
Organización de los servicios de salud pública en España: algunas reflexiones desde la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo

José M.º Martín Moreno

Director General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo

El tema objeto de este análisis tiene, sin duda, enorme relevancia. Es bien conocido que la organización refleja la estructuración de un grupo humano de acuerdo a un modelo de distribución de responsabilidades y funciones y a una metodología de trabajo concreta. Toda estructura organizativa tiene un componente jerárquico, plasmado en un organigrama que determina la dependencia de cada unidad respecto a la inmediatamente superior, y un componente matricial, constituido por estructuras orgánicas de carácter horizontal y elementos con carácter funcional, como consejos, comités o grupos de trabajo. Pero el aspecto más importante de una organización es que debe reflejar el espíritu de lo que se busca, es decir, su estructura debe ser la adecuada para responder a sus necesidades: el desarrollo de sus fun-

ciones y la capacidad de adaptarse a un entorno cambiante para cumplir sus objetivos y abordar de forma eficaz los retos que se le plantean.

En este contexto el conocimiento preciso de las funciones de la salud pública constituye un punto de partida ineludible sobre el que reflexionar acerca de la organización de los servicios de salud pública. En 1998 el Instituto de Medicina de los EE.UU. definió tres funciones nucleares de la salud pública: valorar el estado de salud y los recursos sanitarios, desarrollar políticas de salud pública para promover y restaurar la salud y garantizar la prestación de los servicios de salud. Partiendo de este marco se establecieron las 10 prácticas esenciales de salud pública, que podrían ser modificadas ligeramente para adaptarlas a nuestro entorno, de acuerdo con la siguiente propuesta:

1. Monitorizar y valorar el estado de salud y sus determinantes.
2. Vigilar los riesgos para la salud y dar respuesta a alertas y emergencias.
3. Capacitar a la población en temas de salud.
4. Fomentar colaboraciones y alianzas para generar salud.
5. Desarrollo de políticas de salud pública y de apoyo a otras políticas de salud.
6. Velar por el cumplimiento de leyes y normas para proteger de riesgos.
7. Conectar personas con los servicios de salud que necesitan.
8. Promover la gestión de salud pública orientada a la excelencia.

Pues bien, de forma paralela al desarrollo conceptual citado, en España la Ley 14/1986 General de Sanidad dio respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales que permitían la posibilidad de transferir competencias fundamentales sobre sanidad. Esta Ley establece que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud (artículo 44) y que en cada Comunidad Autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales in-

tracomunitarias (artículo 50.1). Asimismo, el artículo 51.2 aclara que, no obstante el carácter integrado del servicio, cada Administración Territorial podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de la misma aunque, en todo caso, con adscripción funcional al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma (CC.AA.).

Las competencias de salud pública fueron las primeras en ser asumidas por las CC.AA., configurando un subsistema de salud pública completamente descentralizado, cuyas funciones han sido encomendadas a diferentes estructuras organizativas, unas específicas de salud pública y otras pertenecientes a diversas instituciones o servicios, siendo casi excepcional la existencia de servicios de salud pública que integren realmente el conjunto de sus funciones.

En resumen, se ha implantado un modelo en el que el papel de coordinación funcional de las diferentes estructuras organizativas de salud pública es esencial. Para articular este papel de coordinación se creó en 1993 una Comisión específica de Salud Pública en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Actualmente esta Comisión, coordinada por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio Sanidad y Consumo, se encarga de resolver

la mayor parte de los asuntos que en términos prácticos aborda el CISNS.

Los análisis de la evolución de los servicios de salud pública de las CC.AA. han puesto de manifiesto que, aunque existen coincidencias básicas en el abanico de actividades de salud pública, su forma organizativa es muy variable, y que buena parte de los servicios de salud pública se prestan desde otras estructuras administrativas en muchas CC.AA.

Destaca también la necesidad de mayor coordinación entre CC.AA., entre diversos organismos dentro de muchas de éstas, y de la administración autonómica con las administraciones locales activas en su territorio. La consolidación de la Comisión de Salud Pública ha ayudado a abordar algunos de esos retos, aunque aún queda mucho camino por recorrer.

Paralelamente a lo mencionado, desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, los profundos cambios sociales experimentados como consecuencia del fenómeno de la globalización están modificando los patrones de salud y enfermedad, los riesgos para la salud pública y la forma en que debemos afrontarlos. Por un lado, la mayor movilidad de las personas facilita la transmisión de enfermedades infecciosas. Así, patologías como el paludismo o la sífilis están reemergiendo en España. Asimismo, el cam-

bio en los estilos de vida, con patrones de trabajo y ocio cada vez más sedentarios y una alimentación menos saludable explican la aparición de una epidemia de obesidad y enfermedades asociadas en la mayor parte de los países desarrollados. Por otro lado, el mercado global de alimentación y nutrición hace mucho más difícil el adecuado control de riesgos alimentarios, y los métodos masivos de producción pueden implicar algunos riesgos por el uso abusivo de pesticidas, antibióticos, hormonas, modificaciones genéticas, etc. Además, en relación con el medioambiente, las empresas de sustancias químicas peligrosas y contaminantes pueden optar por instalarse en países donde la legislación al respecto es más flexible, incidiendo de forma negativa en el mismo. Y por último, como por desgracia se ha puesto de nuevo de manifiesto con el atentado del 11-M en Madrid, la amenaza del terrorismo, tanto en sus vertientes química y biológica, como en la convencional.

En este nuevo contexto, y tras completarse el proceso descentralizador de los servicios sanitarios asistenciales, la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el marco legal para el establecimiento de acciones de coordinación y cooperación de las Ad-

ministraciones públicas sanitarias, que permitan asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS.

Para alcanzar el objetivo mencionado, ha sido necesario adaptar la organización del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) mediante tres actuaciones clave:

1. La reorganización del MSC que tiene su correlato formal en el organigrama, pero que además ha supuesto una redefinición funcional de puestos de trabajo.

2. La redefinición del CISNS. El Consejo Interterritorial debe ser en el SNS su elemento vertebrador, constituyéndose en un foro de encuentro entre las CC.AA. y el Gobierno del Estado. A él le corresponde identificar los objetivos a largo plazo del SNS, como son afrontar los cambios en el entorno político y económico, fortalecer la cohesión social, promover la diversidad territorial, evitar las desigualdades sanitarias y mejorar los recursos humanos, su conocimiento y aptitud.

3. La creación de órganos de apoyo al SNS, como el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad o el Observatorio del SNS, además de la potenciación de unidades como la Agencia Es-

pañola del Medicamento y Productos Sanitarios y el Instituto de Salud Carlos III.

Actualmente, los servicios de salud pública en nuestro país cuentan con expresión organizativa en el Gobierno Central (Ministerio de Sanidad y Consumo y otras estructuras), en los Gobiernos de las CC.AA., y en los locales. Entre estos últimos las grandes ciudades cuentan con servicios más dotados, mientras que muchas medianas tienen una estructura básica. Los servicios autonómicos concentran el grueso de los recursos y prácticamente en todas las CC.AA. existe una Dirección General de Salud Pública, aunque puede tener otra denominación. Además, cuentan con estructuras periféricas al servicio de la administración local, que partiendo del esquema transferido a principios de los ochenta se han ido transformando en diversas CC.AA. Sin embargo, numerosas actividades propias de la salud pública como disciplina se desarrollan desde otras estructuras, como otras Direcciones Generales del mismo Departamento de Sanidad o desde los servicios asistenciales autonómicos, o han sido absorbidas por otros órganos administrativos ajenos a la sanidad.

Dentro de este complejo panorama merece la pena hacer mención de los nuevos modelos organizativos que se es-

tán poniendo en marcha en algunas CC.AA., como Madrid y Cataluña (particularmente a partir de la experiencia en Barcelona), y que han supuesto el replanteamiento de ciertas estructuras de salud pública para dotarlas de agilidad en la gestión y de una mayor y más eficaz capacidad de respuesta frente a los retos presentes y futuros de la de salud pública. La descripción de dichos modelos se detalla en este monográfico por los titulares de las Direcciones Generales correspondientes.

En cuanto a las actuales estructuras de salud pública a nivel central entiendo que corresponde aquí hacer una descripción de la situación actual. Pero antes de pasar a dicha descripción con mayor detalle es preciso que me detenga en un elemento que, junto con lo que ya hemos comentado hasta ahora, va a resultar esencial de cara a delinear el modelo ideal de estructura organizativa para la salud pública en España, no sólo a nivel central, sino también a nivel autonómico y local. Me estoy refiriendo al Plan de Cooperación y Armonización de Actuaciones de Salud Pública, uno de los aspectos más destacables de la Ley de Cohesión y Calidad en el ámbito de la salud pública. Posteriormente, trataré de esbozar algunas de las líneas que deberían orientar las futuras reestructuraciones

de los servicios de salud pública a nivel central para, partiendo de la situación actual, alcanzar una estructura organizativa que se adapte lo más posible a los nuevos retos planteados.

La Ley de Cohesión y Calidad contempla la elaboración por parte del Estado y de las CC.AA., a través del Consejo Interterritorial del SNS, de un Plan de Cooperación y Armonización de actuaciones, que establezca las funciones básicas de salud pública, defina su cartera de servicios y ofrezca mecanismos de cooperación y coordinación que conduzcan a la identificación de aquellos ámbitos en los que se requiere un enfoque conjunto. La Ley contempla, asimismo, la elaboración conjunta de planes integrales de salud y el desarrollo de actuaciones coordinadas que permitan responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública y dar cumplimiento a acuerdos internacionales y programas de la Unión Europea. Como ya he mencionado previamente, en España el órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del SNS, al que se le dota, en función de lo que se afirma en la Ley de Cohesión y Calidad, de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones.

Por todo ello, desde la actual Dirección General de Salud Pública del MSC y en el marco de la Comisión de Salud Pública, hemos puesto en marcha y estamos impulsando un plan de trabajo que posibilite un funcionamiento coordinado, armonizado y de sinérgica cooperación, que esté preparado para responder ante situaciones de alarma para la salud pública en España, y que promueva el desarrollo de planes integrales y programas de prevención de las enfermedades y de protección y promoción de la salud de los ciudadanos. Nuestra estrategia está concebida buscando la mayor coherencia con el Programa Europeo de Acción Comunitaria en el ámbito de la salud pública 2003-2008, todo ello en el contexto de la interdisciplinariedad en el abordaje de la disciplina y la intersectorialidad en su puesta en práctica. En paralelo, estamos avanzando en el desarrollo de planes integrales, con el inicio de los trabajos para la elaboración del Plan Nacional de Obesidad, Nutrición y Actividad Física.

En aras de mejorar la eficacia de su quehacer, la Comisión de Salud Pública designó un grupo de trabajo que se encargará de revisar el borrador preliminar de trabajo que hemos elaborado desde la Dirección General de Salud Pública del Ministerio Sanidad y Consumo. Este do-

cumento, en líneas generales, contempla los siguientes aspectos:

1. Elaboración de un marco conceptual de salud pública, en el que la definición de la misión y los objetivos de salud pública nos conducen al establecimiento de sus funciones esenciales. Estas funciones se llevan a cabo a través de la cartera de servicios, entendidos éstos como el conjunto de recursos organizados y actividades desarrolladas con una finalidad concreta, cuyo producto, en caso de ser exigido por una autoridad o convenido en un pacto, constituye una prestación.

2. Definición de la cartera de servicios de salud pública como un instrumento primordial para afrontar retos de cohesión y calidad y asegurar la equidad, de forma que todos sus usuarios reciban las mismas prestaciones básicas, independientemente del territorio en que se encuentren en cada momento. Como punto de partida hemos preparado una primera aproximación a la cartera de servicios de salud pública del SNS, agrupando las líneas de trabajo en los 4 grandes bloques que se detallan a continuación:

- Valoración del estado de salud de la población.
- Vigilancia epidemiológica e intervención.
- Prevención y promoción de la salud.
- Protección de riesgos para la salud.

3. Distribución competencial y modelos organizativos. Las prestaciones de salud pública se ejercen desde las estructuras centrales, autonómicas y locales de las administraciones públicas y desde la infraestructura asistencial del SNS. Aunque existen coincidencias básicas en el abanico de actividades de salud pública de las CC.AA., su forma organizativa y las estructuras que prestan buena parte de los servicios de salud pública son muy variables. El plan pretende recoger esta realidad, ver quién hace qué a cada nivel y proponer un modelo que sea aceptable por todos y adaptable a las circunstancias de cada territorio.

4. Criterios y herramientas de armonización y coordinación en salud pública. Aunque la consolidación de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial ha supuesto un gran avance, todavía existe la necesidad de una mayor coordinación entre CC.AA., entre diversos organismos dentro de muchas de ellas, y de la administración autonómica con las administraciones locales activas en su territorio. En el marco de la citada Comisión el plan pretende profundizar en la consolidación de criterios de armonización y herramientas de coordinación, como los sistemas de información y redes de recursos compartidos, sistemas de aseguramien-

to de la calidad, planes integrales de salud pública y foros de debate.

5. Recursos humanos en salud pública: la profesionalización de la salud pública ha avanzado notablemente en los últimos años, tanto por el incremento del número de profesionales que desarrollan esta actividad a tiempo completo, como por la mejora de la formación de los mismos, bien dentro del programa de médicos internos residentes de Medicina preventiva y salud pública o a través de la oferta de las escuelas de salud pública presentes en el territorio español. El plan aborda algunos de los retos todavía pendientes, como la formación en los distintos campos de la salud pública o el entronque entre la formación en esta área y en administración y gestión de servicios sanitarios.

6. Sistema de alerta epidemiológica y respuesta rápida: los viajes internacionales, la movilidad de las personas, el procesamiento de los productos y la amplitud de las redes comerciales permiten una amplia difusión de los riesgos, por lo que la vigilancia debe adaptarse a los nuevos tiempos que le toca afrontar. El objetivo del Plan consiste en actualizar la red nacional de vigilancia epidemiológica para que pueda responder a la nueva realidad de enfermedades emergentes y reemergentes, adecuarse a la última lista de vigi-

lancia europea, reunificar la normativa española y establecer una red de alerta y respuesta rápida. Para ello se hace necesario transformar la red nacional de vigilancia epidemiológica en la red nacional de vigilancia de la salud pública, desde el consenso con las autoridades sanitarias regionales, en un país fuertemente descentralizado como España y desde la confluencia con la Unión Europea. Los elementos más relevantes de este proyecto son la mejora de la práctica de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, la configuración de una red de laboratorios de referencia, el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las autoridades sanitarias, la evaluación de los programas de control y prevención de las enfermedades transmisibles, la ampliación del modelo de la vigilancia a otras necesidades de salud pública, la incorporación de criterios para priorizar las enfermedades a vigilar y la aplicación de los principios de subsidiariedad y precaución. La red quedará constituida por tres sistemas básicos: vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, sistema de alerta epidemiológica y respuesta rápida y vigilancia epidemiológica de riesgos ambientales, y dos sistemas complementarios: vigilancia de enfermedades relacionadas con programas de prevención y control y sistemas centinela.

En el momento actual, y en función del Real Decreto 1087/2003 de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Dirección General de Salud Pública (DGSP) es el órgano que asume las funciones relativas a la información epidemiológica, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, sanidad exterior, salud laboral, control sanitario del medioambiente y requisitos higienicosanitarios de los productos de uso y consumo humano, así como la elaboración de la normativa en estas materias. Asimismo, le corresponde la determinación de los criterios que permitan establecer la posición española ante la Unión Europea y en los foros internacionales en las materias de salud pública, sin perjuicio de las competencias de otros departamentos ministeriales. La Dirección General de Salud Pública ejercerá además las funciones que corresponden al Ministerio Sanidad y Consumo en el establecimiento del plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública y la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública.

Para desarrollar las funciones mencionadas la Dirección General de Salud Pública cuenta con la siguiente estructura orgánica: la Subdirección General de Sanidad Exterior, la Subdirección General

de Promoción de la Salud y Epidemiología y la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Además, se adscriben a la misma los siguientes órganos colegiados: la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del SIDA, la Comisión de Ayudas Sociales a los Afectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida y la Comisión Nacional de Hemoterapia. Por último, y sin perjuicio de su dependencia orgánica del Instituto de Salud Carlos III, la Subdirección General de Coordinación de Centros Nacionales de Investigación y Servicios aplicados a la Salud Pública actuará bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Pública.

El Ministerio Sanidad y Consumo cuenta con otras estructuras que asumen funciones que, desde el punto de vista conceptual, son propias de salud pública. Hemos de empezar, cómo no, mencionando a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, que fue creada desde el mayor consenso parlamentario para afrontar un tema esencial para la salud pública. También el Centro Coordinador de Alertas y Emergencias de Salud Pública que, aunque lógicamente fundamental en las tareas propias de esta disciplina, depende orgánicamente (en el momento

actual) del Gabinete de la Ministra de Sanidad y Consumo. Por otro lado, dentro de la Agencia de Calidad se encuentran el Observatorio del SNS y el Instituto de Información Sanitaria. Complementariamente, como organismo de apoyo científico técnico, el Instituto de Salud Carlos III cuenta con la Subdirección General de Formación y Difusión de la Investigación, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Subdirección General de Coordinación de Centros Nacionales de Investigación y Servicios aplicados a la Salud Pública que, como ya hemos mencionado previamente, actuará bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Pública.

Es posible que las estructuras de salud pública a nivel central, y en algunos casos, también a nivel autonómico y local, estén algo obsoletas en función del panorama actual de la salud pública que hemos delineado en este artículo. En ese caso, ¿cuál es el camino a seguir?: sin ninguna duda, el futuro de la salud pública en España pasa ineludiblemente por la profundización en la cohesión entre las diferentes administraciones públicas con competencias en salud pública. Los últimos acuerdos de la Comisión de Salud Pública en temas de gran relevancia para la salud de la población constituyen la mejor prueba de que se está avanzando

en la dirección apropiada. Entre estos acuerdos merece la pena destacar los siguientes:

1. Aprobación de un calendario de vacunación infantil unificado para toda España, y de los criterios objetivos para la potencial inclusión (o exclusión) de cualquier vacuna en futuros calendarios vacunales.

2. Acuerdo sobre el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007.

3. Elaboración o actualización de protocolos de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las siguientes enfermedades: síndrome respiratorio agudo severo, carbunco, viruela, fiebres hemorrágicas víricas, fiebre Q, tuberculosis, gripe y tos ferina.

4. Ampliación de la red centinela de gripe y constitución de un comité ejecutivo nacional para la prevención, control y seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe.

5. Aprobación del libro blanco sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores.

6. Establecimiento de los criterios básicos sobre la organización de recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención y sobre los protocolos de vigilancia sanitaria específica de los trabajadores expuestos a agentes ci-

tostáticos, óxido de etileno, radiaciones ionizantes, y afectados por dermatosis laborales.

7. Acuerdo sobre los contenidos básicos y mínimos de los programas de detección precoz de la hipoacusia, de prevención del déficit de yodo y de promoción de la lactancia materna.

8. Aprobación de los requisitos técnicos y condiciones sanitarias de los establecimientos de tatuaje y *piercing*.

En el ámbito organizativo, algunas de las directrices que podrían ser catalizadoras de la necesaria adaptación de las estructuras de salud pública ante los nuevos retos planteados son las siguientes:

1. Articular unidades de detección y respuesta ante alertas y emergencias de salud pública, dotadas de funcionalidad y coordinadas de forma eficaz.

2. Potenciar la creación de estructuras orgánicas para desarrollar las funciones cada vez más relevantes de coordinación y cohesión del sistema para la adecuada cooperación y armonización de las actividades de salud pública.

3. Establecer estructuras de carácter científicotécnico separadas e independientes de las propias de la autoridad sanitaria, y conseguir avanzar cada vez más en la gestión del conocimiento y en la "salud pública basada en la evidencia".

4. Promover la ágil gestión de las actividades de salud pública.

5. Integrar los organismos que tienen encomendadas funciones esenciales de salud pública dentro de las estructuras orgánicas propias de la misma.

Para concluir, y con el objeto de ilustrar la importancia de tomar impulso con optimismo hacia el futuro a partir de la experiencia, permítaseme un toque de humor haciendo inventario de títulos cinematográficos que puedan reflejar vivencias o sentimientos quizá compartidos por aquellos que estamos en este mundo de las organizaciones de salud pública en España: Partimos de *Jurassic park* para emerger en el campo de la salud pública con *El despertar*. La ilusión inicial fue tornando de color como *Del rosa al amarillo*, y estoy seguro de que todos hemos pasado por momentos que bien podrían reflejarse títulos cine-

matográficos como *Mujeres (y hombres) al borde de un ataque de nervios*, y... ¿Qué he hecho yo para merecer esto? Algo más dramático, y afortunadamente más infrecuente (aunque es estado de ánimo ocasional de los profesionales de salud pública) ha podido ser aquello del *Apocalypse now*, sin dejar de mencionar el film *Peor imposible*. Sin embargo, hay una película que recientemente hemos visto en nuestras carteleras y que seguro que nos trae remembranzas personales: *Cuando menos te lo esperas*. En cualquier caso, y por aquello de que hay que querer nuestro futuro porque es donde vamos a pasar el resto de nuestra vida, el título que mejor refleja la esperanza por un futuro mejor es *La vida es bella*. Ahí queda esa esperanza en lo mejor para el futuro de los servicios de salud pública y de su organización en España y en el mundo.