
Un nuevo impulso a la organización de los servicios de salud pública en Cataluña

Antoni Plasència

*Director General de Salud Pública. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
(dgsp.sanitat@gencat.net).*

Introducción

La salud pública (SP) es una de las líneas de actuación prioritarias del nuevo gobierno tripartito de la Generalitat de Catalunya, tal y como manifestaba su Consejera de Salud, la Dra. Marina Geli, ya en su primera comparecencia en el Parlamento catalán en enero de 2004¹.

Ello supone, de manera destacada, un compromiso con la modernización de la SP catalana a partir de dos ejes principales: la reforma de los dispositivos de provisión de servicios de SP por un lado, y la formulación e implantación de políticas que incorporen de manera central las estrategias efectivas de promoción, prevención y protección, con el apoyo de la vigilancia, la monitorización y la investigación, por el otro.

El presente artículo pretende describir de manera sintética algunos de los planteamientos y perspectivas principa-

les de dicho compromiso, abordando el contexto actual de los servicios de SP, describiendo la nueva estrategia de SP en Cataluña y muy especialmente las nuevas formas organizativas que está previsto desplegar durante el actual mandato.

El contexto actual

En un reciente documento del Senado canadiense sobre la reforma de la protección y la promoción de la salud, *Time to Act*², se destaca que la SP a menudo opera de manera silenciosa —a través de la vigilancia, el análisis, la intervención, la información, la promoción y la prevención— hasta que surge alguna cosa de manera inesperada, generando situaciones de emergencia o, incluso, de crisis que pueden adquirir proporciones considerables, a veces con un coste importante en vidas, sufrimiento y dinero. En este sentido, no puede olvidarse que los ser-

vicios de SP, por su función fundamentalmente colectiva y dirigida en gran parte a grupos de población, entidades locales y regionales e instituciones, suelen tener una visibilidad menor que la mayoría de servicios sanitarios, centrados más directamente en las personas. Asimismo, su dimensión fundamentalmente preventiva hace que no siempre sean percibidos por las instituciones y por los propios ciudadanos como un componente esencial del sistema sanitario, cuyas prioridades se orientan más a la atención curativa. Sin embargo, es evidente que las numerosas situaciones de riesgo colectivo, ya sean del ámbito local o global, y la creciente sensibilidad ciudadana y mediática ante los riesgos individuales y colectivos para la salud, ponen de manifiesto la importancia de disponer de unos servicios de SP efectivos y ampliamente legitimados por el conjunto de la sociedad.

Ante la paradoja del contraste entre unos niveles de salud colectivos cada vez mejores –aunque con importantes inequidades sociales y territoriales– y la percepción ciudadana de una creciente vulnerabilidad ante los riesgos del entorno, es necesario que los poderes públicos traten de anticiparse a los problemas³ para prevenirlos y que, cuando éstos se presentan, tengan la capacidad de resolverlos, o cuando menos de reconducirlos,

de manera rápida y transparente. Así pues, incluso en una sociedad madura en la que los ciudadanos tiendan a reconocer que vivir sin riesgos para la salud es utópico, es necesario que los servicios de SP sean anticipativos, resolutivos, basados en la mejor evidencia científica⁴ (o, en su defecto, en el principio de precaución⁵), garantes del cumplimiento de la ley, cercanos al ciudadano y a la comunidad y transparentes en la comunicación.

Hoy en día en Cataluña, a pesar de algunas aportaciones destacables, los servicios de SP en su conjunto se encuentran excesivamente lastrados por una actividad centrada en la gestión diaria de las alertas y de los brotes epidémicos, así como en los procesos administrativos vinculados al ejercicio de la autoridad sanitaria. Asimismo, se constata un limitado grado de liderazgo y de renovación técnica, una fragmentación organizativa excesivamente verticalizada y una baja implantación en el conjunto del sistema sanitario, en el ámbito local y regional y en la propia sociedad en su conjunto. Sin embargo, la SP en Cataluña dispone de un conjunto de recursos humanos que es preciso potenciar y coordinar mejor^{6,7} para hacer frente a los problemas y riesgos colectivos, y reforzar la necesaria confianza sobre la que debe sustentarse todo servicio público.

Por una nueva estrategia organizativa de la salud pública

La visión de unos servicios de SP “de confianza” pasa por cumplir con las dimensiones siguientes:

1. La capacidad de anticiparse a los problemas de salud, a través del refuerzo de los sistemas de información de vigilancia y monitorización y de los procesos de análisis prospectivo, incluyendo la preparación ante las emergencias colectivas y el bioterrorismo (*preparedness*).

2. La capacidad resolutoria, mediante el refuerzo de la capacidad operativa de los recursos de investigación y control de brotes y epidemias, y de toda situación que suponga un riesgo colectivo significativo para la salud, de manera coordinada con los diversos ámbitos sectoriales y niveles competenciales.

3. La acción basada en la evidencia científica (o, en su defecto, en el principio de precaución), con la promoción, implantación y generalización de aquellas políticas, programas e intervenciones comunitarias para las cuales exista evidencia científicamente contrastada de su efectividad, y siempre que sea posible, de su eficiencia.

4. La garantía del cumplimiento de la Ley, mediante el refuerzo de la capacidad de inspección, sanción y seguimiento de

la adopción de medidas correctoras y del cumplimiento de la autoridad sanitaria en general, en colaboración con las Administraciones y niveles competentes.

5. La proximidad al ciudadano, extendiendo la implantación de los servicios de SP en el territorio, de manera estrechamente coordinada con los servicios asistenciales sanitarios y con todos aquellos servicios públicos competentes (sociales, educativos, ambientales, etc.) implicando los niveles regionales y locales, tanto en el ámbito de las instituciones como de las entidades y asociaciones, las universidades y la iniciativa privada.

6. La transparencia en la comunicación, mediante la relación continuada con los medios de comunicación y con los diversos agentes sociales, tanto en situaciones de crisis como de normalidad, promoviendo el conocimiento de los principales problemas de SP y de las políticas para afrontarlos, desde la accesibilidad y la divulgación.

La plena adopción de estas dimensiones supone plantear una nueva estrategia de SP basada en el despliegue y consolidación de unas formas organizativas renovadas y de unos procesos de gestión actualizados, que permitan hacer frente a un contexto socioeconómico en permanente cambio y a un entorno administrativo con algunas inercias. Por ello, en consonancia

con algunas propuestas internacionales recientes^{2,8-11}, parece necesario dotarse de un modelo organizativo que, tanto a nivel central como territorial, incorpore los siguientes elementos fundamentales:

- La separación de las funciones de tutoría y planificación estratégica de las de provisión de los servicios; las primeras corresponden a la Dirección General de Salud Pública (DGSP), mientras que las últimas se enmarcarían dentro de una organización con función de agencia, la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT), con entidad jurídica propia, autonomía de gestión y presupuesto propio.

- Las funciones de la DGSP deben centrarse en el liderazgo político y en la ordenación, planificación estratégica y evaluación de las prestaciones de SP, garantizando el adecuado cumplimiento de las políticas y objetivos generales fijados por el gobierno en materia de SP.

- Las funciones de la Agencia deben centrarse en la gestión de una cartera de servicios de SP¹², que incluya la valoración de las necesidades y la vigilancia de la SP, el despliegue de programas de intervención en el ámbito de la promoción, la prevención y la protección, la acción inspectora y la gestión de la capacidad sancionadora (autoridad sanitaria), en coordinación con el resto de niveles competenciales de la Administración.

- La formulación y el despliegue del modelo organizativo de SP debe tener en cuenta las variables principales de territorialidad, marco competencial, funciones y órganos de gobierno, articuladas en base a los principios de subsidiariedad, economía de escala y de masa crítica, y debe basarse en un amplio consenso político, institucional y técnico, y en un modelo de financiación sostenible y estable.

- La elección del modelo organizativo para la gestión territorial de los servicios de SP debe valorar las posibles opciones, desde una Agencia fuertemente centralizada, pero con unidades de actuación a nivel de las regiones, distritos o áreas sanitarias, hasta una Agencia ampliamente descentralizada que opere en red, en base a aquellas organizaciones y dispositivos regionales y locales con capacidad acreditada de provisión de servicios de SP y con autonomía de gestión, en el marco de convenios y contratos-programa, con las correspondientes contraprestaciones económicas.

- Finalmente, el modelo escogido deberá reforzar la coordinación y la implicación de los dispositivos asistenciales (especialmente la Atención Primaria y los laboratorios de Microbiología y de Química ambiental), orientar la organización hacia la calidad, así como la formación de los profesionales (técnicos y ges-

tores) de la SP¹³, la promoción de la innovación y la investigación vinculada a la práctica, y la intensificación de la comunicación con el público y los medios.

De la Agencia de Protección de la Salud a la Agencia de Salud Pública de Cataluña

Desde abril de 2003 Cataluña dispone de una Ley de Protección de la Salud¹⁴, que establece la creación de la Agencia de Protección de la Salud. Dicha Ley se planteó con el objetivo primordial de reformar los dispositivos de inspección de los servicios de SP, centrándose por tanto exclusivamente en las actividades de protección (salud ambiental y alimentaria). El largo proceso de su gestación y aprobación, así como la complejidad de su despliegue han ido aplazando la puesta en marcha de las estructuras que dicha Ley establece. Por otra parte, el hecho de que la reforma se limitara a los servicios de protección, dejando de lado el resto de prestaciones de SP, especialmente las actividades relacionadas con la vigilancia y la promoción de la salud, plantea la necesidad de un abordaje más ambicioso y exhaustivo de la reforma de los servicios de SP en Cataluña, que culmine en la creación y despliegue de la ASPCAT.

Para lograrlo, se plantea una aproximación pragmática que, sobre la base del despliegue inicial de la Agencia de Protección de la Salud que establece la mencionada Ley 7/2003, incorpore el conjunto de servicios de SP que deben configurar la ASPCAT. Ello será posible en la medida en que los principios generales y organizativos que contempla la Ley de Protección de la Salud parecen extrapolables y, por tanto, válidos como núcleo para el despliegue del modelo de ASPCAT.

A continuación, describiremos de manera sintética algunos de dichos principios, trasladados al modelo de funcionamiento que tendría la ASPCAT. En la figura 1 se resume el modelo de relacio-

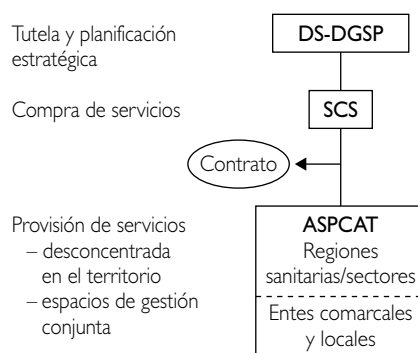


Figura 1. La ASPCAT dentro del sistema sanitario. DSS: Departament de Salut; DGSP: Direcció General de Salut Pública; SCS: Servei Català de Salut; ASPCAT: Agència de la Salut Pública de Catalunya.

nes de los principales niveles organizativos implicados, que incluyen a la Consejería de Sanidad (*Departament de Salut*) y muy especialmente a su Dirección General de Salud Pública, con un rol de tutela y planificación estratégica, aportando criterios para la compra, que modularía el Servei Català de la Salut (SCS) a través de un contrato programa con la ASPCAT. Esta, a su vez, se haría cargo de la provisión de los servicios de forma desconcentrada en el territorio (en regiones sanitarias y sectores), con la posibilidad de concertar espacios de gestión conjunta con los entes comarcales y locales que estén interesados.

Los principios generales de la ASPCAT estarán basados en:

- a) El fomento de la monitorización, vigilancia, promoción, prevención y protección de la salud.
- b) La concepción global e integrada de los servicios de SP.
- c) La racionalización, eficacia, efectividad, simplificación y eficiencia en la organización; fomento y mejora de la calidad de los servicios de SP.
- d) La descentralización y desconcentración de la gestión.
- e) La equidad y la reducción de las desigualdades territoriales y sociales.
- f) La participación comunitaria en la planificación y el control de la ejecución.

g) La coordinación y cooperación interdepartamentales e interadministrativas.

h) El fomento de la creación de recursos científicos y de información.

La ASPCAT se organizaría como un organismo autónomo de carácter interdepartamental, con personalidad jurídica y presupuesto propios, ejerciendo competencias en SP en concurrencia y coordinación con el resto de Administraciones competentes, integrando las actividades de monitorización y vigilancia de la SP, promoción y protección de la salud. La ASPCAT se dotaría de un Consejo rector, presidido por la Consejera de Sanidad (o la persona en quien delegue), contaría con representantes de los departamentos o consejerías, así como con la representación de los entes locales, y con la figura de un Director/Gerente, así como un Consejo General de Participación.

La estructuración territorial de la ASPCAT se centraría en los servicios regionales, superpuestos a la estructura territorial de las regiones sanitarias del SCS (equivalentes a las áreas de salud) con la posibilidad de niveles organizativos subregionales. De acuerdo con este modelo y con el perfil predominante de los recursos humanos existentes en SP, parece recomendable que la prestación territorial de los servicios se configure en tor-

no a unas unidades pluridisciplinares de protección y vigilancia epidemiológica fuertemente implantadas, apoyadas por una red de laboratorios de SP (ambiental, alimentaria y clínica), y complementadas por recursos técnicos especializados en el campo de la promoción de la salud, de la prevención y de la monitorización de la salud.

El conjunto de servicios descritos podrán ser prestados tanto por funcionarios de la Administración general, como por personal adscrito de corporaciones locales y regionales, además del personal complementario que se estime necesario. Además, el modelo está abierto a la concertación y contratación de servicios a prestar por parte de aquellas organizaciones y entidades con capacidad acreditada para la provisión –total o parcial– de servicios de SP en un determinado territorio, como ya es el caso para la ciudad de Barcelona, a través de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (www.aspb.es), organismo participado conjuntamente por el Ayuntamiento de la ciudad y la Generalitat de Catalunya. Asimismo, el modelo debe promover la cooperación y la concertación con los dispositivos asistenciales, y muy especialmente con la Atención Primaria, una estrategia clave para el despliegue de muchas de las actividades de promoción y

de prevención, contribuyendo a alcanzar un nivel verdaderamente comunitario de las prestaciones sanitarias¹⁵.

Por otra parte, el modelo descrito permitiría una respuesta adecuada a la necesidad de los ayuntamientos catalanes de prestar servicios mínimos en protección de la salud que establece la Ley de Protección de la Salud, incluyendo la gestión de los riesgos para la salud procedentes de la contaminación del medio, las aguas de consumo público, los equipamientos públicos y de pública concurrencia, la seguridad alimentaria relacionada con el comercio minorista, la restauración, la producción local y el transporte urbano, los animales domésticos, peridomésticos y las plagas, y la policía sanitaria mortuoria, entre otros. En este sentido, la ASPCAT estaría en condiciones de prestar dichos servicios, incluyendo la instrucción de los expedientes sancionadores, sin menoscabo de la titularidad de la potestad sancionadora que corresponda. Para ello, deberán articularse los mecanismos de financiación que permitan una provisión sostenible y eficiente de dichos servicios por parte de la ASPCAT.

Algunas etapas clave

El planteamiento pragmático del nuevo impulso que queremos dar a los ser-

vicios de SP en Cataluña pasa por diversas etapas clave, entre las que destacan:

a) El despliegue de la Agencia de Protección de la Salud, al amparo de la vigente Ley de Protección de la Salud. Dicho despliegue se iniciará a nivel central y en diversas regiones piloto, para ir extendiéndose al conjunto de Cataluña.

b) La formulación del modelo de ASPCAT, a partir del núcleo organizativo de la Agencia de Protección de la Salud. Para ello, se prevé la puesta en marcha de grupos de trabajo multidisciplinar, que incluyan a actores clave de la práctica y de la investigación en SP, y que contribuyan a la formulación de los elementos básicos que han de configurar la ASPCAT, así como los instrumentos jurídicos para su creación.

c) El desarrollo legislativo para la creación de la ASPCAT (Decreto o Ley, pendiente de valoración), integrando la Agencia de Protección de la Salud.

d) El despliegue organizativo y territorial de la APSCAT, siguiendo el modelo iniciado para la APS.

e) La reorientación de las funciones y los servicios de la DGSP.

f) La vinculación de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria (ACSA), agencia interdepartamental creada en 2003, a la ASPCAT.

g) La gestión del cambio interno del conjunto de la organización (APSCAT y

DGSP) y su orientación a la calidad, al usuario y a la comunidad, y

h) El seguimiento y evaluación de los objetivos planteados.

El futuro: construir confianza

En conjunto, el despliegue y la modernización de los servicios de SP en Cataluña han de permitir generar confianza, a través del liderazgo y de la visibilidad de la SP, de la orientación de los servicios hacia los resultados en salud, con el despliegue de modelos organizativos más resolutivos y próximos a los dispositivos asistenciales y de protección, al territorio y a los ciudadanos, con la ordenación e implicación de los diversos recursos del ámbito local, comarcal y regional, así como de las instituciones, universidades y entidades ciudadanas, fomentando la profesionalidad, la investigación y la innovación.

Haciendo nuestra una metáfora de un autor británico relativa al reciente esfuerzo de creación de la Agencia de Protección de la Salud en el Reino Unido⁸, esta tarea supone “deshacer, rediseñar y volver a confeccionar” un sistema complejo en el mismo momento en que se está utilizando, lo que sin duda requerirá de un esfuerzo intenso y sostenido. Pero invertir hoy en la organización de los

servicios de SP de Cataluña es generar la confianza del mañana en el conjunto de la acción sanitaria y de gobierno.

Agradecimientos

A Rafa Manzanera y Eduard Mata por sus comentarios y sugerencias a una versión previa del manuscrito.

Bibliografía

1. Diario de Sesiones del Parlamento de Cataluña de 30 de enero de 2004, Sesión informativa de la Comisión de Política Social con la Consejera de Sanidad y Seguridad Social para informar de las líneas de actuación de su Departamento.
2. Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act. Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. November 2003.
3. Barnard K, editor. The future of health –health of the future. Fourth European Consultation on Future Trends. London: The Nuffield Trust, 2003.
4. Cid Ruzafa J, Rodriguez Artalejo F, Martin Moreno JM. ¿Hacia una salud pública basada en la evidencia? Med Clín (Barc) 1999;112(Supl 1):106-10.
5. Sánchez E. El principio de precaución: implicaciones para la salud pública Gac Sanit 2002;16:371-3.
6. De la Puente ML, Manzanera R, y Grupo de Trabajo de Salud Pública en Cataluña. Propuesta de marco de reorganización de la salud pública en Cataluña. Gac Sanit 2001;(Supl 4): 55-68.
7. Lindez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. Gac Sanit 2001; 15:164-71.
8. Nicoll A, Murray V. Health Protection –a strategy and a national agency. Public Health 2002;116:129-37.
9. Radnor Z, Lovell B. Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. Int J Health Care Qual Ass 2003;16:99-108.
10. Ford EW, Duncan WJ, Ginter PM. The structure of State Health Agencies. Med Care Res Rev 2003;60:31-57.
11. Khalegian P, Das Gupta M. Public management and the essential public health functions. World Bank Research Working Paper 3220, February 2004. Disponible en: <http://econ.worldbank.org>
12. Villalbí JR, Guix J, Plasència A, Ar-mengou JM, Llebaria X, Torralba L. La

- cartera de servicios en una organización de salud pública. Gac Sanit 2003;17:231-7.
- 13.** Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Gac Sanit 2004;17:23-34.
- 14.** Llei 7/2003, de 25 d'abril, de protecció de la salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. N.º 3879; 8.5.2003.
- 15.** López Santiago A, Martín Moreno JM. Atención primaria y salud pública: la oportunidad para superar el desencuentro. Rev Esp Sal Pub 2004;78:1-3.