
Organización de la salud pública en Castilla-La Mancha

Berta Hernández Fierro

Directora General de Salud Pública y Participación de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha tiene un extensión territorial de 79.463 km² repartidos entre 5 provincias que albergan 919 municipios y 1.600 núcleos de población. La densidad de población es baja, con 22,4 hab./km² sobre un total de 1.782.038 habitantes, siendo el grado de dispersión territorial alto.

La organización del servicio de salud de la Comunidad Autónoma se conforma, a nivel de superficie, en 8 áreas sanitarias que integran 201 zonas básicas de salud.

Las competencias que el Decreto 23/2001 atribuye a la Dirección General de Salud Pública y Participación en Castilla-La Mancha giran en torno a tres grandes bloques, clásicos en salud pública.

I. Las concernientes a la promoción de la salud y Epidemiología, que incluyen:

- Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Implantación y ejecución de planes de educación sanitaria.
- Control de brotes epidemiológicos.

– Estudios epidemiológicos de enfermedades transmisibles.

- Farmacovigilancia.
- Formación e investigación científica en salud pública.
- Participación de ciudadanos e instituciones en las políticas de salud.
- Política de cooperación con la Unión Europea y ONG.
- Sanidad mortuoria.

2. Las concernientes a sanidad alimentaria, que incluyen:

- Programas de higiene alimentaria.
- Programas de zoonosis.
- Control e inspección de industrias.
- Control e inspección de centros de ventas y consumo de alimentos.
- Red de alerta sanitaria.
- Actuaciones de inspección alimentaria.
- Organización y control de registros sanitarios.

3. Las concernientes a sanidad ambiental, que incluyen:

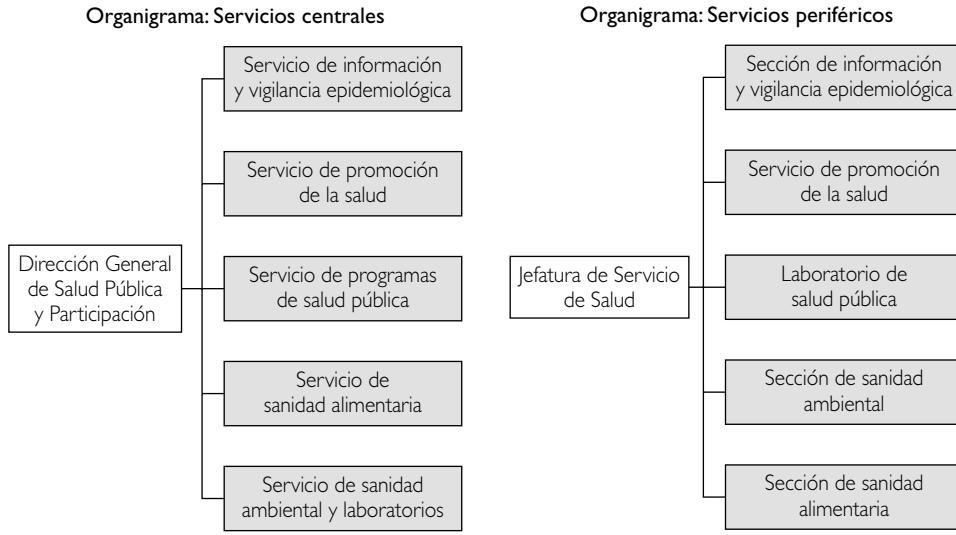


Figura 1. Organigrama de la Dirección General de Salud Pública y Participación.

Figura 2. Organización de las Delegaciones Provinciales de Sanidad.

– Programas de sanidad ambiental.
– Laboratorios de salud pública.
– Salud laboral.

Todas estas competencias se desarrollan desde los servicios centrales y periféricos de la Consejería de Sanidad, sin que se hayan creado estructuras específicas de gestión como Agencias, Institutos o Fundaciones, a excepción de la Comisión Regional de Calidad y Seguridad Alimentaria, creada con motivo de la crisis surgida a raíz de la encefalopatía espongiforme bovina, como órgano colegiado de la Administración adscrito a la vicepresidencia de gobierno. El objetivo principal

de esta Comisión es el establecimiento de criterios básicos de actuación en materia de calidad y seguridad alimentaria, y entre sus funciones cabe destacar la de coordinar las actividades de las Consejerías competentes en esta materia, es decir, Sanidad, Agricultura y Medio Ambiente.

Hecha esta salvedad, el organigrama de la Dirección General de Salud Pública y Participación es el que se expone en la figura 1.

En la figura 2 se expone la organización en las Delegaciones Provinciales de Sanidad. Lo más significativo es que lo

que en servicios centrales es una unidad administrativa con categoría de servicio, a nivel periférico existe como sección, estando todas ellas bajo la supervisión de un jefe de servicio de salud.

La siguiente estructura territorial importante en salud pública son los llamados distritos de salud. En Castilla-La Mancha existen 36 distritos de salud pública, cada uno de los cuales abarca territorialmente varias zonas básicas de salud.

La estructura física desde la que se coordinan las actividades de salud pública y que acoge a los profesionales que desempeñan su trabajo en los mismos se denomina centro de salud pública. En la actualidad los profesionales son veterinarios y farmacéuticos de salud pública, bajo la dirección de un jefe de distrito. En un futuro se podrían incorporar otros profesionales de salud pública.

Las principales funciones de esta estructura son:

I. Vigilancia y control sanitario:

– Abastecimiento de agua, aguas de recreo, evacuación de aguas residuales domésticas, industriales y agropecuarias.

– Contaminación ambiental por ruidos y radiaciones.

– Residuos sólidos urbanos, tóxicos y peligrosos, biosanitarios y agropecuarios.

2. Inspección y control sanitario:

– De establecimientos y servicios de plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria.

– De industrias y establecimientos alimentarios y de comedores colectivos.

– De sacrificios domiciliarios de ganado para consumo familiar de reses y de reses muertas en actividades cinegéticas.

– Inspección veterinaria en reses procedentes de espectáculos taurinos.

3. Desarrollo de programas de sanidad ambiental y alimentación.

4. Promoción de la salud y educación sanitaria.

5. Investigación y formación.

Entre estas funciones cabe destacar las actividades de promoción de la salud a través de la educación sanitaria. En la actualidad se está potenciando esta labor mediante la implementación de programas educativos en la comunidad. Estos programas están dirigidos tanto a población general, a través de la asesoría técnica de proyectos de promoción de la salud, como a la comunidad educativa a través de los planes oficiales de formación del profesorado de la Consejería de Educación.

Consideramos los distritos como una forma de acercar al ciudadano los servicios de salud pública, sobre todo porque creemos que es una forma de visualizar los mismos, especialmente si tenemos en

cuenta que el desarrollo de actuaciones mediante el formato de programas ha estado tradicionalmente ligado a la ejecución por parte del sector asistencial, y en concreto, por la Atención Primaria. Esto contribuía a dar un carácter fundamentalmente asistencial a los servicios ofertados, atendiendo escasamente al componente multidisciplinar e intersectorial que la salud pública debe contemplar necesariamente en su desarrollo.

Los ejecutores de los programas diseñados por salud pública eran, en última instancia, los equipos de Atención Primaria, teniendo poca relevancia en este cometido otros profesionales también del ámbito sanitario (farmacéuticos, veterinarios, etc.). Otros factores, como por ejemplo la presión asistencial que soporta la Atención Primaria han ido dificultando progresivamente el correcto desarrollo de las acciones de salud pública.

Las características de la sociedad actual, marcadas por las tendencias globalizadoras, han incrementado las desigualdades en salud, que conllevan nuevos

retos a afrontar desde la salud pública y, de alguna forma, nos van marcando el camino a seguir. De esta manera se hace necesario intervenir en escenarios diferentes al entorno asistencial. Me estoy refiriendo a ámbitos como el educativo y a lo que podemos llamar de forma genérica, ámbito social, donde es posible trabajar los problemas relacionados con colectivos desfavorecidos, programas destinados a jóvenes y adolescentes a través de sus espacios comunes, y el estímulo de la participación ciudadana a través del tejido asociativo, etc.

En definitiva, y para concluir, la organización y los contenidos de la salud pública deben seguir siendo la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la vigilancia epidemiológica, la atención al medio ambiente y la sanidad alimentaria, pero deben vincularse a programas y estrategias conjuntas con los agentes de salud: tanto Atención Primaria como agentes educadores de diferentes disciplinas, organizaciones de iniciativa social, instituciones y población-consumidores.