
Organización de la salud pública en Andalucía

M.^a Antigua Escalera Urquiaga

*Directora General de Salud Pública y Participación de
La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*

Andalucía apostó desde el traspaso de las competencias de asistencia sanitaria por parte del Gobierno de la Nación en el año 1984, competencias que se sumaban a las ya asumidas de salud pública, en el año 1981, por un Modelo Integral de Cuidados Sanitarios, a partir de la Atención Primaria de salud. En el mismo se integran la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud.

Este modelo se ha ido consolidando a lo largo de los años, condicionado tanto por la evolución de las funciones propias de la salud pública, como por la experiencia adquirida durante todo este tiempo. También se ha visto influenciado por las diferentes remodelaciones del Gobierno andaluz y de la propia Consejería de Salud, así como por la ubicación de las competencias y funciones en salud pública de organismos y estructuras diferentes (fig. 1).

Los servicios periféricos de salud pública en Andalucía se incluyen en una unidad funcional, que es el distrito sanitario. El Distrito aglutina asimismo a varias zonas básicas de salud, como el marco territorial elemental para la prestación de la Atención Primaria de salud, de acceso directo de la población, en el que se ha

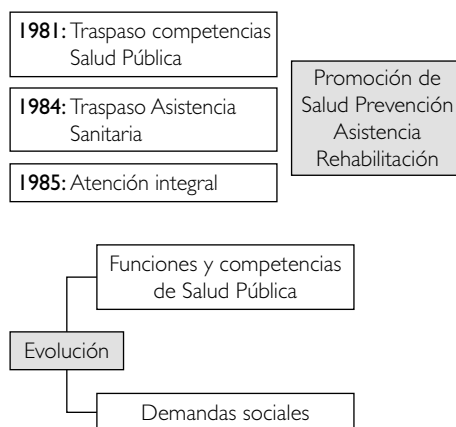


Figura 1.

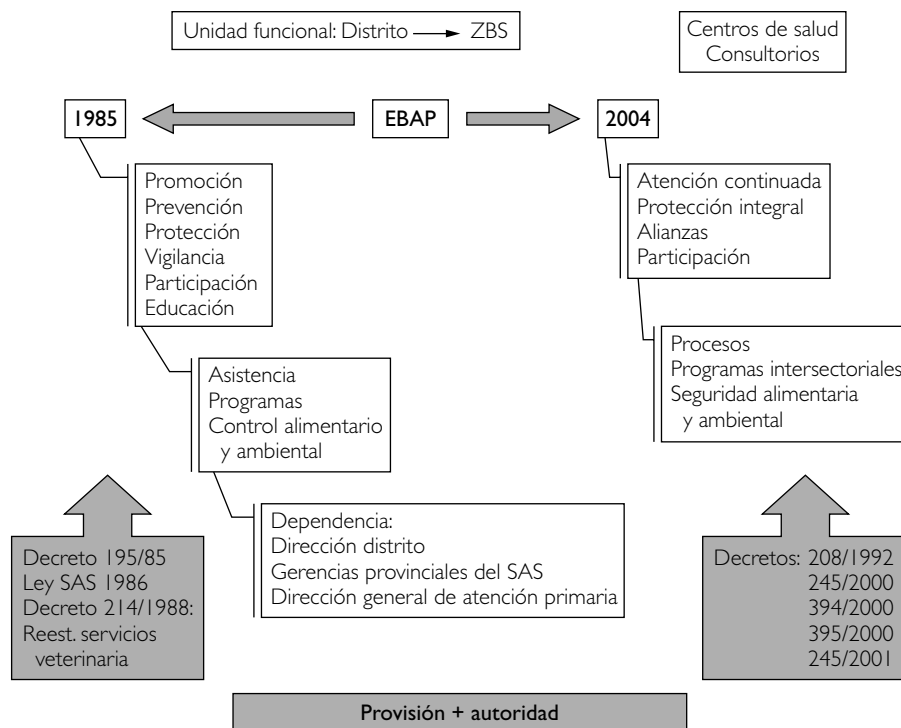


Figura 2.

de tener capacidad de proporcionar una asistencia continuada integral, permanente y accesible.

Igualmente, en cada zona básica de salud se constituye a partir del año 1985 un equipo básico de Atención Primaria, que desarrolla sus funciones en los centros de Atención Primaria de Salud (fig. 2).

Estos equipos profesionales compuestos por médicos generales, pediatras, en-

fermeros, auxiliares de clínica, trabajadores sociales, veterinarios y farmacéuticos locales, realizan funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, educación sanitaria, así como actividades de protección de la salud centradas en el control alimentario y ambiental. También y para el conjunto del distrito se crearon las figuras de Coordinador de Epidemiología y programas, así como Coordinador de Veterinaria, a los que se les

da el encargo de coordinar todas las actividades que en materia de promoción y protección realizan el conjunto de estructuras que componen el distrito sanitario.

Conformada esta estructura comienza el desarrollo de un conjunto de servicios de salud pública que además de los propios de protección de la salud se centraron en aquella época en la definición, elaboración e implantación de lo que ya denominamos “programas tradicionales de salud pública”: “maternoinfantil”, “salud escolar”, “bucodental”, “educación para la salud”, “planificación familiar”, etc.

La dependencia orgánica y funcional de estos equipos de trabajo, recae en la Dirección del distrito a través de los mencionados coordinadores, para incorporarse junto al resto de distritos provinciales en las Gerencias provinciales de salud, quienes dependen a su vez de la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (Organismo Autónomo prestador de los Servicios de Salud, creado por ley en el año 1986).

Casi 20 años han pasado desde entonces, y podemos decir que la prestación actual de los servicios de Salud Pública en Andalucía mantiene a nivel periférico el modelo integrado, entonces iniciado. Las unidades funcionales de prestación

de nuestros servicios siguen siendo los distritos sanitarios y las zonas básicas de salud, que hacen operativas las actividades asistenciales y de Salud Pública. Allí se encuentran los médicos, enfermeras y otros profesionales que trabajan en los centros de salud y consultorios bajo el esquema de este modelo integrado.

A partir del año 2000 sendos decretos de la Consejería de Salud han regulado definitivamente las plantillas orgánicas, funciones y retribuciones de farmacéuticos y veterinarios de los distritos, con lo que se ha cerrado una etapa inicial de integración que comenzó a mediados de los años ochenta.

Igualmente, en el año 2001 se crea la figura del Técnico de Salud de Atención Primaria, definiéndose plantillas, funciones y régimen retributivo para estos profesionales que realizan funciones de salud pública en los distritos. Bajo el epígrafe de Técnico de Salud se encuentran aquellos profesionales que desarrollan actividades relacionadas con el medicamento, la Epidemiología y programas, la educación para la salud y la participación comunitaria, así como la sanidad ambiental.

Las funciones de estos Técnicos de distrito, con movilidad geográfica dentro del mismo, se centran en el desarrollo de actividades preventivas, de protección de la salud y del análisis del estado de salud

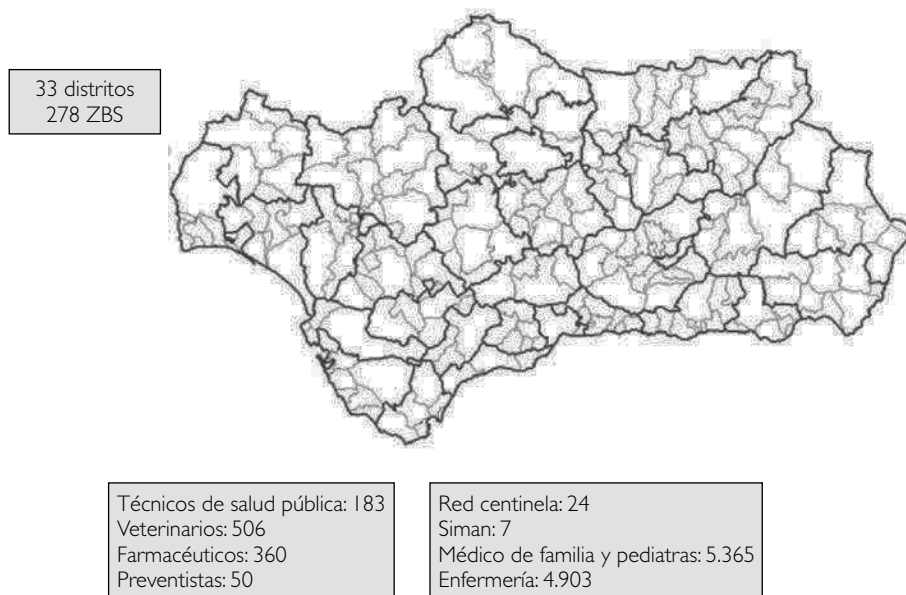


Figura 3.

en su ámbito territorial (que oscila para poblaciones entre 100.000 y 250.000 habitantes, con algunas excepciones).

Como se puede observar en la figura 3 Andalucía cuenta en estos momentos con unos servicios periféricos de salud pública ubicados en 33 distritos sanitarios, 278 zonas básicas de salud en los que trabajan 183 técnicos de salud, 360 farmacéuticos, 506 veterinarios además de 5.365 médicos de familia y pediatras, 4.903 enfermeras, 47 epidemiólogos, 50 preventivistas, 24 médicos en la red centinela.

En definitiva, la Comunidad Autónoma Andaluza mantiene desde el año 1985 un modelo integrado para el desarrollo de los servicios de salud pública en el nivel periférico. Modelo que se ha ido a su vez modulando a lo largo de los años en base a diferentes cuestiones: las necesidades y demandas de los ciudadanos, y por qué no decirlo, a nuestra propia experiencia.

Hemos evolucionado desde la implantación de un modelo restrictivo de salud pública, a través de la planificación y desarrollo de programas de salud pública y vigilancia epidemiológica de enfermeda-

des transmisibles, sin olvidarnos del control alimentario y ambiental, a un modelo también integrado, pero con una serie de funciones más amplias y que nos plantea importantes retos, al haberse ya consolidado y asumido gran parte de los tradicionales programas de salud pública, como parte de una atención individual que la asistencia presta al ciudadano, volcándonos desde la Dirección General en la planificación de actividades de salud pública, para un ámbito que supera la intervención exclusiva de los servicios de salud, pero en los que la aportación de los servicios de Atención Primaria de salud es y será fundamental para el logro de estos objetivos, como un espacio importante para desarrollarlos, debido al estrecho contacto y utilización por parte de los ciudadanos de nuestra estructura de Atención Primaria de salud.

Es decir, en una Comunidad Autónoma con elevada población y muy dispersa en ciertas zonas, el contacto de los ciudadanos con los servicios de salud debe servir para el desarrollo de actividades de salud pública (programas de metadona, tabaquismo, climaterio, etc.).

En la figura 4 se puede observar el modelo con tres etapas bien diferenciadas:

El año 1992 establece de forma clara una separación entre el Organismo financiador, asegurador y planificador, es decir,

la autoridad sanitaria, del proveedor de los servicios (que mayoritariamente en Andalucía es el servicio andaluz de salud [SAS]). Se crea la Dirección General de Salud Pública y se desarrollan a partir de entonces instrumentos importantes para la toma de decisiones: el plan de salud, contrato programa consejería/SAS y el contrato programa SAS-distritos sanitarios y hospitales.

Pasados 10 años, es decir a partir del año 2002, se elabora e implanta por parte de la Consejería un Plan de Calidad, que, entre otras cuestiones ha definido hasta el momento 48 procesos asistenciales que abarcan al 68 % de las patologías que se atienden por parte de nuestros servicios sanitarios.

Estos procesos que se están implantando tanto en Atención Primaria, como Especializada incardinan las actividades de prevención y promoción como parte de la atención que recibe el paciente, actividades que sustituyen en gran medida alguno de los programas tradicionales de salud pública. También la vigilancia epidemiológica está en pleno proceso de transformación hacia una vigilancia de la salud pública. El nivel periférico integra, además de epidemiólogos, a los médicos preventivistas de los hospitales, a médicos especialistas de microbiología dentro de un sistema de vigilancia microbiológica

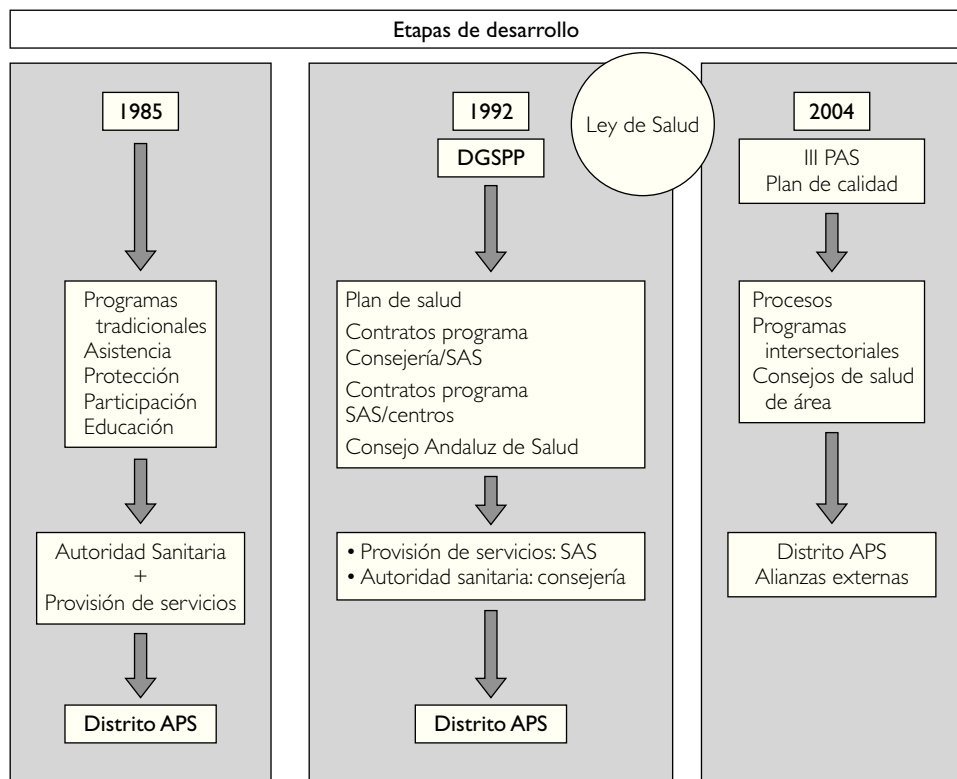


Figura 4.

ca y a médicos de algunos centros de salud, que trabajan en nuestra red centinela para el seguimiento epidemiológico y virológico de procesos como la gripe, el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), etc. (fig. 5).

Igualmente, la participación ciudadana a nivel local se ha fortalecido también tras la creación de los consejos de salud de área, además de las relaciones esta-

blecidas con las corporaciones locales y asociaciones en el territorio.

En relación a los planes intersectoriales en Salud Pública ya comentados, que centran en estos momentos nuestros esfuerzos, además de su desarrollo por parte de los técnicos de salud, de farmacéuticos y veterinarios de los distritos sanitarios y de los médicos y enfermeras de los centros de salud, hemos buscado

alianzas también a nivel periférico, como apoyo al trabajo de estos profesionales sanitarios. La Ley de Salud de Andalucía de 1998 le da a las corporaciones locales rango de autoridad sanitaria, interviniendo por tanto en el desarrollo de algunos programas de salud como forma joven, tabaquismo, alimentación y nutrición, etc., también hemos buscado alianzas en este nivel local con otros agentes sociales y organismos públicos y privados, para el desarrollo de planes orientados a la reducción de desigualdades, como el Plan de la Inmigración y el de Atención a la Salud de las personas que ejercen la prostitución.

En definitiva, hemos apostado por un modelo integrado que pretendemos mantener en un futuro, y que afecta a las funciones esenciales de la salud pública:

1. Las políticas basadas en la promoción y prevención han transformado la acción de los servicios a nivel periférico, reorientándolos, desarrollándose en este contexto las recomendaciones europeas. De esta forma, Andalucía oferta hoy dentro de sus servicios periféricos procesos, planes y programas que desarrollan la promoción de la salud a nivel individual, grupal y comunitario.

2. Las actividades de salud pública centradas en la protección de la Salud se

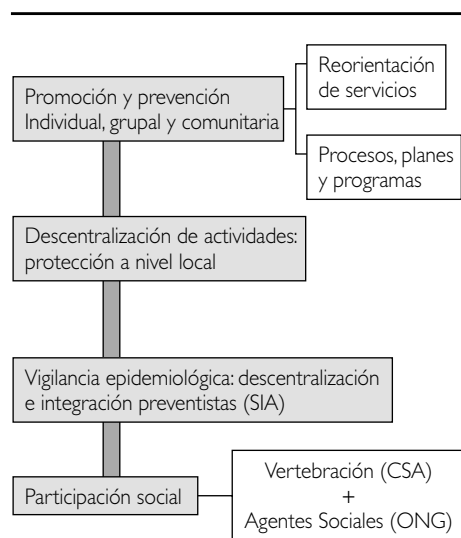


Figura 5.

han convertido durante estos años en una actividad muy local, producto de una importante descentralización.

3. La vigilancia epidemiológica se ha consolidado también a nivel muy periférico y en los últimos años trabajamos para unir este análisis a la intervención inmediata, más cercana al ciudadano. Nuestros profesionales en vigilancia epidemiológica están integrados en una red de 152 personas que gestionan el análisis y la intervención de los datos desde las estructuras periféricas hasta los servicios centrales.

4. La participación social también se realiza desde el nivel local, y en los últimos años además de los profesionales

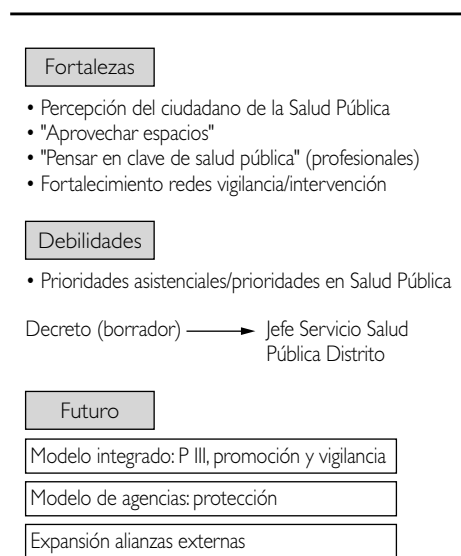


Figura 6.

sanitarios de los centros de salud y los consultorios, recibimos como ya hemos señalado un apoyo cada vez más importante por parte de las ONG (prostitución, inmigración).

Creo que hemos sido capaces de desarrollar un modelo con muchas fortalezas, pero también con alguna debilidad que hemos ido superando con los instrumentos de decisión comentados (fig. 6).

Entre las primeras, haría énfasis en primer lugar en la imagen de la salud pública ante el ciudadano, que acude masivamente (4 millones de personas al año) a los centros de salud, y reciben en condi-

ciones de igualdad, prestaciones asistenciales, promotivas y preventivas.

El segundo aspecto positivo es precisamente la posibilidad de aprovechar este amplio contacto y utilización por parte del ciudadano de los servicios sanitarios para desarrollar actividades de promoción y prevención como rutina de trabajo en los centros de salud.

Un tercer aspecto positivo sería la propia percepción de los profesionales que han incorporado durante estos años la asistencia con las actividades de salud pública, lo que venimos en denominar "pensar en clave de salud pública", cuando se atiende a un paciente, lo cual lógicamente ha fortalecido nuestro sistema de vigilancia en salud pública, así como la propia intervención ante situaciones o problemas de salud.

Quizás una debilidad, evidenciada en los últimos años al no gestionar una estructura propia de salud pública, haya sido la elección en determinados momentos de prioridades por parte de los profesionales.

Esta situación que hemos ido modificando en el tiempo se verá reforzada tras la publicación de un borrador de Decreto, por el que se establece la estructura básica de los servicios de Atención Primaria de salud, el cual recogerá la creación de una Dirección de

salud, en el distrito sanitario, de la cual dependería una Jefatura de Servicio de Salud Pública. Igualmente y como órganos de asesoramiento al equipo de dirección de distrito, se podrán crear comisiones de salud ambiental y seguridad alimentaria.

Finalizo resaltando que cualquier modelo de prestación de servicios de salud pública a nivel periférico es adecuado si mantiene como norma un elemento nuclear:

Las funciones de autoridad sanitaria deben residir siempre en la Consejería de salud, y bajo esta premisa en Andalucía, en actividades relacionadas con la protección de la salud; estamos trabajando para que puedan gestionarse a través de modelos de agencias, adscritas a la propia Consejería, para que la integridad de actividades relacionadas, por ejemplo con la seguridad alimentaria, se mantengan en el seno de una única estructura que coordine desde el inicio hasta el final funciones que ahora se en-

cuentran, desde mi punto de vista excesivamente dispersas y vertebradas en organismos no sanitarios, aunque los efectos de su gestión sí pueden tener repercusión para la salud.

Las funciones de promoción y prevención, aun manteniendo nuestro modelo integrado, deberán fortalecerse a través de alianzas externas para el desarrollo de programas intersectoriales de salud pública, sin olvidar el relevante papel de los propios servicios de salud pública de los distritos sanitarios, y finalmente, la vigilancia de la salud y la evaluación del impacto de la intervención sanitaria sobre el nivel de salud deberá también buscar alianzas y complicidades con otros sectores, manteniendo la presencia y funciones de los epidemiólogos en los distritos sanitarios, como agentes clave para monitorizar, analizar e intervenir, en el lugar en que se producen situaciones de falta de salud, o como agente encargado del seguimiento de colectivos de intervención preferente.