

---

# Organización de los servicios de salud pública en España. Modelos organizativos.

## El modelo de la Comunidad de Madrid

*Francisco Babín Vich*

*Director General de Salud Pública, Alimentación y Consumo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

### **Antecedentes**

---

La Ley 14/86 General de Sanidad establece en su artículo sexto que las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas entre otras a:

1. La promoción de la salud.
2. Promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. Garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

Por otro lado, el artículo octavo de la misma Ley en su epígrafe primero, establece que: “se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia

la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica”.

Nuestro sistema sanitario se caracteriza, analizado de un modo simplista, por una gran concentración de recursos dedicados a la asistencia sanitaria, bajo la dirección de la autoridad sanitaria, que atribuye la financiación a los distintos centros de gasto, efectuando con ello una compra de servicios que permita efectuar por dichos centros la provisión de los mismos, en un contexto en el que, el factor modulador de dicha provisión, es fundamentalmente la demanda asistencial, realizando la intervención sobre el conjunto de la población asignada independientemente de que la atención se formalice sobre individuos aislados, o pretenda mejorar a través del individuo

el estado de salud de un colectivo sujeto a una dolencia o al padecimiento de un riesgo común (por ejemplo el colectivo de infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana).

Por su parte, los servicios de salud pública, conformando un sistema coordinado, pero paralelo e independiente del sistema asistencial (si bien bajo la misma unidad de dirección, autoridad, y financiación), suponen, en término medio, el 1 % de los presupuestos finalistas sanitarios, dedicando su recursos a la evaluación de necesidades y factores de riesgo que conforman lo que podríamos denominar, “el estado de salud de la población”, formalizando sus intervenciones en contextos distintos de los meramente asistenciales, bien en el campo de la higiene, bien en la definición de actuaciones de carácter comunitario ligadas a la disminución de los factores de riesgo prevalentes para los distintos procesos que en la sociedad concurren.

Pocas experiencias han ligado el análisis del beneficio y efecto en salud de la provisión de servicios asistenciales, desde una perspectiva comunitaria, como factor determinante para la función de compra y provisión de servicios asistenciales, permaneciendo como hemos señalado como factor modulador principal de la distribución del gasto, la presión de

la demanda asistencial, junto con la incorporación de las nuevas tecnologías, independientemente de que ambos factores contribuyan sólo parcialmente a la mejora del estado de salud de la población globalmente considerada.

Cuando en el año 1999 adquirimos la responsabilidad de dirigir los servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, heredamos una estructura muy potente, constituida por unos servicios centrales con alto nivel de formación, estructurados según los modelos clásicos de distribución de funciones en el ámbito de la salud pública, y unos servicios periféricos, ubicados de manera práctica, abarcando la totalidad del territorio de la Comunidad de Madrid y organizados en secciones paralelas y equivalentes a los servicios centrales. Estos servicios periféricos, durante más de una década, habían encarnado la referencia válida en materia de salud pública para las autoridades municipales, así como para las correspondientes Gerencias de Atención Primaria y Especializada en cada área sanitaria de las que componen el mapa sanitario de la Comunidad de Madrid.

No obstante, del análisis de dicho sistema, se deducían una serie de características que a su vez constituían oportunidades de mejora que quedaron reflejadas en el Plan Estratégico de los

Servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (1999) del que de modo sucinto, recogemos las siguientes a continuación:

1. “La planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud pública, como del resto de la acción sanitaria de la Administración, debe estar basada en principios de solidaridad y equidad, y realizarse en beneficio de la población, mediante el análisis objetivo de necesidades y la priorización de acciones. Dicho análisis, independientemente de su urgencia debe ser en todo momento lo más objetivo y participativo posible, de modo que las decisiones basadas en él sean de modo evidente, congruentes con el análisis efectuado sin mayores sesgos.

2. En la medida que dichas acciones sean objetivamente las más ajustadas al análisis de necesidades, serán percibidas como más adecuadas por la población, contribuyendo a recuperar la credibilidad en el ejercicio de la autoridad sanitaria, lo cual en sí mismo debe ser un objetivo porque beneficia el propio resultado en salud de esas acciones.

3. Existen dificultades intrínsecas en el actual modelo del sistema de servicios de salud pública porque concita sobre las mismas personas la responsabilidad del análisis, la priorización, la evaluación, la adopción de medidas correctoras, la pro-

posición en el desarrollo del marco legislativo, la potestad sancionadora, etc.

4. Es necesario crear un marco adecuado para que la contribución de distintos efectores sociales al sistema de servicios de salud pública pueda alcanzar su máxima trascendencia y efectividad (actividades de patrocinio, mecenazgo, identificación de escenarios comunes, etc.).

5. Ese marco aludido en el punto anterior debería favorecer además la consideración finalista de los ingresos que el ejercicio de las acciones en salud pública pueda producir, repercutiendo sobre la propia mejora de los servicios, y sin perjuicio de la necesaria contribución por vía presupuestaria al mantenimiento de todas las funciones de Salud Pública que de oficio debe realizar la Administración de la Comunidad de Madrid.

6. El nuevo desarrollo en ningún momento puede suponer la consideración de otro marco que el de lo público en las funciones ligadas al ejercicio de la autoridad sanitaria, pero con amplias facilidades para la colaboración del sector privado previa identificación de intereses comunes en otras acciones como por ejemplo las de investigación.

7. La estructura que se cree, debe tener como uno de sus paradigmas la participación, aumentando con ello la percepción positiva de los ciudadanos.

8. Esta reflexión que abordamos en el ámbito de la Comunidad de Madrid tenía precedentes legislativos y operativos; legislativos en el marco de la Ley General de Sanidad, donde el legislador decidió separar las funciones de autoridad de las funciones de apoyo científicotécnico al Sistema Nacional de Salud; operativos, al haberse formalizado en diversas Comunidades Autónomas, estructuras en el estricto marco de la salud pública, encargadas de la gestión de los servicios técnicos, específicos de un determinado ámbito o generales de dicha Comunidad”.

Por todo ello, la Dirección General de Salud Pública se propuso dedicar un importante porcentaje de sus esfuerzos al análisis de las necesidades y a la identificación de los modelos y escenarios para la creación del Instituto Regional de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, incluidos los aspectos relativos a su marco jurídico, y con contenido fundamentalmente de identificación de las acciones, que por ser de apoyo científico, técnico y de investigación debían ser separadas de las de proposición legislativa y ejercicio de la autoridad, incluida en ésta la coordinación de acciones.

Así, en 1999, identificando además la oportunidad que suponía por un lado la revisión del modelo de financiación auto-

nómico, y por otro la previsible entonces transferencia de los servicios asistenciales del INSALUD a nuestra Comunidad, definimos el proceso para la constitución de un ente público que diera respuesta a la necesidad detectada, y que habría de convertirse en el actual Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

### El presente

---

La oportunidad de las transferencias en materia asistencial llevó a definir la necesidad política de tramitar la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Ley 12/2001 de 21 de diciembre, que supone un punto de inflexión en el tratamiento que las normativas sanitarias han dado a la función de salud pública, al dedicar gran parte de su articulado a definir la función de autoridad en esta materia, los contenidos y funciones de salud comunitaria, creando además el ente público al que nos venimos refiriendo, estructurando las competencias de salud comunitaria de las corporaciones locales, el modo de ampliación de éstas, e incorporando en el articulado relativo al sector de servicios asistenciales la sujeción de sus planes operativos a las necesidades detectadas desde la salud pública para la mejora del estado de salud de la población.

Así, el título sexto de la ley, dedicado a la salud pública, define como objeto de la misma la adopción de todas las medidas necesarias para la protección de la salud colectiva de la población, así como establece la vigilancia en salud pública como el proceso básico de desarrollo de las actividades de salud pública que alcanzaría a la completa definición e instauración de actuaciones que, ajustadas a la situación de salud medida en la población, tiendan a modificar los determinantes del proceso salud-enfermedad, para alcanzar el más completo estado de bienestar de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Una herramienta novedosa que introduce la ley, a través de su artículo 55, en el contexto de las funciones de salud pública, es la elaboración del Informe Sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, informe al que también se refiere el artículo 68 de la Ley, referido a la compra de servicios sanitarios, cuando establece que para la previsión, seguimiento y evaluación de los servicios sanitarios y su impacto en la salud de la población, el Servicio Madrileño de Salud contará con un Plan de Servicios, establecido entre otros elementos, de acuerdo con el Informe Sobre el Estado de Salud de la Población.

De este modo, la máxima autoridad que dirige el sistema en su conjunto pasa

a contar como herramienta añadida a la financiación, con el referido informe, elaborado desde los servicios de Salud Pública, y en el que se pretende que el efecto de cualquier intervención ligada al sistema de servicios de salud, sea detectado, y con ello se ajuste cada vez mejor la oferta de servicios, a las necesidades objetivas de la población.

De este modo, la responsabilidad de la gestión de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid pasa a estar compartida entre una Dirección General de Salud Pública (hoy Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo), y un Ente Público como órgano de apoyo científicotécnico al sistema de servicios de salud pública, que es el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Las competencias de ambos órganos, dimanadas de la Ley, serían:

### **De la Dirección General de Salud Pública**

1. La adopción cuando proceda de las medidas previstas en la Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, especialmente en lo contemplado en sus artículos 2 y 3.

2. La definición de políticas de salud comunitarias.

3. La adopción de cualquier otra medida necesaria en función de los análisis

de los determinantes del proceso salud-enfermedad en la Comunidad de Madrid.

4. Las facultades inspectoras y sancionadoras en materia de salud pública, más allá de las acciones protocolizadas que desarrolle el Instituto de Salud Pública, en toda la cadena alimentaria y cualquier otra actuación relacionada con la inspección territorial de salud pública.

5. El ejercicio de las funciones de sanidad mortuoria.

6. La promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante la educación sanitaria de la población, y de la promoción de la educación para la salud como método en la relación profesional sanitario-paciente.

7. La acreditación de los Programas de Prevención de Enfermedades elaborados por cualquier centro o servicio público del sistema sanitario madrileño.

8. La colaboración con el sector privado de servicios de salud que desarrolle programas o actividades de prevención primaria o secundaria, a fin de establecer objetivos comunes y definir en qué modo la información de salud o morbilidad obtenida en dichos programas se incorpora a los sistemas de registro

9. El fomento de las funciones técnicas de salud pública.

## **Del Instituto de Salud Pública**

1. Análisis de los determinantes del proceso salud/enfermedad (medida de la carga de enfermedad de la población).

– De manera protocolizada.

– Información a disposición de: autoridad sanitaria; población.

2. Diseño de actuaciones derivadas de ese análisis.

3. Intervención en el territorio, según contrato suscrito con la Dirección General de Salud Pública y ajustada a las necesidades de salud medidas en la población.

La necesaria coordinación de acciones en materia de salud pública, bajo la iniciativa de la Dirección General se establece a través de un contrato de prestación de servicios que define objetivos, actividades e indicadores de evaluación, y que lleva aparejado la transferencia de créditos, con carácter finalista, para el cumplimiento de las funciones encomendadas. Las líneas principales del contrato suscrito para 2003 han sido:

– Desarrollar e implantar un nuevo modelo organizativo, de gestión y coordinación del Instituto de Salud Pública (ISP).

– Consolidar y desarrollar los Sistemas de Información Sanitaria de Salud Pública y vigilancia epidemiológica, incluida la elaboración de informes técnicos.

- Aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante las alertas sanitarias.

- Promover la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre sus determinantes y fomentando la acción intersectorial.

- Reducir las desigualdades en salud y fomentar la equidad.

- La calidad como modelo de trabajo.

- Mejorar el nivel de conocimiento e información de los ciudadanos.

- Desarrollar las estrategias internas de formación e investigación.

Una de las consecuencias menos conocidas de las decisiones adoptadas, la constituye el hecho de que frente a la estructura del IPS que, salvo la emergencia de algunos servicios nuevos para dar cumplimiento a sus funciones, conserva un modelo tradicional ligado a las funciones de salud pública más clásicas, la estructura de la Dirección General de Salud Pública resultante es totalmente nueva y novedosa, adaptándose más a la de un órgano de autoridad y planificación que hacia la ejecución de la actividad de salud pública en el territorio, así la actual composición de servicios de esta Dirección General se desgaja en:

**I. Coordinación de Servicios de Salud Pública:**

- Servicio de Registros Oficiales.

- Servicio de Inspección y Supervisión Territorial.

- Servicio de Alertas.

**2. Coordinación de Programas de Salud Pública:**

- Servicio de Análisis e Intervención.

- Servicio de Programas de Salud Pública.

- Servicio de Garantía de Calidad.

Al servicio de Programas le corresponde la definición de políticas y directrices en materia de Salud Pública en la Comunidad de Madrid, y la elaboración de las resoluciones de acreditación de programas de salud y el fomento de las actividades técnicas.

Al servicio de Garantía de Calidad le corresponde el seguimiento y supervisión de los servicios prestados por los proveedores (contratos, convenios o conciertos suscritos con el Instituto de Salud Pública, Corporaciones Locales, etc.), así como la definición de estándares.

Al servicio de Inspección y Supervisión Territorial de Salud Pública, le corresponde la verificación de la sujeción de procesos a las normas vigentes tanto en el ámbito de la higiene y seguridad alimentaria, la sanidad mortuoria, la sanidad ambiental, así como el resto de procesos con normativa específica (tabaco, alcohol, por ejemplo). Igualmente se incor-

poran a este servicio las funciones de control de la calidad alimentaria. No obstante y en aras de mantener la función de inspección incardinada en el territorio, se delega esta función nominativamente en funcionarios del Instituto de Salud Pública, por lo que para este servicio, la función de supervisión pasa a ser primordial, como anticipo de la aplicación en el futuro de los nuevos Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Alimentaria.

Al servicio de Registros Oficiales de Salud Pública le corresponde el mantenimiento y gestión de todos aquellos registros públicos que sirven a las funciones de salud pública desde la perspectiva de las iniciativas de terceros: registro de alimentos, registro de plaguicidas, registro de empresas autorizadas para la formación de manipuladores de alimentos, registro de laboratorios autorizados para el control oficial de alimentos, etc.

Al servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública, le corresponde la adopción de las decisiones de intervención para hacer efectivo desde la salud pública el derecho de protección de la salud de los ciudadanos de la comunidad de Madrid, actuando mediante el conocimiento inmediato de los informes y propuestas técnicas que en relación con problemas de salud elaboren los provisos de ser-

vicios de salud pública. Igualmente será su función el recibir y elevar, con objetivos cuantificados, el Informe Sobre el Estado de Salud de la Población que elabora el IPS de la Comunidad de Madrid.

Al servicio de alertas en salud pública le corresponde la coordinación de los sistemas de alerta de la Comunidad de Madrid relacionados con cuestiones de salud pública y la gestión de las crisis que puedan presentarse desde la perspectiva de la elaboración de procedimientos estandarizados para el manejo de las mismas, relaciones con expertos externos para estos fines, etc.

Por su parte el Instituto de Salud Pública queda estructurado en:

#### **I. Coordinación de Servicios Centrales:**

– Departamento de Epidemiología: Servicio de Epidemiología, Servicio de Sanidad ambiental, Servicio de Salud laboral.

– Departamento de Higiene y Seguridad Alimentaria.

– Departamento de Estudios y Programas: Servicio de prevención de la enfermedad, Servicio de promoción de la salud, Servicio de programación y acreditación, Servicio de informes de salud y estudios.

– Laboratorio Regional de Salud Pública.

**2.** Coordinaciones de Servicios Territoriales:

– II Servicios de Salud Pública de Área: Sección de Epidemiología, Sección de prevención y promoción, Sección de Higiene alimentaria y Sanidad ambiental.

### **El futuro**

---

En el tiempo “de rodaje” que ha transcurrido desde la promulgación de la normativa de desarrollo de la Ley de Ordenación Sanitaria en los aspectos relativos a la salud pública (Decretos de estructura de la Consejería, Decreto de Régimen Jurídico del Instituto de Salud Pública, Decreto de Estructura del Instituto de Salud Pública y su Orden de Desarrollo, etc.), algunas cuestiones han sido testadas en el grado y profundidad suficiente para extraer conclusiones, entre las mismas, las más importantes que podemos citar se refieren a:

**1.** La idoneidad del modelo en sí, más allá de las dificultades de coordinación inherentes a la búsqueda del espacio competencial adecuado de cada una de las estructuras.

**2.** La idoneidad del contrato de prestación de servicios como modelo de relación entre las estructuras, lo que ha llevado en 2003 a la transferencia de créditos por valor de 43.558.501 € (7.247.524.747 ptas.).

**3.** La pertinencia de avanzar en modelos de calidad total, con estrategias de certificación y acreditación reconocidas y con la perspectiva del futuro del trabajo en salud pública bajo normativas cada vez más abiertas a la participación de terceros.

**4.** La pertinencia de la evaluación del Estado de Salud como mecanismo para la introducción progresiva de acciones en la cartera de servicios asistencial, así como entre sus indicadores de calidad.

**5.** La agilidad administrativa, mucho más próxima a las necesidades de intervención de la salud pública, muchas veces inmediatas, que la que proporciona la administración no institucional.

**6.** La difusión de la información de análisis de riesgos hacia la población, definida normativamente, lo que avala la transparencia del modelo y maximiza el sentido técnico del quehacer profesional.

No obstante, algunas de las enseñanzas están dando lugar a ajustes del modelo, así la independencia total de ambas estructuras, Dirección General e Instituto, vinculadas a través de la coordinación ejercida por la Viceconsejería de Ordenación Sanitaria y Salud Pública, ha supuesto una deficiencia necesaria de resolver al permitir flujos de información ajenos al conocimiento de la Dirección General, algo ilógico si es ésta la que tiene en

tre sus competencias la adopción de las decisiones de intervención que correspondan para situaciones no protocolizadas, así como la definición estratégica de acciones en función del estado de salud de la población. También se ha detectado que a esta situación contribuye la ausencia de un sistema de información transparente y suficiente para permitir el conocimiento en tiempo real de las situaciones en que la Dirección General debe intervenir, acrecentado por la complejidad de los objetivos y acciones del contrato de prestación de servicios cuyo seguimiento complejo impide en la práctica basar dichas intervenciones en él.

Por todo ello se ha decidido provocar una vinculación más directa entre la Dirección General y el Instituto de Salud Pública, en tanto el desarrollo de los sistemas de información alcanza el grado de adecuación y madurez que permita la total independencia, permitiendo el máximo grado de aplicación de cada centro directivo a su tarea (de autoridad o

cientificotécnica) y simplificando en lo posible el contenido del contrato de gestión para 2004 a efectos de facilitar el seguimiento del mismo a través de un más reducido volumen de indicadores.

En el futuro estamos convencidos de que alcanzaremos los objetivos que en su día llevaron a tomar una decisión tan importante como la de separación de funciones en el marco de la salud pública de la Comunidad de Madrid. El camino sabíamos que había de ser largo, y aunque no lo completemos en primera persona, estamos convencidos de que sus bondades son suficientes como para perseverar en él, augurando un horizonte de mayor profesionalización en el ejercicio de la salud pública, ligado a una mayor madurez de la población a la hora de valorar las prestaciones del sistema de servicios de salud y la idoneidad de las decisiones que se hayan de traducir en servicios financiados a través de la carga impositiva que el propio ciudadano soporta.