y algunos comentarios finales.

2. Concepto y funciones de la salud pública

Existen numerosas definiciones de salud pública. Creemos recomendable comenzar con referencia a la contenida en el informe Acheson⁶: "La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promocionar la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad." "Al adoptar esta definición el Comité acepta que el desempeño de las funciones de salud pública en la sociedad incluye no solo los esfuerzos para preservar la salud mediante el control y, cuando resulte posible, la omisión de los ambientes nocivos, y de las influencias sociales y conductuales insalubres, sino también la provisión de servicios efectivos y eficientes para restablecer la salud de los enfermos y cuando ello resulte impracticable, para reducir al mínimo el sufrimiento, la incapacidad y la dependencia (...)."

Así pues, el informe Acheson se alinea con las definiciones más globales de la salud pública que defienden, entre otros, autores como Terris y que surgen de la propuesta original de Winslow⁷. Según ésta, "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades; prolongar la vida y mejorar la salud y la vitalidad mental y física de las personas mediante una acción concertada de la comunidad dirigida al saneamiento del medio, al control de las enfermedades de importancia social, a enseñar las reglas de la higiene personal, a organizar los servicios médicos y de enfermería de acuerdo con los principios del diagnóstico y el tratamiento precoz y la prevención de enfermedades; así como a poner en marcha las medidas sociales apropiadas para garantizar a cada uno de los miembros de la comunidad un nivel de vida compatible con el mantenimiento de la salud, con la finalidad última de permitir a cada persona el disfrute de su innato derecho a la salud y a la

longevidad". Y todavía, Winslow insistía en la imposibilidad de distinguir con precisión entre "saneamiento", "medicina preventiva", "medicina curativa", "promoción de la salud" y "mejora del nivel de vida", "ya que todos estos elementos tienen su lugar en el marco de un programa integrado de salud pública en el moderno sentido de la palabra".

De todos modos, la interpretación del término salud pública ha sido siempre controvertida. Ya en 1956 en el transcurso de una conferencia sobre formación sanitaria de los médicos generales⁸ se constataba que "allí donde coexisten el sector público y el sector privado, la expresión salud pública acostumbra a designar exclusivamente las actividades colectivas, excluyendo la atención individualizada; en cambio donde todos los servicios son públicos, la salud pública (quizás sería mejor decir sanidad) abarca todos los ámbitos relacionados con la salud".

En 1966, la Oficina Regional Europea de la OMS sugería la conveniencia de incluir en el término salud pública el de organización de los servicios sanitarios⁹. Y, en 1973, un comité de expertos reunido al efecto¹⁰ declaraba que "la noción de salud pública ha evolucionado notablemente desde principios de siglo. Aunque tradicionalmente versaba sobre la higiene ambiental y la lucha contra las enfermedades transmisibles (...) engloba los servicios médicos individualizados dirigidos a determinados grupos de población, hoy se utiliza el sentido lato para evocar los problemas de salud de las poblaciones, el estado sanitario de la colectividad, los servicios de saneamiento, los servicios sanitarios generales y la administración de servicios de salud".

Así pues, entre las diversas definiciones consideradas predomina una concepción de la salud pública global, referida a cualesquiera intervención institucional sobre la salud, tanto de carácter preventivo como curativo o rehabilitador, tanto proporcionada individualmente como de forma colectiva.

Sin embargo, esta situación no se corresponde con lo observado en la realidad social contemporánea, donde la mayoría de los responsables de la prestación de los servicios sanitarios y particularmente los de los servicios hospitalarios, en general no se reconocen entre los practicantes de la salud pública. Tampoco lo hacen ni la industria farmacéutica, ni las empresas de tecnología sanitaria, ni tampoco se constata esta identificación entre los gestores y administradores de servicios y programas. Tampoco, y parece más grave, se reconocen como sanitaristas los cuadros responsables de la administración sanitaria y, por lo tanto, encargados del diseño y la práctica de las políticas de salud. Para la inmensa mayoría de los actores sanitarios, el significado del término salud pública queda restringido a los servicios de

tal modo designados en las administraciones sanitarias públicas. En cuanto a la población, y a pesar de la falta de datos empíricos, no parece demasiado aventurado suponer que no es, en general, capaz de distinguir entre salud pública y sanidad en general, y que ésta se refiere básicamente a los servicios asistenciales.

De todos modos las funciones generalmente atribuidas a la salud pública comprenden las de: 1) autoridad sanitaria, 2) planificación-evaluación y diseño de políticas y 3) servicios específicos de protección y promoción de la salud colectiva.

La autoridad sanitaria es ejercitada por los representantes políticos, si bien en base a criterios técnicos y gestionados por funcionarios públicos, basándose fundamentalmente en España en la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública ¹¹, publicada el mismo día que la Ley General de Sanidad (LGS).

Otro ámbito funcional es el diseño de políticas de salud, que deben materializarse en los planes de salud. Como es sabido, todavía no ha sido formulado el Plan Integrado de Salud que sanciona el artículo 74 de la LGS. Ello a pesar de que según la disposición adicional novena, el gobierno hubiera debido aprobar, como máximo seis meses después de la entrada en vigor de la LGS, el procedimiento y los plazos para la elaboración del plan y haber comunicado a las Comunidades Autónomas los criterios generales de coordinación en el plazo máximo de dieciocho meses. Sin embargo, esta información no se produjo hasta el año 1995 ¹². No todas las Comunidades Autónomas han elaborado sus planes preliminares sobre los cuales debe basarse el plan español ¹³, pero incluso en las que lo han hecho, la colaboración de los órganos y servicios de salud pública ha sido, en el mejor de los casos, parcial.

Los sistemas de información sanitaria son un instrumento capital para diseñar y evaluar las políticas y las intervenciones. Aunque en sentido estricto ninguna administración sanitaria ha desarrollado un sistema coherente y exhaustivo, todas las administraciones disponen de fuentes específicas y, en algunos casos, de subsistemas informativos. En la mayoría de los casos la responsabilidad de la información no depende de los órganos de salud pública. Así, por ejemplo, las estadísticas vitales, particularmente las de mortalidad, se gestionan desde instituciones estadísticas, con la excepción de alguna comunidad autónoma como Cataluña o Valencia, pero incluso en esos casos la responsabilidad de la elaboración no depende de los servicios de salud pública.

En cambio, la vigilancia epidemiológica es competencia de los órganos de salud pública autonómicos y, en parte, de los servicios locales. Junto a esta función que más que estadística está vinculada al control de brotes epidémicos, en algunas

autonomías los servicios de salud pública gestionan registros de enfermedades como el de Sida, Tuberculosis, Lepra, o enfermedades crónicas no transmisibles. No obstante, se hace difícil valorar la utilidad global de los servicios de control. De hecho, brotes epidémicos tan importantes como el síndrome del aceite tóxico han puesto en evidencia la poca capacidad de liderazgo de la salud pública frente al conjunto de servicios sanitarios, aunque la contribución de la epidemiología fuera, la más eficaz en la investigación etiológica¹⁴. Algo similar puede decirse con respecto al Sida¹⁵. Por el contrario, el control de brotes más reducidos como el de las epidemias de asma debidas a la soja en Barcelona o el llamado síndrome Ardystil, se han saldado de forma más positiva¹⁷.

Además de los servicios de vigilancia epidemiológica, la salud pública es responsable de actividades de protección y promoción de la salud de carácter comunitario. Sin embargo, muchas de las funciones correspondientes al saneamiento han sido absorbidas por los departamentos de medio ambiente, como ocurre con la vigilancia de la contaminación atmosférica o de las playas. En cuanto al control sanitario de alimentos y, en general de las actividades de veterinaria de salud pública, se detecta un claro progreso, probablemente como consecuencia de las directivas de la Unión Europea¹⁷. A pesar de ello persisten los conflictos entre las actividades de los servicios veterinarios de sanidad y los de agricultura.

Las vacunaciones, en mayor medida integradas en los servicios asistenciales y para las cuales el papel de los servicios de salud pública es el de logística y el de potenciar coberturas adicionales, junto a otras intervenciones de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, son muy variables según el ámbito territorial. Así, la mayoría de servicios autonómicos llevan a cabo "campañas de educación sanitaria" sobre determinados problemas de salud, particularmente dirigidas a la prevención del tabaquismo y otras dependencias, y al control del Sida, pero frente a otros problemas la dispersión es grande. Lo mismo puede decirse para este tipo de actividades cuando se llevan a cabo desde otros ámbitos administrativos. Cabe destacar el componente de propaganda institucional de estas intervenciones, por encima del supuesto impacto sobre la salud que, además, raramente se evalúa.

Este tipo de actividades coexiste, a veces incluso de manera coordinada, con determinados programas de control de problemas de salud. Así son los dirigidos a enfermedades transmisibles o a algunas alteraciones crónicas. Más excepcionalmente intervienen junto a programas comunitarios como el del niño sano o el de la mujer casi siempre pivotando en los equipos de atención primaria de la red asistencial. En este sentido merecen mención, algunos programas intersectoriales como los de salud laboral, nutrición comunitaria o educación para la salud en el medio escolar. Exis-

te poca experiencia en cribajes comunitarios, como el programa de detección y tratamiento precoz de metabolopatías congénitas o los de cribaje de cáncer femenino, con implantación menor, si exceptuamos la comunidad autónoma de Navarra con el programa de prevención secundaria de cáncer de mama ¹⁸.

También se deben considerar las actividades más tradicionales de policía sanitaria, como las inspecciones de locales e instalaciones, las intervenciones de desinfección, desinsectación y desratización, o la policía mortuoria. Estas actividades son supervisadas por las administraciones públicas y, a menudo, proporcionadas por concesionarios.

En relación con la gestión de servicios asistenciales, conviene mencionar la implicación escasa de la salud pública en la gestión clínica y en el control de calidad de los dispositivos. Esta carencia es especialmente significativa en el caso de la atención primaria de salud, ya que en su configuración conceptual este dispositivo no solo asume las actividades clínicas tradicionales, sino también las de prevención y promoción de la salud. En este sentido, no han sido solo los equipos de atención primaria los que han desarrollado iniciativas de integración de las intervenciones preventivas y promotoras en la asistencia ¹⁹, sino también algunos órganos de la administración sanitaria ²⁰. Cabe destacar que, en general, las intervenciones propuestas son de carácter individual y corresponden al patrón de comportamiento prescriptivo clínico, lo cual parece razonablemente adecuado en el caso de las vacunaciones, pero discutible en relación al consejo preventivo, al cribaje y a la detección oportunista ²¹.

3. Organización de la salud pública en España

3.1. Historia

Los antecedentes de la salud pública hay que buscarlos en la institución del médico del común, en los ayuntamientos medievales y en la política policial frente a las epidemias con el establecimiento de medidas de cuarentena.

En el siglo XVIII se formulará de forma sistemática por Johan Peter Frank y cobrará carta de naturaleza con el desarrollo del movimiento higienista del siglo XIX. A finales de ese siglo se promulgará la ley de 1875 que consolidará las funciones de los sanitarios locales, creará los institutos provinciales de sanidad y, en algunos casos, facilitará la creación de institutos municipales de salud, como el del Ayuntamiento de Barcelona.

Desde entonces y hasta 1979 los servicios de salud pública, de sanidad en la terminología vigente entonces, se establecerán siguiendo un patrón similar. Un vértice central ubicado en el Ministerio del Interior o de la Gobernación, una estructura provincial que dará lugar a las Jefaturas Provinciales de Sanidad, y unos servicios periféricos estructurados en las denominadas Jefaturas Locales de Sanidad, generalmente a cargo de un médico de la asistencia pública domiciliaria, con el concurso del farmacéutico, veterinario y practicante. En algunas poblaciones se establecerán casas de socorro y, menos frecuentemente, centros hospitalarios dedicados generalmente a la atención de enfermedades infecciosas.

Mención especial merece la atención a los enfermos psiquiátricos, competencia de las administraciones provinciales, del mismo modo que la atención a las infecciones. Así los servicios sanitarios públicos se conforman incluyendo tres redes separadas: la red asistencial del INSALUD, los servicios de salud pública y los de atención a enfermedades infecciosas y mentales.

En 1979 se empiezan a producir las transferencias del Estado a las Comunidades Autónomas o, mejor dicho, preautonómicas, de forma que los servicios de salud pública y de planificación serán descentralizados en los primeros momentos de la transición democrática. La Ley General de Sanidad de 1986 consolidará la descentralización sanitaria en amplias materias, básicamente dirigidas a las Comunidades Autónomas y escasamente a los Municipios.

3.2. Modelos

A pesar de los años transcurridos desde las transferencias, el modelo de organización de los servicios de salud pública en las distintas Comunidades Autónomas es bastante similar, con las excepciones polares de Andalucía y Valencia, y con las peculiaridades que se han ido comentando a lo largo del anterior capítulo. En Andalucía, un notable desarrollo de la atención primaria, ha permitido efectuar una intensa integración de las actividades de protección y promoción de la salud en el seno de los equipos de atención primaria que se responsabilizan de la colectividad del área Básica de Salud, con el soporte del Distrito sanitario. En la Comunidad Valenciana, existen centros específicos de salud comunitaria que asumen las responsabilidades de la protección de la salud y de la promoción comunitaria en el marco de las áreas de salud o regiones sanitarias. Con todo, persisten los cuerpos de sanitarios locales con mayor o menor dedicación y ámbito a las actividades de salud pública.

En los últimos años se ha diseñado un modelo de integración de los recursos de salud pública correspondientes al área de salud o región sanitaria, denominado

en Cataluña Agencia de Protección de la Salud, aun pendiente de tramitación política y legislativa.

3.3. Impacto económico

No se dispone en España de datos relativos al componente de gasto del presupuesto de la sanidad pública destinado a la salud pública. Utilizando datos de otros países y los comunicados en la Encuesta de Servicios de salud pública ²², este presupuesto puede oscilar en torno al 2%, sin incluir los recursos dedicados a la protección y promoción de la salud por los dispositivos asistenciales. Contrasta este porcentaje con la trascendencia económica de las actuaciones de salud pública, como consecuencia de la influencia que las normativas sanitarias tienen sobre la producción y distribución de alimentos, y sobre la contaminación atmosférica.

3.4. Investigación y docencia en salud pública

El establecimiento moderno de la especialidad de salud pública data de 1975, posteriormente al primer curso de Medicina Preventiva Hospitalaria celebrado en Madrid en 1974. En 1977 se generalizan las convocatorias de residentes en los servicios hospitalarios de Medicina Preventiva. En la actualidad se convocan unas cuarenta plazas anualmente ²³.

En 1996 se formula un nuevo programa de cuatro años de duración, que se propone romper con el carácter básicamente hospitalario de la formación, para poderse homologar a la especialidad europea y está pendiente de unos nuevos criterios de acreditación, más acordes con el carácter comunitario de la especialidad ²⁴.

Las actividades de salud pública en el ámbito académico se llevan a cabo en los departamentos universitarios, en los centros públicos de investigación y en las Escuelas de Salud Pública. Con sus características peculiares y su desarrollo particular, los tres ámbitos descritos han mostrado un crecimiento considerable en los últimos años, si bien la situación por lo que respecta a las actividades de investigación, consultoría y asesoramiento son manifiestamente mejorables ²⁵.

4. Las reformas en los sistemas sanitarios y la salud pública

4.1. Procesos de reforma en Europa

Las reformas sanitarias recientes producidas en Europa muestran dos tipos de estrategias diferenciadas, en función de su proyección temporal ²⁶. Cabe identificar,

en primer lugar, una serie de medidas o cambios tendentes a controlar el gasto sanitario público a corto plazo, obligados por los compromisos de convergencia y estabilidad macroeconómica vinculados al proceso de unión monetaria. Entre estas medidas coyunturales destacan los recortes en los paquetes de beneficios otorgados a la población -más bien la eliminación de prestaciones que no pudieran considerarse estrictamente sanitarias-, los controles más rigurosos en la introducción de tecnologías médicas y farmacológicas, acompañados de una mayor presión y difusión de la medicina basada en la evidencia, la introducción de incentivos a las instituciones o a los profesionales en relación con el control del gasto, el crecimiento de las aportaciones directas de los ciudadanos y, finalmente, las medidas de contención o reducción de precios y salarios en el sector ²⁷.

Una segunda agenda de reformas más estructurales, se inicia a principios de los 90 en gran parte de Europa: Reino Unido, Países Escandinavos, Holanda y Alemania principalmente. Estas reformas están caracterizadas por la introducción de mecanismos de competencia gestionada o planificada, bien sea dentro de los sistemas nacionales de salud (mercados internos de proveedores) o en los países con sistemas de seguro (con una mayor competencia entre aseguradoras públicas y privadas). En cualquiera de ambos casos, cabe identificar algunas tendencias comunes:

- Un traslado de poder al ciudadano, que se expresa en distintas facetas: elección de aseguradora, centro o profesional, y con financiación vinculada a dicha elección; garantía de derechos en la utilización de los servicios (tiempos máximos de atención, consentimiento informado, etc.) y una mayor protección de dichos derechos; implicación de los ciudadanos en nuevos órganos de gobierno sanitarios más ejecutivos; ampliación de la información pública sobre las prestaciones y servicios disponibles, así como sobre las condiciones y resultados ofrecidos; estudios de opinión y satisfacción para orientar y medir las condiciones del servicio; etc ²⁸.
- Una actuación proactiva, acompañada de una financiación prospectiva, de los organismos financiadores mediante contratos de servicios, que tratan de asegurar la eficiencia asignativa del sistema: la compra del mayor "valor en salud", basada en las necesidades de salud de la población, en la evidencia existente sobre las prácticas más coste-efectivas y en la información sobre la calidad y coste de los proveedores de atención
- La introducción de organizaciones de cuidados, y esquemas de incentivos, basados en la medicina gestionada. Es decir, una potenciación del papel de la medicina de familia como puerta de entrada y reguladora de flujos den-

tro del sistema. Sus distintas variantes van desde los "GP Fundholders", "Primary Health Care Led NHS", "HMO" o similares, hasta distintas modalidades de contratos de incentivos con la Atención Primaria. También se persigue una organización que favorezca la transferencia de cuidados hasta el lugar más próximo al domicilio del paciente, o hacia instituciones de menor carga asistencial y coste (centros y hospitales de día, hospitales a domicilio, centros de cuidados intermedios), así como la anticipación y evitación de episodios de alto coste mediante nuevas terapias, protocolos de actuación interniveles, "disease management", etc.

- En los países con mayores dificultades financieras (en el Mediterráneo y la Europa del Este), así como en los que manifiestan una cultura histórica de sistemas de seguros (Holanda, Canadá, etc.) pueden observarse actuaciones gubernamentales tendentes a favorecer el aseguramiento privado complementario para determinados grupos de prestaciones o beneficios, o bien como substitutivo de la cobertura pública, en el caso de determinados sectores de la población. En todo caso, la utilización de mecanismos de ajuste de riesgo apropiados está resultando imprescindible para asegurar una competencia transparente y leal, equidad en el acceso y sostenibilidad financiera de los aseguradores públicos²⁹.

4.2. La salud pública en las reformas

Las tendencias de reforma de los sistemas sanitarios han llegado en mayor o menor medida al ámbito de la salud pública, implicando la necesidad de un importante cambio tanto en su cultura como en los instrumentos de trabajo y objetivos que persigue. La planificación sanitaria tradicional, ante unos centros cada vez más autónomos en la definición de sus estrategias de servicio, ha debido dejar paso a nuevas formas y nuevos profesionales. El peso de la opinión del ciudadano, aun lejano del objetivo deseable, ha crecido a la hora de conformar el mercado de servicios de salud. La irrupción de distintas variantes de mercados planificados obliga a centrar en la demanda la estrategia de planificación y a utilizar instrumentos de trabajo distintos de los tradicionales.

Si bien es cierto que este impacto es todavía incipiente en España, debido al retraso en la introducción de pautas nuevas en la organización de los servicios, es generalizada la opinión de que en nuestro país es inevitable la tendencia a profundizar en la separación de funciones, la competencia entre centros y la entrega a los ciudadanos de un mayor poder en la conformación de los servicios de salud que reciben^{30,31}.

En respuesta a estas tendencias, es indudable que se exige un nuevo papel y nuevas responsabilidades para la salud pública y para las especialidades que ésta engloba. Entre estos desafíos se destacan los siguientes:

- La construcción de alianzas con los prestadores de servicios sanitarios y sociales para lograr unos cuidados de salud de mayor calidad, más próximos a las necesidades de los ciudadanos, con mayor orientación a las poblaciones diana, cercanos a la población y más centrados en la prevención.
- El desarrollo de técnicas de evaluación y monitorización continua de las necesidades de la población y de las condiciones en que ésta desea que se le ofrezcan los servicios. Monitorizar la equidad en el acceso a los cuidados y servicios preventivos de la población.
- La confección de información permanente acerca de los proveedores locales, como referente a las prácticas de excelencia, para ponerla a disposición de las autoridades encargadas de la compra de servicios, de manera que permitan la "contratación basada en la evidencia". Es decir, una contratación basada en parámetros objetivos sobre qué y a quién comprar.
- El facilitar a los ciudadanos, directamente o a través de mediadores (organizaciones ciudadanas, médicos generales, etc.), la información que permita el ejercicio de la mayor autonomía personal en el cuidado de su salud, de la de sus familiares y en la utilización de los servicios sanitarios. Se trata de lograr el máximo de decisiones informadas sobre el cuándo y adonde acudir.

4.3. La salud pública y los compradores de servicios (Putting health into contracts)

La salud pública dispone en la nueva organización de servicios sanitarios basada en la separación de funciones de financiación, compra y provisión de servicios, de un contexto idóneo para hacer viables parte importante de sus objetivos. Los contratos constituyen un método básico por el que las nuevas organizaciones de salud perseguirán objetivos de promoción de la salud y prevención de enfermedades ³².

En este contexto, los servicios de salud pública deben acometer las siguientes funciones:

- Apoyar el desarrollo de políticas de salud: evaluar necesidades, identificar poblaciones vulnerables, definir prioridades, diseñar y evaluar programas de actuación.
- Identificar, en base a la información científica disponible o al consenso profesional, las prácticas profesionales más eficaces para promover la salud de las personas y reducir la carga de enfermedad.
- Desarrollar los marcos de actuación más adecuados para conseguir servicios sanitarios más efectivos y eficientes: guías de práctica, coordinación de actuaciones, auditorías e investigación de resultados, apoyo y desarrollo de organizaciones de iniciativa social.
- Promocionar la salud de las personas y la colectividad a través de programas específicos de atención.

Esta orientación exige un trabajo conjunto y normalizado de los contratadores de servicios de salud con los servicios de salud pública, compartiendo objetivos, recursos y profesionales. Los servicios de salud pública pueden estar integrados en las organizaciones de compra, o mantenerse como organizaciones autónomas que efectúen funciones en apoyo de la contratación, siendo a su vez contratadas. Sea cual fuere la fórmula organizativa y relacional por la que se opte, no cabe ninguna duda en cuanto a la mutua dependencia entre contratadores y servicios de salud pública.

4.4. Catálogos de prestaciones

Un elemento sustancial de algunas de las reformas en marcha ha sido la existencia de un catálogo de prestaciones sanitarias que responda al compromiso contractual de las instituciones responsables de la salud comunitaria frente a las personas susceptibles de necesitar atención clínica individual. De la misma manera, debe establecerse un compromiso del mismo nivel y configuración, en relación a aquellas actividades a proporcionar en forma colectiva. Ya se han formulado ³³ alguna de las actividades que podrían ser consideradas en este catálogo de prestaciones colectivas.

Para que este contrato resulte operativo, debe establecerse respecto de una población determinada y en un territorio concreto. La definición genérica, y al máximo nivel jurídico, debe ser renovada en cada ámbito territorial, sean las áreas de salud o regiones sanitarias. Es posible desagregar en ámbitos más reducidos, como

los sectores sanitarios o las áreas básicas de salud, alguna de las actividades colectivas más importantes, si bien en aras a la factibilidad es conveniente que tales desagregaciones sean limitadas.

Los órganos de dirección y participación previstos en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, deben ser capaces de garantizar la efectividad de este compromiso contractual y, para ello, establecer los procedimientos adecuados y transparentes de rendición de cuentas.

5. Las nuevas organizaciones de prestación de servicios de salud pública: la experiencia de Barcelona

5.1. Funciones

El Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona ha orientado la prestación de sus servicios a los 1.650.000 ciudadanos del ámbito territorial de la ciudad de Barcelona. Estos servicios operan en cuatro direcciones fundamentales: 1) información sanitaria para la planificación y gestión de los servicios, 2) introducción de innovaciones para los servicios sanitarios y comunitarios, 3) la protección de la salud mediante el control de la higiene y seguridad de los alimentos, prevención de las zoonosis y el control medio-ambiental, 4) prestación de algunos programas y servicios asistenciales cuya barrera de acceso no es el coste.

Estos ejes pretenden conferir en la mejora de salud de la población, del conjunto de la población, fomentando el protagonismo de los ciudadanos y la reorientación de los servicios sanitarios, controlando los riesgos y previniendo las patologías más relevantes.

5.2. Organización

El Instituto Municipal es un organismo autónomo, con personalidad jurídica propia y organización básicamente empresarial. Este tipo de estructuras cuenta con una cierta tradición en el campo de la sanidad española, especialmente en Cataluña.

Su ámbito de actuación coincide con el de la región sanitaria, que sería el propio municipio de Barcelona. El Consorcio Sanitario de Barcelona, órgano conjunto de la Administración Autonómica y Local, asume las funciones de región sanitaria de la Ciudad. Se prevé la adscripción del Instituto Municipal al Consorcio Sanitario de Barcelona para la prestación del conjunto de servicios de salud pública para la Ciudad.

La organización actual del Instituto contempla la existencia de dos ámbitos productivos básicos; 1) Información, promoción y programas, y 2) el de Protección de la Salud.

El Ayuntamiento de Barcelona mantiene además una estructura sanitaria periférica, ubicada en los 10 Distritos de la Ciudad. Su inserción organizativa es en la división de servicios personales, ocupa un volumen de unas 50 personas en la Ciudad y se orienta básicamente hacia los programas de salud escolar. En estos momentos esta estructura se encuentra en un intenso proceso de reorientación cuyo objetivo fundamental es su transformación de equipos de salud escolar en equipos de salud territoriales, fortaleciendo la dirección técnico-estratégica del Instituto y facilitando su mejor inserción en los programas dedicados a las personas (servicios sociales, cultura, deporte, educación) desde la organización periférica del Ayuntamiento.

5.3. Cartera de Servicios

El Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona publica periódicamente una Cartera de Servicios³⁴. Cabe destacar el papel que en dicha cartera tienen algunas actividades, productos y servicios.

Así se refleja un peso importante en las actividades de información sanitaria, y sobre todo de las de vigilancia epidemiológica, que comportan también una intervención. Las actividades de prevención y promoción de la salud se concentran en torno a diversos programas.

Las actividades tradicionales de control ambiental, han sido asumidas hoy por otras estructuras administrativas, siguiendo un proceso similar al comentado anteriormente para otros niveles de la administración pública en los últimos años.

Destaca también el peso importante de las actividades relacionadas con la seguridad e higiene de los alimentos, especialmente en el control de mataderos e industrias alimentarias. Se sistematizan las actividades del Laboratorio de Salud Pública en base a su relación con los programas de vigilancia (básicamente programada), de la vinculada a demandas puntuales suscitadas por denuncias o investigaciones concretas.

La presencia de los programas de drogas permite un importante entronque con otros programas con los que mantiene estrecha relación: Educación sanitaria, vigilancia y control de la tuberculosis, Sida...

Finalmente, se han enfatizado las actividades de coordinación y enlace, por su dimensión y su importancia creciente, tal como se ha comentado anteriormente.

5.4. Financiación: costes, precios y resultados

La estructura básica del Instituto es sustentada por 210 personas a dedicación completa, de las que un 25% son técnicos superiores. El volumen de gasto anual fue en 1996 de 1.820 millones de pesetas (no considerando inversiones ni amortizaciones). El ratio de autofinanciación es del 17%³⁵.

Se publica anualmente la estructura de costes por programa. Para un buen número de productos y servicios de los distintos programas del Instituto, se han analizado su coste anual, sus indicadores de actividad y costes unitarios, cobertura alcanzada e indicadores de resultado o calidad. Como ejemplo, con los datos disponibles en el año 1996 se dedican 30,6 millones de pesetas al programa de prevención y control de la tuberculosis, se han encuestado 1.476 casos, cuesta 20.717 pesetas controlar un caso, la cobertura es del 100% y se observa una tasa de curación a los 12 meses del 80%. O también, se dedican 72,8 millones a los programas de mantenimiento con sustancias substitutivas, que cubren 1.212 pacientes, costando 60.000 pesetas cada paciente y 305 cada contacto, con una retención a los dos años del 77%.

Esta estrategia de análisis, en fase de elaboración permanente, permite revisar cada uno de los productos, junto a sus responsables, en su configuración de costes y resultados. Permite también su presentación a los responsables políticos y al público.

5.5. Clientes y compradores

Los principales clientes de una institución de este tipo serán las administraciones. La autoridad política ha de dar respuesta a la necesidad de garantizar la protección de la salud y por tanto, ejercer la función de autoridad sanitaria y de responsabilidad política. Además, han de identificar los problemas de salud actuales y potenciales, para poner en marcha políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Pero también existen otros clientes en los servicios de salud y los diversos proveedores de asistencia. En el contexto analizado de separación de funciones y con financiación basada progresivamente en criterios capitativos, los proveedores de servicios tienen claros incentivos por mejorar la salud de la población y para reducir

las necesidades asistenciales, creándose así unas condiciones reales y objetivas para la coordinación entre la salud pública y los servicios asistenciales, fundada en sus respectivas misiones y en el mutuo beneficio.

Es de importancia creciente el papel de asesoramiento y desarrollo que por parte de las industrias alimentarias o de consumo puede demandarse a las organizaciones de salud pública. Será fundamental en este campo evitar las posibles interferencias que pudiera producir la función de autoridad con las actividades técnicas de soporte.

6. Líneas estratégicas para el desarrollo de la salud pública

6.1. Líneas de desarrollo: nuevos roles de la salud pública

Para acometer las nuevas funciones, los servicios de salud pública deberán ejercer nuevos papeles de los que se destacan algunos a continuación:

1. "Voz o Antena local", actuando como agente cualificado de la población, analizando y destacando sus necesidades de atención sanitaria, el acceso a los servicios, su utilización y el beneficio que reciben de ellos. Igualmente la salud pública debe contribuir a favorecer la presencia de los grupos de población y usuarios en todos los ámbitos de decisión, dentro de los servicios de salud, donde son una parte interesada. También ha de contribuir a difundir la información que el público debe conocer sobre los recursos disponibles, las condiciones en que se ofrecen los servicios, y cualquier otra información que el público deba conocer para tomar decisiones autónomas y responsables respecto de su salud.
2. "Focalizador de los cuidados", localizando a los grupos más vulnerables, estableciendo objetivos de cobertura e impacto de los servicios y definiendo estrategias de servicios adecuadas a las características peculiares de esos grupos.
3. "Catalizador de Alianzas de Salud", la salud pública debe animar la creación de alianzas y estrategias conjuntas dentro del sector salud y con otros límites, para favorecer una actuación integrada y eficiente ante los problemas de salud. Entre otras cabe mencionar la necesidad de buscar alianzas entre: 1) instituciones sanitarias (atención primaria, hospitalaria, emergencias, salud mental, red sociosanitaria; 2) entre departamentos municipales,

- autonómicos y estatales con impacto o responsabilidad sobre la salud, 3) entre instituciones públicas y organizaciones voluntarias y de iniciativa social, e incluso con el sector privado empresarial, para lograr objetivos de salud conjuntos y para influir y apoyar otras políticas con efectos sobre la salud.
4. "Guía y Apoyo a la Contratación de Servicios de Salud", para ello informa y orienta los contratos hacia los objetivos y ganancias de salud y la contratación basada en la evidencia. Este papel se ejerce apoyando a las autoridades compradoras en la definición de sus propias estrategias de contratación de servicios, ofreciéndoles la información que necesitan para contratar eficientemente, asegurando la introducción de objetivos de prevención y promoción de salud en los contratos con los prestadores, evaluando los resultados en salud alcanzados por los distintos prestadores.
 5. "Agente indirecto", promoviendo en otros niveles asistenciales el re-equilibrio hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, junto a la curación y el cuidado; para ello sensibiliza a los servicios y a los ciudadanos en este sentido, formula programas de atención y apoya técnicamente a otros niveles, sobre todo a la atención primaria de salud, en la introducción de esos programas.
 6. "Apoyo al desarrollo de Políticas de salud", la salud pública debe ejercer, como ya se ha dicho, un papel activo en el desarrollo y evaluación de las políticas de salud y de otros sectores con impacto sobre la salud de la población; para ello elabora y difunde la información necesaria y la investigación pertinente, ayudando a determinar prioridades de una manera fundada.
 7. "Prestador de servicios", seguirán existiendo servicios y necesidades para los que no exista una estructura capaz o dispuesta a atenderlos por razones de falta de competencia técnica, falta de incentivos financieros, urgencia o cualquier otro motivo. En estos casos, la salud pública puede tener como responsabilidad la organización de la prestación de estos servicios, estableciendo para ello un contrato con quien tiene la responsabilidad de compra.

6.2. Salud pública y acreditación

La poca consolidación de los modelos organizativos de salud pública, contrasta con el esfuerzo que en este campo han realizado otros subsectores del sistema sanitario. Son bien escasas las referencias al componente organizativo de la salud

pública, frente a la evidente heterogeneidad de ofertas de servicios puesta de manifiesto en EEUU ³⁶. En 1993, se detectan servicios prestados por el 96% de los centros (vacunaciones) y servicios prestados por el 12% de los centros (salud mental). En Canadá, se comunica ³⁷ la definición de unos programas obligatorios para los Departamentos Locales de Salud Pública.

Es destacable pues la necesidad de que los servicios de salud pública acrediten su capacidad organizativa y funcional, con la evaluación permanente de sus programas y resultados.

Es relevante la experiencia que se está llevando a cabo en los Departamentos Locales de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica. Las reformas del sistema de salud pública plantean como uno de sus objetivos que el 90% de la población sea atendida por servicios de salud pública adecuados y efectivos en las funciones básicas que se definen. Estas funciones básicas (Asesoría-Diagnóstico de situación, Desarrollo de políticas y planes, y Evaluación- Participación comunitaria), fueron definidas a principios de los años 90 por el Gobierno federal. Se ha discutido su relevancia para la acreditación ³⁸, los ingredientes básicos que permiten analizarlas o los indicadores que facilitan su valoración ⁴⁰.

En esta experiencia norteamericana se pone de manifiesto la realidad de que no todas las funciones se cumplen por igual, que no todos los centros y tamaños son igualmente efectivos y que algunas consideraciones generales pueden concluirse. Destaca la referida a la puesta en evidencia de que los ciudadanos no están bien servidos y protegidos, en relación a las funciones básicas que deben cumplir los servicios de salud pública locales.

6.3. Financiación en épocas de déficit público

Se conocen mal nuestras organizaciones de salud pública, existen déficits importantes en su reconocimiento autonómico o estatal, y no se dispone de información fidedigna de lo que comportan en recursos humanos y económicos. Es sin duda una mala situación para una época de restricción de recursos en todos los niveles del sector público. Su existencia ni se contemplaría en el sector privado.

A nivel funcional, existe una conciencia generalizada de que nuestro país dispone de unos razonables indicadores de salud. Se sabe también que éstos son explicados poco por los servicios sanitarios y más por las condiciones sociales y de vida. Pero en esa, aunque escasa, relación con los servicios de salud, en muy escasas situaciones lo son con los servicios de salud pública. En las crisis epidemiológi-

cas que hemos padecido, estos servicios y sobre todo sus responsables políticos, aparecen en situaciones de gran confusión y conflicto, con una insoportable presión de los medios de comunicación. El llevar la iniciativa, o poner de manifiesto el trabajo cotidiano o sistemático, es muy difícil en esas situaciones.

La existencia de nuevas estrategias de financiación que clarificaran los recursos destinados a la salud pública (como ya proponía el informe Abril Martorell) o, mejor aún, los dedicados a algunos programas, permitiría reformular la situación. Así mismo permitiría soslayar el esquema rígido e interrumpido de descentralización por el que optaron nuestras leyes inicialmente. Una asignación financiera limitada pero estable, transparente y suficiente, vinculada con precisión (quizá en la forma de un contrato) a una cartera de actividades y unos indicadores de cobertura y resultados, permitirá a los servicios de salud pública ejercer éticamente lo que se le pide y con ello, ganar en credibilidad interna (respecto a otros servicios sanitarios) y externa (social y política).

Posiblemente sea la estrategia financiera la más capacitada y eficaz para introducir cambios en la organización, funciones, efectos y resultados de los servicios de salud pública que se pretenden reformar. Sin duda la acreditación de estos servicios debe ser una condición totalmente relacionada con la financiación. Si el dinamismo de nuestro sistema sanitario pasa por la estructuración de entidades compradoras a nivel regional, éste puede ser un ámbito razonable de aplicación de los criterios básicos que se definieran.

7. Palabras clave para el futuro de la salud pública

7.1. Profesionalidad y eficiencia

Uno de los aspectos históricos de la salud pública es sin duda, la capacidad de aportar valores a la comunidad (equidad, prevención, efectividad) y uno de tales valores debe ser el de la eficiencia de las intervenciones sanitarias.

A menudo se puede contemplar una especie de diálogo de sordos entre quienes reclaman más recursos para la sanidad y quienes consideran que no ha lugar para ello puesto que se destinen los que se destinen la sanidad seguirá reclamando y consumiendo más.

Hay que reconocer que buena parte de las intervenciones sanitarias se llevan a cabo sin que exista evidencia suficiente de su efectividad.

Esta situación, que se refleja de forma relevante en la creación de iniciativas como la del grupo Cochrane, que reivindican la medicina basada en la evidencia como criterio básico para incluir cualquier actividad entre las que debe asumir un sistema sanitario público, permite que pueda plantearse la garantía de la eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios, como una aportación necesaria de la salud pública.

Una eficiencia relacionada, como es obvio, con la efectividad de las intervenciones, más que con el propósito directo de contener o de restringir el gasto. Los escépticos de este tipo de planteamientos desconfían de las posibilidades de racionalización que las actividades médicas y sanitarias tienen y ello, probablemente, como consecuencia de un análisis macro en el que destaca la influencia de los intereses económicos de los grupos e instituciones implicados en el sector de la salud.

Desde luego se trata de una argumentación sólida, pero afortunadamente incompleta, puesto que los servicios sanitarios como ningún otro de los sectores de servicios sociales, admiten de buen grado la existencia de criterios de eficacia y de efectividad, entre otras razones porque son los que legitiman su misma existencia en la comunidad.

Así pues, la evaluación de la efectividad, y sobre ella la determinación de la eficiencia, es uno de los campos de desarrollo futuro que puede justificar la existencia de una salud pública útil para la población (los recursos públicos son de todos) y útil para los servicios sanitarios (es mejor incentivar las actividades eficientes que las que no lo son).

Pero para poder aportar los resultados de la aplicación de criterios de eficiencia sanitarios se hace necesaria una profesionalización suficiente de los practicantes de la salud pública, que les permita llevar a cabo análisis periódicos y continuados de las prestaciones y de las organizaciones de salud.

7.2. Nuevas funciones implican la reingeniería de procesos y organizaciones

Una organización de salud pública que mire al futuro ha de tomar forzosa-mente en consideración los tres elementos básicos que conforman las reformas de los sistemas de salud y que hemos mencionado anteriormente: ciudadanos con mayor poder y autonomía; nuevas organizaciones de cuidados donde la atención primaria es factor clave como proveedora cada vez de mayor número de servicios y a su vez reguladora de flujos internos; y organizaciones de compra de servicios

cuya misión ya no es simplemente planificar los recursos asistenciales, sino lograr ganancias en salud para la población ⁴¹.

Las organizaciones de salud pública han de entender estos cambios y reconstruir sus culturas y estructuras organizativas. Transitando desde las funciones de planificación y control de terceros hacia funciones de soporte, catalización y alianzas. De estructuras y organizaciones centralizadas hacia organizaciones flexibles y próximas. De estructuras fijas y por funciones a estructuras móviles (grupos de tarea, proyectos multidisciplinares) y por clientes. De la financiación fija y estable a la financiación por servicios prestados y por resultados.

En primer lugar, la salud pública debe entender que hoy las organizaciones, cualquier tipo de organizaciones pero más las altamente profesionalizadas como la sanitaria, ya no se mueven por normas o planes. Para conseguir que otros se muevan hay que involucrarse en sus problemas y ayudarles a buscar soluciones más convenientes, dejando un amplio espacio para las decisiones autónomas que éstos puedan desear adoptar. Nada más importante que esto para conseguir crear alianzas con los equipos de atención primaria. Son los profesionales de atención primaria los mejor situados para entender los problemas de salud de sus pacientes y poblaciones. Sin embargo, necesitan de un gran apoyo metodológico y técnico para poder evaluar las necesidades de salud en su población, elegir las estrategias más adecuadas, considerar e incluir la promoción de salud y la prevención de las enfermedades en su práctica diaria, monitorizar los logros alcanzados, mejorar la calidad e intensidad de la investigación que realizan, tanto, para desarrollar la propia medicina de familia como para revisar con espíritu crítico la práctica profesional ejercida en dicho centro de salud. Lo mismo cabe decir respecto de la necesidad de buscar alianzas con las organizaciones de iniciativa social, servicios sociales, gobiernos municipales, etc.

Las organizaciones de salud pública han de abrirse hacia sus clientes y hacia lo que puede considerarse como sus "brazos extendidos". Esto implica más trabajo de campo, más interacción con la atención primaria y el resto de agentes de salud; una estructura orientada hacia el exterior, y no tanto hacia sus propios programas y hacia el trabajo de gabinete ⁴².

Es necesario contar con una estructura capaz de revisarse a sí misma con carácter permanente, que permita adaptarse al papel polivalente que se ha definido con anterioridad. Para ello deberá gestionarse a través de las fronteras internas de la organización, introduciendo técnicas de gestión lateral caracterizadas por procesos de coordinación interdepartamental, sistemas de información compartidos, organi-

zación de grupos de tarea y equipos de proyectos multidisciplinarios, organizaciones matriciales, etc.

Las piezas sobre las que una organización de salud pública se debe construir siguen siendo la protección de la salud, laboratorio, promoción y prevención, epidemiología y estadística sanitaria y atención a problemas específicos. Pero, en lugar de responder ante sí mismas de sus objetivos y programas de actuación, han de vincularse a programas y estrategias conjuntas con los agentes de salud (atención primaria, otros prestadores asistenciales, organizaciones de iniciativa social, población-consumidores y contratadores de servicios), que han de ser considerados como sus clientes.

Factores críticos de éxito de cualquier intento de modificar la cultura y organización de un servicio de salud pública serán ⁴³:

- Un deseo compartido por los responsables políticos, directivos y profesionales, para cambiar el "status quo". Debe partir del reconocimiento de que la organización actual es insuficiente tanto para lograr los objetivos asumidos como para satisfacer profesionalmente a sus trabajadores.
- Un compromiso sostenido y activo a lo largo de todo el proceso. Compromiso para quienes lo lideran y para los que participan en él.
- Una visión compartida, ambiciosa y realista, que mire al futuro y acepte los cambios en el entorno social y del sector sanitario.
- Una correcta asignación de tiempo y recursos para hacer posibles los cambios.
- Una amplia participación de profesionales, trabajadores y de los propios clientes actuales y futuros, para rediseñar la organización.
- Una comunicación eficaz que llegue a toda la organización, y a la sociedad, de todos los pasos subsiguientes y de los resultados intermedios alcanzados.
- Una medida continuada del rendimiento y productividad de la organización respecto de los objetivos propuestos, así como una comparación sistemática con otras organizaciones similares renovadas.

7.3. Participación y liderazgo comunitario

Es indudable que uno de los valores que las sociedades desarrolladas reclaman con mayor cohesión es el del protagonismo de los usuarios, clientes o ciudadanos. Las organizaciones, servicios y programas de salud pública deberán hacer un giro sustancial en la visión cerrada, profesional e indiscutible que los ha guiado. No es suficiente el despotismo ilustrado de hacer lo mejor para los pacientes o lo que se dispone a nivel de recursos técnicos o económicos.

Los estudios de opinión o satisfacción ponen de manifiesto repetidamente la opinión favorable de los pacientes respecto de los aspectos técnicos de su proceso asistencial y su desagrado con los de accesibilidad o comprensibilidad.

La debilidad de las estructuras y metodologías de participación, no permite eludir el reto. Las necesidades de información, organización y dirección participativa, a la medida de los ciudadanos, requieren de numerosas iniciativas de las que existen suficientes experiencias a reflexionar en otros países.

Los servicios de salud pública, en el ejercicio de sus funciones, tienen una experiencia única en el sistema sanitario, en la consulta, colaboración, articulación y consenso con la población. Su aproximación a la realidad colectiva puede contrastar con la experiencia individual de un ciudadano, pero la representación de la población debe ser capaz de articular, colectivamente, cómo la salud pública facilita esa realidad.

Los niveles de participación en otros sectores de servicios personales (educación, cultura,...) en ámbitos concretos del sector salud (afectados, familiares, organizaciones de ayuda mutua,...) y de algunos grupos pioneros (consumidores, usuarios de la sanidad,...) permite intuir realidades futuras.

8. Líneas de futuro

Se imponen las reformas en el ámbito de salud pública. Los sistemas sanitarios están en reforma, necesitan de funciones que deben ser provistas por los nuevos servicios de salud pública, la población demanda ser mejor servida y con más autonomía y existe la capacidad de análisis e innovación en los profesionales del sector. ¿Por qué pues no están ya las reformas en marcha?

Las razones de esa inacción pueden ser múltiples y deben dejarse para un debate. Quizás conviene aportar alguna última consideración a ese debate.

En los recientes informes de revisión del sistema sanitario Español, La Reforma Sanitaria posible ³¹ y el Informe Nera ²⁹ se apuntan reformas estructurales, en el primer caso la posible (en opinión de los autores) y todas las posibles, en el segundo caso. En ambos casos, con mayor o menor intensidad, se ponen de manifiesto numerosos aspectos de participación, análisis y programación, difícilmente aplicables sin servicios de salud pública nuevos y orientados a tales finalidades.

Parece razonable coincidir en que existe suficiente experiencia profesional, capacidad de análisis de la realidad propia y del sector, y voluntad de mejora. Habrá que profundizar en la capacidad de coincidencia en las líneas de desarrollo y de generación de experiencias. Sin duda esto fomentará más el debate y la cohesión profesional. Todo ello con la vista puesta en el futuro de nuestro sistema sanitario, para que sirva mejor y más eficientemente a las necesidades de salud y desarrollo de nuestra población.

9. Conclusiones

- Es escasa la reflexión sobre los temas organizativos de la salud pública en nuestro país
- Las funciones generalmente atribuidas a la salud pública comprenden las de: autoridad sanitaria; planificación-evaluación y diseño de políticas y servicios específicos y promoción de la salud colectiva
- Los sistemas de información sanitaria son un instrumento capital para diseñar y evaluar las políticas y las intervenciones.
- Muchas de las funciones correspondientes al saneamiento han sido absorbidas por los departamentos de medio ambiente
- El modelo de organización de los servicios de salud pública en las distintas Comunidades Autónomas es bastante similar
- Las actividades de salud pública en el ámbito académico, que han mostrado un crecimiento considerable en los últimos años, se llevan a cabo en los departamentos universitarios, en los centros públicos de investigación y en la Escuelas de Salud Pública.
- Debe avanzarse ineludiblemente en la reforma de nuestros dispositivos de salud pública. La estrategia de análisis, definición de estándares, acreditación, financiación y evaluación de los servicios y productos, puede ser adecuada

10. Recomendaciones

- Las políticas de salud deben materializarse en los planes de salud
- Los desafíos de la salud pública son: construir alianzas con los prestadores de servicios sanitarios y sociales para lograr unos cuidados de salud de mayor calidad; desarrollar técnicas de evaluación y monitorización continua de las necesidades de la población y de las condiciones en que esta desea que se le ofrezcan los servicios y disponer de información permanente acerca de las prácticas de excelencia
- Los contratos-programa constituyen un método básico por el que las nuevas organizaciones de salud perseguirán objetivos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Debe establecerse un catálogo de prestaciones a proporcionar en forma colectiva. Para que resulte operativo debe establecerse respecto a una población determinada y en un territorio concreto.
- Los servicios de salud pública deben acreditar su capacidad organizativa y funcional con la evaluación permanente de sus programas y resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 McKeown T. *The Role of medicine -dream, mirage or nemesis-*. London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
- 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 Andersen consulting. *The Future of European Health Care*. 1993.
- 4 *Health Care Reform: Controlling, Spending, and Increasing Efficiency*. OECD. 1994.
- 5 Artells, JJ. Contexto de política y direcciones de cambio para el sistema sanitario. // *Jornada Técnica sobre Economía de la Salud y aseguramiento sanitario*. A & S. 1994.
- 6 Acheson D (ed). *Public Health in England*. London: HMSO 1988: 1-2.
- 7 Winslow CEA. The untilled field of Public Health. *Mod Med* 1920; 2: 183-6.
- 8 OMS. Série de rapports techniques. N. 140, 1957. *Conférence sur la formation en santé publique des praticiens de médecine générale: Rapport* pág. 7.

- 9 OMS *Symposium sur la formation du médecin de la santé publique en fonction de sa tache dans la collectivité: Rapport*. Copenhague, 1966. Document Euro O337. pág. 3.
- 10 OMS: Série de rapports techniques N. 533, 1973. *Formation supérieure en santé publique: rapport d'un Comité d'experts*. pág. 6-7.
- 11 *Ley orgánica de medidas especiales en materia de salud pública*. 3/1986 de 14 de abril.
- 12 Anónimo. *Plan de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- 13 Oñorbe JA, Mata JM. Los planes de salud de las CC.AA. y las intervenciones. En: Navarro C, Cabaes JM, Tormo MJ (eds). *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG editores, 1995: 157-70.
- 14 Segura A. El síndrome del aceite tóxico y la epidemiología. *Gac Sanit* 1996, 10: 205-10.
- 15 Segura A. Epidemias y evidencias causales. *Gac Sanit* 1995; 9: 331-33.
- 16 Segura A. Epidemias y evidencias causales. *Gac Sanit* 1995; 9: 331-33.
- 17 Anónimo. Jornada SESPAS 1996. Resumen y conclusiones. *Gac Sanit* 1996; 10: 313-4.
- 18 Ascunce N, del Moral A. Detección precoz del cáncer de mama y del cáncer de cuello de útero. En: Navarro C, Cabaes JM, Tormo MJ (eds) *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG editores, 1995: 46-55.
- 19 Papps. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1994.
- 20 Salleras L (coord) *El llibre blanc de la integració de les intervencions preventives en la pràctica assistencial*. Barcelona: Doyma/Generalitat de Catalunya, 1995.
- 21 Segura A. *Valoración de las actividades preventivas. Libro de Ponencias VI Congreso SESPAS*. Barcelona, 1995: 15-19.
- 22 ISPC. *Encuesta de Servicios de Salud Pública en España*. Institut de Salut Pública de Catalunya. 1996 (mimeo).
- 23 Segura A. *Lespecialitat MIR de Medicina Preventiva i Salut Pública*. Barcelona: Consell Català d'Espécialitats en Ciències de la Salut, 1996 (mimeo).
- 24 Gómez L. *El nuevo programa de la especialidad: una aportación a la mejora de la Salud Pública*. L'Hospitalet: ISP, 1997 (mimeo).
- 25 Segura A. Benavides FG. *La situació de la salut pública a Catalunya*. Document elaborat per encàrrec de la Comissió de Salut Pública de la UPF. Sant Just/Castelldefels: ISP/UPF, 1997 (mimeo).
- 26 Fernández Díaz JM. Nuevas Tendencias en los Sistemas de Salud Europeos. *Boletín de Estudios Económicos*. Universidad de Deusto Comercial. 159; 423:434. Diciembre 1995.
- 27 Abel-Smith B, Figueras J. et alia. Cost Containment and Health Care Reforms (Chapter 3). En: *Choices in Health Policy. An Agenda for the European Union*. Office for Official Publications of the European Communities. Darmouth Publ. Brookfield (USA) 1995.
- 28 Winkler F. Involving Patients (Chapter 12). En: Meads G. (ed.) *A Primary Care-Led NHS. Putting it into practice*. Churchill Livingstone. New York 1996.
- 29 Nera. Anexo 3 Experiencia Internacional. En: *El Sistema Sanitario Español: Alternativas para*

- su Reforma. National Economic Research Associates. Madrid 1997.
- 30 Cabasés J, Martín J. *Diseño y Evaluación de Estrategias de Desregulación en el Sector Sanitario Público en España. Capítulo de Conclusiones y Recomendaciones*. Fedea. Madrid 1995. (Mimeografía).
 - 31 Bengoa R. (ed.). *Sanidad La Reforma Posible*. Capítulo IV Organización y Gestión: mejora de la eficiencia y la productividad. Esade. Barcelona 1997.
 - 32 Killoran A. *Putting Health into Contracts*. Health Education Authority. London 1992.
 - 33 Segura A. Las prestaciones sanitarias en el ámbito de la medicina preventiva y la salud pública. *Gac Sanit* 1995; 9 (supl 46): 45-51.
 - 34 Manzanera R, Armengol R, Navarro A, Villalbí JR. *Agència de Salut Pública per a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1995.
 - 35 Àrea de Salut Pública. *Memòria 1996*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1997.
 - 36 Brown C, Rawding N, Custer D. *Selected characteristics of Local Health Departments*. United States, 1992-1993. *MMWR* 1994; 43: 839-43.
 - 37 Schade CP. *A preliminary comparison between local public health units in the Canadian province of Ontario and in the United States Public Health Rep.* 1995; 110: 35-41.
 - 38 Turnock BJ, Handler AS. Is public Health Ready for Reform? The Case for Accrediting Local Health Departments. *J. Public Health Management Practice*, 1996; 2 (3), 41-45.
 - 39 Handler AS, Turnock BJ. Local Health Department Effectiveness in Addressing the Core Functions of Public Health: Essential Ingredients. *J. Public Health Policy*, 1996; 17: 460-83.
 - 40 Richards TB et al. Evaluating Local Public Health Performance at a Community level on a Statewide Basis. *J. Public Health Management Practice*, 1995, 1 (4), 70-83.
 - 41 Greagsby P., Milner P. Combining with Public Health (ch. 8). En: Meads G. (de.) *A Primary Care-Led NHS. Putting into practice*. Churchill Livingstone. New York 1996.
 - 42 Fernández Díaz J.M. ¿Qué clase de organización es necesaria para comprar servicios de salud? En: *La Gestión de servicios sanitarios orientada a la mejora de salud*, director: Rafael Bengoa. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. 1997 (en prensa).
 - 43 CCTA. *BPR in the Public Sector: An overview of business process re-engineering*. HSMO. London 1992.