

## Los Servicios de Salud Pública de Área de la Comunidad de Madrid: una experiencia de más de tres quinquenios

José Jover Ibarra

*Médico. Subdirector General de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.*

### Resumen

*El objetivo de este artículo es la descripción y análisis de los Servicios de Salud Pública de Área que se implantaron en la Comunidad de Madrid al principio de los años noventa. Se describen las estructuras, dispositivos y funciones de la salud pública desde 1989 hasta la situación actual, con la descripción y análisis de las reestructuraciones que se han llevado a cabo. Se realiza una valoración crítica de los logros y las limitaciones presentadas; entre los primeros: ordenación y especialización de las funciones, mejora en la gestión de los problemas y demandas en salud pública, y entre los segundos: escasez de recursos humanos, desequilibrio numérico de profesionales y escasa coordinación con las corporaciones locales.*

*El artículo termina con unas propuestas para el futuro: cartera de servicios, coordinación con otros sectores asistenciales y no asistenciales, especialización profesional e innovación de la gestión de los servicios.*

**Palabras clave:** Servicios de Salud Pública de Área Sanitaria, prestaciones de salud pública, zonificación de la salud pública, desconcentración de los servicios de salud pública.

### Summary

*This article has aimed to describe and analyze the District Public Health Services that were implemented in the Autonomous Community of Madrid in the early nineties. It also describes and analyzes the evolution of former structures, devices and functions of the public health services from the 1989 until the present day, making a description and analysis of the restructuring carried out. A critical analysis is made of the achievements and limitations presented among them: in the first place, organization and the specialization of the tasks, improvement in the management of public health issues and demands in public health. In the second place there are limitations such as shortage of human resources, lack of public health professionals and insufficient coordination with local public health authorities.*

*The article ends with some recommendations for the future, such as implementation of service portfolio in public health, general coordination and collaboration with other non-health sectors and innovation in management of health services.*

**Key words:** district Public Health Services, public health functions and services, public health zoning, decentralization of public health service.

## Introducción

---

En 2007 se cumplieron 17 años desde que en la Comunidad de Madrid se implantaron los Servicios de Salud Pública de Área. Creo que es un buen momento para realizar un análisis crítico de su implantación y desarrollo, y ello por varias razones: la primera, por la falta de difusión en su momento al exterior de la Institución, debido a una tímida divulgación por parte de sus protagonistas, que no permitió dar a conocer a muchos profesionales sanitarios en todo el Estado esta experiencia que podría haber sido enriquecedora, puesto que en los términos en que se desarrolló fue pionera en España. La segunda, para manifestar el reconocimiento profesional y personal a todos los técnicos de salud pública que se implicaron en esta reorganización, y que todavía se implican en llevarla adelante, teniendo en cuenta además que fue una generación completa de salubristas de la Consejería de Salud los que dedicaron su esfuerzo al diseño, puesta en marcha y desarrollo de esta nueva ordenación de recursos, dispositivos y funciones de la salud pública en Madrid. Finalmente para, en la medida en que

seamos capaces, encontrar oportunidades de mejora en las tareas de la salud pública, tanto desde el punto de vista organizativo, como en el de sus objetivos, en su visibilidad profesional e institucional y que todo ello redunde en la mejora de la salud de los ciudadanos.

## Los desarrollos legislativos desde 1988 hasta 1990

---

Las transferencias de las competencias en sanidad e higiene se realizaron a la Comunidad de Madrid en el momento en que se promulgó su Estatuto de Autonomía en el año 1983<sup>1</sup>. En 1984 se publica el Real Decreto sobre transferencias de funciones y servicios en materia de Sanidad<sup>2</sup>.

Desde finales de los años ochenta se fue estableciendo en la Consejería la necesidad y la voluntad política de transformar, desde el punto de vista técnico, estos colectivos de profesionales en otros que, tanto por sus funciones como por su ubicación en los organigramas pudieran desarrollar sus tareas de forma más adecuada a las nuevas situaciones tanto demográficas como de abordaje de las tareas de salud públi-

ca y su coordinación y convergencia con los servicios asistenciales de Atención Primaria y Especializada.

El desarrollo normativo en relación con estos cambios estructurales de los colectivos profesionales fue muy abundante a partir de 1987. En 1988 el Decreto 117/1988 recoge la Zonificación Sanitaria de la Comunidad de Madrid<sup>4</sup>. Posteriormente, en el decreto 48/1989 publicado en abril de 1989 se asignan las nuevas zonas básicas de salud a los médicos, enfermeros titulares y matronas pertenecientes al cuerpo de sanitarios locales<sup>5</sup>.

En lo que respecta a los colectivos de médicos y enfermeros, la Consejería de Salud les ofrece la posibilidad de optar por uno de los dos tipos de funciones de forma exclusiva, esto es las asistenciales o las de salud pública. De los 154 médicos titulares que trabajaban en la Comunidad de Madrid, solamente 11 optaron por las actividades de salud pública, junto con 8 enfermeros de un total de 111 y ninguna de las 43 matronas titulares. Esta situación, como se verá más adelante, va a condicionar las estructuras que, en relación con los profesionales sanitarios, tendrán los futuros servicios de salud pública.

Posteriormente se llevó a cabo la reestructuración de los servicios farmacéuticos, recogida en el decreto 83/1989 de 27 de julio<sup>6</sup> y la de los servicios veterinarios en el decreto 89/1990 de 11 de octubre<sup>7</sup>. El 100% de ambos colectivos, aunque con matices en los farmacéuticos, asumieron exclusivamente las funciones de salud pública.

A partir de ese momento los profesionales sanitarios dedicados a la salud pública pasan a denominarse técnicos superiores de salud pública en sus tres escalas clásicas: médicos, veterinarios y farmacéuticos y diplomados en salud pública para los profesionales de enfermería.

Después de este proceso, en el año 1990, la estructura de los servicios técnicos de salud pública queda conformada en dos niveles. Por un lado, los servicios centrales, que actúan como servicios de referencia y que comprendían a los de epidemiología, prevención de la enfermedad, higiene alimentaria y sanidad ambiental y promoción de la salud, y por otro, los servicios de salud pública de área que desarrollan sus actividades en el territorio, más cercano a la población y en coordinación con otros agentes del sector salud territorializados.

Posteriormente, en 1991 el Departamento de Salud Pública es elevado de rango administrativo denominándose Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. En 1996 dicha Dirección General se denominó de Salud Pública hasta 2004, en que se pasó a llamar de Salud Pública y Alimentación, que se mantiene hasta la fecha.

#### **La zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid. El despliegue de los equipos de salud pública en el territorio**

---

Por la zonificación sanitaria de 1988 quedó dividido el territorio de la Comunidad de Madrid en 11 áreas sanitarias, 34 distritos sanitarios y 250 zonas básicas de salud, quedando abolidos los partidos sanitarios.

Para el despliegue de los servicios de salud pública, en una situación en la que no se disponía de infraestructuras, centros y recursos materiales en general, la Consejería opta porque dichos servicios se ubiquen en la cabecera de los distritos sanitarios periurbanos y rurales, que en conjunto suman 16. Por orden correlativo de áreas eran:

1. Área 1: Arganda.
2. Área 2: Coslada.

3. Área 3: Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz.

4. Área 5: Alcobendas y Colmenar Viejo.

5. Área 6: Majadahonda y Collado Villalba.

6. Área 8: Alcorcón, Móstoles y Navalcarnero.

7. Área 9: Leganés y Fuenlabrada.

8. Área 10: Getafe y Parla.

9. Área 11: Aranjuez.

Por otro lado, en los primeros años de la década de los noventa, solamente algunos municipios de la Comunidad de Madrid, en general aquellos con más importancia demográfica, contaban con ciertos recursos especializados en funciones de salud pública.

En esa situación de recursos de salud pública muy limitados se aplica una fórmula administrativa para la implantación de los equipos en el territorio. Se firman convenios con los Consistorios donde se ubican los 16 equipos. Dichos convenios permitieron la implantación de los equipos de salud pública y pudieron así iniciar sus actividades de forma generalizada a partir del año 1991.

El despliegue de los técnicos de salud pública no se realizó siguiendo criterios de carga de trabajo de

los Distritos, sino por la ubicación previa que tenían los profesionales en los antiguos partidos sanitarios. Por ello se creó desde su inicio un desequilibrio en la relación de profesionales/carga de trabajo, que todavía no ha sido del todo corregida.

La unidad funcional básica descentralizada de los servicios de salud pública de área queda, por tanto, constituida por el equipo de salud pública de distrito, ubicados en los distritos sanitarios que componían cada área sanitaria. Dichos equipos contaban con médicos y enfermeros dedicados a tareas de epidemiología, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, veterinarios y farmacéuticos cuyas funciones se circunscribían a las de higiene y seguridad alimentaria y sanidad ambiental, con tareas basadas en los contenidos que ya venían desempeñando como sanitarios locales en los partidos sanitarios, aunque con un abordaje distinto.

Los equipos disponían de un pequeño apoyo administrativo. Los profesionales de cada equipo realizaban sus funciones en el territorio de su distrito sanitario correspondiente. En cada área, formada por dos o más distritos, junto a uno de los equipos de distrito correspondientes, se ubicaba

además el jefe de servicio de salud pública con su apoyo administrativo.

Así, en cada área la estructura orgánica de los servicios de salud pública estaba conformada por la jefatura del servicio y las secciones de epidemiología, de sanidad ambiental e higiene alimentaria y de prevención y promoción de la salud y la unidad administrativa.

De dichos servicios dependían además los equipos de salud pública de distrito en número igual al número de distritos que compusieran cada área sanitaria.

En esta estructura se van integrando los diferentes profesionales. Como ya se ha descrito anteriormente, la Consejería disponía de 229 técnicos de salud pública para su despliegue en el territorio, de los cuales 120 eran veterinarios, 78 farmacéuticos, 19 médicos y 12 enfermeros.

### **Los objetivos de la desconcentración de los recursos de salud pública y de la delegación de funciones**

---

Aunque a lo largo de esta exposición se habla de descentralización, sería más correcto hablar de desconcentración de servicios y recursos y de delegación de funciones.

En definitiva, se adecuaron las estructuras administrativas y recursos humanos y técnicos a las funciones de salud pública que se llevaban a cabo en ese momento en la Consejería de Salud, y para un futuro con la asunción de otras nuevas que pudieran asumirse.

Aunque no se acompañó de normativas legales específicas y se desarrolló básicamente a través de circulares internas de la dirección general, los objetivos que se perseguían alcanzar en este proceso fueron los siguientes:

**1.** Adecuar las prestaciones de salud pública a las nuevas realidades demográficas, abarcando toda la población de la Comunidad.

**2.** Conocer más directamente, a través del trabajo en el terreno, los problemas y demandas relacionados con la salud pública.

**3.** Abordar las actividades de protección de la salud complementando las actuaciones de policía sanitaria, basadas fundamentalmente en el cumplimiento de normativas y reglamentos, con otras que permitieran el conocimiento y control de los riesgos que pudieran afectar a la salud.

**4.** Dar una respuesta ágil, coordinada y eficaz a las situaciones de

alertas, emergencias y brotes epidemiológicos que se produjeran en cada área sanitaria y por tanto en todo el territorio de la Comunidad de Madrid.

**5.** Actualizar y ampliar el conocimiento científico-técnico de los profesionales, adecuándolo a los nuevos retos planteados en relación con la salud pública, promoviendo en algunos casos un cierto nivel de especialización.

**6.** Realizar estas funciones con un planteamiento integral, en el que la vigilancia de enfermedades, la prevención de las mismas, el control o la eliminación de riesgos y la educación para la salud orientada a promover hábitos de vida saludables conformaran un todo coherente y en coordinación con los servicios asistenciales.

**7.** Modernizar la gestión de recursos, tanto humanos como técnicos, la gestión del conocimiento trabajando por objetivos, con actividades programadas y evaluables.

**8.** Coordinar las tareas de salud pública con otros actores del sector salud o relacionados con él, radicados en el mismo territorio: servicios asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada), sector educativo, sector industrial, municipios

y sus servicios de salud y los movimientos asociativos ciudadanos.

### **Un salto cualitativo: de las funciones de sanidad e higiene de los sanitarios locales a las funciones de los equipos de salud pública**

---

Clásicamente las funciones de sanidad e higiene correspondían desde las primeras décadas del siglo XX al cuerpo de los sanitarios locales, encuadrados en las escalas de médicos, veterinarios y farmacéuticos titulares.

Estas actividades comprendían control de alimentos de origen animal y vegetal, sanidad mortuoria, control de las aguas de consumo humano, actividades de salud escolar y otras intervenciones comunitarias. Además de éstas, los médicos y enfermeros realizaban funciones asistenciales, los veterinarios controlaban las cabañas ganaderas, donde las hubiere, y los riesgos zoonóticos y los farmacéuticos disponían de la oficina de farmacia para la dispensación de medicamentos.

Antes de las transferencias a las Comunidades Autónomas, las delegaciones territoriales de sanidad llevaban a cabo las funciones higiene y sanidad, junto a las de epidemiología y estadís-

tica, y marcaban las directrices en higiene alimentaria y sanidad ambiental. Desde las transferencias sanitarias en el año 1984 hasta 1991 los profesionales de la salud pública llevaban a cabo sus tareas de manera similar a como se realizaban tradicionalmente.

La Ley General de Sanidad (Ley 14/86) de abril de ese año ya contemplaba el área sanitaria como la estructura territorial fundamental del sistema sanitario, donde llevar a cabo las funciones asistenciales y también las de prevención y promoción de la salud.

En la Comunidad de Madrid el territorio quedó dividido en áreas sanitarias, distritos sanitarios y zonas básicas de salud. Aunque nominalmente los equipos de atención primaria ubicados en dichas zonas serían los responsables de las actuaciones preventivas en salud comunitaria, la presión asistencial impidió en muchos casos que esas actividades se realizaran.

Por tanto, a partir del año 1992, aunque de manera heterogénea, en función del nivel de consolidación de su organigrama de recursos y centros, los equipos de salud pública realizaban las funciones que más adelante se enumeran. Estas actividades estaban encuadradas en su casi totalidad en los programas de salud pública<sup>8,9</sup>, cuya estructura con-

tenía objetivos, actividades, cronograma e indicadores de evaluación.

Estas actuaciones referidas son las siguientes (se recogen completas en la tabla I):

1. Control de riesgos alimentarios y ambientales: inspección y control sanitario (protección de la salud).

2. Vigilancia e información epidemiológica.

3. Prevención, promoción y educación para la salud.

Estas acciones, más algunas otras que se llevaban a cabo desde los servicios centrales exclusivamente, constituían el núcleo fundamental de las funciones que se realizaban en la dirección general de salud pública.

La publicación en diciembre de 2001 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid<sup>10</sup>, por la que se creaba el Instituto de Salud Pública y al que se incorporaron los servicios de salud pública no modificó ni las estructuras ni las funciones de los mismos.

### **Análisis crítico**

---

Por su extensión y complejidad no se pretende hacer aquí un análisis exhaustivo de lo que ha supuesto el diseño, implantación y desarrollo de

los servicios de salud pública de áreas. Apuntaremos algunos aspectos positivos y negativos de este proceso, que merecerían análisis más detallados posteriormente.

Finalmente, se proponen una serie de medidas que redundarían en la mejora de los servicios de salud pública en el futuro, y que ya se han abordado desde otros puntos de vista en otros trabajos, tanto desde la perspectiva de sus estructuras<sup>11</sup>, como de sus profesionales<sup>12</sup>, competencias<sup>13</sup> y propuestas de mejora<sup>14</sup>.

### **Logros y avances**

---

A lo largo de estos 17 años se han producido logros y avances en el terreno funcional y estructural. Estos logros se han ido produciendo de manera heterogénea en el tiempo, generándose avances importantes en cortos períodos de tiempo, aunque luego se ha precisado un largo periodo para su consolidación.

### **Ordenación de las funciones a través de los programas de salud pública. Especialización de las funciones**

A finales de los años ochenta el departamento de salud pública del ser-



---

**Control de riesgos alimentarios y ambientales: inspección y control sanitario (protección de la salud)**

---

Inspección y control sobre alimentos en industrias y establecimientos de elaboración, transformación, almacenamiento y comercialización de productos alimentarios

Inspección y control de comedores colectivos

Emisión de certificados de exportación de industrias alimentarias

Control de la realización de unas prácticas correctas de los manipuladores de alimentos

Tomas de muestras y análisis de alimentos

Vigilancia sanitaria y control analítico de las aguas de consumo público. Vigilancia y control de actividades recreativas

Inspección y control de las empresas fabricantes, almacenistas y distribuidoras de productos químicos

Inspección y control de las empresas aplicadoras de plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria

Evaluación y seguimiento de las subvenciones a ayuntamientos para la lucha antivectorial

Inspección, emisión de informes y control de las industrias que se inscriben en el Registro General Sanitario de Alimentos y en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas

Observación antirrábica de animales agresores

Apoyo a los ayuntamientos mediante la emisión de informes sanitarios para la concesión de licencias de apertura

---

**Vigilancia e información epidemiológica**

---

Conocimiento de la incidencia de enfermedades para identificar poblaciones o situaciones con exceso de riesgo

Detección, estudio e intervención frente a brotes epidémicos de cualquier etiología

Vigilancia y control de las enfermedades infecciosas

Intervención en colectivos frente a procesos tales como meningitis, tuberculosis, enfermedades vacunables, etc.

Investigación de los factores de riesgo asociados a las enfermedades zoonóticas

Estudio de la mortalidad del área y sus principales causas

---

**Prevención, promoción y educación para la salud**

---

Información, asesoramiento, gestión de la vacunación infantil en centros sanitarios y control de la cadena de frío

Evaluación y seguimiento de las subvenciones para la realización de actividades de prevención y promoción de la salud a:

- Corporaciones locales
- Asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro

Evaluación y seguimiento de las subvenciones a proyectos de educación para la Salud en centros educativos

Prevención de patologías de mayor incidencia y de aquellas que son controlables mediante vacunación (gripe, hepatitis)

Promoción de hábitos de vida saludables actuando frente a los factores de riesgo (tabaco, alcohol, hábitos nutricionales)

Coordinación y apoyo técnico a otras instituciones, ayuntamientos, Insalud, centros educativos y asociaciones ciudadanas

Colaboración con los medios de comunicación de ámbito local

Distribución de publicaciones de la Dirección General de Salud Pública

Formación de manipuladores de alimentos (hasta finales de los noventa)

---

---

**Tabla I.** Acciones de salud pública.

---

vicio regional de salud de la Comunidad de Madrid propició, aunque muy incipientemente, la gestión de sus actividades a través de programas y planes; así se recogió en el documento Plan de Acciones en Salud Pública<sup>15</sup>, editado por la Consejería de Salud en abril de 1989. Los programas se establecieron desde entonces como la herramienta de trabajo principal de las tareas de salud pública, que de forma anual fue recogida en los planes y programas de salud pública.

Como ya se ha dicho los servicios centrales se constituyeron en servicios referenciales de las distintas disciplinas, siendo los servicios de salud pública de las áreas los encargados de llevar a cabo en el territorio la mayor parte de los programas que desarrollaba el departamento de salud pública.

Este catálogo de prestaciones, ya referidas anteriormente, con las adecuadas actualizaciones, se mantiene actualmente.

#### **Mejora del conocimiento de los problemas de salud pública en el territorio adscrito**

Aunque los patrones de morbi-mortalidad no diferían esencialmen-

te en las distintas áreas, permitió conocer determinantes específicos en cuanto a riesgos potenciales para la salud. Este conocimiento fue especialmente importante para evidenciar los riesgos medioambientales y alimentarios. Ese esfuerzo de conocimiento mejoró así mismo las herramientas de vigilancia y de información y permitió poner de manifiesto las insuficiencias en ese ámbito. Propició además el diseño y puesta en marcha de redes de comunicación intra e interinstitucionales para situaciones especiales de riesgo o de intervención (brotes epidémicos, crisis sanitarias, inmunizaciones masivas, etc.).

#### **Visualización y referencia de las funciones y dispositivos de salud pública por parte de la población y de los servicios asistenciales**

La implicación progresiva de los programas de intervención de salud pública, poniéndolos en línea con la actividad asistencial, llevó a la puesta en marcha de actuaciones coordinadas, sobre todo en aspectos de vigilancia epidemiológica, prevención primaria y promoción de la salud y fueron claves para la visualización de

las acciones de salud pública por parte de instituciones y ciudadanos.

### **Incremento de la coordinación con otros agentes sanitarios y cercanía a la población**

El objetivo de los recursos de salud pública era promover la coordinación y colaboración con esos agentes y generar sinergias, sobre todo en actuaciones relacionadas con la vigilancia epidemiológica, estudio y control de brotes epidemiológicos, control de riesgos ambientales y alimentarios, establecimiento de criterios técnicos en actuaciones preventivas, colaboración en actividades de promoción de la salud y todas aquellas que supusieran una intervención sobre colectivos poblacionales.

Actualmente se puede decir que en estos contenidos los equipos de salud pública son referentes en su territorio, en los que su participación se considera principal para esas intervenciones.

### **Adecuación de la respuesta a las demandas en salud pública, sobre todo a las alertas y brotes epidemiológicos**

En relación con las demandas por alertas y brotes, la cercanía geográfica,

y por tanto temporal en donde se generan, ha permitido que las respuestas tanto para el control de riesgos como para la puesta en marcha de las intervenciones de respuesta fuera más ágil y rápida.

Es de especial importancia en estas actuaciones la comunicación del riesgo a las instituciones y a los ciudadanos.

### **Limitaciones**

---

En cuanto a las limitaciones y errores referiré aquí algunos de los que he creído más destacables, dejando apuntados otros que, por su largo desarrollo, no son susceptibles de análisis en este trabajo.

#### **Escasez de recursos humanos**

La reordenación de recursos, la estructura administrativa y la reorientación de las funciones se realizó en un periodo de tiempo relativamente corto. Se reubicaron los que había disponibles, pero no se realizó un incremento significativo en recursos.

Los sucesivos intentos de mejora de esta situación no consiguieron plasmarse en soluciones para estas

deficiencias. El incremento de profesionales se planteó en relación con las cargas de trabajo de manera puntual, debiendo haber sido propuesta una plantilla horizonte a medio y largo plazo.

**Falta de adecuación de los  
curricula de los profesionales  
para el acceso a la  
Administración Sanitaria.  
Incorporación de nuevas  
titulaciones**

Por un lado, las resistencias corporativas de los cuerpos y escalas que tradicionalmente han estado presentes en la salud pública y, por otro la actitud desfavorable de la administración general a admitir dentro de los cuerpos especiales (y los profesionales sanitarios estamos encuadrados dentro de ellos), la incorporación de nuevas titulaciones, condicionó la capacidad para que la estructura de recursos humanos de salud pública contara con nuevos profesionales que, como es conocido, son cada vez más necesarios en esta disciplina como son: matemáticos, demógrafos, sociólogos, psicólogos, etc., que enriquecen la labor estrictamente sanitaria de las escalas clásicas.

No me atrevería a valorar qué impacto habría tenido esta circunstancia en nuevas intervenciones en la salud pública mediada por estos profesionales, pero sí hay que admitir que no se han llevado a cabo porque *a priori* ni siquiera se tuvieron en cuenta.

**Desequilibrio en el número  
de profesionales sanitarios  
en los equipos de salud  
pública**

El grueso de las plantillas de los equipos lo constituían los profesionales veterinarios y farmacéuticos dedicados al control sanitario de alimentos y establecimientos alimentarios, control de aguas de consumo y aguas recreativas.

Esta situación, como es obvio, condicionó en gran manera la oferta de servicios, tanto a instituciones como a la población, que se realizaban desde los equipos de salud pública. Así, las respuestas a las demandas y la actividad programada no fueron lo suficientemente amplias, por la escasez de recursos, en lo relacionado con los médicos y enfermeros, mientras que las actuaciones en cuanto a control de riesgos alimentarios y ambientales tendían a la hipertrofia.

### **Aplicación *in extenso* y sin límite temporal del principio de subsidiariedad en las tareas de salud pública en los municipios**

Tradicionalmente las funciones de sanidad e higiene se han llevado a cabo por profesionales de dependencia estatal con adscripción a las corporaciones locales, en esencia, los cuerpos de los sanitarios locales. Ante demandas superiores a su capacidad de respuesta, los responsables sanitarios provinciales/estatales aplicaban el principio de subsidiariedad, por el cual cualquier función sanitaria que fuera necesario realizar y, cuando el municipio no pudiera acometerla por falta de recursos humanos y/o técnicos, debería ser asumida por la administración sanitaria de rango superior, aunque estuviera en muchos casos recogida en sus ordenanzas municipales como oferta de servicios. Esa actitud se ha seguido manteniendo en la nueva estructura de la salud pública autonómica.

Esta realidad que, para municipios muy pequeños, fue asumida y mantenida por el nivel regional, como era necesario, debió, a lo largo del tiempo, haber sido replanteada para que los ayuntamientos importantes hubieran ido acometiendo las competencias que les correspondía asumir.

### **Indefinición de la relación técnico-administrativa entre los servicios centrales y los servicios de salud pública de área**

Aunque en el inicio de esta reordenación territorial de los servicios se definieron las funciones de los dos niveles de intervención (los centrales y los territoriales), a lo largo de su desarrollo no se han alcanzado las metas exigibles de colaboración e interdependencia en los objetivos comunes, debido en gran parte al diseño de los organigramas, diferentes niveles de responsabilidad y la inevitable disgregación espacial.

En el diseño inicial a los servicios centrales se les asignaron las funciones de servicios de referencia en su ámbito de competencia, capacidad para relacionarse con otras Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, y a los servicios de salud pública de área las de la ejecución en el territorio de los Programas de la Dirección General, coordinación con otros agentes sanitarios del área, y con delegación de ciertas funciones. Este encuadre organizativo se fue desdibujando a lo largo del tiempo, con lo que se han ido generado en sendos colectivos actitudes recíprocamente defensivas y endogámicas que han producido en algunos

casos problemas de coordinación entre ambos grupos profesionales que, desgraciadamente, aunque minorados, se mantienen actualmente.

## **Orientaciones para el futuro**

---

Quiero reflejar aquí algunos aspectos básicos que convendría desarrollar en los equipos de salud pública para poder dar respuesta a las demandas que en la salud pública se nos están planteando.

### **Profundizar en la coordinación con el sistema asistencial**

Aunque se ha avanzado de manera notable en este camino es preciso consolidar dicha coordinación y encontrar nuevas vías y contenidos para enriquecerla. Hago una mención específica a ello, pues el sistema asistencial es el otro agente sanitario más importante en las intervenciones en salud pública.

### **Promover la vigilancia de la salud pública. Contribuir a orientar las políticas de salud en el territorio**

La potencialidad que supone el conocimiento, a través de los sistemas de información, del estado de salud de la población, debe permitir a la salud

pública, acreditándose dentro del sistema sanitario, encontrar un lugar de privilegio para proponer líneas de actuación estratégicas en las intervenciones en salud.

### **Incrementar la especialización de los profesionales y apertura a otras titulaciones**

Nuestro país tiene una escasa tradición de incorporar profesionales no sanitarios a las tareas de salud pública, aunque este panorama ha ido cambiando en los últimos años. Para los retos futuros que se plantean en la salud pública es imprescindible incorporar nuevas titulaciones que ensanchen su terreno de actuación.

Profesionales del campo de la estadística, de las ciencias sociales, de las del comportamiento, de las nuevas tecnologías o de la demografía, son necesarios para dar respuestas rigurosas a las demandas de salud que la población nos plantea en el terreno de la salud pública.

### **Elaboración de la cartera de servicios en salud pública definida para la población y los agentes sanitarios del territorio**

La ordenación, sistematización, ejecución y evaluación de las tareas

es uno de los cometidos más importantes en una organización madura. De dicho esfuerzo se derivarán definiciones del producto, servicios o prestaciones que clarificarán la oferta a los ciudadanos o a las instituciones. Así como en el sector asistencial este proceso de elaboración de ese catálogo de servicios o prestaciones se viene desarrollando desde hace años, en la salud pública no se ha llegado a formular todavía; hacerlo supondría sin duda una mejora.

**Profundizar en las alianzas en sectores relacionados con el sector salud: educación, corporaciones locales, sectores económicos y sociales**

A pesar del gran avance producido por los profesionales y gestores de la salud pública en promover alianzas con otros agentes sanitarios y no sanitarios es imprescindible profundizar en esa coordinación como herramienta estratégica de acción.

De las experiencias ya realizadas podemos deducir que, aunque en el corto plazo no son aparentemente eficaces, en un medio plazo dichas alianzas aportan sinergias imprescindibles para las acciones de salud pública.

**Definir más claramente, a través de la cartera de servicios, las funciones y responsabilidades respectivas de los servicios centrales y de los servicios de salud pública de área**

En un proceso de máxima desconcentración todas las funciones de salud pública deberían radicarse en los servicios de salud pública de las áreas, quedando residualmente servicios centrales de referencia. Sin embargo parece ser que la tendencia en nuestra Comunidad pretende consolidar unos servicios centrales fuertes y hacer crecer simultáneamente los recursos en las áreas. En este escenario es necesario definir muy detalladamente las funciones y responsabilidades de ambos niveles, promoviendo las coordinaciones necesarias en las tareas transversales.

**Implantar nuevas fórmulas para modernizar la gestión de los servicios de salud pública de área**

Aunque en los últimos años se han promovido fórmulas administrativas nuevas en forma de institutos, Agencias, entes públicos de derecho privado, etc., para ser más eficientes en la gestión, no se han abordado la “meso”

y la “micro” gestión de manera decidida. Deben contemplarse escenarios de incentivación para los profesionales: carrera profesional, productividad, etc., como ya se ha hecho en el sector asistencial.

### **Una nueva zonificación**

---

Cuando esto se escribe se está trabajando en la Consejería de Sanidad y Consumo en la modificación del mapa sanitario de la Comunidad de Madrid, en el que muy probablemente se incrementará el número de áreas sanitarias. Esta nueva ordenación deberá tener repercusión sin duda en el futuro de los servicios de salud pública de las áreas.

### **Agradecimientos**

---

Quiero agradecer la lectura de este escrito a algunos colegas, y en especial a Javier Segura del Pozo, compañero de trabajo en salud pública, cuyas aportaciones acertadas y rigurosas han enriquecido este texto.

### **Nota del autor**

---

El autor quiere hacer notar que en el momento de la publicación de

este artículo, junio de 2008, la estructura de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha sufrido profundos cambios, que se recogen en los Decretos 2/2008, 23/2008 y 24/2008 de 3 de abril, publicados en el BOCM de 9 de abril, que afectan de manera importante a las estructuras de Salud Pública. Las funciones y estructura de la extinta Dirección General de Salud Pública y Alimentación y del Instituto de Salud Pública quedan repartidas en dos direcciones generales: la de Atención Primaria y la de Ordenación e Inspección, que a su vez dependen de dos diferentes viceconsejerías. La repercusión de estas medidas en el desarrollo de las funciones de los servicios de salud pública de las áreas son difíciles de evaluar en este momento, pero no cabe duda de que la disgregación de funciones y dependencias orgánicas afectará de forma sustancial a las tareas de dichos servicios, en su relación con los servicios centrales, con las estructuras asistenciales de Atención Primaria y con el resto de las de la consejería de sanidad.



## **BIBLIOGRAFÍA**

---

1. Ley Orgánica 31/1983 de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid (25 de febrero de 1983).
2. Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, sobre transferencias de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de Sanidad.
3. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
4. Decreto 117/1988 de Zonificación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
5. Decreto 48/1989, de 30 de marzo, sobre la adscripción orgánica de puestos de trabajo desempeñados por personal procedente de Cuerpos de Sanitarios Locales a las nuevas demarcaciones que determina el Decreto de Zonificación, y adaptación subsiguiente a la relación de puestos de trabajo.
6. Decreto 83/1989, de 27 julio, por el que se reestructuran los Servicios Farmacéuticos adscritos a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid.
7. Decreto 89/1990, de 11 de octubre, por el que se reestructuran los Servicios Veterinarios adscritos a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid.
8. Programas de Salud Pública años: de 1991 a 2001. Documentos técnicos. Direcciones Generales de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
9. Memoria/Evaluación de los Programas de Salud Pública. Años: 1991 a 2001. Documentos técnicos de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud y de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
10. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
11. Segura A, Villalba JR, Mata E, de la Puente ML, Ramis-Juan O, Treserras R. Las estructuras de salud pública en España: Un panorama cambiante. *Gac Sanit.* 1999;13:218-25.
12. Segura A. La profesionalización de la salud pública y el título de especialista. *Rev Adm Sanit.* 2000;4:205-12.
13. Segura A, García Benavides F. Competencias profesionales en salud pública. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya; 2000.

**14.** Villabí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de Salud Pública: progresos y problemas prioritarios. Cap. 26. Informe SESPAS 2002. Barcelona: Doyma; 2002. p. 545-64.

**15.** Plan de Acciones en Salud Pública. Documento interno del Departamento de Salud Pública. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad; 1989.

