
Organización de los servicios periféricos de la salud pública

Carmela Moya García
Vicepresidenta de SESPAS

Antecedentes

Las primeras referencias de la organización de la salud pública en España se recogen a comienzos del siglo XX, en la Instrucción General de Sanidad (Real Decreto de 12 enero de 1904), donde ya se describen tres niveles territoriales de acción: general, provincial y municipal al hablar de la figura del Inspector de Sanidad, que tenía entre sus funciones la vigilancia y profilaxis de las enfermedades infecciosas, la salud urbana, la higiene alimentaria, etc.

La salud pública en nuestro país durante un largo período de tiempo se estructuró a partir del modelo diseñado en 1925 y que se consolidó en 1944, con la Ley de Régimen Local y la Ley de Bases de Sanidad Nacional, que tenía el interés de plantear unos niveles territoriales y de población bien definidos, con una autoridad visible en cada una vinculada a la autoridad sanitaria central¹.

Eran los sanitarios locales (médicos, veterinarios y farmacéuticos) los que constituían el Consejo Local de Sanidad, con obligaciones que abordaban las funciones de salud pública a nivel local, compatibilizando éstos con las tareas asistenciales, en el caso de los médicos. Este sistema mantenía en cierta manera un planteamiento sanitario integral, aunque con muchas deficiencias en recursos que en la práctica se traducían en una merma de las funciones de tipo comunitario. La creación del seguro obligatorio de enfermedad en 1942 introdujo un nuevo sistema de asistencia primaria, que se implantó al margen de un dispositivo de salud pública, lo que dificultó más el desarrollo de estas actividades a nivel periférico².

La Constitución Española de 1978 posibilitó el desarrollo de un nuevo marco de la organización territorial del Estado, siendo las Comunidades Autónomas (CC.AA.) las que incorporaron las transferencias en materia de “sanidad e higiene”

a partir de 1979, en dos etapas: una preautonómica y otra autonómica. Aunque la Ley General de Sanidad de 1986 propone una consideración axial de la salud pública, en el conjunto de las instituciones sanitarias su contenido normativo positivo³ no modificó el dispositivo sanitario existente, siendo el desarrollo de las competencias asumidas por las CC.AA. las que han posibilitado la organización de los dispositivos de salud pública a nivel periférico, aunque con un nivel de desarrollo muy desigual, que no dejan de reflejar también modelos conceptuales distintos.

Organización periférica de la salud pública en España

En este documento se analiza de forma general cómo está actualmente organizada la salud pública a nivel periférico en las distintas CC.AA. y pretende servir de introducción a la exposición más detallada y específica que sobre este tema van a hacer la Directora General de Andalucía y el Director General de la Comunidad Valenciana.

Siguiendo el modelo del Sistema Nacional de Salud, formulado por la Ley General de Sanidad, la estructura descentralizada tiene como unidad de primer nivel el área de salud y es en este ámbito donde se realizan las actividades de:

1. Vigilancia epidemiológica.
2. Seguridad e higiene de los alimentos.
3. Sanidad ambiental.
4. Salud laboral.
5. Laboratorios de salud pública.
6. Prevención y promoción de la salud.

Las actividades de información sanitaria y de planificación (que también son de salud pública), han sido asumidas en muchas CC.AA. por los servicios asistenciales correspondientes, y por lo tanto no lo contemplaremos en este capítulo como propios de la organización periférica.

En España coexisten distintos modelos organizativos siendo en todas las Autonomías la Dirección General de Salud Pública el organismo responsable o Autoridad Sanitaria, desarrollando las actividades que le son propias (tabla 1), con recursos específicos en los servicios centrales (consejerías) y territoriales (pro-

Vigilancia epidemiológica
Seguridad/higiene de alimentos
Sanidad ambiental
Salud laboral
Laboratorios de salud pública
Prevención y promoción de la salud

Tabla 1. Actividades de salud pública en la estructura periférica

| Nivel organizativo | Vigilancia epidemiológica | Seg. higiene/ alimentos | Sanidad ambiental | Salud laboral | Preven.-promo. salud | Lab. SP |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|----------------------|---------|
| Servicios centrales | ++ | ++ | + | + | ++ | ++ |
| Servicios territoriales/ provinciales | ++ | ++ | + | + | ++ | + |
| Área/distrito | CM/CV/CA | CM*/CV/CA | CM/CV/CA | CV | CM/CV | CV |

*Vigilancia e inspección.

+ : Actividad realizada por todas las CC.AA.; ++: Actividad realizada por la mayoría de las CC.AA.

CM: Comunidad de Madrid; CV: Comunidad Valenciana; CA: Comunidad Andaluza.

Tabla 2. Actividades de salud pública con recursos propios

vincial). A nivel de área sólo la Comunidad Valenciana (1985), Madrid (1991) y Andalucía (1986) tienen dispositivos operativos específicos ubicados en las mismas que realizarán exclusivamente funciones de salud pública. En la tabla 2 se recogen estas actividades, según los distintos niveles territoriales.

La estructura periférica de la salud pública en su desarrollo autonómico presenta por tanto una clara diversificación en su organización territorial y sus recursos, atendiendo a estos aspectos se pueden identificar 4 modelos distintos:

1. Modelo A (fig. 1). La estructura periférica es de base provincial y los profesionales dependen de la Dirección General de Salud Pública. Este modelo lo presentan 13 de las 17 CC.AA., e incluye las uniprovinciales.

2. Modelo B (fig. 2). Es el que presenta la Comunidad Canaria y anteriormente

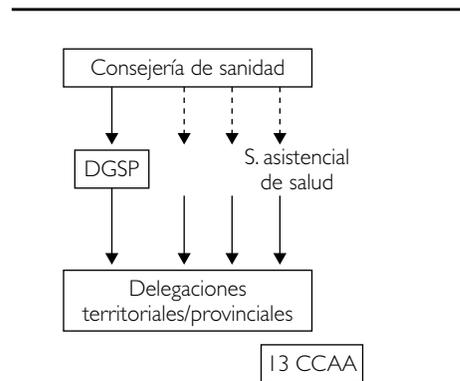


Figura 1. Modelo A. DGPS: Dirección General de Salud Pública; CC.AA.: Comunidad Autónoma.

te también lo fue de la Gallega, en este caso la Dirección General de Salud Pública es una estructura dependiente del Servicio Canario de Salud y el nivel básico lo constituyen cada una de las 7 islas que integran el archipiélago, que cuentan sólo con personal específico para las tareas de inspección y laboratorio, el res-

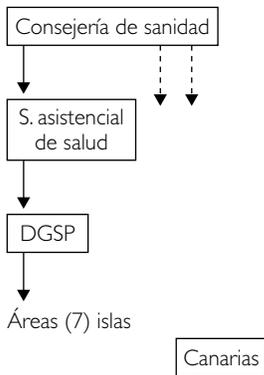


Figura 2. Modelo B. DGPS: Dirección General de Salud Pública.

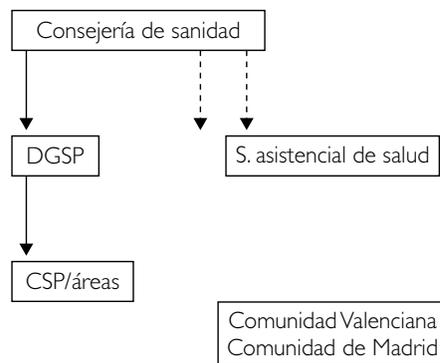


Figura 4. Modelo D. DGPS: Dirección General de Salud Pública.

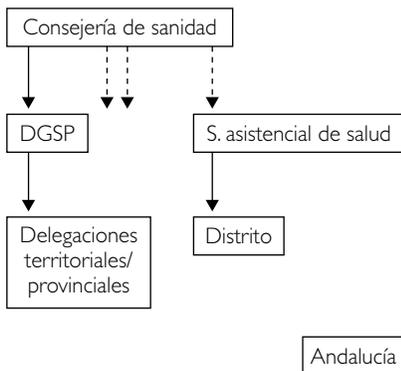


Figura 3. Modelo C. DGPS: Dirección General de Salud Pública.

to de profesionales se ubican en la Dirección General.

3. Modelo C (fig. 3). Es el que representa Andalucía; en él la autoridad sa-

nitaria es la Dirección General de Salud Pública, si bien a nivel periférico (distrito) los recursos de salud pública están localizados en los Centros de Atención Primaria con dependencia del Servicio Andaluz de Salud. Este modelo se comienza a poner en marcha en 1986.

4. Modelo D (fig. 4). La Comunidad Valenciana (1985) y la de Madrid (1991) son las exponentes de este modelo. En estas comunidades las actividades de salud pública están descentralizadas en las áreas de salud (20 en Valencia y 11 en Madrid), contando con centros específicos donde se ubican los profesionales que dependen de la Dirección General.

Ventajas y limitaciones de la descentralización de la salud pública

La estructura descentralizada tiene una serie de “ventajas”, destacando la mejora en la oportunidad y la capacidad de respuesta, dado que supone:

1. Correspondencia con los niveles de decisión central.
2. Posibilidad de profundizar en los riesgos y problemas de salud al tratarse de áreas geográficas pequeñas.
3. Proximidad al sistema sanitario, equipos de Atención Primaria y hospitalaria, lo que supone una mejoría en la cobertura.
4. Cercanía a las corporaciones locales y a la población favoreciendo con ello la coordinación de las instituciones.

Entre las “limitaciones” que tiene la organización periférica de la salud pública hay que señalar la necesidad de apoyo de los niveles superiores ante situaciones o problemas de salud complejos y el incremento de recursos humanos.

Esta aproximación a la organización periférica de la salud pública, solo pretende dar una visión general de cómo se plantea en la actualidad la descentralización de los servicios de salud en las CC.AA. La consolidación y desarrollo de estas estructuras pasan por la voluntad de los responsables políticos, así como por articular la potencialidad y la capacidad de la organización, para alcanzar mayor eficacia y eficiencia.

Bibliografía

1. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol, R. Salud Pública ante las reformas del Sistema Sanitario. *Gac Sanit* 1996;10:299-310.
2. Roman-Pumar JL. Sistema local de salud. Propuestas de diseño. Madrid: Díaz de Santos, 1984.
3. Segura A, Villalbí JR, Mata E, de la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit* 1999; 13(3):218-25.