

## CAPÍTULO 26

# LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA: PROGRESOS Y PROBLEMAS PRIORITARIOS

**Joan-Ramon Villalbí**<sup>1</sup>

*Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona*

**Xosé-Luis Aboal**

*Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galiza*

**Julia González-Alonso**

*Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo*

### 1. La salud pública en el Sistema Nacional de Salud

El reciente informe de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, que define su estrategia para el siglo XXI, plantea que el nuevo papel de la salud pública ha de ser el de catalizadora del cambio (1). En realidad, en todos los países desarrollados la salud pública ocupa un espacio que es relativamente pequeño en cuanto al volumen de recursos consumidos, pero no menos relevante en el Sistema Nacional de Salud. Aunque era una parte proporcionalmente importante de los servicios de salud hace un siglo, a medida que ha crecido el papel del sector público en la asistencia sanitaria, su peso relativo en el conjunto del sistema en cuanto a recursos no ha dejado de disminuir (aunque sus servicios puedan haber crecido cuantitativamente). En España se ha estimado que su coste representa un 1% del gasto público en salud (2), aunque esta estimación deje probablemente fuera aspectos cuya financiación está subsumida en los presupuestos de la asistencia sanitaria.

Dentro del sistema sanitario, las funciones de salud pública se concentran en tres ejes: valorar las necesidades de salud de la población, desarrollar políticas de salud para mejorarlos y garantizar determinados servicios (Cuadro 1) (3). Esta definición de las funciones de salud pública se concentra en lo que es esencial y propio de ella, aunque los servicios de salud pública que se presten dependerán de cada situación concreta: en el Cuadro 2 se presenta una lista de los servicios que se han definido como esenciales en los EEUU. Las funciones de salud pública pueden estar encomendadas a unas estructuras específicas, o estar distribuidas entre diversas instituciones y servicios. Si están concentradas en unas estructuras propias de la

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Joan R Villalbí: Institut Municipal de Salut Pública. Pl Lesseps 1, 08023 Barcelona. [jvillal@imsb.bcn.es](mailto:jvillal@imsb.bcn.es)

salud pública, tienen mayor peso y cohesión, aunque en diversos países y momentos históricos se ha optado por otras fórmulas.

### **Cuadro 1**

#### **Las tres funciones básicas de la salud pública, y diez prácticas asociadas**

- 
1. Valoración de la situación de salud
    - 1.1. Valoración sistemática de necesidades de salud
    - 1.2. Investigación de riesgos y problemas de salud
    - 1.3. Análisis de los determinantes de las necesidades
  2. Desarrollo de políticas de salud
    - 2.1. Abogacía, identificación de recursos, creación de una base de apoyo para políticas de salud
    - 2.2. Priorización según problemas y necesidades
    - 2.3. Definición de planes y políticas, fijación de metas y objetivos
  3. Garantía de provisión de servicios
    - 3.1. Gestión de recursos, estructuras y coordinación
    - 3.2. Ejecución de programas para problemas prioritarios
    - 3.3. Evaluación de programas, reorientación de recursos
    - 3.4. Información y educación del público
- 

Fuente: Referencia 23.

### **Cuadro 2**

#### **Los diez servicios esenciales de la salud pública**

- 
1. Monitorizar el estado de salud para identificar problemas de salud en la comunidad
  2. Diagnosticar e investigar problemas de salud y riesgos para la salud en la comunidad
  3. Informar, educar y capacitar al público en cuestiones de salud
  4. Movilizar alianzas en la comunidad para identificar y resolver problemas de salud
  5. Desarrollar planes y políticas que apoyen los esfuerzos de personas y comunidades en pro de la salud
  6. Hacer cumplir las leyes y normas que protegen la salud y garantizan la seguridad
  7. Conectar a las personas con los servicios sanitarios de base individual que necesiten, y garantizar directamente la asistencia si ésta no fuera accesible de otro modo
  8. Garantizar la competencia profesional de los recursos humanos de los servicios asistenciales y de salud pública
  9. Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud tanto de los de base individual como comunitaria
  10. Investigar nuevas visiones y soluciones innovadoras para los problemas de salud
-

Fuente: American Public Health Association (referencia 24).

## 2. El dispositivo que heredó la democracia

Los servicios de salud pública en España se diseñaron en los años de cambio del siglo XIX al XX, bajo los principios propios del estado liberal conservador vigente. Siguiendo los esquemas de otros países europeos (4) se configuró una red que cubría todo el territorio mediante cuerpos nacionales de funcionarios de sanidad. Esta red garantizaba una dotación, tanto en los servicios centrales como en cada provincia, al tiempo que los servicios locales eran cubiertos por sanitarios titulares con dedicación parcial a la salud pública y que, además, ejercían su profesión dentro de un territorio definido (el partido médico, veterinario o farmacéutico). Sólo en las grandes ciudades se contaba con una mayor dotación a partir de cuerpos de funcionarios municipales adscritos a los institutos municipales de higiene y los laboratorios municipales.

Este esquema se mantuvo durante la República, que tendió a reforzarlo, aunque este esfuerzo se frustró en gran medida con la guerra de 1936-39. En efecto, la guerra y la dictadura comportaron un desgarramiento profundo por la pérdida de la perspectiva sanitaria global, del esfuerzo planificado de mejora de los recursos humanos y del sistema, y de todo intento integrador (5). Al final de la Dictadura el dispositivo de salud pública sufría tres grandes problemas. Por un lado era débil, carente de recursos y falto de efectivos formados y profesionalizados; el pluriempleo era habitual, con una baja dedicación efectiva del personal. Por otro, su rama operativa local era inoperante: la dedicación parcial a la salud pública solía ser mínima, pues otras tareas del ejercicio profesional ocupaban el grueso de la disponibilidad. Finalmente, todo el dispositivo sufría de la falta de integración del sistema sanitario, pues los servicios asistenciales vinculados a la Seguridad Social y que cubrían al grueso de la población no habían asumido las actividades preventivas en su rutina, ni siquiera las más básicas como las vacunaciones infantiles. No podía afrontar los problemas de salud propios de una sociedad más urbana, industrial y desarrollada.

Pero, además, no había resuelto de forma efectiva muchos de los problemas preexistentes, en claro contraste con los países de nuestro entorno. La persistencia de enfermedades vacunables como el tétanos o la poliomielitis, de zoonosis prevenibles como la brucelosis, y de niveles elevados de infección y morbilidad tuberculosas evidenciaban su inoperancia. La creación del Ministerio de Sanidad en 1977 y la integración en el mismo de la Dirección General de Sanidad –antes integrada en el Ministerio de la Gobernación– no modificó el sistema. En 1981, el brote epidémico debido a la intoxicación por aceite de colza adulterado puso de manifiesto que este sistema no era capaz de garantizar la higiene y la seguridad de los alimentos y que el fraude alimentario a gran escala, burlando las reglamentaciones

sanitarias, era relativamente habitual (6).

### **3. Las transformaciones recientes**

La recuperación de la democracia comportó la puesta en marcha de importantes transformaciones del sistema de salud que se desarrollaron sobre todo con las reformas sanitarias y de la administración pública durante los años ochenta (7, 8). Éstas produjeron una importante descentralización hacia las comunidades autónomas (CCAA), una mayor profesionalización de una parte de los recursos humanos y un esfuerzo de integración del sistema sanitario, y de éste con los otros sectores relacionados.

Con el traspaso de competencias hacia las CCAA, la descentralización ha sido importantísima (9). Representa un vuelco radical respecto a la situación anterior. En el subsistema de salud pública la situación es prácticamente la propia de una estructura federal y ha comportado una importante redefinición de funciones para los servicios centrales. Actualmente, el papel de coordinación general es fundamental para éstos y, por tanto, son cruciales los instrumentos de colaboración con las CCAA, derivados del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La mayor profesionalización se ha derivado de los cambios en el sector público, que han llevado a la mayoría del personal a tener una dedicación completa a la administración. Esto no afecta, sin embargo, a los miembros de los cuerpos sanitarios al servicio de la administración local, que mantienen su dedicación parcial a la salud pública mientras ejercen otras funciones. Sin embargo, diversas CCAA han reordenado estos cuerpos y la realidad es que el número de profesionales con dedicación plena a los servicios de salud pública es probablemente el mayor de nuestra historia.

Por otra parte, los cambios en la demografía de la profesión médica primero y veterinaria después han hecho atractivo este ejercicio para amplios colectivos. Finalmente, las ofertas de formación de postgrado en salud pública han crecido y muchos profesionales que hoy están en activo cuentan con niveles de formación inéditos.

La integración de las diferentes estructuras sanitarias prevista en la Ley General de Sanidad de 1986, combinada con el desarrollo de la reforma de la atención primaria iniciada en 1985, ha posibilitado la asunción de diversas actividades de alto valor preventivo por los servicios asistenciales. Así, las vacunaciones, el cribado o diagnóstico precoz de diversas patologías, o el seguimiento de determinadas situa-

ciones de riesgo son hoy asumidos por los servicios asistenciales generales. Esto permite a los servicios de salud pública concentrarse en garantizar que no queden bolsas de población sin acceso efectivo a los servicios y en monitorizar su efectividad.

Por otra parte, diversas actividades de inspección con valor sanitario y que anteriormente estaban dispersas entre distintos sectores (sanidad, agricultura, industria, medio ambiente, etc.) han tendido a una mayor integración. En el caso de la inspección alimentaria la responsabilidad ha tendido a concentrarse en los servicios de salud pública, mientras que en temas ambientales se ha concentrado en los servicios de medio ambiente, que se han desarrollado notablemente durante estos años.

Estos cambios han tenido importantes repercusiones en los tres niveles de la administración en que se organiza el Reino de España: central, autonómico y local. La situación es muy distinta en cada nivel, por lo que merece un análisis por separado.

#### **4. Los servicios centrales**

Los servicios centrales de salud pública están redefiniendo su papel y adaptándolo a una situación cuasi federal. En esencia, los cambios los están llevando a concentrarse en la compilación de datos procedentes de las CCAA para disponer de un sistema de información sobre la salud de los españoles, facilitar el desarrollo de políticas de salud por las CCAA, favorecer su armonización, estimular acciones de salud desde el sector no gubernamental mediante convocatorias de subvenciones y velar por el enlace entre las políticas de la Unión Europea que afectan a la salud y las que desarrollan las CCAA, lo que comporta la creación de normas generales que las comunidades con competencias plenas han de desarrollar después.

La coordinación con las CCAA ha llevado a constituir una Comisión de Salud Pública a partir del Consejo Interterritorial, y de ésta han surgido ponencias y grupos de trabajo que se detallan en el Cuadro 3. Precisamente, el campo de la salud pública –en que todas las CCAA tienen asumidas competencias– es el que tiene mayor peso en la actividad y los acuerdos del Consejo Interterritorial. Además, están adscritos servicios de referencia de laboratorio al Instituto de Salud Carlos III, y la Dirección General de Salud Pública gestiona los servicios de sanidad exterior.

**Cuadro 3**  
**Ponencias y subgrupos de trabajo de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud<sup>2</sup>**

---

Ponencia de Promoción de la Salud
Subgrupo de trabajo sobre jóvenes
Subgrupo de trabajo de tabaco
Subgrupo de trabajo de sistema de información
Subgrupo de trabajo de infraestructura y formación
Ponencia de vigilancia epidemiológica
Ponencia de programas y registro de vacunas
Ponencia de sanidad ambiental
Ponencia de protección radiológica
Grupo de trabajo de salud laboral
Comisión de Cooperación y Coordinación en Seguridad Alimentaria (COCOSA)

---

Se han realizado importantísimos progresos en el desarrollo de un sistema de información sanitaria. Hay que mencionar la consolidación de la Encuesta Nacional de Salud, iniciada en 1987 (11); la definición de la red nacional de vigilancia epidemiológica (12) en 1995, consensuada con las CCAA; el diseño de un nuevo sistema de información en promoción y educación para la salud y el desarrollo periódico de informes de salud de síntesis, destacando las tres entregas de la evaluación de la estrategia de salud para todos de la OMS; y el informe sobre la salud de los españoles de 1998 (13, 14). Es importante también el desarrollo de los sistemas de alerta, fundamentalmente orientados a garantizar la higiene y seguridad de los alimentos. Probablemente queden aspectos por mejorar en los elementos del sistema de información sanitaria más vinculados a la protección de la salud.

En el campo del desarrollo de políticas, la dinámica es relativamente fluida por lo que respecta a las que resultan de la obligada transposición de directivas europeas. Sin embargo, se aprecian dificultades para el desarrollo de políticas de salud libres de condicionantes externos. En los últimos tiempos, la vacunación antimeningocócica o los criterios de control de las instalaciones de aire acondicionado susceptibles de favorecer los brotes de legionelosis ofrecen ejemplos frustrantes.

---

<sup>2</sup> La Comisión se creó por acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 1992 y se reúne de forma regular desde enero de 1993, formando parte de la misma los directores de Salud Pública de las comunidades autónomas bajo la presidencia del Director de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En la administración central, para evitar la potencial dispersión o duplicidad de actividades de vigilancia epidemiológica entre la Dirección General de Salud Pública y el Instituto de Salud Carlos III, se han desarrollado convenios de colaboración que cubren todo lo relacionado con la red nacional de vigilancia epidemiológica, tanto para España como para la Unión Europea y otros organismos internacionales. Es probable que este esquema se amplíe a otros aspectos de la salud pública. Otras estructuras relevantes para el desarrollo de diversas funciones de salud pública son el Plan Nacional sobre Drogas, el Plan Nacional sobre Sida y la Dirección General de Planificación Sanitaria.

## **5. Los servicios autonómicos**

En 1979 se iniciaron las transferencias de servicios de salud pública a las CCAA, de modo que hace unos 20 años éstas gestionan el grueso de los servicios de salud pública (9). Mientras que algunas CCAA procedieron pronto a una reordenación de los servicios transferidos, en otras se mantienen en esencia tal como eran anteriormente (15), con la única salvedad de la reorganización de los servicios de inspección de los alimentos forzada por la Unión Europea. Esta reorganización ha sido muy importante ya que ha permitido mejorar notablemente la inspección sanitaria de los establecimientos e industrias alimentarias con una mayor profesionalización. La situación anterior comportaba riesgos estructurales para la independencia de la inspección, ya que con frecuencia los inspectores tenían vinculaciones económicas con las industrias inspeccionadas.

La reordenación de funciones emprendida por diversas CCAA tiene variados componentes. En todos los casos ha tendido a sustituir a los antiguos sanitarios titulares a dedicación parcial por un número menor de técnicos de salud pública a dedicación completa. Ahora bien, mientras que en algunos casos ha estructurado los servicios de salud pública de forma separada, con base provincial, comarcal o de área de salud, en otros casos los ha integrado dentro del Servicio Autonómico de Salud, manteniendo una vinculación funcional con los servicios de salud pública de la Consejería o Departamento de Sanidad (15). La experiencia sugiere que esta opción puede debilitar las funciones de salud pública al estar los servicios autonómicos de salud muy centrados en la respuesta a la demanda asistencial, con una lógica distinta de la de los servicios de salud pública.

Por otra parte, en diversas CCAA se ha producido también cierta fragmentación de funciones de salud pública entre estructuras propiamente de salud pública y otras, notablemente las de atención primaria en los servicios autonómicos de salud. Muchos aspectos de las funciones de valoración del estado de salud y desa-

rrollo de políticas se encuentran fragmentados.

Finalmente, la realidad autonómica facilita la emergencia de innovaciones en programas o en gestión, y que aquellas que muestran su valor se extiendan a otros territorios. En estos momentos han surgido propuestas de innovación que comportarían una importante reordenación en la Comunidad Autónoma de Madrid (Ley de Salud Pública) y en Cataluña (Agencia de Protección de la Salud).

## **6. Los servicios locales**

Con la constitución de los ayuntamientos democráticos tras las elecciones municipales de 1979 se produjo un proceso de renovación de los servicios locales de sanidad en muchos municipios grandes y medianos. Además del puñado de capitales de provincia que tenían servicios propios, muchos otros municipios se dotaron de personal y estructuras de salud pública, ofreciendo también servicios en campos antes negligidos por el sistema (como la salud mental, la planificación familiar o la atención a las dependencias).

La Ley General de Sanidad de 1986, con su opción básicamente autonómica para la estructuración del Sistema Nacional de Salud, representó un punto de inflexión. Tras su promulgación hubo un claro repliegue en las actividades de salud pública de los ayuntamientos y muchos procedieron a dismantelar servicios, con una lectura restrictiva de sus implicaciones. En efecto, a partir de este momento, las responsabilidades de los poderes locales en la gestión de servicios de salud pública se concentraron en el ámbito de la protección de la salud.

Sin embargo, diversos estudios muestran la persistente vitalidad de los servicios municipales de salud. Una encuesta a servicios locales de sanidad en Cataluña documentó que todos los municipios grandes y medianos disponían de servicios municipales propios, y que el gasto municipal anual en salud pública se podía estimar como media en unas 1.000 ptas. por vecino y año (16).

Por otra parte, la experiencia local y los estudios empíricos realizados en los EEUU muestran la importancia de los servicios locales como catalizadores de iniciativas en salud pública. En este sentido cobra interés la perspectiva del subsistema local de salud pública como un espacio al que contribuyen diversas agencias e instituciones, públicas y privadas. En este contexto una práctica crucial para los servicios locales es liderar, coordinar, integrar, galvanizar y reforzar una red de actores, que supera en mucho los servicios que gestiona directamente (17).

## **7. Los retos pendientes**

Las tendencias subyacentes parecen orientarse a una mejora de la profesionalización de la salud pública, a consolidar un reparto efectivo de competencias entre administración central y autonómica y al desarrollo de sistemas de información sanitaria estables, capaces de producir información útil para la planificación, evaluación y desarrollo de políticas para toda España y las CCAA. Por otra parte, existe un cierto riesgo de dilución de la autoridad sanitaria y de pérdida de las funciones de salud pública en el ámbito local. Se aprecia la existencia de problemas de falta de liderazgo en situaciones de incertidumbre o emergencia. Estas cuestiones plantean unos retos al sistema que merecen unos comentarios más detallados.

### **7.1. Liderazgo**

Los servicios de salud pública necesitan de un liderazgo fuerte, capaz de reaccionar en las situaciones de emergencia desencadenadas por brotes atípicos o situaciones de incertidumbre sobre riesgos. Estas situaciones se producen de forma intermitente en una sociedad moderna y desencadenan episodios de fuerte tensión social, con un papel destacado de los medios de comunicación. En los últimos años se han dado situaciones de este tipo en relación con el riesgo derivado de las vacas locas, con brotes de legionelosis, etc. En diversas ocasiones de alarma social (a veces poco justificada objetivamente) la administración sanitaria no ha sabido –o podido– dar una respuesta clara y contundente. En cambio, se han emitido mensajes ambiguos de negación del riesgo con contradicciones entre lo afirmado por diversas fuentes.

El resultado ha sido entonces una crisis mediática que ha llevado a una toma de decisiones poco razonable desde el punto de vista de salud y explicable sólo por la presión de los medios. Estos episodios son frustrantes para los profesionales y no contribuyen a reforzar al sistema. No se trata de un problema específico de España: en otros contextos se han descrito situaciones de este tipo y un estudio reciente del comportamiento de los medios de comunicación ha concluido que los temas de salud pública suelen tener un tratamiento mediático negativo, en comparación con los otros temas de salud más centrados en la medicina (18).

Para poder hacer frente en mejores condiciones a estas situaciones se precisan servicios de salud pública profesionalizados, con directivos capaces de ejercer el liderazgo y de organizaciones profesionales sólidas y con autonomía respecto a la administración y otros grupos de interés, que puedan ser interlocutores efectivos

de la administración y emitir una opinión con claridad.

Un liderazgo profesional claro y un liderazgo de los servicios de salud pública dentro de la administración son una necesidad. El liderazgo se deriva, en parte, de características personales de los responsables de una organización, pero tiene dimensiones que pueden adquirirse. Por ello cobran especial interés las propuestas desarrolladas recientemente desde la Asociación Americana de Salud Pública (APHA) para reforzar la capacidad de liderazgo de los responsables de servicios de salud pública (19): los ejes de la competencia profesional que proponen se resumen en el Cuadro 4.

**Cuadro 4**  
**Un esquema de competencias profesionales para un liderazgo efectivo en salud pública**

- 
1. Competencias en impulso de transformaciones
    - Liderazgo en la visión del futuro
    - Sentido de misión
    - Efectividad como agente de cambio
  
  2. Competencias políticas
    - Procesos políticos
    - Negociación
    - Ética y poder
    - Marketing* y educación
  
  3. Competencias organizacionales
    - Comprensión de la dinámica de las organizaciones
    - Mecanismos de colaboración entre organizaciones
    - Predicción social y *marketing*
  
  4. Competencias en construcción de equipos
    - Desarrollo de estructuras y sistemas orientados a los equipos humanos
    - Facilitación del desarrollo de equipos y grupos de trabajo
    - Desarrollo del propio rol como facilitador y mediador
    - Funcionamiento personal como miembro efectivo en equipos operativos
- 

Fuente: Referencia 19.

## **7.2. Profesionalización**

Los servicios de salud pública deben reclutar profesionales con niveles de formación acreditados. Curiosamente, ésta es una de las pocas disciplinas que se desarrollan en España dentro del SNS, a las que se puede acceder sin contar con una especialización, aunque es cierto que en los últimos años el nivel de formación se ha incrementado notablemente. Es posible que esto se deba a dos factores: por un lado, una cierta confusión entre el rol profesional y el rol político en los temas de autoridad sanitaria; por otro, a una oferta de formación históricamente inapropiada.

La confusión entre rol profesional y rol político en salud pública se vio probablemente favorecida en los años de la transición política, que coincidieron además con una oferta de jóvenes médicos superior a la demanda del sistema, que hizo más atractivo para muchos el trabajo en salud pública. La realidad de que muchos de los profesionales empleados en el sector tenían niveles de formación específica bajos, actividades clínicas concomitantes o compromisos claros con las estructuras políticas de la dictadura favoreció que la sustitución de muchos de ellos se hiciera con criterios de confianza. Este proceso se dio también en buena parte en lo que respecta a los profesionales implicados en la administración y gestión de servicios sanitarios.

La cuestión de la formación en materia de salud pública es importante. En nuestro país, el grueso de los profesionales que ocupan puestos clave son médicos, por lo que el tema entronca con las políticas de formación de especialistas médicos, centradas desde principios de los ochenta en los programas de residencia. La residencia en medicina preventiva y salud pública, iniciada a finales de los años setenta, estaba básicamente orientada a la práctica de la medicina preventiva y la higiene hospitalaria. Por otra parte, las escuelas de salud pública que se desarrollaron en los años ochenta lo hicieron con enlaces precarios con las estructuras académicas y con los programas de residencia, al menos inicialmente.

Finalmente, muchos de los mejores profesionales con que hoy cuenta el país adquirieron su formación de forma autodidacta en el proceso de superación de oposiciones; otros lo hicieron en el extranjero, en programas de postgrado en escuelas de salud pública, antes de que se estructurara una oferta más integral en España. Distintas visiones de esta realidad y la defensa de los intereses profesionales de diversos grupos han llevado durante años a la perpetuación de esta situación (20). Muchas personas con acreditación profesional formal han tenido en realidad una formación incompleta, y muchas personas con buena formación y una

práctica excelente carecen de acreditación formal.

En estos momentos, diversas dinámicas pueden y deben facilitar una resolución de este asunto (21). Por un lado, las escuelas de salud pública han mejorado su enlace con las estructuras académicas y los programas de residencia. Por otro, está en curso un proceso de acceso al título de especialista, que podría permitir la acreditación formal del grueso de los profesionales con experiencia. Finalmente, la tendencia creciente de las administraciones públicas al reclutar a nuevos profesionales es primar mucho más la formación acreditada. Aunque persisten incertidumbres, la probable superación de esta situación será positiva, especialmente para el futuro.

La superación de este problema permitirá abordar nuevas cuestiones, como la formación en los distintos campos de la salud pública. La valiosa experiencia del Programa de Epidemiología Aplicada de Campo debería extenderse y puede servir de referencia para buscar opciones para mejorar las habilidades de los profesionales en ejercicio en terrenos como la promoción de la salud, la protección de la salud o el control alimentario.

Para el futuro, sería deseable mejorar el entronque entre la formación en salud pública y la formación en administración y gestión de servicios sanitarios. Mientras que en otros países los profesionales de la gestión se forman en buena parte en las escuelas de salud pública –que garantizan una visión general del sistema y de la salud– en nuestro país muchos de ellos han adquirido su formación en escuelas de negocios.

El sistema sanitario tiene una lógica que no es como la de una empresa y en los últimos años se han evidenciado situaciones y conflictos que pueden tener su raíz en la falta de una visión más sanitaria de los gestores. En este sentido, la experiencia de Andalucía –que ha concentrado la formación de los gestores en la Escuela Andaluza de Salud Pública– debería ser examinada con mayor detalle.

También habría que prestar atención a los aspectos de gestión en salud pública, pues los programas actuales se centran más en las habilidades profesionales (especialmente en la epidemiología y los métodos cuantitativos) que en las de la gestión. Las habilidades relacionadas con el liderazgo en salud pública (19) deberían encontrar un espacio en estos programas, o en ofertas complementarias para los profesionales en posiciones más *senior*.

### **7.3. Estructuras modernas para prestar servicios**

Para la prestación de servicios hay que dotarse de estructuras modernas. Éstas han de tener dimensiones suficientes para poder ofrecer economías de escala y una

plantilla que alcance una masa crítica que fomente el desarrollo profesional y la especialización. Al mismo tiempo, es deseable que sus dimensiones y estructura sean gestionables con agilidad. Se han propuesto estructuras de tipo agencia, basadas en organismos de naturaleza administrativa que puedan utilizar fórmulas propias del derecho privado y así contar con mayor agilidad y autonomía.

Una estructura de este tipo debe resolver dos cuestiones relacionadas con el ejercicio de la autoridad sanitaria: la presencia de funcionarios entre el personal, necesaria para determinadas actividades –especialmente las ligadas a la inspección– que aconsejan preservar la presunción de veracidad propia del funcionario, y el engarce con la autoridad política para la incoación y resolución de expedientes sancionadores o la adopción de medidas urgentes en materia de salud pública.

La constitución de estructuras de este tipo puede también favorecer el establecimiento de una cartera de servicios y productos con vistas a la formulación de una relación del tipo contrato-programa con la autoridad financiadora (22). Este tipo de formulación tiene la virtud de clarificar los compromisos de desempeño de los servicios de salud pública y entender mejor las estructuras de coste por servicio y por unidad, favoreciendo su eficiencia.

Hasta recientemente, los servicios de salud pública parecían al margen del proceso de incorporación de las herramientas de gestión orientadas a la calidad y la eficiencia que han caracterizado al sector sanitario en los últimos años. Sin embargo, la cultura de la calidad ha empezado a penetrar también en el sector, al menos en algunas organizaciones con mayor capacidad de innovación. En éstas se aprecia un creciente interés por la calidad técnica en salud pública, entroncada con la idea de salud pública basada en la evidencia.

Pero también se ven esfuerzos por abordar la calidad del servicio desde la perspectiva del cliente o usuario (una perspectiva emergente en los servicios públicos). Y apuntan iniciativas orientadas a la calidad en la gestión de organizaciones de salud pública, con una definición explícita de misión, visión y estrategia, la identificación de los procesos clave de gestión, una definición explícita de objetivos y un énfasis en las políticas de personal.

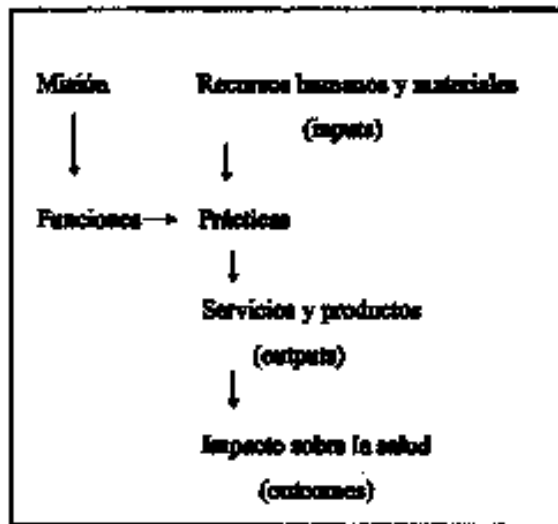
El informe del Institute of Medicine de 1988, que definió las funciones esenciales de la salud pública, ha tenido la virtud de desencadenar una serie de procesos de reflexión sobre la misión, funciones, prácticas, servicios y productos o resultados de la salud pública (3, 23, 24). Esta dinámica, apenas emprendida en Europa pero muy avanzada en los EEUU, sirve para revisar el cometido y las responsabilidades de los servicios de salud pública en unos términos que permiten mejorar su ges-

ción (25).

Entre nosotros sigue persistiendo una cierta confusión en definiciones y términos que sería deseable superar. Por un lado existe la visión de que la salud pública engloba el conjunto del sistema, por otro la de que los servicios de salud pública tienen un espacio ínfimo, que se podría caricaturizar como limitado a los de protección de la salud (en el supuesto de que éstos no dependieran de las estructuras de medio ambiente y agricultura), siendo el resto actividades preventivas integrables en los servicios asistenciales. Esta dicotomía se produce también en otros países (26).

Es posible que una mirada a nuestro subsistema de salud pública con la perspectiva derivada del informe del Institute of Medicine tuviera un valor revulsivo importante. No se trata de una simple cuestión de cambio de terminología, sino de repensar los servicios para poder rediseñarlos y mejorar su producción para la sociedad.

En la Figura 1 se ofrece un marco conceptual desarrollado en los EEUU al servicio de este tipo de reflexión. Permite apreciar cómo los servicios y su producción surgen de unas prácticas de salud pública, definidas a partir de las funciones y los recursos. No se deben confundir los servicios con las actividades realizadas para producirlos, ni con los medios o instrumentos utilizados. Los servicios son el fruto del trabajo en salud pública. Las actividades son lo que hay que hacer para producirlos.



Fuente: Referencia 25.

**Figura 1****Un marco conceptual para el estudio del subsistema de salud pública**

En los Cuadros 5 y 6 se presentan ejemplos españoles de catálogos de servicios o programas de salud pública, cuya definición se ha hecho a partir de estos criterios. Se trata de instituciones que han realizado ejercicios de planificación estratégica y que, entre otros, han utilizado el esquema del Institute of Medicine para revisar su actividad: en un caso se trata de los servicios de salud pública de una comunidad autónoma, en el otro de los de una gran ciudad.

**Cuadro 5****Catálogo de programas de la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Xunta de Galiza, 2000**

---

Sistemas de información sobre mortalidad  
Sistemas de información sobre morbilidad  
Otros sistemas de información  
Programa de formación y asesoramiento en epidemiología  
Programa de prevención y control de la infección por VIH/sida  
Programa de prevención y control de la tuberculosis  
Programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles  
Programa de control sanitario de industrias de la alimentación  
Programa de control sanitario de alimentos  
Programa de control sanitario de balnearios  
Policía sanitaria mortuoria  
Programa de control sanitario de las aguas potables de consumo público  
Red Nacional de Vigilancia de la Contaminación Atmosférica en Galicia  
Programa de control sanitario de sustancias químicas  
Actividades relacionadas con problemas medioambientales diversos  
Programas de salud y ocio  
Programa de salud escolar  
Programa de salud laboral  
Programa de control de residuos en centros sanitarios  
Programa de educación para la salud en la escuela  
Programa gallego de promoción de la vida sin tabaco  
Programa de salud bucodental  
Programa de integración de actividades preventivas de eficacia probada en la atención primaria  
Plan integral de atención sanitaria y social a la mujer  
Programa de detección precoz de la hipoacusia infantil  
Programa de detección precoz de enfermedades metabólicas  
Programa de prevención y control de la diabetes  
Programa de prevención y control del asma

Plan de minimización de riesgos microbiológicos en los hospitales de Galicia

**Cuadro 6**  
**Catálogo de servicios del Institut Municipal de Salut Pública**  
**del Ayuntamiento de Barcelona, 2000**<sup>3</sup>

<b>Sistemas de información sanitaria</b>	
Sistema de información de drogodependencias	Sistema de información de accidentes
Sistema de información de salud materno-infantil	Sistema integrado de información sanitaria
Estadísticas vitales	Encuestas de salud
<b>Vigilancia epidemiológica e intervención</b>	
Programa de prevención y control de la tuberculosis	Vigilancia y control de otras enfermedades transmisibles
Vigilancia y control de la meningitis y de la hepatitis	Vigilancia y control de brotes epidémicos
Vigilancia y control del VIH/sida	Vigilancia de la salud ocupacional
<b>Prevención y promoción de la salud</b>	
Plan de vacunación continuada	Apoyo a organizaciones de ayuda mutua
Prevención de la caries en el medio escolar	Salud materno-infantil en grupos de riesgo
Programas de educación sanitaria en la escuela	Educación sanitaria en la empresa
Apoyo a los servicios preventivos en la escuela	
<b>Atención a las drogodependencias</b>	
Programas de tratamiento ambulatorio	Programas residenciales de tratamiento
Programas de disminución del riesgo y comunitarios	Talleres y programas educativos y de reinserción
<b>Seguridad e higiene de los alimentos</b>	
Control matadero, mercado central y lonja pescado	Actuaciones motivadas por alertas y denuncias
Control industrias y establecimientos	Investigación establecimientos implicados en TIAs
Control del comercio minorista alimentario	Inspecciones actividades alimentarias en la vía pública
Inspecciones autorización restauración colectiva	Formación manipuladores de alimentos
Certificaciones sanitarias	
<b>Control de zoonosis y vectores</b>	
Captura o recogida de animales	Constitución de colonias estables de gatos
Custodia de animales en el CMAAC y su disposición	Control de animales peridomésticos
Gestión de adopciones de animales de compañía	Higienización de espacios públicos y otros
<b>Otras actividades de protección de la salud</b>	
Control sanitario de aspectos ambientales	
<b>Laboratorio de Salud Pública</b>	
Apoyo a programas de vigilancia alimentaria	Apoyo a la investigación de brotes epidémicos
Apoyo a programas de control de aguas	Elaboraciones farmacológicas

<sup>3</sup> Además de los servicios de salud pública, este catálogo incluye ciertos servicios de atención a las drogodependencias cuya gestión se ha encomendado al IMSP, aunque sean de naturaleza esencialmente asistencial. Se han dejado al margen las actividades no productivas, esencialmente las de coordinación y enlace con otras estructuras, y también las realizadas por encargo de agentes externos.

Apoyo a otros programas de control ambiental

---

#### **7.4. Respuesta a las emergencias**

Uno de los aspectos cruciales en salud pública es la capacidad de respuesta a una emergencia. Esta depende de tener una buena comprensión de la naturaleza del problema y sus causas, de las opciones existentes para afrontarla y de la capacidad de liderazgo, de comunicación con los otros agentes potencialmente implicados y de persuasión. Hay también otro requisito previo para una buena capacidad de respuesta a las emergencias, y es una definición clara de quién es el responsable de hacerlo.

En España se ha criticado la capacidad del sistema para responder a las emergencias que se planteen (27). Aunque tenemos ejemplos recientes de éxitos, también tenemos ejemplos de situaciones en que la respuesta dista mucho de ser la apropiada, y con frecuencia éstas se imbrican con aspectos mediáticos tratados anteriormente en este capítulo al discutir cuestiones de liderazgo. Por otra parte, los progresos realizados en el conocimiento de la situación de salud y la capacidad de diseñar respuestas eficaces no se han acompañado siempre de la capacidad de tomar decisiones, ni de la ejecución real de programas efectivos.

Es posible que un aspecto clave para mejorar la capacidad de respuesta del subsistema de salud pública sea que en cualquier circunscripción territorial o poblacional esté definido con mayor claridad quién tiene la responsabilidad profesional de responder ante una situación de emergencia y, también, ante qué instancia es responsable. Diversos autores han invocado una cierta dilución de la responsabilidad sanitaria en los últimos años como uno de los aspectos más negativos de la reordenación de servicios realizada. Pero otro aspecto clave es que los servicios de salud pública dispongan de la capacidad real de ejecutar (o velar por que sean ejecutados por otros) los programas o intervenciones definidos como apropiados.

#### **7.5. Relación con otros servicios sanitarios**

Uno de los mayores retos para el futuro es la mejora de la coordinación de los servicios de salud pública con los servicios asistenciales, especialmente de atención primaria. En un sistema de salud menos centralizado y con más pluralismo como el que emerge, el papel de los servicios de salud pública es esencial. En efecto, las funciones de identificar necesidades de salud y de garantizar la cobertura y la calidad de servicios han de ser muy operativas y capaces de proporcionar información sistemática. De otro modo, pueden surgir problemas graves o subsistir bolsas de población sin acceso efectivo a los servicios.

La lógica de los servicios asistenciales les lleva a centrarse en los servicios demandados, sin analizar necesidades ni cobertura, aspectos cuya valoración es más propia de las habilidades de los servicios de salud pública. La reemergencia de la tuberculosis en los años noventa o el último brote de poliomielitis registrado en España ejemplifican como la mejora de la accesibilidad y la productividad de los servicios asistenciales no es suficiente para el control de problemas de salud colectivos: éstos exigen una monitorización poblacional que permita reorientar los servicios o buscar estrategias propias de intervención para alcanzar a determinados grupos diana.

Una mayor relación de los procesos de formación de los profesionales de la gestión de los servicios sanitarios con los de los profesionales de salud pública, mencionada anteriormente, puede ayudar también a esta deseable mayor integración.

## **8. Hacia una red más integral e integrada**

El subsistema de salud pública requiere una red efectiva, integral e integrada, que garantice que el conjunto de la población está cubierto. Es deseable que cada nivel de la administración concentre en una estructura de salud pública las funciones, recursos y actividades que trabajan en este campo, evitando la fragmentación y atomización frecuentes y desarrollando espacios de coordinación con las otras estructuras relacionadas.

Por otra parte, en una sociedad democrática y donde los distintos niveles de gobierno gozan de autonomía, la integración de los dispositivos local, autonómico y central no puede sustentarse en una jerarquía sino en el respeto mutuo desde la colaboración, la comprensión y la necesidad de acercamiento de unos y otros, con la lógica propia del principio de subsidiariedad.

Esto significa que cada dispositivo ha de tener claras sus responsabilidades, funciones y actividades, y que los dispositivos de ámbito territorial superior han de velar por cubrir las necesidades de la población cuando éstas no pueden ser cubiertas por los de ámbito territorial más reducido. Un modelo de este tipo es el imperante en los países de tipo federal, de los que es paradigma la situación de los EEUU, y que es un esquema al que España se aproxima.

En un modelo de este tipo existen servicios locales (municipales o mancomunados), cubriendo a buena parte de la población. Sin embargo, muchos municipios pequeños no pueden contar con estos servicios, pues sus dimensiones no permiten

el mantenimiento de estas estructuras. Corresponde entonces a los servicios autonómicos cubrir este territorio y población. Les corresponde también colaborar con los servicios locales existentes y ejercer sus funciones en el conjunto de la comunidad autónoma. Finalmente, los servicios centrales han de colaborar con los servicios autonómicos y ejercer sus propias funciones sobre el conjunto de España.

Para la consolidación de una red de este tipo hay que desarrollar hábitos de colaboración y coordinación en las que se sustente la práctica profesional. Se deben impulsar espacios formales de trabajo entre administración central y autonómica, de un lado, y entre cada administración autonómica y los departamentos o servicios locales operativos en su territorio, por otra. Además, es útil impulsar contactos menos formales entre personas y servicios de distintas estructuras mediante las actividades de organizaciones profesionales (como la misma SESPAS) y las estructuras actividades de formación, docencia e investigación existentes.

La colaboración necesita del conocimiento y la confianza mutuos, que no se pueden crear mediante actos administrativos, aunque éstos puedan facilitarlos o dificultarlos, sino que se sustentan en el contacto y el trabajo continuos.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a Joan Guix, Antoni Plasencia y Miquel Porta sus valiosos comentarios a una versión preliminar de este manuscrito, el cual contribuyeron a mejorar.

## Bibliografía

1. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. *Salud 21. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999: 177-180.
2. Elola J. *Política sanitaria española*. Madrid: Díaz de Santos; 2001: 97.
3. Institute of Medicine, Committee on the Future of Public Health. *The future of public health*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1988.
4. Rosen G. *A history of public health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
5. Maset-Campos P, Rodríguez-Ocaña E, Sáez-Gómez JM. La salud pública en España. En: Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Maset P, Navarro V (eds.). *Salud pública*. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1998: 25-47.
6. Sans S. Riesgo y seguridad alimentarias: revisitando la colza. *Gac Sanit* 2000; 14: 4-6.

7. Bengoa R (dir.). *Sanidad, la reforma posible*. Arazuzi, Navarra: Bega Comunicación; 1997: 17-37.
8. Gómez-López LI, Moliner-Lahoz FJ, Astier-Peña P. Sistema sanitario español. En: Gálvez Vargas R, Sierra López A, Sáenz González MC, Gómer López LI, Fernández-Crehuet Navajas J, Salleras Sanmartí L, et al. Piédrola Gil. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson; 2001: 1113-1126.
9. Mansilla PP. *Coordinación general sanitaria*. Madrid: Mondadori; 1988.
10. Castellón-Leal E. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: evolución y perspectivas. *Rev Administración Sanitaria* 1999; 3: 583-593.
11. Biglino-Campos L (dir.). *Encuesta Nacional de Salud 1997*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
12. Anónimo. Creación de la red nacional de vigilancia epidemiológica. *Bol Epidemiol Semanal* 1995; 3: 197-204.
13. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
14. Gil E, González J, Villar F. *Informe sobre la salud de los españoles, 1998*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
15. Segura A, Villalbí JR, Mata E, Puente ML de la, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit* 1999; 13: 218-225.
16. Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. *Gac Sanit* 2001; 15: 164-171.
17. Halverson PK, Miller CA, Kaluzny AD, Schenk SE, Richards TB. Performing public health functions: the perceived contribution of public health and other community agencies. *J Health Hum Serv Adm* 1996; 18: 288-303.
18. Westwood B, Westwood G. Assessment of newspaper reporting of public health and the medical model: a methodological case study. *Health Promotion Int* 1999; 14: 53-64.
19. Wright K, Rowitz L, Merkle A, Reid WM, Robinson G, Herzog B et al. Competency development in public health leadership. *Am J Public Health* 2000; 90: 1202-1207.
20. Segura A. La profesionalización de la salud pública y el título de especialista. *Rev Administración Sanitaria* 2000; 4: 205-212.
21. Segura A, García Benavides F. *Competencias profesionales en salud pública*. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya; 2000.
22. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol R. La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gac Sanit* 1996; 10: 299-310.
23. Dyal WW. Ten organizational practices of public health: a historical perspective. *Am J Prev Med* 1995; 11 (Suppl 6): 6-8.
24. [www.apha.org/ppp/phimain/page2.htm](http://www.apha.org/ppp/phimain/page2.htm)
25. Turnock BJ, Handler AS. From measuring to improving public health practice. *Annu Rev Public Health* 1997; 18: 261-282.
26. Wylie I, Griffiths S, Hunter DJ. Everywhere and nowhere – a Socratic dialogue on the new public health. *BMJ* 1999; 319: 839-840.