

La apuesta por una

# NUEVA SALUD PÚBLICA



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD

La apuesta por una  
NUEVA  
SALUD  
PÚBLICA

Escuela Andaluza de Salud Pública  
Consejería de salud  
Junta de Andalucía



La apuesta por una  
**NUEVA  
SALUD  
PÚBLICA**

Carlos Artundo Purroy  
Ana Rivadeneyra Sicilia

Escuela Andaluza de Salud Pública  
Consejería de salud  
Junta de Andalucía



**Edita:** *Escuela Andaluza de Salud Pública* · [www.easp.es](http://www.easp.es)

**ISBN:** 978-84-690-6537-2

**Depósito Legal:** *Se-6636-07*

**Maquetación y diseño cubierta:** *Miguel Castellón Torre*

**Imprime:** *Coria Gráfica, S.L.*

*Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.*

*Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.*

*La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.*

*De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.*

## Agradecimientos

Aunque resulte tópico de tan manido, este informe es directamente el resultado de un trabajo en equipo y una creación de grupo.

Quiero en primer lugar, agradecer a todas las personas que han contribuido al trabajo con sus ideas y sugerencias, e incluso en algunos casos con su complicidad; a las cien personas de toda Andalucía y de los diversos sectores participantes en los grupos nominales, así como a los casi setenta expertos y profesionales entrevistados personalmente y en profundidad en Andalucía, España y Europa.

Agradecer también a los profesionales de SP del Distrito de Granada que me mostraron lo que hacen habitualmente en el terreno, estimularon no pocas reflexiones, y animaron en la tarea.

También quisiera agradecer la colaboración y ayuda del llamado «equipo de apoyo» integrado por Javier Blanco, Macarena Marquínez, Concha Rivero y Fran Rodríguez, de la Dirección General de Salud Pública y Participación (DGSP) y Jesús Ruiz (Distrito Cádiz). Detrás de los resultados de las técnicas cualitativas por ejemplo, hay muchas horas de trabajo e intendencia. Y trabajar con el equipo, ha sido un reto y un placer.

Quisiera también agradecer expresamente el apoyo y colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), que resultó imprescindible para la realización del trabajo, así como las ideas y sugerencias de los docentes entrevistados. Por otra parte, agradecer a los colegas de las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) que se prestaron a revisar la parte del análisis correspondiente a su respectiva Comunidad Autónoma; e igualmente a los profesionales y académicos andaluces que revisaron lo relativo al análisis de situación en Andalucía.

Y quiero reconocer agradecido las aportaciones y discusiones del borrador con Josep Figueras, Rafael Manzanera, Antonio Durán y Esteban de Mantel.

Mi colega Ana Rivadeneyra además de coautora del estudio, es en gran medida responsable del diseño del método y estructuración de las ideas y resultados.

Añado además, mi agradecimiento sincero al equipo directivo de la DGSPP que ha facilitado las cosas, aportado ideas y provocado mejoras significativas del producto.

Ha sido un privilegio haber hecho este trabajo, y debo agradecerlo, en fin, a quien lo ha encargado y hecho posible. Ojalá contribuya al mejoramiento y Reforma de la SP en Andalucía; si así fuera, el objetivo estaría plenamente cumplido.

*Carlos Artundo Purroy*  
Roalcao, junio de 2006

## Índice

Presentación.....	9
Resumen ejecutivo.....	11
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. El debate actual sobre las funciones básicas de la salud pública.....	21
2. METODOLOGÍA	
2.1. Técnicas de recogida de información.....	29
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. ESTADO DE LA CUESTIÓN	
3.1. Políticas y modelos de provisión de servicios de salud pública en el entorno europeo e internacional.....	31
3.2. Modelos organizativos en cinco comunidades autónomas.....	74
3.3. Modelo organizativo y de provisión de servicios de salud pública en Andalucía.....	102
4. CONCLUSIONES	
4.1. Sobre el entorno y marco general de la salud pública.....	115
4.2. Sobre el entorno internacional y europeo.....	118
4.3. Sobre la organización y reforma de la salud pública.....	121
5. RECOMENDACIONES	
5.1. Recomendaciones generales / políticoestratégicas.....	137
5.2. Sobre las funciones básicas de salud pública y el reparto competencial.....	138
5.3. Sobre el proceso de reforma y su viabilidad.....	146
Bibliografía.....	149
Listado de siglas y acrónimos.....	153
Listado de personas entrevistadas.....	155

## Presentación

El presente trabajo responde a un encargo de la Dirección General de Salud Pública y Participación (DGSP), que se empezó a fraguar en mayo de 2005 y se formalizó con fecha 1 de julio de 2005. Se trataba de un contrato de consultoría con el objeto de asistir en la definición de un nuevo modelo de Salud Pública para Andalucía. Con ese objetivo se planteó analizar la situación de la Salud Pública y sus formas de organización a nivel internacional y en nuestro entorno natural europeo, en determinadas CCAA del Estado, y por supuesto, en Andalucía. Además, se pensó que era importante conocer las ideas, percepciones y experiencia de personas clave de SP en Europa, España y algunas de sus CCAA, y Andalucía. El método utilizado se ha basado sobre todo en técnicas cualitativas.

El informe que presentamos es el resultado del trabajo de consultoría desarrollado y está ordenado en ocho capítulos y dos bloques principales. En una primera parte se presenta un análisis general del entorno de la SP, partiendo para ello de una descripción de las prioridades, políticas y programas de salud pública desplegados en el seno de la Unión Europea y la OMS, así como diversas experiencias relevantes en la organización de la provisión de servicios en el contexto internacional. Se presenta a continuación el entorno nacional y autonómico de la SP en España, detallando la organización de estructuras y servicios en cinco CCAA: Aragón, Cataluña, Madrid, País Vasco y Valencia. Esta primera parte se cierra con una visión general de la situación de la SP en Andalucía.

En una segunda parte, se presentan las conclusiones, resultado del análisis documental y del trabajo de campo realizado con expertos y profesionales a nivel internacional y autonómico. Se detallan conclusiones referidas al marco general de la salud pública y a las tendencias y retos emergentes del entorno. En una sección final se presentan una serie de recomendaciones políticoestratégicas y operativas sobre el modelo organizativo y el proceso de reforma de la salud pública.

## Resumen ejecutivo

### 1. Los términos de referencia, la metodología y fases del trabajo

El presente trabajo es fruto de un trabajo de consultoría encargado en julio de 2005 por la Dirección General de Salud Pública y Participación y destinado a asistir a ésta en la elaboración de un nuevo modelo de Salud Pública para Andalucía.

Con esa finalidad se planteó analizar la situación actual y los retos emergentes para la Salud Pública en Andalucía, España y en el entorno europeo e internacional. Para ello, se ha empleado una metodología cualitativa centrada en la realización de 10 grupos nominales y 67 entrevistas semiestructuradas con decisores políticos, profesionales, expertos y agentes claves en los distintos ámbitos de la SP. La información recogida con las entrevistas y los grupos se ha visto además completada con una revisión bibliográfica de artículos y documentos relevantes, así como de las páginas web de las distintas Consejerías e Instituciones estudiadas.

Los grupos nominales, realizados íntegramente en Andalucía, contaron con un total de 100 participantes entre los que se encontraban profesionales de SP, profesionales asistenciales y de otros departamentos de la Junta, representantes municipales, de los diferentes sectores productivos, asociaciones y sindicatos. Las entrevistas estuvieron dirigidas a expertos andaluces (directivos de SP y académicos), expertos de otras Comunidades Autónomas (Cataluña, Madrid, Aragón, Valencia y País Vasco), expertos del conjunto del Estado y de algunas organizaciones e Instituciones Europeas (Organización Mundial de la Salud, Comunidad Europea, London School of Hygiene and Tropical Medicine).

El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2005 y marzo de 2006; y la fase final de conclusiones y recomendaciones, incluidas las reuniones monográficas con el equipo directivo de la DGSPP, entre marzo y junio de 2006.

## **2. Conclusiones sobre la situación de la Salud Pública en Europa y a nivel internacional**

Las nuevas tendencias en salud, las presiones sobre los sistemas sanitarios y las sucesivas crisis y alarmas de SP, han acelerado y ampliado las competencias comunitarias en materia de SP. En la actualidad se perfilan dos principios básicos en la estrategia de salud europea y en la política de SP de la Comisión Europea: 1. Situar la salud en el centro de todas las políticas de la UE; y 2. Promover alianzas intersectoriales en salud.

La Oficina Regional Europea de la OMS y la Comisión Europea recomiendan la potenciación y refuerzo de las funciones de SP; el trabajo intersectorial en la lucha contra las desigualdades en salud y en el abordaje de los determinantes de la salud; y la extensión de las experiencias de la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) al conjunto de la Unión.

Se observa un interés estratégico de los gobiernos por fortalecer la capacidad de respuesta frente posibles riesgos y amenazas de SP, así como un interés creciente por fortalecer los subsistemas de SP y promover una acción intersectorial que integre los diferentes sectores relevantes del gobierno, las entidades locales, la industria, los profesionales y expertos y la sociedad civil.

Se perfila una clara división entre las funciones asumidas por la autoridad sanitaria (rectoría, desarrollo normativo, planificación de políticas nacionales en SP), y las funciones asignadas a institutos nacionales, agencias temáticas y estructuras específicas (gestión y/o coordinación de acciones en el territorio). En este sentido, y especialmente en los países anglosajones, se objetiva una tendencia hacia la creación de organizaciones autónomas tipo agencia para la provisión de los servicios de SP (sobre todo en Protección).

En relación a la organización territorial, existe gran variabilidad a nivel internacional, desde los modelos más descentralizados (Países nórdicos, Holanda), hasta los más centralizados (Francia, donde el Gobierno asume la planificación y gestión con el apoyo de organismos y agencias nacionales con presencia territorial).

### **3. Conclusiones sobre la situación de la Salud Pública en cinco Comunidades Autónomas**

La estructuración y reparto competencial de la SP en España es similar a la de un Estado Federal. Las CCAA son responsables del grueso de servicios y funciones, mientras que el MSC asume el desarrollo de normas básicas, la coordinación sanitaria y la sanidad exterior. La coordinación entre el Estado y las CCAA se ejerce a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a través de su comisión de SP y comisiones técnicas específicas. En opinión de la mayor parte de los expertos consultados, existe sin embargo un déficit de liderazgo del MSC y una falta de corresponsabilización por parte de las CCAA; se precisa una coordinación e interrelación inteligentes.

Las funciones y líneas básicas de acción son bastante similares en las CCAA analizadas. Todas ellas comparten un modelo organizativo básico, si bien existen diferencias en la organización territorial. Como rasgo común, existe un nivel central (DGSP o equivalente) donde reside la rectoría y autoridad en SP, junto un nivel intermedio que coincide con las provincias. El nivel más periférico es variable coincidiendo en algunos casos con la zonificación sanitaria general, o existiendo demarcaciones específicas para los servicios de SP. En algunas Comunidades (Valencia, Madrid), los servicios de SP se prestan desde estructuras físicas específicas a nivel del territorio (centros de SP) ubicadas generalmente a nivel comarcal.

En todas las CCAA analizadas la SP tiene una baja prioridad y peso en el conjunto del sistema. Los servicios de SP, aunque responden razonablemente bien en situaciones de crisis, pertenecen a una realidad pasada muy diferente de la actual y no están en condiciones de responder adecuadamente a las nuevas necesidades y retos en SP. Además, tienen ciertos déficits estructurales referidos a su organización y gestión, así como al nivel de profesionalización y competencias de sus profesionales. Todo ello condiciona que la SP hoy día tenga una escasa capacidad de atracción para los profesionales (como revela la dificultad importante para atraer jóvenes profesionales a las vacantes en SP).

En línea con las tendencias identificadas a nivel internacional y europeo, se observa un interés estratégico por fortalecer las estructuras de SP: la mayoría de las CCAA se encuentran en pleno proceso de Reforma o iniciando

las bases del proceso. La Comunidad Valenciana aprobó en junio de 2005 la nueva Ley de Salud Pública a través de la cual se crea la Entidad Valenciana de Acción en Salud Pública, organización autónoma responsable de la provisión de servicios de SP. En Cataluña se encuentran en pleno proceso de Reforma y se está trabajando en el borrador de proyecto de ley de Salud Pública de Cataluña, donde se prevé la creación de la Agencia Catalana de Salud Pública. En la Comunidad de Aragón se encuentran en una fase más temprana pero en la misma dirección de cambio y modernización. En el otoño de 2005 se elaboró un Plan Estratégico de SP actualmente en fase de consulta con profesionales, sectores e instituciones implicadas. En la Comunidad de Madrid, se creó en 2001 el Instituto de Salud Pública como organismo autónomo responsable de la gestión de servicios de SP, si bien en 2004 éste volvió a adscribirse a la DGSP.

#### **4. Conclusiones sobre el entorno actual y marco general de la SP**

La explosión de las llamadas «crisis de Salud Pública», todas ellas con un importante impacto mediático, social y político, han estado en muchos casos relacionadas con la globalización. Vivimos en un mundo globalizado pero sin mecanismos efectivos de protección a nivel global, y sin un discurso y una práctica de SP que se adapte a las necesidades y retos actuales.

Excepto en las situaciones de crisis, la SP resulta bastante invisible, incluso para el resto del sistema sanitario asistencial y el público en general.

Constituyen retos importantes relativos al entorno de la SP: el aumento de las desigualdades y la pobreza, el envejecimiento, las enfermedades crónicas, la siniestrabilidad, la violencia, la nutrición y las llamadas «epidemias cotidianas» (obesidad, cardiovasculares, cáncer y sida).

#### **5. Conclusiones sobre la necesidad de la Reforma**

Existe un consenso amplio sobre la necesidad de dotar a la SP de una mayor prioridad en las agendas políticas y sociales, así como de una cierta autonomía respecto al nivel político y los sectores económicos. El nivel local constituye un ámbito básico para la intervención en SP y los ayuntamientos, socios estratégicos clave, para mejorar el estado de salud y calidad de vida de

la población local. La participación comunitaria constituye un reto pendiente y resulta prioritario crear condiciones, estructuras y formatos que la faciliten.

Los resultados del análisis de situación y la opinión unánime de los expertos y agentes clave consultados apuntan hacia la necesidad de la Reforma. Los argumentos que suscitan mayor adhesión son:

- La responsabilidad pública y política de promover la salud, proteger la salud comunitaria y anticipar/minimizar los riesgos emergentes; todo ello signo de buen gobierno y un reto democrático en una sociedad avanzada.
- La necesidad de reforzar la SP a la luz de un sistema sanitario «desbocado» en el incremento de sus costes, con una incidencia relativa en las mejoras en salud de la población e insuficientemente orientado hacia la prevención y la promoción de la salud.
- La creciente demanda social en torno al rendimiento de cuentas por parte de los poderes públicos en temas de SP (alimentaria y ambiental) como consecuencia de las crisis emergentes de SP, su impacto mediático y la mayor sensibilidad social al respecto.
- La organización actual de los servicios de SP, cuya estructuración responde a una realidad pasada que les resta capacidad de respuesta frente a las nuevas necesidades y retos en SP.
- La existencia de debilidades estructurales de los servicios de SP como su ineficiente organización y gestión, la falta de profesionalización y competencia profesional y la ausencia de prioridad y peso en el conjunto del sistema.
- El hecho de que apostar por la SP, además de tener un rendimiento económico y social a largo plazo, lo tiene también a corto plazo dado el peso de la industria agroalimentaria y el turismo en la economía andaluza; sectores muy sensibles a temas de SP y objetivamente interesados en la actualización y modernización del subsistema de SP.

La Salud Pública tiene que constituir por tanto una prioridad política estratégica; y su Reforma y modernización, una necesidad objetiva tal y

como lo fue la de la Atención Primaria. La Reforma de la Salud Pública es pues una asignatura pendiente del sector salud.

#### **Ideas Fuerza de la Reforma**

Profesionalización, Independencia, Rendimiento de cuentas,  
Flexibilidad, Innovación, Eficacia, Eficiencia,  
Calidad y Capacidad de respuesta.

Principios generales de una nueva Salud Pública en el contexto de la Reforma:

- El liderazgo en SP significa elaborar Políticas de Salud que mejoren la salud comunitaria; influir en otras políticas públicas con impacto en salud y en el sector privado promoviendo políticas, prácticas y productos más saludables; así como fomentar en los individuos y las comunidades la corresponsabilización en la gestión de su salud y la adopción de unas conductas y estilos de vida saludables. Todo ello implica hacer abogacía en salud.
- La intersectorialidad constituye una herramienta indispensable para este nuevo liderazgo en SP. El liderazgo tiene también que ver con la capacidad para escuchar, comunicar, negociar, pactar y en definitiva, la capacidad estratégica para trabajar en red y establecer alianzas con los agentes sociales para poder influir en las políticas.
- Resulta crucial ganar en credibilidad y generar confianza, para lo que hay que garantizar competencia, transparencia e independencia. La comunicación en SP adquiere así gran importancia, requiere nuevas actitudes y habilidades, e implica el trabajo y desarrollo de alianzas con los medios de comunicación.

## **6. Recomendaciones políticoestratégicas**

- I. Se precisa potenciar y reforzar la Salud Pública elevando su nivel de prioridad en las agendas políticoinstitucionales, trascendiendo para ello el ámbito de Salud y requiriendo el compromiso del conjunto del Consejo de Gobierno.

- II. Se recomienda la existencia de una Comisión Interdepartamental de Salud Pública, presidida por el *primus inter pares* de los componentes del Gobierno y liderada por Salud, que aportaría evidencia al mismo, para la toma de decisiones pudiendo encargar informes de Evaluación del Impacto en Salud.
- III. De acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Europea y la OMS, se propone que los Gobiernos Autonómicos introduzcan la Evaluación del Impacto en Salud en las políticas y normas de los diferentes Departamentos con impacto relevante en la salud pública.
- IV. Se recomienda una apuesta fuerte por la Salud Pública y su actualización y modernización. Dicha apuesta requiere un desarrollo normativo específico, con rango de ley, que establezca claramente competencias y responsabilidades al respecto, así como las formas de organización adecuadas.
- V. También se recomienda promover y facilitar la participación a todos los niveles y la creación de órganos participativos intersectoriales.

## **7. Recomendaciones sobre las funciones básicas en Salud Pública y su reparto competencial**

- I. Las funciones de SP relativas a la Rectoría/Autoridad, Políticas y Planes de Salud e Inteligencia constituyen la parte estratégica, el núcleo duro de cualquier Consejería o Departamento de Salud. Se propone que estén residenciadas en el nivel de gobierno, en las Consejerías de Salud. Coherentemente, se recomienda elevar el rango de la SP responsabilizando de sus funciones a un órgano político específico con rango superior al de dirección general.
- II. Se propone enfatizar la función de Inteligencia entendida como la capacidad de establecer objetivos inteligentes y transformar la realidad. Ello implica valorar el estado de salud de la población y las necesidades en salud; monitorizar los principales determinantes de la salud; proveer evidencia para la intervención y evaluación de resultados. Para ello se precisa de nuevos sistemas de información y conocimiento de la realidad.

- III. Se recomienda la integración de las funciones de inteligencia y vigilancia en el órgano de gobierno de salud, de manera que la inteligencia ejecutiva sea desarrollada por este órgano y la generación de nuevo conocimiento pudiera en su caso ser realizada por organismos externos.

En esta línea, habría que reforzar la investigación aplicada en relación con los nuevos retos y problemas de SP, facilitando su desarrollo en los sistemas de salud autonómicos y estimulando la creación de redes e iniciativas.

- IV. Igualmente, habría que reforzar y potenciar la Promoción de la salud tanto a nivel macro (intervenciones intersectoriales, abogacía en salud, establecimiento de alianzas...), como a nivel de los servicios sanitarios.

## 8. Recomendaciones sobre el modelo organizativo

- I. La organización no es más que una herramienta al servicio de la nueva estrategia de SP y la reforma organizativa de la SP, una necesidad objetiva. Hay que modernizar la gestión y evaluar sistemáticamente lo que se hace.
- II. La organización territorial constituye una de las claves de la Reforma. Se recomienda aplicar el principio de subsidiaridad aunque con dos matices: masa crítica suficiente (para el desarrollo profesional) y economías de escala. Se trataría de desarrollar un «saber hacer» único a nivel central, pero con visión territorial y apuesta local (el nivel de organización y gestión de la respuesta a nivel local debe de ser creativo).
- III. Los niveles centrales deben concentrar las funciones más estratégicas y delegar gran parte de la actual carga burocrática administrativa en el nivel intermedio. Estos niveles deben ser reforzados sobre todo en aquellas comunidades de amplia dispersión geográfica, incrementando la presencia y los recursos de Salud Pública.
- IV. Dos socios estratégicos para la acción periférica:

- Los Ayuntamientos. Agentes clave en SP, particularmente en Protección y Promoción. Se recomienda apostar por el nivel local, fortaleciendo su capacidad de respuesta e implicando a los entes locales en la toma de decisiones, formulación de objetivos en SP y asignación de recursos. Se recomienda así estrechar la relación y coordinación con los ayuntamientos y crear las bases para avanzar en una red funcional integrada de servicios de SP.
  - Los servicios asistenciales. Se propone la mayor implicación posible con los servicios, (especialmente AP), así como establecer objetivos y programas de SP prioritarios a través de los contratos-programa y sus respectivos indicadores y especificaciones.
- V. La profesionalización de la SP es un reto de primer orden, hay una necesidad urgente de promover la formación y actualización de los profesionales de SP, establecer una carrera profesional en SP y facilitar el Desarrollo Profesional Continuado (DPC). En esta línea, se sugiere la elaboración y ejecución de un plan de formación y actualización de los profesionales de SP.
- VI. El nuevo modelo organizativo tiene que posibilitar y facilitar la incorporación de nuevos perfiles profesionales en SP (psicólogos, sociólogas, ingenieros de procesos, especialistas en TIC); y repensar la combinación de recursos existente. Los procesos de selección deberían ser específicos para SP y permitir la contratación de los mejores profesionales; la carrera profesional se establecería en relación con la competencia y niveles de intervención, y no en función de la titulación académica.
- VII. Constituyen elementos clave para la viabilidad y éxito de la Reforma una voluntad y decisión política mantenidas y el consenso básico entre los actores internos y externos. Se recomienda diseñar y desarrollar un proceso lo más participativo posible (resulta igualmente indispensable la implicación de los ayuntamientos, la industria, y los usuarios) y con formatos innovadores. Finalmente, y en la medida de lo posible, se sugiere utilizar una estrategia de «todos ganan» y no forzar los tiempos del proceso de Reforma.

## **9. Trabajos preparatorios de la reforma y recomendaciones operativas**

Los trabajos preparatorios de la Reforma y las recomendaciones operativas que se detallan a continuación corresponden a una primera fase y son por ello relativamente independientes del modelo organizativo que se decida en su momento:

- I. Puesta en marcha de la Comisión Interdepartamental de Salud Pública, con subcomisiones específicas en su caso en Ambiental y Alimentaria.
- II. Introducción de la Evaluación del Impacto en Salud en las políticas y normas de los Departamentos del gobierno con impacto relevante en salud.
- III. Modificación de la estructura orgánica y el organigrama de los distintos niveles territoriales del Departamento de salud.
- IV. Diferenciación orgánica de las funciones de Inteligencia y Vigilancia con dependencia del órgano político de Salud.
- V. El establecimiento de órganos consultivos de participación en Salud Pública.

# 1. Introducción

## 1.1. El debate actual sobre las funciones básicas de la Salud Pública

Se ha definido la Salud Pública como «el esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida»<sup>1</sup>. La misión por tanto de la Salud Pública sería sencillamente trabajar por mejorar la salud de la población; es decir, contribuir a crear las condiciones estructurales en la sociedad y las condiciones de vida de la población más favorecedoras para la salud, promover las conductas individuales y estilos de vida más saludables; así como luchar contra la enfermedad y minimizar la pérdida de la salud. Todo ello en coherencia con los cuatro determinantes de la Salud: el sistema sanitario, el medioambiente (físico y social), la genética, y los estilos de vida (Informe Lalonde, 1976).

La larga evolución del ámbito competencial de la SP y la creciente intervención de las administraciones públicas han ido perfilando un consenso internacional en torno a una serie de funciones y servicios básicos en SP. En 1989, el *Institute of Medicine* (IOM) de los EEUU elaboró un informe sobre el futuro de la disciplina en el que se presentaba un marco general de análisis sobre la SP y se identificaban tres grandes funciones básicas<sup>2</sup>:

1. La valoración de las necesidades en salud a través de la recopilación, análisis y diseminación de información sobre el estado de salud y las necesidades de la comunidad.
2. El desarrollo de políticas de salud integrales fomentando la aplicación de los conocimientos científicos en la toma de decisiones y liderando el desarrollo de políticas de SP.

1 Last, J. A dictionary of epidemiology. New York:Oxford University Press; 1995.

2 Institute of Medicine. The future of Public Health. Washington: National Academy of Sciences; 1988.

3. La garantía de la provisión de servicios para lograr los objetivos en SP, ya sea promoviendo la acción de otras entidades públicas o privadas, a través de la aplicación de leyes y normativas, o mediante la provisión directa de servicios.

En 1994, como parte del proceso de reflexión iniciado en el IOM y, ante la necesidad de alcanzar un consenso nacional sobre la misión y ejes prioritarios de la SP, se constituyó en EEUU un comité de expertos integrado por representantes de las principales agencias y organizaciones de SP del país. Fruto de del trabajo realizado por el Comité se elaboró un documento en el que se detallaban seis objetivos fundamentales para la SP, a saber: 1. la prevención y control de enfermedades y brotes epidémicos; 2. la protección ambiental; 3. la prevención de daños a la salud; 4. la promoción de conductas saludables; 5. la alerta y respuesta frente desastres; y 6. la garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud<sup>3</sup>. Además, tal y como recoge la tabla, se identificaron diez ejes de actuación fundamentales a partir de las tres funciones básicas ya definidas en 1988.

#### FUNCIONES Y LÍNEAS BÁSICAS DE ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA (IOM)

##### **I. Valorar las necesidades de salud**

1. Monitorizar y valorar el estado de salud de la comunidad
2. Diagnosticar e investigar problemas y riesgos para la salud

##### **II. Desarrollar las políticas de salud**

3. Informar, educar y dar poder a la población en temas de salud
4. Fomentar colaboraciones y alianzas comunitarias para identificar y resolver problemas de salud
5. Desarrollar planes y políticas de SP que apoyen los esfuerzos de salud individual y colectiva

##### **III. Garantizar la prestación de los servicios básicos**

6. Aplicar las leyes y normas que protejan la salud y garanticen la seguridad
7. Conectar las personas con los servicios sanitarios que precisen y garantizar la provisión de servicios básicos
8. Garantizar recursos humanos competentes en materia de salud pública y atención sanitaria
9. Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva
10. Investigar nuevos aspectos y soluciones innovadoras para los problemas de salud

3 The Public Health Functions Committee. Public Health in America, <http://www.health.gov/phfunctions/project.htm>

De forma más reciente, en 2002, el IOM ha publicado un segundo informe que pretende actualizar el marco general de análisis desarrollado en 1988 para adaptarlo a los nuevos escenarios de la SP en el siglo XXI <sup>4</sup>. En él se hace especial énfasis en la necesidad de fortalecer la infraestructura de SP de las agencias gubernamentales, así como de definir un marco más amplio de actuación en el que, junto a la administración central y territorial, tengan cabida otros sectores y agentes relevantes como el entorno comunitario, los servicios sanitarios, la industria, los medios de comunicación y la Academia. Además, se identifican siete grandes estrategias para reforzar la SP: 1. el impulso del enfoque poblacional; 2. el fortalecimiento de las infraestructuras; 3. la construcción de alianzas intersectoriales; 4. el desarrollo de sistemas de rendición de cuentas que garanticen la calidad; 5. la toma de decisiones basadas en la evidencia; 6. y la mejora de la comunicación a través del subsistema de SP, incluyendo el entorno comunitario.

En la actualidad, la clasificación de las funciones básicas de la Salud Pública del IOM es referencia obligada en el abordaje de toda reflexión sobre la SP. Constituye un marco de análisis que recoge la esencia de todas las actividades clásicas vinculadas a la SP, poniendo en evidencia la necesidad de una autoridad sanitaria visible. Sin embargo, toda definición de funciones y servicios ha de ajustarse a la situación concreta de cada subsistema de SP. Exige además una visión amplia de los complejos factores implicados en la aparición y la evolución de las enfermedades, los determinantes de salud, así como las diferentes estrategias que pueden contribuir a un buen estado de salud de la población. Desde esta visión no restrictiva se podría identificar todo un abanico de posibilidades de acción y de propuestas organizativas dirigidas a dar una respuesta eficaz a los retos y tendencias emergentes en materia de SP.

Dentro del contexto español, un grupo de trabajo del *Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya* realizó en 1995 un trabajo sobre las funciones y estructura de los servicios de SP en el marco de las transferencias sanitarias <sup>5</sup>. En él se presenta un inventario operativo por grandes líneas de actividad que permite completar la clasificación del IOM adaptándola al

4 Institute of Medicine, *The Future of the Public's Health in the 21 Century*. Washington: National Academy of Sciences, 2002.

5 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: 218-225.

entorno español. Esta clasificación ha sido empleada en diagnósticos posteriores sobre la situación y la organización de los servicios de SP a nivel autonómico y local <sup>6,7</sup>.

### LÍNEAS DE ACTIVIDAD Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA, 1995

#### 1. Planificación sanitaria

- Análisis de la situación de salud
- Determinación de prioridades
- Planificación de servicios
- Evaluación de planes y programas

#### 2. Información sanitaria

- Monitorización del estado de salud (estad. vitales, enc. salud)
- Producción y análisis de sistemas específicos de información
- Producción y análisis de información sobre protección de salud

#### 3. Vigilancia epidemiológica

- Vigilancia de enfermedades transmisibles
- Vigilancia de brotes epidémicos (excluyendo TIA)
- Vigilancia de TIA
- Dispositivos basados en médicos centinela para la intervención
- Otros dispositivos de vigilancia epidemiológica

#### 4. Promoción salud/prev. enfermedades

- Programas de vacunaciones
- Programas de salud en la escuela
- Programas de salud laboral
- Otros programas de intervención com.

#### 5. Protección de la salud

- Salud ambiental
- Inspecciones y autorizaciones
- Higiene alimentaria
- Control de zoonosis
- Laboratorios de Salud Pública
- Desratización, desinfectación y desinfección

#### 6. Policía sanitaria mortuoria

#### 7. Otras actividades

En el año 2000 la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) iniciaron un trabajo de colaboración sobre las competencias profesionales en SP cuyos resultados han sido publicados de forma reciente <sup>8</sup>. Los autores defi-

6 De la Fuente ML, Manzanera R y el Grupo de Trabajo de Salud Pública en Cataluña. Propuesta marco de reorganización de la Salud Pública en Cataluña. Gac Sanit 2001; 4 (Supl. 1): 55-68.

7 Lindez P, Villalbí JR y Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de Salud Pública: el papel de los municipios grandes y medianos. Gac Sanit 2001; 15 (2): 164-171.

8 Benavides FG, Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit 2006; 20: 239 - 243.

nen la SP como «el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover, y restaurar la salud de las personas, mediante acciones colectivas». Y el concepto de función, como aquello para lo que sirve un organismo o una entidad. Para cada función derivan actividades específicas y para cada una de ellas, una serie de servicios y productos. Sobre la base de este esquema, los autores desarrollan y amplían el marco de las tres funciones básicas de Salud Pública definidas por el IOM en el siguiente cuadro.

## MARCO DE LAS TRES FUNCIONES BÁSICAS DE SALUD PÚBLICA

### **I. Valorar las necesidades de salud de la población: comprender y medir los determinantes y los problemas de la salud y del bienestar de las poblaciones humanas en su contexto social, político y ecológico.**

- 1.1. Analizar la situación de salud de la comunidad (p.e. reconocer y valorar los cambios relevantes en los problemas de salud y sus tendencias)
- 1.2. Describir y analizar la asociación de los factores de riesgo y los problemas de salud, y el impacto de los servicios sanitarios (investigar y explicar de forma reproducible el origen de los problemas de salud y evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias)
- 1.3. Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia sanitaria (contribuir y liderar las respuestas sanitarias frente a crisis sanitarias y brotes epidémicos)

### **II. Desarrollar las Políticas de Salud: contribuir a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud.**

- 2.1. Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud (elaborar los planes de salud y de servicios, proponer las normas que regulan el sistema de salud)
- 2.2. Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales (colaborar en la elaboración de las políticas medioambientales, laborales, alimentarias, de transporte, educativas, etc.)
- 2.3. Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias (actuaciones de promoción, protección, prevención y asistenciales)
- 2.4. Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud (trabajar con redes sociales y ofrecer a la sociedad información útil, comprensible y fiable sobre su salud)

### **III. Garantizar la prestación de servicios sanitarios: proporcionar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiaridad, seguridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios para la salud.**

- 3.1. Gestionar servicios y programas sanitarios (administrar los recursos para conseguir los resultados definidos con calidad y eficiencia)
- 3.2. Evaluar los servicios y programas sanitarios (la valoración de criterios sobre la estructura, los procesos y los resultados con el fin de comprobar si alcanzan unos estándares y/u objetivos prefijados)
- 3.3. Realizar inspecciones y auditorías sanitarias (la verificación del cumplimiento de los requisitos formulados por la Autoridad sanitaria)
- 3.4. Elaborar guías y protocolos (articular el conocimiento científico en procedimientos y normas que favorezcan la buena práctica en las intervenciones sanitarias)

Todo este interés por definir las funciones y servicios esenciales de SP resulta particularmente relevante en estos últimos años, cuando se está haciendo cada vez más evidente la insuficiencia de los sistemas sanitarios para responder a los desafíos emergentes en materia de SP. En algunos países como Canadá, Reino Unido y Australia se ha iniciado un proceso de reflexión sobre el modelo de Salud Pública y se han puesto en marcha algunas iniciativas destinadas a reformar y de hecho, fortalecer, estructuras y servicios. En el caso de Canadá este proceso ha sido más visible, propiciando en 2004 la creación de una agencia nacional de salud pública, la *Public Health Agency of Canada*, bajo la dirección de un ministro de estado designado específicamente a tal fin, al cual le ha sido asignada la máxima autoridad en SP.

En España, esta necesidad de reorganizar los subsistemas de Salud Pública se percibe como tarea pendiente, agudizada por el hecho de que los cambios introducidos en el contexto y la organización de los servicios sanitarios a partir de los años 80 no se han visto acompañados de un cambio paralelo en temas de SP<sup>9</sup>. Se han identificado diferentes razones para explicar este retraso relativo, tales como el carácter complejo e interdisciplinario de la SP, la menor presión a favor de las reformas tanto por parte de los ciudadanos como de los profesionales implicados, así como la dispersión de la autoridad y competencias entre diversas entidades sectoriales y niveles administrativos<sup>6</sup>. Por otro lado, el impacto cada vez mayor de las nuevas normativas europeas, especialmente en materia de protección, constituye un elemento más a considerar de cara a una reforma que permita adecuar los servicios de SP a los nuevos retos del entorno.

Esta reflexión sobre la Reforma se ha iniciado ya en varias CCAA, existiendo una tendencia común hacia la reorganización de los dispositivos de SP en aquellas comunidades más avanzadas en la materia. Cataluña se encuentra en pleno proceso y de hecho, durante el año 2007 se espera aprobar una ley de Salud Pública en la que se contempla la creación de la Agencia Catalana de Salud Pública. En Valencia se aprobó en junio de 2005 la Ley de Salud Pública en virtud de la cual se crea la Entidad Valenciana para la Acción en Salud Pública, una agencia de ámbito autonómico que se

9 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: 218-225.

prevé integre la actual DGSP. En la Comunidad de Madrid la creación del Instituto de Salud Pública en 2001, un organismo autónomo responsable de la provisión de servicios de SP, supuso un punto de inflexión en el modelo organizativo autonómico. En la actualidad no obstante, la duplicación de recursos y funciones entre el Instituto y la DGSPA está poniendo de manifiesto la necesidad de repensar el modelo organizativo. En Aragón también se ha iniciado un proceso de reflexión que, si bien se encuentra aún en una fase incipiente, ya ha dado lugar a un primer borrador estratégico en el que se sientan las bases para avanzar en la Reforma.

Dentro de este contexto general de cambio, esperamos que la información que se presenta a continuación sirva de apoyo en el proceso actual de reflexión sobre el futuro de la SP en Andalucía.

## 2. Metodología

### 2.1. Técnicas de recogida de información

En una primera fase se realizó una revisión bibliográfica y documental destinada a recoger y sistematizar toda la información relevante sobre la situación actual y retos emergentes en el entorno sanitario y más concretamente, en los subsistemas de Salud Pública a nivel autonómico, nacional, europeo e internacional. En una segunda fase se optó por una metodología de investigación cualitativa centrada en el desarrollo de grupos nominales y entrevistas semiestructuradas con agentes clave de los diferentes sectores y ámbitos relevantes para Salud Pública <sup>10</sup>. Se pretendía, a través de este enfoque cualitativo, identificar factores críticos y tendencias actuales en Salud Pública, así como recomendaciones y propuestas específicas para hacer frente a los retos identificados por los participantes en esta fase del estudio.

Se realizó un total de 67 entrevistas con responsables, agentes clave y expertos en SP a nivel autonómico, nacional y europeo. El objetivo de las entrevistas era conocer, comprender y profundizar en las opiniones, valoraciones y expectativas de los entrevistados en torno a la situación actual y retos de la SP, así como recoger propuestas y recomendaciones específicas para responder a los retos identificados. Además, en el contexto de las entrevistas con expertos y responsables autonómicos y nacionales, se aprovechó para recopilar información y documentación relevante sobre la organización autonómica en materia de SP en las cinco CCAA incluidas en el estudio.

Las entrevistas, celebradas entre octubre 2005 y marzo 2006, tuvieron una duración media de 90 minutos. Fueron realizadas por el mismo consultor que moderó los grupos nominales siguiendo un guión prediseñado constituido fundamentalmente por preguntas abiertas. La información

---

<sup>10</sup> La explotación de la información sobre los resultados de los grupos nominales no se incluye en esta publicación, pues será eventualmente objeto de una separata específica.

recogida se sometió a un análisis de contenido partiendo de las dimensiones temáticas identificadas en el discurso de los entrevistados. Se ha recopilado y sistematizado información clave sobre los siguientes aspectos:

- Descripción del subsistema de SP en la comunidad del entrevistado (estructura organizativa y territorial, ámbitos de competencias, intervenciones más relevantes, etc.).
- Valoración general del modelo, fortalezas y debilidades.
- Situación actual, elementos críticos y factores emergentes en el entorno de la SP.
- Ideas clave para una nueva estrategia de SP.
- Recomendaciones estratégicas para un nuevo modelo organizativo.

**PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS  
Y NÚMERO DE ENTREVISTAS REALIZADAS**

Perfil de los entrevistados		Total	
Agentes claves y expertos nivel autonómico y nacional	Andalucía	Directivos SP/Salud	9
		Académicos/expertos	11
	Aragón	Direct. Salud/ SP	5
		Académicos/expertos	2
	Cataluña	Direct. Salud/ SP	8
		Académicos/expertos	5
	Madrid	Direct. Salud/ SP	5
		Académicos/expertos	-
	Valencia	Direct. Salud/ SP	4
		Académicos/expertos	5
	País Vasco	Direct. Salud/ SP	4
		Académicos/expertos	-
		Nivel Central Estado	3
	Expertos nivel europeo	OMS/EURO, European Observatory, London University	
	<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	

## 3. Análisis de situación

### Estado de la cuestión

#### 3.1. Políticas y modelos de provisión de servicios de Salud Pública en el entorno europeo e internacional

##### 3.1.1. Principios básicos de la política y de la estrategia comunitaria en Salud Pública

La política comunitaria en SP se ha desarrollado de forma paralela a la delimitación de competencias de la UE y dentro del complejo proceso de construcción de la Unión Europea. Si bien la Salud Pública no ha sido competencia oficial hasta la aprobación del Tratado de Maastricht en 1992, ya para entonces se habían puesto en marcha algunas iniciativas en investigación, libre circulación de medicamentos, y prevención/asistencia mutua en caso de catástrofes y enfermedades graves. Asimismo, la emergencia de problemas mayores como las toxicomanías, el cáncer y el sida habían generado ya un interés creciente en materia de SP, facilitando la puesta en marcha de algunos programas de ámbito comunitario como «Europa contra el Cáncer» (1987) o «Europa contra el Sida» (1991). También se aprobaron en esos años algunas resoluciones no vinculantes en materia de política sanitaria, salud ambiental y control de enfermedades infecciosas <sup>11</sup>.

Con la firma del Tratado de Maastricht la Salud Pública pasa a ser competencia oficial comunitaria, asignándosele a la Comunidad Europea la misión de poner a punto una estrategia coherente en la materia. El artículo 129 del Tratado obliga a integrar en todas las políticas comunitarias las exigencias en protección de la salud, con consideración por el principio de subsidiariedad. El papel comunitario se centra en el apoyo a los esfuerzos nacionales en áreas en las que pueda aportar un valor añadido y en la formulación de objetivos y estrategias coordinadas. Dentro de este marco, en 1993 se adoptaron ocho programas comunitarios para asistir a los estados

11 Parlamento Europeo, Fichas técnicas. Salud Pública. En: [http://www.europarl.eu.int/factsheets/4\\_10\\_3\\_es.htm](http://www.europarl.eu.int/factsheets/4_10_3_es.htm)

miembros (EM) en la definición de prioridades y estrategias en materia de Salud Pública <sup>12</sup>.

A partir de la segunda mitad de los 1990, las nuevas tendencias en salud, las presiones cada vez mayores sobre los sistemas sanitarios y acontecimientos como la crisis generada por la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) pusieron de manifiesto la necesidad de fortalecer el papel comunitario en SP. El artículo 152 del Tratado de Ámsterdam (1997) amplió las competencias de la UE otorgándole a ésta el mandato de actuar en la promoción de la Salud Pública, la prevención de la enfermedad y la protección frente a las amenazas. Entre sus ámbitos de actuación, además de las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, se mencionan todas las causas de peligro para la salud humana. También se hace referencia a medidas en legislación veterinaria y fitosanitaria, así como la elaboración de normas sobre calidad y seguridad de órganos y sustancias de origen humano, sangre y hemoderivados. La organización, planificación y provisión de servicios se mantienen bajo competencia de los estados miembros.

En 1998 se inició un proceso de revisión de la política comunitaria. En la comunicación que acompaña la propuesta del nuevo programa de Salud Pública se definen los principios básicos de la nueva estrategia en salud. En ella se reitera la necesidad de una política en Salud Pública más ambiciosa que responda a los retos emergentes y que vincule sus acciones con intervenciones puestas en marcha desde otras políticas comunitarias <sup>13</sup>. El nuevo marco de la Salud Pública se define por tres características básicas: 1. visibilidad y capacidad de respuesta frente a necesidades y demandas de participación ciudadana; 2. compromiso y participación activa de todos los EM; y 3. desarrollo de una dimensión internacional en colaboración con países y agencias internacionales relevantes como la OMS, el Consejo de Europa y la OECD.

El Programa de Acción Comunitaria en Salud Pública 2003-2008 recoge

12 Con un enfoque vertical, centrado en enfermedades específicas, estos programas incluyen: promoción de salud, cáncer, toxicomanías, sida y otras enfermedades transmisibles, vigilancia de la salud, enfermedades poco comunes, accidentes y lesiones, así como las enfermedades vinculadas a la contaminación y el entorno.

13 Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, de 16 de mayo de 2000, sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea, COM (2000) 285 final.

las herramientas y acciones específicas para el desarrollo de la nueva estrategia, sirviendo además como guía en el desarrollo de políticas sanitarias y programas de Salud Pública en los EM (Estados Miembros). Su objetivo general es el de priorizar la protección de la salud en la definición y ejecución de todas las políticas comunitarias. Defiende para ello una estrategia integrada e intersectorial que permita eliminar las desigualdades en salud y propiciar la cooperación entre los EM. Se formulan tres grandes líneas de acción: mejorar la información sanitaria; reaccionar rápidamente y de forma coordinada ante las amenazas para la salud; y abordar los determinantes de la salud.

Por otra parte, en el documento *Enabling Good Health for All*, el ex comisario de la DG SANCO, David Byrne, retoma el objetivo general del Programa al señalar los dos grandes ejes de la futura estrategia sanitaria europea: situar la salud en el centro de todas las políticas comunitarias (*Health in All Policies*, HIAP en sus siglas en inglés); y promover las alianzas en salud entre autoridades nacionales y regionales, sector sanitario y sociedad civil. De forma más específica, identifica las siguientes estrategias de acción para los próximos años <sup>14</sup>:

1. Concebir la salud como motor del crecimiento, en tanto éste va íntimamente ligado a una vida más larga, saludable y productiva. Se prevén ayudas a los EM para que mejoren su eficiencia mediante el intercambio de prácticas de excelencia, economías de escala y sinergias. Se hace énfasis en la prevención de la obesidad y el consumo de tabaco y alcohol para evitar costes masivos en el futuro; en el desarrollo de campañas de sensibilización sobre estilos de vida saludable; y en la necesidad de avanzar en materia normativa.
2. Promover la prevención de amenazas para la salud desarrollando la capacidad de los EM para anticiparse a éstas y reaccionar de forma coordinada. Se mencionan las enfermedades infecciosas u otras enfermedades de transmisión alimentaria, zoonosis o importadas, así como aquellas derivadas de agentes biológicos, químicos o radiológicos. Se plantea la necesidad de avanzar en un sistema europeo de vigilancia epidemiológica, alerta y respuesta temprana.

14 [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/byrne\\_reflection\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf)

3. Abordar los determinantes de la salud de manera integral, con especial énfasis en la promoción de entornos favorables. Se hace énfasis en la necesidad de avanzar en el desarrollo e implantación de la Evaluación del Impacto en Salud (*Health Impact Assessment*, HIA en sus siglas en inglés); el enfoque poblacional; la evidencia científica de apoyo a la toma de decisiones; y el pilotaje de innovaciones transferibles.
4. Desarrollar alianzas en salud que permitan a los ciudadanos europeos asumir la responsabilidad sobre su estado de salud y participar en las decisiones. Se apunta al desarrollo de sinergias e intercambio de conocimientos entre agentes clave a nivel nacional, regional y local como estrategia de participación en el diseño de políticas en salud.
5. Promover la cooperación entre los EM apoyando el diálogo y la cooperación entre instituciones y agentes relevantes, haciendo de la salud una responsabilidad compartida entre la UE y los EM.
6. Generar una sólida base de conocimientos e información sanitaria con datos objetivos y comparables que guíen las políticas comunitarias. Se contempla la construcción de indicadores y normas para su recogida, procesamiento e intercambio, con especial énfasis en obesidad, salud mental y lesiones por accidentes.
7. Ampliar el papel de la UE en foros internacionales de salud para promover la cooperación internacional y mejorar la salud en un contexto global, colaborando para ello con organismos internacionales como la OMS, la OECD, el Observatorio Europeo y el Consejo de Europa.

En línea con el objetivo estratégico de situar la salud en el centro de todas las políticas comunitarias, cabría destacar el interés creciente que está suscitando en el contexto europeo el desarrollo de la Evaluación del Impacto en Salud (EIS). Se ha definido la EIS como el conjunto de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una política, un programa o un proyecto, en relación a sus efectos potenciales en la salud de una población y en la distribución de esos efectos dentro de dicha población <sup>15</sup>. Su principal aportación radica en la posibilidad de pre-

15 WHO-ECHP. Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Brussels: ECHP; 1999.

decir el posible impacto de diferentes alternativas de acción, y por tanto, de servir de guía y apoyo a la toma de decisiones. También se ha señalado su potencial, en tanto que metodología de trabajo, para abordar los múltiples y complejos determinantes de la salud desde una perspectiva verdaderamente intersectorial, así como la posibilidad de dar un nuevo ímpetu a la participación local.

La EIS está siendo cada vez más utilizada como herramienta fundamental en la planificación, evaluación y seguimiento de políticas y proyectos en diversos ámbitos de intervención tanto a nivel público como privado. Este interés se ha traducido en el desarrollo creciente de EIS que pueden ir desde estudios más puntuales centradas en la revisión de evidencia disponible, hasta investigaciones más complejas en las que se combina la evidencia acumulada con una recopilación y análisis de nueva información empírica. La Comisión ha financiado de forma reciente un proyecto destinado a conocer el grado de implantación y desarrollo de la EIS en Europa a partir de un estudio comparativo de 158 iniciativas identificadas en 19 países <sup>16</sup>. La OMS por su parte, recomienda la implantación de esta metodología en todos los EM como estrategia fundamental para garantizar la responsabilización intersectorial en salud, todo ello desde el interés estratégico de la organización en el desarrollo efectivo de la política de Salud para Todos / Salud XXI en la Región.

En un documento elaborado en 2004 por la European Public Health Association se presenta un decálogo con los aspectos clave y retos a afrontar desde la Nueva Salud Pública en Europa. Se identifican las siguientes estrategias: 1. crear alianzas intersectoriales que trasciendan el sector salud e impliquen a toda la sociedad civil; 2. sensibilizar a los decisores políticos sobre los efectos positivos de las intervenciones a largo plazo apoyándose en la evidencia científica y estudios rigurosos sobre tendencias de morbilidad y mortalidad; 3. integrar la SP en todas las agendas políticas como base del capital humano, bienestar y desarrollo de toda sociedad; 4. promover políticas sanitarias centradas en la prevención y la promoción de la salud y no solo en lo curativo; 5. apoyar el desarrollo de investigación científica y su aplicación práctica en la formulación de políticas y prácticas en

16 En la página Web del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud se puede acceder a información adicional sobre el proyecto. Consultar en: [http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040310\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040310_1)

salud, así como un acercamiento entre la comunidad científica y los decisores políticos y profesionales sanitarios; 6. apoyar estrategias y acciones innovadoras en prevención y promoción de la salud; y 7. combinar, en la práctica de la Salud Pública, las perspectivas micro y macro para garantizar respuestas adaptadas a lo local al tiempo que se promueven cambios a nivel global <sup>17</sup>.

### 3.1.2. Planes de acción e iniciativas comunitarias

La actuación comunitaria en SP se desarrolla a través de proyectos financiados en el marco de los programas plurianuales de acción y a través de otras actuaciones específicas en vigilancia y sistemas de información, protección y promoción / educación para la salud. También se han aprobado reglamentos y directivas que regulan la calidad y seguridad de la sangre, tejidos y células; los sistemas de vigilancia, alerta temprana y control de enfermedades; así como la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental <sup>18</sup>. Se presentan a continuación algunos de los planes de acción e iniciativas más relevantes.

#### SISTEMAS DE INFORMACIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

En los últimos años se ha ido configurando un sistema europeo de información sanitaria gracias a las acciones previstas en programas específicos como los de Vigilancia de la Salud (1999-2002) y Prevención de daños (1999-2002), y a proyectos puntuales financiados desde los programas plurianuales de acción. Se han elaborado documentos de referencia con los recursos existentes en materia de información sanitaria, herramientas, metodologías e indicadores sanitarios. También se han formado grupos de expertos para la construcción de indicadores de estilos de vida, enfermedades prevalentes, sistemas sanitarios y sanidad ambiental, todo ello con especial énfasis en la fiabilidad y comparabilidad de la información. Existe

17 10 Statements on the Future of Public Health in Europe (EUPHA Report 2004).

18 Partnership for Health in Europe, en [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/partnerships\\_health\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/partnerships_health_en.pdf)

ya una lista consensuada de indicadores, un primer paso para la creación de un sistema europeo de vigilancia. Además, el interés comunitario por armonizar la vigilancia de las enfermedades transmisibles ha dado un importante impulso al desarrollo normativo sobre sistemas nacionales de vigilancia y alerta temprana.

En 1998 se creó la Red Europea de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades Transmisibles con la misión de monitorizar tendencias, factores de riesgo y necesidades de intervención mediante una comunicación y coordinación permanente entre los EM<sup>19</sup>. La normativa que regula la red obliga a éstos a informar inmediatamente sobre cualquier brote infeccioso y sobre las medidas de control puestas en marcha. En 2000 se creó el Sistema de alerta precoz y respuesta para la vigilancia y control de enfermedades transmisibles<sup>20</sup> y en 2004 el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, cuya misión es la de reforzar el sistema comunitario de alerta y respuesta, movilizar y reforzar sinergias entre los centros nacionales; identificar y comunicar amenazas en todo el territorio europeo; y prestar asistencia técnica a los EM.

Los atentados terroristas del 11 de septiembre, la alarma originada por el carbunco y hechos relacionados han llevado a la agenda comunitaria la amenaza del uso de agentes biológicos, químicos o nucleares. Se ha optado por una estrategia preventiva y se han revisado los sistemas de protección para reducir al mínimo los riesgos para la salud. También se han coordinado planes de emergencia y un programa para garantizar la disponibilidad de reservas de sueros, vacunas y antibióticos. Se ha creado además un Grupo de trabajo sobre bioterrorismo para la evaluación, gestión y notificación de riesgos. El objetivo de todos estos esfuerzos es crear una red y un sistema de alerta rápida que refuerce la vigilancia epidemiológica y garantice una respuesta coordinada a cualquier amenaza dentro del espacio europeo.

En relación al control de enfermedades transmisibles, el objetivo de la acción comunitaria es desarrollar su capacidad de respuesta frente amenazas que no pueden ser abordadas individualmente por los EM. Se han

19 Decisión nº 2119/98/CE, en [http://europa.eu.int/eurlex/pri/es/oj/dat/1998/l\\_268/l\\_26819981003es00010006.pdf](http://europa.eu.int/eurlex/pri/es/oj/dat/1998/l_268/l_26819981003es00010006.pdf)

20 Decisión no 2119/98/CE, en [http://europa.eu.int/eur-lex/pri/es/oj/dat/2000/l\\_021/l\\_02120000126es00320035.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pri/es/oj/dat/2000/l_021/l_02120000126es00320035.pdf)

puesto en marcha iniciativas para controlar la propagación de enfermedades, garantizar la seguridad sanitaria y promover unas normas mínimas de calidad y seguridad en el empleo de sangre, tejidos, células y órganos con fines médicos. Además de los avances ya descritos en los sistemas de información, alerta y respuesta, se han financiado proyectos de investigación sobre VIH/sida, otras enfermedades transmisibles y enfermedades raras. También se han puesto en marcha planes de acción frente amenazas específicas como el síndrome respiratorio agudo severo y la gripe.

#### SEGURIDAD ALIMENTARIA

En seguridad alimentaria, la política comunitaria tiene como misión el logro de los más elevados niveles de seguridad en los productos para consumo humano. La revisión y armonización normativa ha constituido una de las prioridades en este ámbito. En el año 2000 se publicó el Libro Blanco de la Seguridad Alimentaria en un contexto caracterizado por una pérdida de confianza de la ciudadanía, una evidente obsolescencia del sistema europeo de seguridad, y una gran dispersión normativa en los distintos EM. El libro recoge una serie de objetivos y actuaciones concretas para actualizar, mejorar y armonizar la política y legislación comunitaria en seguridad alimentaria.

En 2002 se revisaron los principios normativos y los procedimientos sobre seguridad de los alimentos a través del Reglamento CE 178/2002<sup>21</sup>. En virtud de dicho reglamento, se creó la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (AESA), referencia científica comunitaria en la materia. Le corresponde a ésta la evaluación científica, la identificación y la comunicación del riesgo (la gestión del riesgo queda bajo competencia del Parlamento Europeo y los EM). Además, se establecen los principios generales de la política y legislación comunitaria en seguridad alimentaria y se formulan sus objetivos fundamentales, a saber: la consecución del más elevado nivel de protección de la salud; la consideración por las recomendaciones de organismos internacionales; y la libre circulación de productos. Entre sus principios fundamentales se identifica: el análisis científico del riesgo como base para la toma de decisiones; la responsabilización de los operadores ali-

21 Reglamento CE n 178/2002, en [http://europa.eu.int/eurllex/pri/es/oj/dat/2002/l\\_031/l\\_03120020201es00010024.pdf](http://europa.eu.int/eurllex/pri/es/oj/dat/2002/l_031/l_03120020201es00010024.pdf)

mentarios en materia de seguridad; la trazabilidad de acciones y productos «de la granja a la mesa»; la transparencia; y la revisión/armonización de la normativa alimentaria.

Siguiendo los objetivos del Libro Blanco de la Seguridad Alimentaria, se han ido aprobando una serie de reglamentos destinados a fusionar y armonizar los complejos requisitos de higiene dispersos en distintas normativas. En abril de 2004 se ratificó un nuevo reglamento que simplifica y consolida 17 directivas, y que entró en vigor en enero de 2006 imponiendo nuevas obligaciones a los EM. Se trata de normas innovadoras, en tanto introducen una política sobre higiene única y transparente, aplicable a todos los alimentos, a todos los operadores del sector, y a lo largo de todo el ciclo alimentario. A diferencia de directivas anteriores, se prevén instrumentos eficaces para cumplir los objetivos propuestos en la gestión de la seguridad y hacer frente a cualquier crisis en el futuro. Obliga a los operadores a adoptar medidas específicas de higiene y a poner a punto procedimientos de autocontrol basados en el sistema de Análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC)<sup>22</sup>. Además, a partir de enero de 2007, todos los EM deberán formular e implementar un plan oficial para el control de alimentos de consumo humano y piensos. Para ello, deberán designar un organismo responsable y, en caso de existir más de uno, garantizar una cooperación efectiva entre ellos.

#### SALUD AMBIENTAL

Ya en el Tratado de Ámsterdam se recogen algunas disposiciones para avanzar en la materia. Desde entonces, la UE ha ido dando respuesta a esta exigencia a través de los distintos programas comunitarios. Los programas marco europeos de I+D incluyen actividades de investigación específicas sobre medio ambiente y salud. El Programa de Acción Comunitaria en Salud Pública 2003- 2008 identifica el medioambiente como uno de los determinantes sobre los que hay que actuar para la prevención de enfermedades y mejora del estado de salud poblacional. Entre las áreas prioritarias de acción que recoge el Sexto Programa de Acción Comunitario en Materia

22 Este sistema, basado en la estimación y control del riesgo, obliga a los operadores, antes que a los agentes oficiales de control, a identificar los puntos de la cadena de producción en los que existe mayor probabilidad de riesgo alimentario, así como a establecer controles específicos para prevenir o reducir dicho riesgo.

de Medio Ambiente, se hace referencia explícita al ámbito Medio ambiente, salud y calidad de vida. Se menciona, entre las metas del programa, el contribuir a un elevado nivel de calidad de vida y bienestar para los ciudadanos proporcionando para ello un medio ambiente cuyos niveles de contaminación no tengan un efecto perjudicial sobre la salud humana <sup>23</sup>.

En esta misma línea, en junio de 2003 la Comisión puso en marcha la nueva Estrategia Europea de Medio Ambiente y Salud. Se trata de la iniciativa SCALE (*Science, Children, Awareness, Legal Instrument, Evaluation*), caracterizada por su enfoque globalizador y a largo plazo <sup>24</sup>. Su objetivo final es el mejorar el conocimiento sobre la compleja relación entre salud y medio ambiente, así como identificar y reducir la prevalencia de las enfermedades asociadas a este último. También pretende facilitar la información necesaria para avanzar en una política comunitaria integrada, reforzar la capacidad normativa de la UE en este ámbito y mejorar la coordinación entre salud, medio ambiente e investigación. Ya se han financiado acciones de investigación como paso previo al desarrollo de normativas y políticas ambientales. Además, se ha aprobado una legislación comunitaria sobre agentes peligrosos como productos químicos, alteradores endocrinos, plaguicidas, contaminación del aire y el agua, ruido, residuos, accidentes industriales y radiaciones ionizantes.

La iniciativa SCALE cuenta con una financiación específica que ha facilitado la creación de grupos de trabajo y de un grupo consultivo sobre medio ambiente y salud. Fruto de estos esfuerzos, se aprobó en la primavera de 2004 el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud 2004-2010, donde se recogen los objetivos y las medidas de aplicación de la estrategia en su primer ciclo <sup>25</sup>. El plan prevé 13 acciones dirigidas a los siguientes objetivos: 1. mejorar el conocimiento sobre la relación entre medio ambiente y salud; 2. apoyar las actividades de investigación sobre cuatro enfermedades principales (respiratorias infantiles, asma y alergias; los trastornos neurológicos del desarrollo; cáncer infantil; y perturbaciones del sistema endocrino); y 3. aplicar mecanismos para mejorar la evaluación del riesgo y avanzar en un

23 Decisión nº 1600/2002/CE, en [http://europa.eu.int/eurlex/prj/es/oj/dat/2002/l\\_242/l\\_24220020910es00010015.pdf](http://europa.eu.int/eurlex/prj/es/oj/dat/2002/l_242/l_24220020910es00010015.pdf)

24 Iniciativa Scale, en [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/es/com/2003/com2003\\_0338es01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/es/com/2003/com2003_0338es01.pdf)

25 Plan de acción europeo de medio ambiente y salud 2004-2010, en [http://europa.eu.int/eurlex/lex/LexUriServ/site/es/com/2004/com2004\\_0416es01.pdf](http://europa.eu.int/eurlex/lex/LexUriServ/site/es/com/2004/com2004_0416es01.pdf)

sistema europeo de información sobre las relaciones causa-efecto entre los factores ambientales y la salud humana <sup>26</sup>.

#### PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La actividad comunitaria se centra en el desarrollo de normativas, programas y planes de acción con un énfasis especial en la promoción de hábitos de vida saludables.

La estrategia contra el consumo de tabaco se articula en torno a cuatro ejes prioritarios: la adopción de medidas legislativas; el apoyo a actividades de prevención y cese del consumo; la integración del control del tabaco en otras políticas comunitarias; y la asunción de un papel pionero a nivel mundial. Además, se han aprobado directivas y resoluciones para restringir el consumo en espacios públicos y controlar la fabricación, presentación y venta de productos del tabaco. Se pretende avanzar así en la armonización normativa sobre financiación y publicidad, todo ello como parte de una estrategia global de ámbito europeo.

En materia de toxicomanías, se trata de complementar las acciones de los EM a través de planes plurianuales de lucha contra el tráfico y consumo, y mediante la intensificación de la cooperación entre estados. La nueva Estrategia europea de lucha contra la droga 2005-2012 defiende un planteamiento integrado, multidisciplinario y horizontal centrado en la reducción de la oferta y demanda, y en la cooperación con todas las demás agencias y organismos europeos e internacionales, expertos e interlocutores de la sociedad civil <sup>27</sup>. En relación al consumo abusivo de alcohol, los esfuerzos comunitarios se centran en proteger a los ciudadanos de los daños del alcohol actuando desde ocho áreas prioritarias: alcohol y conducción, menores, publicidad y marketing, información al consumidor, venta de alcohol,

26 Ya existen iniciativas puntuales en este sentido gracias a algunos proyectos financiados por la CE y en los que participan varios EM. Su objetivo es el de evaluar el impacto de los factores ambientales sobre la salud y avanzar en la creación de un sistema europeo de información. Destacar, en este ámbito los proyectos APHEIS (<http://www.apheis.net/>) y EUROHEIS (<http://www.euroheis.org/>).

27 Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012, en <http://register.consilium.eu.int/pdf/es/04/st15/st15074.es04.pdf>

protección de familias y niños, intervención temprana, e intercambio de información e investigación <sup>28</sup>. Se persigue una acción coordinada entre EM, industria y sociedad civil. También se han formulado algunas recomendaciones específicas para armonizar la tasa máxima de alcoholemia al volante, fomentar la cooperación y combatir el consumo entre niños y adolescentes.

La lucha contra la obesidad constituye una de las prioridades actuales en promoción de la salud. La estrategia comunitaria se centra en acciones en materia de nutrición, con un énfasis especial en una acción combinada de iniciativas para la promoción de estilos de vida saludables, el abordaje de desigualdades socioeconómicas y la integración de acciones transversales en todas las demás políticas comunitarias. El objetivo a largo plazo es desarrollar una estrategia global e integrada sobre dieta, actividad física y salud que implique a todos los agentes relevantes. Como acciones específicas cabría destacar la Plataforma de Acción sobre Dieta, Ejercicio Físico y Salud, creada con el objetivo de generar compromisos entre todos los agentes implicados para la promoción de estilos de vida más saludables <sup>29</sup>.

En línea con las actuaciones de la Plataforma, la Comisión Europea ha editado recientemente un Libro Verde que, bajo el título «Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas», tiene por objetivo iniciar un amplio proceso de consulta y abrir un debate en profundidad en el que participen las instituciones europeas, los EM y la sociedad civil con el fin de determinar la posible contribución comunitaria en la promoción de la actividad física y de una dieta saludable <sup>30</sup>.

28 DG SANCO, Discussion paper on the EU strategy on alcohol, en [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/ev\\_20050307\\_rd01\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20050307_rd01_en.pdf)

29 EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, en [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/platform/platform\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm)

30 Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas, en [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_gp\\_es.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_es.pdf)

### 3.1.3. La Oficina Regional Europea de la OMS

El papel de la OMS a nivel mundial se centra en la provisión de información, asistencia técnica y asesoramiento experto en materia de salud y desarrollo sanitario, así como en la coordinación sanitaria entre Estados. Como agencia especializada de Naciones Unidas, le ha sido otorgado el mandato de desarrollar su misión de acuerdo a las competencias asignadas en diferentes instrumentos y normativas internacionales, así como en los objetivos en salud recogidos en la carta fundacional de Naciones Unidas. La OMS cuenta así con autoridad legal para proponer convenciones, acuerdos y reglamentos en los ámbitos que le competen. También puede formular y adoptar recomendaciones técnicas y guías de actuación desde su posición y legitimidad como organización experta en sanidad internacional.

A nivel europeo, OMS-Euro actúa como entidad catalizadora de las actividades puestas en marcha por los distintos países de la Región mediante: 1. el ejercicio del liderazgo regional en la erradicación y control de enfermedades que suponen una amenaza importante para la SP; 2. el apoyo técnico y la coordinación de mecanismos de alerta y respuesta frente emergencias de SP; y 3. la promoción de actividades en línea con los principios de la política Salud para Todos (SPT) en colaboración con los diversos agentes y redes de la Región. Además, en el marco de aplicación de la estrategia europea Salud 21, le corresponde la promoción y actualización de los principios SPT, así como la formulación de herramientas y metodologías de trabajo que permitan a los Estados la puesta en marcha de políticas y programas en línea con estos principios<sup>31</sup>.

Se detallan a continuación los principales planes de acción e iniciativas específicas en materia de Salud Pública impulsados desde la organización.

Sistemas de información, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades. A nivel internacional, corresponde a la OMS la gestión del Reglamento Sanitario Internacional, donde se recogen los procedimientos y prácticas para la prevención de la transmisión de enfermedades infeccio-

31 WHO Regional Office for Europe. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6; WHO 1999 en <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

sas<sup>32</sup>. En mayo de 2005 se aprobó una revisión del código para adaptarlo a los nuevos retos y amenazas asociadas a la reaparición de ciertas enfermedades infecciosas, al creciente riesgo de su propagación internacional y a las nuevas alertas sanitarias. Las normas entrarán en vigor a comienzos de 2007. Con ello, la OMS asumirá un mayor control en la aplicación de medidas de prevención, control y respuesta. A partir de ese año, los EM además de cumplir con la notificación de enfermedades, deberán, en un plazo de 24 horas, comunicar todo brote con un impacto potencial a nivel internacional. Además, se fortalecen los procedimientos para la recogida y notificación rápida, para la evaluación de amenazas, y para el acceso a recursos y asesoramiento OMS.

En el año 2000 se creó bajo el auspicio de la OMS la Red GOARN, una red supranacional para la alerta temprana y respuesta a brotes de enfermedades transmisibles<sup>33</sup>. La red se ha configurado a partir de un proyecto de colaboración técnica entre instituciones, organismos y redes nacionales y supranacionales. La OMS asume la coordinación de la respuesta internacional a través de los recursos integrados en la red, así como la prestación de apoyo técnico y administrativo. Fruto del esfuerzo conjunto de todos los organismos implicados, se han desarrollado protocolos de actuación, operación y comunicación entre los estados.

A nivel europeo, OMS-Euro ha asumido la coordinación de redes y sistemas de información para la monitorización, control y respuesta frente a epidemias y brotes infecciosos. Con ello, pretende contribuir a la lucha contra la transmisión internacional de patógenos, asegurar una asistencia técnica a los estados y fortalecer, a largo plazo, la infraestructura y capacidad de respuesta regional. Entre las iniciativas más relevantes, destacar la puesta en marcha del Sistema de Información Centralizada para Enfermedades Infecciosas (CISID, en sus siglas en inglés), cuyos objetivos son: facilitar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y evaluar su impacto sobre la SP; identificar áreas geográficas y grupos de riesgo; y apoyar el intercambio y difusión de información entre los distintos profesio-

32 Reglamento Sanitario Internacional en <http://www.who.int/csr/ihr/reEISion/es/index.html>

33 Global Outbreak Alert & Response Network, en <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/>

ales de SP que operan en la Región <sup>34</sup>. OMS-Euro desarrolla otras actuaciones en el marco de programas regionales específicos de lucha contra enfermedades como el VIH/sida, otras infecciones de transmisión sexual y tuberculosis. El objetivo es reducir su transmisión e impacto a través de actividades de vigilancia, prevención, formación, asesoramiento técnico y apoyo a las estructuras sanitarias nacionales.

#### SEGURIDAD ALIMENTARIA

La OMS colabora con la FAO en la gestión del Codex Alimentarius, un programa creado en 1963 para recopilar normas alimentarias, reglamentos y otros textos relacionados. Su objetivo es el de proteger la salud de los consumidores; asegurar unas prácticas de comercio claras; y facilitar la coordinación de las normas acordadas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales <sup>35</sup>. Dichas normas recogen aspectos sobre higiene alimentaria y propiedades nutricionales, incluyendo normas microbiológicas, aditivos alimentarios, plaguicidas y residuos de medicamentos veterinarios, sustancias contaminantes, etiquetado y presentación, así como métodos de muestreo y análisis de riesgos.

A nivel europeo, OMS-Euro desarrolla diversos programas destinados a fortalecer la acción regional en materia de seguridad e higiene alimentaria, así como a coordinar la recogida y difusión de información sobre brotes de enfermedades de transmisión alimentaria (ETA). En 1980 inició el Programa de vigilancia de enfermedades e intoxicaciones de origen alimentario en Europa, articulado en torno a una red regional formada por más de 50 países <sup>36</sup>. Tiene como objetivo fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia y apoyar a los gobiernos en las actividades de monitorización, registro y difusión de información sobre enfermedades e intoxicaciones alimentarias.

34 Centralized information system for infectious diseases, en [http://www.euro.who.int/surveillance/20030623\\_1](http://www.euro.who.int/surveillance/20030623_1)

35 Codex Alimentarius, en [http://www.codexalimentarius.net/web/index\\_es.jsp](http://www.codexalimentarius.net/web/index_es.jsp)

36 WHO surveillance programme for control of food borne infections and intoxications in Europe, en [http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/FOS/Surveillance/20020903\\_3](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/FOS/Surveillance/20020903_3)

#### SALUD AMBIENTAL

Las distintas Conferencias europeas de ministros de medio ambiente y salud celebradas en estos últimos años han permitido avanzar en la formulación de una estrategia integrada en este ámbito. El objetivo de estas conferencias es el de reforzar la colaboración intersectorial en medio ambiente y salud como estrategia indispensable para intervenir sobre el entorno. En esta línea, la segunda conferencia celebrada en Helsinki (1994) se cerró con la aprobación del Plan Europeo de Acción en Salud y Medio Ambiente y con el compromiso por parte de los ministros asistentes de aplicarlo a través de planes nacionales de acción (NEHAP, en sus siglas en inglés)<sup>37</sup>. En 2002, un total de 43 países habían formulado ya sus planes nacionales y los estaban aplicándolos a través de alianzas con expertos y agentes clave a nivel local, nacional y regional. Durante la cuarta conferencia en Budapest (2004), los gobiernos se comprometieron a actualizar dichos planes, incluyendo el compromiso de formular, para 2007, medidas específicas dirigidas a la infancia y adolescencia.

Tal y como se concluyó en la conferencia de Budapest, una de las prioridades actuales en salud ambiental tiene que ver con la protección de la infancia, una prioridad que recoge el programa OMS-Euro Salud Infantil y Medioambiente. En él se identifican diversas iniciativas para proteger a los niños de los riesgos del entorno y apoyar la implementación de las recomendaciones formuladas en las distintas conferencias ministeriales. En esta línea, se ha formulado el Plan de Acción para Europa sobre Salud y Medio Ambiente de la Infancia, el cual se pretende sirva de marco de referencia para el diseño de planes y políticas nacionales en toda la Región<sup>38</sup>. En él se detallan los mecanismos y herramientas necesarias para la aplicación de los compromisos adoptados en Budapest.

Entre otras iniciativas relevantes destacar el Programa de calidad del aire y salud, destinado a combatir los problemas de salud vinculados a la contaminación atmosférica<sup>39</sup>. OMS-Euro ha asumido el desarrollo de

37 National environmental health action plans, en [http://www.euro.who.int/envhealthpolicy/Plans/20020807\\_1](http://www.euro.who.int/envhealthpolicy/Plans/20020807_1)

38 Children's Environment and Health Action Plan for Europe, en [http://www.euro.who.int/childhealthenv/policy/20020724\\_2](http://www.euro.who.int/childhealthenv/policy/20020724_2)

39 Air Quality and Health Programme, en <http://www.euro.who.int/air>

herramientas que permitan un mejor conocimiento de las relaciones entre factores contaminantes y salud, así como la provisión de apoyo técnico a los Estados para la evaluación y gestión de riesgos ambientales. También trabaja en colaboración con la Agencia Europea del Medio Ambiente y numerosos países de la Región en proyectos e iniciativas para armonizar los indicadores existentes. Destacar el Proyecto ECOHEIS, cuyo objetivo último es avanzar en el desarrollo de un sistema integrado de información que facilite la toma de decisiones, la identificación de prioridades, la evaluación, y la gestión de riesgos ambientales en la Región <sup>40</sup>.

#### PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una parte importante de la actividad OMS-Euro se centra en el desarrollo de políticas y estrategias de promoción y educación para la salud. Desde su rol como referente regional, coordina las diferentes redes europeas y facilita asesoramiento experto y apoyo técnico a los gobiernos en la formulación e implementación de programas. En 1998 se adoptó el nuevo marco político Salud para Todos en el año 2000 (SPT) de la Región europea. Se trata de la estrategia Salud 21, donde se revisan los 38 objetivos formulados en la estrategia global SPT para adaptarlos al contexto europeo <sup>41</sup>. En ella se hace énfasis en la construcción de redes y alianzas en salud, en el desarrollo de estrategias intersectoriales y en la capacitación de las personas para que asuman el protagonismo en las acciones en salud. La estrategia ha servido como inspiración para la formulación de políticas nacionales de salud y para la reorientación de recursos y prácticas en toda la Región. Recoge todo un abanico de políticas públicas sanas y una serie de estrategias y acciones concretas para lograr la meta global de SPT. Hace especial énfasis en la actividad física y en una nutrición saludable, así como en la reducción de riesgos derivados del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

OMS-Euro también preconiza la aplicación efectiva de la estrategia de Entornos Saludables. Formulada en los años 1980, ésta se centra en la implicación y participación de nuevos actores en la planificación y gestión de la

40 Development of EH indicators for EU countries, Proyecto ECOEHIS, en [http://www.euro.who.int/EHIndicators/Methodology/20030527\\_5](http://www.euro.who.int/EHIndicators/Methodology/20030527_5)

41 WHO Regional Office for Europe. Health 21, The health for all policy framework for the WHO European Region, en <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

salud comunitaria a través de redes locales de promoción de salud. Partiendo de este principio, la organización ha venido trabajando con numerosas instituciones y actores locales (escuelas, ayuntamientos, colegios profesionales, universidades, empresas, etc.) en la creación de redes para la asunción de compromisos en salud. La innovación ha consistido en avanzar más allá de una perspectiva centrada en conductas individuales y grupos en situación de riesgo para englobar a toda una población dentro de un entorno físico específico.

Su objetivo estratégico es fortalecer los recursos locales y avanzar en la lucha contra las desigualdades en salud a través de alianzas locales y un proceso de participación comunitaria, difusión e intercambio de información.

La red de Ciudades Saludables para Europa constituye una de las manifestaciones más importantes de esta estrategia. El proyecto se inició en 1987 a partir de una red europea de 35 ciudades. En los últimos años, las exigencias para la incorporación de nuevas ciudades se han hecho más enérgicas en cuanto al compromiso político, infraestructura de apoyo y avances estratégicos en materia de equidad, desarrollo social y desarrollo sostenible. Los principios, métodos y estrategia global se articulan en torno a cuatro ejes fundamentales: 1. acciones que aborden los determinantes de la salud y los principios SPT; 2. acciones para integrar y promover las prioridades europeas y mundiales en SP; 3. acciones para incluir la salud en los programas sociales y políticos de las ciudades; y 4. acciones para facilitar el buen gobierno y la planificación desde alianzas en salud. Todas estas acciones cubren tres grandes áreas temáticas: envejecimiento sano, planificación urbana saludable y EIS. El proyecto, pionero en la aplicación de la estrategia de Entornos Saludables, se ha visto sucedido de otros desarrollados en contextos muy diversos como escuelas, centros de trabajo, prisiones, universidades y hospitales <sup>42</sup>.

Como planes de acción específicos cabría destacar el Plan de Acción para una Europa sin tabaco, iniciado en 1988 con el objetivo de reducir el consumo y los daños causados en la Región. Para ello, OMS-Euro facilita asesoramiento técnico y apoyo a gobiernos, agencias internacionales y

<sup>42</sup> Red Europea de Ciudades Saludables, en [http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20040714\\_1](http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20040714_1)

otros agentes relevantes. Un avance fundamental ha sido la firma en 2003 del Convenio marco de la OMS para el control del tabaco <sup>43</sup>. En la actualidad se trabaja con gobiernos y sociedad civil para facilitar su implementación mediante la revisión y actualización de leyes nacionales. En materia de alcohol, la estrategia básica de la organización viene recogida en el Plan Europeo de Acción contra el Alcohol 2000-2005, cuyos objetivos fundamentales son: apoyar actividades de sensibilización y educación; facilitar tratamientos accesibles y efectivos; y proteger a niños y adolescentes del consumo abusivo. En relación al consumo de drogas, la acción OMS se centra en la formulación de políticas y estrategias de reducción de demanda y en la promoción de un modelo europeo de SP centrado en el tratamiento de las toxicomanías y en la reducción de riesgos <sup>44</sup>.

En el marco de una alimentación más saludable la organización centra sus esfuerzos en la provisión de asesoramiento experto y en el desarrollo herramientas que permitan a los gobiernos conocer la relación entre nutrición y salud, al tiempo que avanzar en la formulación de políticas y estrategias de acción (sistemas de información, guías de actuación, etc.). Como parte de este objetivo, se aprobó en 2000 el Primer plan de acción por una política nutricional y alimentaria para la Región de Europa 2000-2005 <sup>45</sup>. Con él se pretende guiar a los Estados en el desarrollo de políticas intersectoriales sobre nutrición y salud. Asimismo, en línea con la Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud ratificada en 2004 por la Asamblea Mundial, desde OMS-Euro se trabaja con los gobiernos para que se apliquen en la formulación e implementación de políticas y planes nacionales, todo ello dentro de una estrategia global para la reducción de enfermedades no transmisibles en Europa <sup>46</sup>.

También se trabaja en la prevención de lesiones y accidentes. Desde la organización se está tratando de reducir su incidencia actuando desde el ámbito de la Salud Pública y la prevención y promoviendo el desarrollo de evidencia científica de apoyo a la toma de decisiones y las alianzas inter-

43 Convenio marco de la OMS para el control de tabaco, en [http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc\\_es.pdf](http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc_es.pdf)

44 OMS Alcohol and Drug Program, en <http://www.euro.who.int/alcoholdrugs>

45 First Action Plan for Food and Nutrition Policy, en [http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20020729\\_1](http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20020729_1)

46 OMS Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>

sectoriales. Como acciones concretas destacar la difusión de información relevante sobre accidentes y lesiones y estrategias preventivas de eficacia probada. También se ha auspiciado la formación de una red europea para promover las alianzas y el intercambio de conocimientos y experiencias y fortalecer la capacidad preventiva de los Estados <sup>47</sup>. Se espera que la red apoye activamente a los gobiernos en la implementación de la resolución en materia de prevención de accidentes adoptada por el Comité Regional en 2005. En dicha resolución se identifican acciones concretas para reducir el impacto de los accidentes y lesiones sobre la calidad de vida y sobre la salud, urgiendo a los estados de la Región a desarrollar planes de acción y estrategias específicas que permitan avanzar hacia este objetivo <sup>48</sup>.

### 3.1.4. La organización y provisión de servicios en Salud Pública a nivel internacional

#### MODELOS DE ORGANIZACIÓN

Un estudio publicado por el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y Políticas de Salud presenta un análisis comparado de modelos y políticas de SP en ocho países industrializados: Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda y Suecia <sup>49</sup>. Tal y como señalan los autores, diferencias notables en el perfil de salud poblacional y en el contexto histórico y político en el que se toman las decisiones, impiden alcanzar conclusiones definitivas sobre los méritos relativos de cada modelo en la planificación e implementación de acciones en Salud Pública. No obstante, el estudio ofrece una visión global sobre elementos comunes y diferencias más relevantes entre los modelos organizativos desarrollados en estos ocho países.

En líneas generales, en todos ellos existe una autoridad sanitaria central (de ámbito nacional en caso de estados unitarios, o bien estatal/regional en

47 Violence and Injury Network, en [http://www.euro.who.int/violenceinjury/network/20060124\\_1](http://www.euro.who.int/violenceinjury/network/20060124_1)

48 EUR/RC55/R9, Prevention of injuries in the WHO European Region, en [www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922\\_1](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1)

49 Allin et al. (eds). Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: European Observatory of Health Systems and Policies; 2004.

países de corte federal o con competencias descentralizadas) que asume la función normativa, la planificación y la coordinación de servicios de Salud Pública. Junto a esta autoridad central existen en mayor o menor medida, en función del país del que se trate, agencias temáticas o servicios de apoyo que asumen la gestión y/o la coordinación de las acciones en Salud Pública desplegadas en el territorio. Otro elemento común tiene que ver con el interés creciente por promover una acción intersectorial. Se identifican numerosas acciones en este sentido, ya sea entre diferentes administraciones del gobierno, o bien a nivel territorial a través de proyectos de alcance comunitario con participación de corporaciones locales, profesionales sanitarios, ONG y otros representantes de la sociedad.

El estudio relaciona el modelo nacional de financiación sanitaria con el nivel de integración de los servicios de SP. Según los autores, los países con un modelo mutualista presentan un menor grado de cohesión que aquellos basados en modelos impositivos. Estiman que en estos últimos, el hecho de que los servicios se organicen en torno a una base poblacional y un territorio facilita la integración de acciones. Por el contrario, hechos como la aprobación de una nueva ley de Salud Pública en Francia y la firma de un contrato nacional en Holanda entre las distintas administraciones del gobierno (a fin de lograr una mayor transparencia en el reparto de funciones y tareas de SP) y la escasa infraestructura en SP que caracteriza el modelo alemán, se interpretan como síntomas de una deficiente integración de los servicios de SP en estos tres países, todos ellos con un modelo de financiación mutualista.

Más allá de estas consideraciones, las diferencias más notables entre los diferentes modelos europeos se atribuyen fundamentalmente al grado de descentralización, y por tanto, al nivel de responsabilidad y autonomía asignados a las administraciones territoriales en la gestión y prestación de servicios. En el caso de Suecia, Finlandia, Dinamarca y Holanda, las administraciones locales (provincia/municipio) cuentan con notable autonomía, asumiendo la financiación, formulación e implementación de programas. El papel de la administración central se limita a la monitorización de acciones y a la planificación/coordinación de políticas y programas nacionales. En Alemania, el papel del gobierno central es aun más restringido, dejando a los estados (Länder) una autonomía casi absoluta en la toma de decisiones, mientras que las entidades territoriales (distritos/municipios) asumen la implementación de programas y la prestación de servicios. En el otro extre-

mo se sitúa Francia, donde existe un modelo muy centralizado en torno a toda una red de organismos y agencias nacionales con presencia regional, responsables de la planificación y gestión de programas en vigilancia, protección, investigación y promoción/educación para la salud.

En Australia, Canadá y EEUU, países de corte federal, el grueso de los poderes corresponde a las autoridades de los estados/territorios. Mencionar no obstante, que en los últimos años se detecta un interés estratégico desde el gobierno federal por fortalecer el subsistema nacional de SP y reforzar las alianzas estratégicas entre los distintos niveles de la administración y agencias implicadas en la gestión/prestación de servicios <sup>50</sup>.

En el modelo australiano, le corresponde al gobierno federal la financiación y la formulación de políticas nacionales, así como la monitorización de las intervenciones en todo el territorio. Competencias fundamentales como la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información, la formulación y gestión de políticas y programas territoriales, y los sistemas de alerta y respuesta corresponden a los departamentos de salud de las autoridades estatales/territoriales dentro de su circunscripción. El nivel de implicación y las competencias asignadas a las administraciones locales varía notablemente de unas zonas a otras y por lo general las acciones en SP se combinan con actuaciones en salud ambiental, seguridad pública y servicios comunitarios.

En Canadá se creó en el año 2004 la *Public Health Agency of Canada* (PHAC), un organismo autónomo vinculado al departamento federal de salud Health Canada y cuya rendición de cuentas se dirige al ministro de salud <sup>51</sup>.

50 En Australia, este interés por fortalecer el subsistema de SP se tradujo en 1996 en la creación de la National Public Health Partnership, un consorcio multilateral cuyo objetivo fundamental es facilitar la comunicación, cooperación e integración entre los diferentes niveles del gobierno. Entre otras funciones, le corresponde la formulación de la agenda nacional en SP, la definición de normas y criterios en investigación y formación y el desarrollo de infraestructuras y estrategias de colaboración interinstitucional. En Canadá, la Pan-Canadian Public Health Network, representa una experiencia similar. Se trata de una alianza interinstitucional con representación de las autoridades sanitarias a nivel federal, provincial y territorial, con la función de planificar y formular las políticas nacionales de SP. Ya se han constituido seis grupos de trabajo integrados por profesionales y expertos en enfermedades transmisibles, sistemas de alarma y respuesta, laboratorio, vigilancia, y prevención/promoción de la salud.

51 Public Health Agency of Canada, en [http://www.phac-aspc.gc.ca/new\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/new_e.html)

Como máxima autoridad en Salud Pública, le corresponde a la Agencia la gestión de la sanidad exterior, la supervisión de programas federales para identificar, reducir y responder a las amenazas para la SP, así como la formulación de prioridades y la implementación y evaluación de programas para la mejora de la salud de la población. Cuenta con dos sedes centrales, toda una red de centros especializados y laboratorios de referencia, y siete oficinas regionales que garantizan la presencia de la Agencia en todo el territorio federal. La formulación, coordinación y gestión de políticas y programas corresponde a las autoridades de las provincias y territorios en su circunscripción. Éstas trabajan a su vez con las administraciones locales en la gestión de las acciones en protección, vigilancia epidemiológica, prevención y educación para la salud.

En EEUU la responsabilidad en SP corresponde a los estados, quienes deciden si ejercen esa autoridad o delegan parte en las administraciones locales. El gobierno federal se reserva el diseño de las grandes políticas, y la gestión y coordinación de programas y actividades desarrollados por las agencias federales (especialmente en la regulación y control de normativas y en producción de evidencia científica). Los servicios de SP se localizan en el departamento federal de salud, el cual dispone de 10 oficinas territoriales que garantizan una relación estrecha con las autoridades estatales y locales. A nivel estatal, la autoridad en SP corresponde a los departamentos de salud, los cuales asumen la garantía de la prestación de servicios. Les corresponde además la formulación de políticas y programas, la financiación de servicios básicos prestados por otros agentes, el apoyo técnico y experto, y la prestación de servicios comunes como los de laboratorio. A nivel del territorio se sitúan los departamentos locales de salud, encargados de la provisión de servicios y actividades con una base territorial y poblacional, y por lo general bajo responsabilidad de los ayuntamientos de las grandes ciudades u otros niveles de gobierno local. Con una estructura organizativa variable, presentan gran diversidad en cuanto a la prestación de servicios. Suelen asumir el control de enfermedades transmisibles, la salud ambiental y alimentaria, las acciones en prevención y promoción, y la prestación de servicios de Atención Primaria a poblaciones vulnerables<sup>52</sup>.

---

52 Villalbí JR., Guix J. La organización de la Salud Pública en un contexto federal. Aportaciones desde la perspectiva de Estados Unidos. *Gac. Sanit.* 2006; 20 (3):72-80.

## EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN LA GESTIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS

Se describen las agencias de protección en EEUU y Reino Unido; la red de servicios y estructuras en vigilancia epidemiológica en Canadá, Reino Unido y Francia; y las agencias de seguridad alimentaria en Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia. Los cuadros de texto que aparecen en este apartado ilustran ejemplos de innovaciones o intervenciones relevantes en cada una de las líneas de acción en SP que se abordan.

### 1. Protección de la salud

La *Health Protection Agency* (HPA) se creó en el Reino Unido en 2003 como agencia especializada en protección con la misión de garantizar una respuesta coordinada frente a alertas y amenazas sanitarias. Se trata de un organismo autónomo, no adscrito a ninguna estructura ministerial, cuyos ámbitos de actuación incluyen la prevención y control de enfermedades infecciosas, riesgos ambientales y sistemas de alarma y respuesta. Se han integrado así en un solo organismo funciones antes dispersas entre diferentes servicios y centros especializados. Además, por mediación del Departamento de Salud, la HPA facilita apoyo científico-técnico, formación y asesoramiento experto al *National Health Service* (NHS) y otras agencias nacionales, autoridades regionales y locales, y servicios de emergencia, así como a las administraciones sanitarias de Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Además de una sede central en Londres, cuenta con tres centros de referencia que asumen las funciones de vigilancia de enfermedades transmisibles y microbiología; riesgos químicos y medioambientales; y microbiología aplicada y sistemas de alarma y respuesta.

En el nivel regional y local, la HPA tan solo tiene competencias en Inglaterra, donde asume la planificación y coordinación de todos los dispositivos y recursos territoriales. En Escocia, estas funciones las desempeña la *Health Protection Scotland*, una agencia adscrita al NHS Scotland creada en 2004. Además de gestionar y coordinar los programas y acciones en protección y control de enfermedades, como la HPA, ha asumido también la gestión de la salud ambiental. En Irlanda y Gales por el contrario, no existe una estructura tipo agencia, con lo que las acciones de protección se coordinan desde los servicios de infecciosas del NHS. Estos servicios carecen de com-

petencias en salud ambiental, lo que lleva a la firma de convenios y contratos de prestación de servicios con la HPA para garantizar la prestación de servicios para los que se carece de infraestructura<sup>53</sup>.

En Inglaterra, la HPA cuenta con una red de equipos regionales y locales de apoyo y asesoramiento a los profesionales sanitarios y técnicos que ejecutan las actividades en el territorio. También asume la coordinación de los sistemas de alarma en concurrencia con el NHS, las autoridades locales y otras agencias y profesionales relevantes. La ejecución de acciones se organiza a través de nueve delegaciones regionales con estructuras y funciones que varían de acuerdo con las necesidades locales y los riesgos potenciales de cada área. Todas ellas ofrecen servicios de epidemiología, microbiología, gestión de emergencias y alarmas sanitarias. A nivel local, la actividad se desarrolla a través de 39 Unidades de Protección Sanitaria. Éstas trabajan directamente con los *Primary Care Trusts*<sup>54</sup>, hospitales y autoridades locales para acordar y coordinar actuaciones en materia de protección. Intervienen en los servicios de vigilancia epidemiológica, laboratorio, sistemas de alarma, investigación, gestión de brotes y monitorización de acciones frente enfermedades infecciosas.

En sanidad ambiental, le corresponde a la HPA la protección frente riesgos y amenazas. Una de sus áreas prioritarias es la anticipación y prevención de los efectos adversos de una exposición continuada y aguda a contaminantes químicos o de otra naturaleza. Sus acciones incluyen la provisión de formación y asesoramiento experto a servicios y profesionales sanitarios y ambientales, la producción de evidencia científica de apoyo a la normativa ambiental, la formulación de recomendaciones y normas de protección, la vigilancia, análisis y evaluación de riesgos, y el desarrollo de informes toxicológicos y epidemiológicos en concurrencia con profesionales locales y autoridades sanitarias.

Una experiencia relevante en salud ambiental tiene que ver con el proyecto iniciado en 2003 para monitorizar el impacto de factores ambientales

53 Health Protection Agency, en <http://www.hpa.org.uk>

54 Los *Primary Care Trusts* constituyen la puerta de entrada al NHS en el Reino Unido. Con un presupuesto propio, tienen como funciones asignadas la formulación y planificación de servicios de AP y los servicios comunitarios en su circunscripción, así como la promoción de la integración asistencial y la equidad en el acceso a AP y hospitales.

sobre la salud. Como parte del proyecto, se está avanzando en un sistema de información que recoge los incidentes químicos a nivel local, regional y/o nacional. Su objetivo final es la construcción de un sistema integrado de vigilancia que permita el seguimiento, cuantificación y caracterización de incidentes ambientales, así como la evaluación de sus efectos sobre la salud humana. También se ha puesto en marcha un servicio telefónico de emergencia de 24 horas que, en caso de episodios o brotes causados por agentes químicos, garantiza a profesionales sanitarios y otros agentes relevantes un acceso rápido a información y asesoramiento experto. Por otro lado, se está pilotando en Inglaterra un nuevo sistema de vigilancia en atención primaria, con una cobertura de tres millones de pacientes, que recoge el nivel de exposición y la incidencia de enfermedades asociadas<sup>55</sup>.

**Reino Unido: formación de profesionales en el contexto de la nueva Estrategia Europea de Medio Ambiente y Salud**

En consonancia con la nueva Estrategia Europea de Medio Ambiente y Salud, y más concretamente con la Directiva europea 96/61/CE relativa a la prevención y control integrado de la contaminación, la HPA está desarrollando un programa de formación dirigido a profesionales de los Primary Care Trust. Además de facilitarles información y asesoramiento sobre las implicaciones de la estrategia en su práctica profesional, ha editado una guía de apoyo para la aplicación de la nueva normativa. Estas acciones están teniendo un impacto positivo en el desarrollo de buenas prácticas y en el fortalecimiento de una orientación consistente en todos los equipos y profesionales en vigilancia y control ambiental. También ha favorecido una mayor transparencia y eficacia en el ejercicio de sus actividades, así como la firma de convenios de colaboración con otros departamentos y agencias del gobierno implicadas en la aplicación de la estrategia, como el firmado con la Agencia Nacional del Medio Ambiente para coordinar la respuesta frente a episodios de alarma ambiental<sup>56</sup>.

En EEUU los *Centres for Disease Control* (CDC) constituyen una referencia mundial en el control y prevención de enfermedades transmisibles<sup>57</sup>. Con un total de 12 centros de excelencia adscritos al departamento federal de salud, los CDC conforman una estructura federal de apoyo que permite a las diversas agencias, servicios y profesionales a nivel estatal y territorial acceder a información y asesoramiento experto en materia de protección. Además del

55 Environmental Public Health Tracking System, en <http://www.hpa.org.uk/chemicals/tracking.htm>

56 HPA Annual Report and Accounts 2005, en [http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/annual\\_rpt\\_2005/pdf/annual\\_rpt\\_3.pdf](http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/annual_rpt_2005/pdf/annual_rpt_3.pdf)

57 Centres for Disease Control and Prevention, en <http://www.cdc.gov>

personal adscrito a la sede central en Atlanta, los CDC cuentan con más de 2000 empleados integrados en diversos servicios o delegaciones desplegadas por todo el país, incluyendo 47 departamentos estatales de salud. Cubren toda una gama de actuaciones en investigación y apoyo científico-técnico en materia de enfermedades infecciosas, congénitas, crónicas y lesiones por accidentes, así como otras muchas en salud ambiental y ocupacional, sistemas de información, epidemiología y prevención/promoción.

Las competencias en salud ambiental corresponden al NCEH (*National Centre for Environmental Health*). Sus actividades incluyen, entre otras, la vigilancia epidemiológica frente a riesgos ambientales, investigación y difusión de información, elaboración de normas y recomendaciones, y provisión de asesoramiento experto. El centro colabora con toda una red de agentes e instituciones en todo el país, incluyendo los departamentos de salud y medioambiente a nivel local, estatal y federal, fundaciones, industria, ONG y organizaciones profesionales. Destacar la acción del servicio de Emergencias y Salud Ambiental cuya misión es la de facilitar formación, apoyo técnico y recursos a agencias y profesionales a fin de fortalecer su capacidad de respuesta frente a emergencias. Otro servicio relevante es el de Riesgos Ambientales e Impacto sobre la Salud, encargado de realizar investigaciones epidemiológicas sobre contaminantes atmosféricos y otros riesgos ambientales. También financia actividades de monitorización y vigilancia, y otras acciones preventivas lideradas por los estados y las autoridades territoriales.

#### **EEUU: monitorización y control de enfermedades y riesgos ambientales**

Desde 2002 se trabaja desde los CDC en un sistema integrado de información sobre riesgos ambientales, niveles de exposición e impacto sobre la salud. La iniciativa, liderada por el NCEH, implica a agencias federales, estatales y locales con competencias en SP y medio ambiente, así como profesionales asistenciales, legisladores, laboratorios, industria, universidades y ONG. Se pretende avanzar en la construcción de una red nacional de vigilancia que apoye la monitorización de enfermedades y riesgos ambientales, así como la formulación, implementación y evaluación de acciones para prevenir o controlar dichas enfermedades<sup>58</sup>. Con este fin, se ha desarrollado una aplicación informática que permite a los profesionales de SP el acceso y registro seguro de la información. También se está avanzando en la construcción de un sistema integrado de indicadores de riesgos ambientales que servirá de apoyo en las tareas de vigilancia e identificación de prioridades y en la evaluación de programas de salud ambiental<sup>59</sup>.

58 Environmental Public Health Tracking Project, en <http://www.cdc.gov/nceh/tracking/netEISion.htm>

59 Environmental Public Health Indicators Project, en [http://www.cdc.gov/nceh/indicators/ephi\\_workgroups.htm](http://www.cdc.gov/nceh/indicators/ephi_workgroups.htm)

En estos últimos años el gobierno federal ha mostrado especial interés en fortalecer la salud ambiental. Ya en el año 2000 el documento estratégico *Healthy People 2010* identificaba los riesgos ambientales como uno de los cuatro determinantes fundamentales sobre el estado de la salud y además, formulaba 30 objetivos de naturaleza ambiental. En 2002 se aprobó una estrategia nacional en este ámbito con la que se pretendía revitalizar los servicios de SP en salud ambiental <sup>60</sup>. Tal y como recoge la estrategia, su objetivo final es ampliar el liderazgo mundial de los CDC en materia de prevención y control de enfermedades a la gestión de riesgos ambientales. Para ello se formulan seis áreas prioritarias de acción: fortalecimiento de la capacidad de los servicios; apoyo a la investigación; liderazgo de agencias y servicios competentes; intercambio de información y comunicación; desarrollo profesional; y creación de alianzas estratégicas <sup>61</sup>.

En Australia existe también una estrategia global en salud ambiental formulada en 1999. Su objetivo final es mejorar la capacidad nacional para identificar y gestionar los riesgos ambientales mediante una acción intersectorial. Como parte de la estrategia se ha creado el Consejo de Sanidad Ambiental (en *Health Council*), al que se le ha asignado su coordinación <sup>62</sup>. Cuenta para ello con un presidente designado en la Conferencia Australiana de Ministros de Salud, así como con representantes de las autoridades estatales y territoriales, organizaciones comunitarias, agencias de SP y medio ambiente. Sus funciones incluyen la identificación de prioridades, la coordinación y apoyo institucional para el desarrollo de políticas y planes de acción a nivel nacional, territorial y local, y la formulación de normativas y protocolos de acción. También facilita asesoramiento experto a través de alianzas estratégicas con otros sectores y agencias del gobierno, representantes comunitarios e industria.

60 Tras la creación de la Agencia Nacional del Medioambiente en los años 70, ésta absorbió muchos de los recursos existentes en materia ambiental y restringió notablemente las funciones ejercidas hasta ese momento por los servicios de SP. Con ello, la actividad de estos últimos quedó limitada a aspectos más bien normativos y a una acción reactiva.

61 National Environmental Health Strategy, en <http://www.cdc.gov/nceh/ehs/Docs/nationalstrategy2003.pdf>

62 En Health Council Terms of Reference, en [http://enhealth.nphp.gov.au/council/term\\_ref.htm](http://enhealth.nphp.gov.au/council/term_ref.htm)

## 2. Vigilancia epidemiológica y sistemas de información

En países como EEUU o Reino Unido, donde existen agencias especializadas en protección, éstas son referencia nacional en materia de vigilancia y facilitan asesoramiento y apoyo científico-técnico a profesionales y servicios a nivel nacional, regional y local. En el caso de Inglaterra, la creación de la HPA ha supuesto un avance importante para el fortalecimiento de los servicios territoriales y para la integración entre los distintos dispositivos y profesionales implicados en las tareas de vigilancia. Las funciones de la agencia incluyen: la coordinación y evaluación de los sistemas de vigilancia; la elaboración de estudios e informes epidemiológicos; la detección y monitorización de nuevos agentes y brotes infecciosos; la formación de profesionales; y el desarrollo de recursos y aplicaciones informáticas de apoyo. Además, a través de acuerdos de colaboración y de prestación de servicios con las autoridades sanitarias de Escocia, Irlanda del Norte y Gales, garantizan los servicios en epidemiología y microbiología en estos territorios.

En Canadá, donde no existe una agencia especializada en protección, esta función ha sido asumida por la PHAC, encargada de coordinar todas las actividades y programas. Para ello, trabaja en concurrencia con las autoridades locales, provinciales y territoriales, con *Health Canada*, y con otros departamentos y agencias federales relevantes. Gestiona toda una red de centros especializados y laboratorios de referencia con infraestructura y equipos multidisciplinarios que asesoran a los distintos dispositivos y profesionales. Además, cuenta con un centro especializado, el *Centre for Surveillance Coordination*, al que se ha asignado el diseño de programas de desarrollo profesional, herramientas de apoyo y sistemas de información, todo ello con el fin último de fortalecer el sistema federal de información y vigilancia<sup>63</sup>. Entre las acciones más relevantes destacan el desarrollo de un sistema de información geográfica para la vigilancia de enfermedades, la formulación de normas para la recogida, análisis y disseminación de información epidemiológica, y el desarrollo de herramientas de evaluación de sistemas de vigilancia.

63 Centre for Surveillance Coordination, en <http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/index.html>

### Canadá: un sistema integrado de vigilancia en Salud Pública

Desde el Centre for Surveillance Coordination se ha puesto en marcha un programa cuyo objetivo último es poner a punto un sistema integrado de vigilancia en Salud Pública (CIPHS, en sus siglas en inglés). En él están implicados gestores en SP y planificación de programas junto con profesionales de tecnologías de información y conocimiento a nivel federal, provincial y local. Como parte del programa se están desarrollando aplicaciones y bases de datos integradas que permiten la recogida, análisis y diseminación de información epidemiológica en materia de vigilancia y control de enfermedades. Ya se han elaborado dos herramientas específicas: 1. una aplicación informática para la gestión de casos adaptable a las necesidades de información de cada profesional ya pilotada en varias jurisdicciones del país; y 2. un sistema de gestión de información de laboratorio que facilita la recepción, análisis e intercambio de datos epidemiológicos y que se está utilizando en la actualidad en dos de los laboratorios de referencia de la red nacional<sup>64</sup>.

En Francia existe una agencia especializada en vigilancia a la que se le ha asignado la planificación, coordinación y evaluación de actividades de monitorización, alerta y respuesta a emergencias sanitarias. Se trata del *Institut de Veille Sanitaire* (InVS) un organismo público adscrito al Ministerio de la Solidaridad, la Salud y la Familia. Sus funciones incluyen: el asesoramiento y formación de profesionales; el desarrollo de sistemas de información; las acciones de investigación y diseminación de información epidemiológica; y la elaboración de recomendaciones y guías metodológicas<sup>65</sup>. Se organiza en torno a cuatro áreas temáticas: enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, sanidad ambiental y salud laboral. Además de una sede central en París, cuenta con una estructura territorializada en 16 delegaciones o células regionales. A pesar de estar funcionalmente adscritas a la sede central en París, estas células dependen administrativamente de las delegaciones del gobierno regional. Les corresponde la coordinación y evaluación de los programas y acciones puestas en marcha a nivel territorial, así como la provisión de apoyo técnico y asesoramiento experto a los profesionales de SP.

### Francia: hacia un sistema nacional de vigilancia medioambiental

El InVS inició en 1997 el programa Surveillance & Air Santé, un programa nacional destinado a recoger, de manera integrada, información epidemiológica sobre niveles de contaminación, exposición ambiental y utilización de servicios sanitarios<sup>66</sup>. Además,

64 Canadian Integrated Public Health Surveillance, CIPHS, en [http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/ciphs\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/ciphs_e.html)

65 Institut de Veille Sanitaire, en <http://www.invs.sante.fr/presentations/default.htm>

66 Programa Surveillance Air & Santé en <http://www.invs.sante.fr/surveillance/psas9/default.htm>

para el 2006 se está considerando el incluir también datos sobre consumo de medicamentos. En la actualidad, el programa permite trazar un mapa de riesgos a partir de los datos recogidos a tiempo real (diariamente) en nueve ciudades. Se ejecuta desde las células regionales del InVS las cuales, además de realizar los análisis epidemiológicos, coordinan la red de agentes sanitarios y medioambientales locales implicados en las labores de notificación y registro. Si bien en la actualidad el programa se limita a recoger, cuantificar y describir factores de riesgo y niveles de exposición, su fin último es poner en marcha un sistema nacional integrado para la monitorización, control y alarma temprana frente contaminantes ambientales.

### **3. Seguridad alimentaria**

Muchos países industrializados han creado agencias alimentarias a las que se les ha confiado, con mayor o menor grado de autonomía, la gestión y/o la regulación de la seguridad de los alimentos. En algunos países, estas agencias han sido adscritas a los departamentos de agricultura o de salud, mientras que en otros se les ha asignado un status autónomo. Su estructura organizativa y funcional también varía entre Estados. Por ejemplo, en Dinamarca se ha optado por un modelo más centralizado, con lo que la nueva agencia ha asumido funciones y actividades anteriormente dispersas entre diversas entidades gubernamentales. En Alemania por el contrario, la agencia se limita a coordinar y formular normas generales de tipo administrativo, mientras que la función normativa sigue bajo competencia de los Länder, responsables de monitorizar las actividades de inspección y control que ejecutan las autoridades locales.

La creación de estas agencias revela el interés de los gobiernos por reorganizar y consolidar el sistema nacional de seguridad alimentaria en respuesta a una creciente sensibilización y presión social sobre la seguridad de los alimentos y/o a la necesidad de mejorar la efectividad y eficiencia en las tareas de inspección y control en un sector netamente intersectorial. Además, en la Región europea, también ha jugado un papel importante la necesidad de reorganizar los servicios para ajustarlos a la nueva legislación comunitaria. Si bien puede ser demasiado pronto para evaluar el impacto de estas nuevas agencias, parece existir un consenso sobre los beneficios asociados a una mayor coordinación y claridad en el reparto de responsabilidades entre agentes y administraciones implicadas; la posibilidad de recurrir a economías de escala en el empleo de recursos humanos y materiales; y la mejora efectiva en transparencia y trazabilidad en las actuaciones de inspección y control.

En Canadá se creó en 1997 la *Canadian Food Inspection Agency* (CFIA) una agencia federal adscrita al departamento de Agricultura <sup>67</sup>. Le corresponde a la CFIA la coordinación de todos los programas federales de inspección en seguridad e higiene alimentaria, veterinaria de SP y bienestar animal, función que hasta 1997 compartían los departamentos de Salud, Agricultura, Pesca y Océanos <sup>68</sup>. Con más de 5500 empleados, constituye la agencia federal más grande del país. Cuenta con numerosos especialistas que conforman un panel multidisciplinar de expertos en veterinaria, agricultura, biología, química, informática, economía, investigación e inspección. Se organiza en torno a una oficina central, cuatro sedes operativas, 18 delegaciones regionales y 185 oficinas locales. Todo ello se complementa además con una infraestructura de apoyo de 22 laboratorios y centros de investigación asociados <sup>69</sup>.

Se estima que la creación de la CFIA ha contribuido a definir más claramente el reparto de funciones y responsabilidades entre los Departamentos de Salud y Agricultura. Le corresponde al primero la formulación de políticas y normas sobre seguridad y calidad nutricional de los alimentos, así como las actividades de investigación y evaluación científica del riesgo. También se encarga de ejecutar auditorías sistemáticas e independientes del programa oficial de inspección de la CFIA, y de verificar si éste cumple con la normativa federal sobre higiene de los alimentos. Agricultura, por su parte, ejecuta a través de la CFIA las funciones de inspección y certificación, gestión y comunicación del riesgo. Entre otras ventajas, se estima que esta separación de las funciones de evaluación e inspección garantiza el juicio independiente en la evaluación del riesgo. Se ha señalado también que la integración de la seguridad alimentaria y la sanidad animal en una sola agencia federal ha reforzado la capacidad de respuesta frente emergencias y brotes por ETA <sup>70</sup>.

67 Canadian Food Inspection Agency, en <http://www.inspection.gc.ca/>

68 Otras funciones como la evaluación del riesgo en animales vivos y plantas y el diseño de políticas, programas y normas en sanidad animal y vegetal siguen estando adscritas al Departamento de Agricultura.

69 CFIA Annual Report 2003-2004, en <http://www.inspection.gc.ca/english/corpaffr/ar/ar04/ar04e.shtml>

70 Evans BR, Doering RL, Clarke RC, Ranger C. The organisation of federal Veterinary Services in Canada: the Canadian Food Inspection Agency. *Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz.* 2003; 22 (2): 409-42.

La CFIA desarrolla su actividad reguladora a través de 14 programas de inspección y control en establecimientos alimentarios y ganaderos, desde la producción primaria, hasta la elaboración, transformación y comercialización de productos. Tiene además autoridad para formular normas relativas al etiquetado y composición de alimentos. Como en otros países industrializados, la introducción de sistemas de autocontrol ha hecho que, además de ejercer las funciones tradicionales de inspección, asuma también la realización de auditorías. Para el ejercicio de sus funciones, trabaja en concurrencia con otros departamentos federales y con las autoridades provinciales y locales. La firma de convenios y acuerdos bilaterales con las autoridades territoriales ha permitido avanzar notablemente en la coordinación e integración de acciones según las prioridades y necesidades a nivel local. Otras funciones asignadas a la CFIA incluyen: la vigilancia, control y respuesta frente alertas y brotes por ETA; la producción de evidencia científica; el desarrollo de nuevas tecnologías de inspección; la gestión de la red nacional de laboratorios; y la provisión de asistencia técnica y asesoramiento experto.

#### Canadá: sensibilización y educación de los consumidores

Uno de los ejes estratégicos de la CFIA es la educación y sensibilización ciudadana en materia de seguridad e higiene alimentaria. Para avanzar en este objetivo, la agencia ha firmado acuerdos y convenios de colaboración con instituciones sectoriales de salud, educación y agricultura, ONG, asociaciones de consumidores e industria. Fruto de estos acuerdos se creó en 1998 la Canadian Partnership for Consumer Food Safety Education, una alianza intersectorial con participación de todos estos agentes. Su actividad principal se centra en la elaboración de materiales educativos y en el diseño y puesta en marcha de campañas de información en muy diversos escenarios (colegios, bibliotecas, universidades...) y formatos (folletos, pósters, listas de correo, información en línea...). Como experiencia concreta, cabría mencionar un programa piloto lanzado en noviembre de 2005 en seis universidades cuyo objetivo es formar y sensibilizar a estudiantes recién independizados sobre aspectos fundamentales de higiene y seguridad en la conservación y manipulación de alimentos. Tras una primera fase de pilotaje se espera transformar la iniciativa en un programa oficial a implementar en todo el país<sup>71</sup>.

En el Reino Unido la seguridad e higiene alimentaria está bajo responsabilidad de una agencia creada en el año 2000, la *Food Standards Agency* (FSA)<sup>72</sup>. Ésta se creó en gran medida en respuesta a la necesidad de for-

71 Canadian Partnership for Consumer Food Safety Education, en <http://www.canfightbac.org/english/indexe.shtml>

72 Food Standards Agency, en <http://www.food.gov.uk/>

tales el sistema nacional de seguridad alimentaria en un momento de alarma y desconfianza generalizada tras la crisis de la EEB. Se trata de un organismo autónomo, no adscrito a ningún departamento y cuya rendición de cuentas se dirige directamente al Parlamento británico a través del Secretario de Estado para la Salud y a los Parlamentos de las administraciones de Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Cuenta con una sede central en Londres y una delegación en cada una de las tres administraciones descentralizadas. Se pretende con ello garantizar un marco de actuación consistente en todo el país al tiempo que se deja un margen a nivel regional para adaptar programas y actividades a las particularidades de cada administración.

Le corresponde a la FSA la investigación, evaluación y gestión del riesgo, la formulación de políticas y normas sobre etiquetado y composición de los alimentos, y la provisión de formación y asesoramiento experto a agentes de control oficial e industria. También asume la auditoría de los sistemas de autocontrol APPCC en establecimientos cárnicos registrados, y la supervisión de las actividades de inspección realizadas en el sector no cárnico (cuya ejecución corresponde a las autoridades locales)<sup>73</sup>. Además, la Agencia colabora con otros departamentos del gobierno a través de convenios con el objetivo es el de facilitar el intercambio de información y conocimiento experto y la identificación conjunta de prioridades, políticas y programas en ámbitos de interés común. A diferencia de la CFIA en Canadá, la FSA no tiene autoridad en veterinaria de SP y bienestar animal, competencias que corresponden al Departamento de Medioambiente, Alimentación y Asuntos Rurales (DEFRA). No obstante, el convenio firmado con éste último prevé ciertos espacios de actuación conjunta, especialmente en lo que se refiere a la gestión y respuesta frente ETA<sup>74</sup>.

La función reguladora de la FSA se aplica tan solo en el sector cárnico y a través de un servicio especializado, el *Meat Hygiene Service*, MHS. Este servicio se creó en 1995 como agencia ejecutiva del DEFRA para ejercer las funciones de inspección y control de establecimientos cárnicos, funciones que hasta ese año habían sido responsabilidad de las corporaciones locales. Posteriormente, cuando se creó la FSA en 2000, el MHS pasó a integrarse

73 MHS Annual Report and Accounts 2004-2005, en <http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/mhsannreport0405.pdf>

74 Concordat between the Food Standards Agency and the Public Health Laboratory Service, en <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/concordatphls.pdf>

en ésta como servicio especializado. Cuenta con una sede central en Cork y 5 oficinas regionales, 3 en Inglaterra, una en Escocia y una en Gales. Tiene una plantilla de unos 2000 empleados. Las tareas de inspección se realizan a través de equipos multidisciplinares de inspectores (1200), técnicos (300) y veterinarios (400) localizados en establecimientos alimentarios e industrias del sector. Además de la inspección y control, el MHS ejecuta programas y acciones en sanidad animal en nombre del DEFRA <sup>75</sup>. En Irlanda del Norte por el contrario, el control de los establecimientos cárnicos sigue bajo competencia del Departamento de Agricultura y Desarrollo Rural.

#### **Reino Unido: formación y apoyo para los agentes oficiales de control y para la industria**

El I Plan Estratégico de la FSA se ha planteado como objetivo el reducir entre 2001-2006 la incidencia de ETA en un 20%. Para avanzar hacia su logro y, de cara a la nueva normativa europea que entró en vigor en enero de 2006, la Agencia ha puesto en marcha un programa de sensibilización y formación sobre seguridad y sistemas de autocontrol en colaboración con la industria y las corporaciones locales. Como parte del programa, se han organizado talleres de trabajo para elaborar, en colaboración con la industria, manuales y guías de aplicación de los sistemas de autocontrol. Ya se han pilotado y diseminado algunas guías y se está considerando la posibilidad de recurrir a nuevas tecnologías como e-learning para garantizar una aplicación más efectiva. También se han puesto en marcha seminarios de formación dirigidos tanto a profesionales de la industria alimentaria como a agentes oficiales de control. Desde septiembre de 2003 existe un portal web dirigido a estos últimos para facilitar un acceso rápido a información sobre alertas, notificaciones, auditorías, normas, y cualquier otro aspecto relevante en materia de seguridad. El objetivo de todas estas iniciativas es reforzar la efectividad y consistencia de las actividades de vigilancia y control en todo el territorio nacional, al mismo tiempo que apoyar al sector industrial y ganadero en la aplicación de las nuevas normativas sobre seguridad e higiene.

Los consumidores, concebidos como el último eslabón de la cadena alimentaria, constituyen un eje prioritario de acción para la FSA. De hecho, se ha creado en el seno de ésta un consejo consultivo en el que participan representantes de asociaciones civiles, ONG, periodistas y expertos en alimentación. Su objetivo es crear nuevos canales de participación que permitan dar una respuesta más adecuada a las necesidades de los consumidores, al tiempo que garantizar una mayor visibilidad y transparencia institucional. Además, la FSA realiza estudios puntuales y una encuesta anual para cono-

75 MHS Annual Report and Accounts 2004/2005, en <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/mhsannreport0405.pdf>

cer las tendencias de opinión sobre los alimentos y el nivel de conocimiento y sensibilización ciudadana en seguridad e higiene. El II Plan Estratégico 2005-2011 de la Agencia recoge el interés institucional por fomentar la educación y la información ciudadana, haciendo especial énfasis en la promoción de decisiones informadas. Ya se han puesto en marcha algunas campañas y acciones puntuales, especialmente sobre etiquetado e información nutricional. Destacar la creación del portal web *Eat Well* en 2004, donde se ofrece información y asesoramiento sobre dietas saludables, etiquetado, salud nutricional, preparación y conservación de alimentos, etc.<sup>76</sup>

En Australia se creó en 1991 una agencia federal fruto de un convenio firmado entre el gobierno central y los Estados / Territorios con el fin de unificar normativas y coordinar mejor las actividades de inspección y control. En 1996 la agencia extendió su radio de acción a Nueva Zelanda en virtud de un acuerdo alcanzado entre los gobiernos de ambos países para armonizar las normas nacionales y facilitar la libre circulación de productos. Con ello quedó instaurada la actual *Food Standards Australia and New Zealand*(FSANZ)<sup>77</sup>, un organismo binacional cuyas funciones incluyen la formulación, revisión y actualización de normas alimentarias sobre composición y etiquetado, y la elaboración de códigos de conducta y guías de actuación para asistir a la industria en el cumplimiento normativo. También coordina una red de vigilancia que facilita la comunicación e intercambio de información entre los dos países, centralizando en un solo sistema la información recogida en las unidades territoriales de ambos países.

La FSANZ cuenta con cuatro centros: dos sedes centrales, una en cada país, cuya actividad se centra en la gestión del riesgo; un centro especializado en la monitorización / evaluación científica del riesgo; y un cuarto centro, gestionado por las autoridades australianas y cuya actuación normativa y de inspección y control se limita al territorio australiano. La configuración actual y el reparto de funciones entre estos cuatro centros responden a un proceso de reestructuración que tuvo lugar en el año 2003. El cambio más importante fue la separación de las tareas de evaluación y gestión del riesgo en dos áreas funcionales diferenciadas y el fortalecimiento del área de investigación para apoyar la toma de decisiones y el desarrollo normativo. También se introdujo una estructura más horizontal, sustituyendo los ocho

76 Eatwell, en [www.eatwell.gov.uk](http://www.eatwell.gov.uk)

77 Food Standards Australia New Zealand, en <http://www.foodstandards.gov.au/>

programas que existían hasta ese momento por 15 secciones o áreas de trabajo funcionales <sup>78</sup>.

En Australia, le corresponde también a la FSANZ la formulación de políticas y normas nacionales sobre seguridad alimentaria, así como la evaluación y gestión del riesgo. Además, facilita asesoramiento e información a agentes de control, industria y consumidores. Ha elaborado diversos materiales y un protocolo de actuación para apoyar la acción de los agentes oficiales y garantizar una mayor consistencia en sus acciones. También ha editado materiales para establecimientos e industrias con instrucciones prácticas sobre la aplicación de normas de seguridad <sup>79</sup>. En Nueva Zelanda, todas estas funciones corresponden a una nacional, la *New Zealand Food Safety Authority*, NZFSA <sup>80</sup>. Creada en 2002, la NZFSA centraliza competencias que anteriormente compartían el Ministerio de Salud y el de Agricultura y Bosques. Si bien la Agencia se encuentra adscrita a este último, ha sido dotada de un status semiautónomo como garantía de independencia en el ejercicio de sus funciones. Además de asumir las funciones ejercidas por la FSANZ en Australia, le corresponde la inspección y control de establecimientos e industrias alimentarias en concurrencia con las autoridades territoriales.

En el desarrollo de su función normativa, la FSANZ trabaja en colaboración con los estados y territorios australianos, con el gobierno neozelandés, el sector industrial y los consumidores. El proceso de revisión normativa puede ser de hecho iniciado desde la propia agencia u otra institución gubernamental, o bien a demanda de cualquier organización o particular según un procedimiento formal respaldado por ley. Se pretende así promover la participación ciudadana, al tiempo que conocer mejor las necesidades de los consumidores y el impacto social de las nuevas normas. Este interés se tradujo, en el año 2000, en la formulación de una estrategia formal donde

---

78 Estas áreas incluyen: Seguridad de productos, Nutrición, Información y etiquetado, Asesoría jurídica, Análisis económico social e internacional, Comunicación, Ciencia estratégica, Evaluación de riesgos químicos, Evaluación de riesgos/microbiología, Evaluación de riesgos/nutrición, Modelización, evaluación y vigilancia, Producción primaria y seguridad alimentaria, Post-marketing, Asuntos corporativos, y Administración y finanzas.

79 Food Safety Standards, en <http://www.foodstandards.gov.au/foodsafetystandardsaustraliaonly/>

80 New Zealand Food Safety Authority, en <http://www.nzfsa.govt.nz/>

se detallan las prioridades, objetivos y acciones específicas para facilitar procesos de participación y consulta en el desarrollo de normas <sup>81</sup>. También se ha comenzado a trabajar en un protocolo de acción dirigido a profesionales de la FSANZ y al sector asociativo donde se detallan todas las fases del proceso consultivo y el reparto de responsabilidades y tareas. Destacar igualmente la creación de un comité de enlace con los consumidores, el *Consumer Liaison Committee*, con el fin de promover la participación directa de los ciudadanos haciendo uso para ello de las nuevas tecnologías como tele conferencias, comunicación en línea, etc.

#### **Australia: una red nacional de vigilancia de ETA**

El Departamento Federal de Salud y Envejecimiento (DoHA) del gobierno australiano lidera algunas acciones en seguridad alimentaria. En 1999 puso en marcha un programa para evaluar y minimizar la incidencia e impacto de ETA en todo el país. Para ello, el programa se ha planteado entre otros objetivos el fortalecer y consolidar el sistema nacional de vigilancia de ETA. Para avanzar en este objetivo, se creó en 2000 una red federal de vigilancia, la OzFoodNet, financiada a través de fondos federales administrados por las autoridades estatales/territoriales <sup>82</sup>. Estas últimas emplean a uno o más epidemiólogos para que, con dedicación exclusiva, ejecuten las actividades de la red desde su circunscripción. La red cuenta además con un epidemiólogo que actúa como coordinador y garantiza la consistencia y coherencia de los programas y actividades. Además de las funciones tradicionales de vigilancia, OzFoodNet asume también la investigación de brotes; la identificación de prácticas inapropiadas en establecimientos alimentarios y en el ámbito doméstico; la evaluación de la eficacia y el nivel de implementación normativa; y la formación de profesionales. La red se superEISA a través del Sistema nacional de vigilancia de enfermedades transmisibles y cuenta con el apoyo técnico-científico del Centro Nacional de Epidemiología, la FSANZ, el Departamento Federal de agricultura, pesca y bosques, y la Red nacional de laboratorios de SP.

81 Anzfa Community Involvement Strategy, en [http://www.foodstandards.gov.au/\\_srcfiles/comm%20involvement%20strategy.pdf](http://www.foodstandards.gov.au/_srcfiles/comm%20involvement%20strategy.pdf)

82 Ozfoodnet, en <http://www.ozfoodnet.org.au/whatis.htm>

## Resumen ejecutivo del entorno internacional y europeo

### I. PRIORIDADES, POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA EN EUROPA

#### UNIÓN EUROPEA

##### Principios básicos y estrategia comunitaria en Salud Pública

- Desde la firma del Tratado de Maastricht, las nuevas tendencias en salud, presiones sobre los sistemas sanitarios y acontecimientos como la crisis de la EEB han ido acelerando y ampliando de forma progresiva las competencias comunitarias en materia de Salud Pública.
- En 1998 se inicia un proceso de revisión de la política y estrategia sanitaria de la UE de acuerdo a los nuevos retos y tendencias emergentes. Se perfilan dos principios básicos en el nuevo marco de la SP: situar la salud en el centro de todas las políticas comunitarias (HIAP); y promover alianzas intersectoriales en salud.
- Estrategias específicas de acción para los próximos años:
  - Promover la prevención de amenazas para la salud desde una acción coordinada entre los EM.
  - Abordar los determinantes de la salud de manera integral, recurriendo a enfoques y herramientas como la EIS, el enfoque poblacional, la evidencia científica y el pilotaje de innovaciones transferibles.
  - Generar una sólida base de conocimientos e información sanitaria con datos objetivos y comparables.
  - Apoyar estrategias y acciones innovadoras en prevención y promoción de la salud.

##### Estrategias de acción por líneas de actividad en SP

- Sistemas de información, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades: armonizar la vigilancia de las enfermedades transmisibles a través de un sistema europeo de vigilancia sanitaria, avances en materia normativa y desarrollo de herramientas, metodologías e indicadores comunes y comparables.
- Seguridad e Higiene de los alimentos: análisis científico del riesgo como base para la toma de decisiones, responsabilización de los operadores alimentarios, trazabilidad, transparencia y actualización/armonización normativa.
- Salud Ambiental: enfoque globalizador y a largo plazo destinado mejorar el conocimiento sobre las relaciones causa-efecto entre factores ambientales y la salud humana, y reforzar la capacidad normativa comunitaria.
- Prevención y promoción de la salud: desarrollo de normativas, programas y planes de acción para el abordaje integral de desigualdades en salud; transversalidad de las intervenciones; y participación de agentes clave y sociedad civil.

### **OMS OFICINA REGIONAL EUROPEA**

Organismo experto internacional catalizador de acciones regionales mediante el ejercicio del liderazgo en el control y erradicación de enfermedades; apoyo técnico y coordinación de mecanismos de alerta y respuesta frente emergencias; y promoción de actividades en línea con la política SPT en colaboración con agentes y redes regionales.

Estrategias de acción por líneas de actividad en SP

- Sistemas de información, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades: reducir la transmisión y el impacto de enfermedades transmisibles mediante la coordinación de redes y sistemas de información; el apoyo a estructuras sanitarias y asistencia técnica a los estados.
- Seguridad alimentaria: fortalecer la acción nacional/regional y coordinar la recogida y difusión de información sobre brotes de ETA.
- Salud ambiental: orientación integrada a través de alianzas intersectoriales y armonización de indicadores para avanzar hacia un sistema integrado de información.
- Prevención y promoción de la salud: lucha contra las desigualdades desde acciones intersectoriales, redes y alianzas, actuaciones sobre los determinantes y entornos saludables, responsabilización y participación comunitaria, difusión e intercambio de información.

## II. MODELOS INTERNACIONALES DE SALUD PÚBLICA

### Características básicas comunes a los distintos modelos documentados

- Separación clara entre las funciones asumidas por la autoridad sanitaria (desarrollo normativo, planificación y coordinación de políticas nacionales en SP) y aquellas asignadas a institutos nacionales, agencias temáticas y servicios/estructuras de apoyo (gestión y/o coordinación de las acciones desplegadas en el territorio).
- Interés creciente por fortalecer los subsistemas de SP y promover una acción intersectorial, a nivel central entre diferentes sectores del gobierno y agencias; y a nivel territorial a través de proyectos de alcance comunitario con corporaciones locales, profesionales, industria y sociedad civil.
- Diferentes grados de autonomía a nivel territorial, desde modelos más descentralizados (países nórdicos, Holanda y Alemania), donde las administraciones locales asumen la financiación, formulación e implementación de programas; hasta modelos más centralizados (Francia), donde el gobierno asume la planificación y gestión con el apoyo de organismos y agencias nacionales con presencia territorial.
- Modelos federales (Australia, Canadá y EEUU) donde el grueso de los poderes corresponde a las autoridades estatales, mientras que el gobierno central asume la financiación y formulación de las grandes políticas.
- Modelo de gran agencia (PHAC Canadá): máxima autoridad federal surgida del interés del gobierno por fortalecer las estructuras de SP.

### Experiencias relevantes en la provisión de servicios

#### A) Agencias temáticas en Protección

- Reino Unido, *Health Protection Agency*: agencia nacional con funciones delegadas en la prevención y control de enfermedades transmisibles, riesgos ambientales y sistemas de alarma y respuesta; provisión de soporte científico-técnico; formación y asesoramiento experto para autoridades, agencias y profesionales implicados a nivel nacional, regional y local.
  - Salud ambiental: provisión de formación y asesoramiento experto; desarrollo de indicadores y evidencia científica de soporte a la planificación y función normativa, formulación de recomendaciones y normas en protección, vigilancia, análisis y evaluación de riesgos.
- EEUU, *Centres for Disease Control*: estructura federal con 12 centros de excelencia al servicio de las diversas agencias y profesionales implicados en protección a nivel estatal y territorial. Intervenciones de investigación y apoyo científico-técnico en control y prevención de enfermedades; salud ambiental, salud ocupacional, sistemas de información, epidemiología y prevención/promoción.
  - Salud ambiental: vigilancia frente a riesgos ambientales, investigación y difusión de información, elaboración de normas y recomendaciones y provisión de asesoramiento experto y formación. Despliegue territorial a través de una red de agentes e instituciones en todo el país.

## B) Servicios y estructuras de apoyo en Vigilancia y Sistemas de información

- EEUU y Reino Unido: CDC y HPA respectivamente, centros de referencia nacional. Funciones: coordinación y evaluación de los sistemas de vigilancia; elaboración de estudios e informes epidemiológicos; detección y monitorización de nuevos agentes y brotes infecciosos; formación de profesionales; y desarrollo de recursos y aplicaciones informáticas de soporte.
- Canadá: PHAC, responsable de coordinar actividades y programas de vigilancia en concurrencia con autoridades locales, provinciales y territoriales, *Health Canada*, y otros departamentos y agencias federales relevantes. Gestión de la red de centros y laboratorios de referencia dotados de infraestructura y equipos multidisciplinarios.
- Francia: IdVS, agencia nacional adscrita a Salud, con competencias en ambiental y responsable de la planificación, coordinación y evaluación de los programas de vigilancia y respuesta ante emergencias sanitarias. Despliegue territorial a través de delegaciones regionales encargadas de apoyar, coordinar y evaluar programas y acciones territoriales.

Tendencias y elementos comunes en Protección, Vigilancia y Sistemas de información:

- Avances importantes en sistemas de información integrados para monitorizar, cuantificar y caracterizar enfermedades y riesgos ambientales, así como para evaluar sus efectos sobre la salud humana
- Desarrollo de alianzas intersectoriales entre organismos y estructuras nacionales, regionales y locales; especialmente en medio ambiente y salud; y con participación de profesionales; laboratorios, industria; universidades y ONG.
- Formación de profesionales para promover una orientación más consistente y mayor transparencia y eficacia en actividades de vigilancia y control ambiental
- Fortalecimiento de los recursos territoriales y su capacidad de respuesta a través de delegaciones regionales que facilitan el despliegue de recursos y apoyo científico-técnico a nivel periférico.

## C) Seguridad Alimentaria

- Canadá, CFIA: agencia federal adscrita a Agricultura y responsable de la coordinación de programas federales de inspección en seguridad e higiene alimentaria, veterinaria de SP y bienestar animal. Separación de las funciones de evaluación (Salud) e inspección y certificación (Agricultura). Otras funciones: vigilancia, control y respuesta frente alertas y brotes por ETA; producción de evidencia científica; desarrollo de nuevas tecnologías de inspección; gestión de la red nacional de laboratorios; y provisión de asistencia técnica y asesoramiento experto.
- Reino Unido, FSA: agencia nacional con una sede central en Londres y una delegación en cada administración descentralizada. Competencias: investigación, evaluación y gestión del riesgo, formulación de políticas y normativas; formación y asesoramiento experto a agentes de control oficial e industria; auditoría de sistemas de autocontrol APPCC en establecimientos cárnicos. Convenios con otros departamentos para el intercambio de conocimiento experto, identificación de prioridades,

políticas y programas, e integración de acciones. Funciones de Inspección y control en establecimientos cárnicos a través del MHS, un servicio especializado con una sede central, 5 oficinas regionales.

- Australia y Nueva Zelanda, FSANZ, agencia binacional fruto de un acuerdo entre ambos países para armonizar normas nacionales, coordinar actividades de inspección y facilitar la libre circulación de productos. Funciones: formulación, revisión y actualización de normas de composición y etiquetado, elaboración de códigos de conducta y guías de actuación de soporte a la industria; coordinación de una red binacional de vigilancia.

#### **Tendencias y elementos comunes en Alimentaria:**

- Gran desarrollo de agencias alimentarias en respuesta a la necesidad de reorganizar/consolidar los sistemas nacionales de seguridad, mejorar la eficiencia en las actividades de inspección y control; y adaptarse a la nueva normativa europea.
- Naturaleza: autoridad nacional en la gestión y/o regulación de la seguridad, adscritas a Agricultura o Salud, participación intersectorial, y con diferencias nacionales en cuanto al mayor o menor grado de descentralización territorial.
- Beneficios atribuidos a las agencias: mayor coordinación, claridad y consistencia en las acciones de agentes y administraciones; mejora efectiva en transparencia y trazabilidad de las tareas de inspección y control.
- Implantación de sistemas de autocontrol y auditorías
- Énfasis en la educación y sensibilización de los consumidores a través de acuerdos y convenios de colaboración con instituciones sectoriales de salud, educación y agricultura, ONG, asociaciones de consumidores e industria. Recurso a las nuevas tecnologías en actividades y campañas educativas.
- Gran actividad formativa y desarrollo de materiales de apoyo (manuales, guías de actuación) para apoyar a los agentes oficiales y profesionales del sector en un contexto de nuevas normativas europeas e implantación de sistemas de autocontrol y auditorías.
- Separación de las funciones de evaluación e inspección y gran énfasis en el desarrollo de evidencia científica de apoyo a la formación de políticas y normas nacionales.

## 3.2. Modelos organizativos en cinco Comunidades Autónomas

### 3.2.1. La organización de la Salud Pública en la España de las Comunidades Autónomas

La estructuración de la Salud Pública en España es similar a la de un Estado Federal en cuanto al reparto competencial entre autoridad estatal y CCAA: la gestión del grueso de los servicios corresponde a éstas últimas, quedando como responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo el desarrollo de normas básicas, la gestión de la sanidad exterior y la coordinación sanitaria<sup>83</sup>. La coordinación con las administraciones autonómicas se efectúa a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS, que para la coordinación de las respectivas Direcciones Generales de Salud Pública, u órgano similar, se denomina Comisión de Salud Pública, la cual se dota a su vez de comisiones y grupos de trabajo específicos en Vigilancia, etc.), a través de contactos periódicos entre los directores generales de Salud Pública de las CCAA y el Director General de Salud Pública del MSC<sup>84</sup>.

Más allá del ámbito competencial del MSC, el ejercicio de la autoridad en SP corresponde a las administraciones autonómicas, con algunas diferencias en función de la organización territorial y el reparto competencial en cada una de ellas. Según el Informe SESPAS 1998<sup>85</sup>, a pesar de los años transcurridos desde las transferencias sanitarias, la organización de la gestión y provisión de servicios de SP es bastante similar, si bien existen algunas peculiaridades y rasgos característicos en ciertas CCAA. Tal y como se recoge en el mencionado informe, la mayoría de estructuras y organismos autonómicos han asumido las funciones vinculadas al ejercicio de la autoridad sanitaria, la vigilancia epidemiológica, la protección y control frente

83 Incluyendo en éste último ámbito ciertos dispositivos comunes de información sanitaria, evaluación de necesidades y definición de políticas.

84 Mencionar no obstante, que si bien la relación CCAA/Estado no forma parte del objetivo específico del presente trabajo, las opiniones de los expertos consultados coinciden en que la coordinación en general es deficiente y hay una falta de liderazgo técnico y político por parte del MSC así como una falta de corresponsabilización por parte de algunas CCAA.

85 Manzanera R, Segura A, Fernández JM. La organización de la SP: su reforma en las reformas. Inf. Sespas 1998.

enfermedades crónicas y transmisibles, la promoción y educación para la salud y la policía sanitaria mortuoria. Su participación en la gestión clínica y el control de calidad de los dispositivos asistenciales ha sido sin embargo escasa. Por otro lado, los autores del informe estiman que el presupuesto dedicado a la SP en España ronda el 2% del gasto sanitario, excluyendo los recursos asistenciales dedicados a protección y promoción.

En un estudio anterior realizado por el Instituto de Salud Pública de Cataluña entre 1995-1996 se presenta una revisión general sobre la organización de la SP en las diecisiete CCAA <sup>86</sup>. Según el estudio, existe en todas las Comunidades una DGSP, o equivalente, que detenta la autoridad en la materia. Le corresponde a ésta la identificación de prioridades, la planificación y evaluación de programas, la coordinación, organización y contratación de servicios de SP, así como la garantía de seguridad, efectividad y calidad de las prestaciones. En algunas comunidades asume también la prestación de servicios especializados que precisan de economías de escala como los sistemas de información o los laboratorios de referencia. En los niveles periféricos, los distintos modelos organizativos están muy influenciados por las reformas sanitarias introducidas tras las transferencias, detectándose diferencias importantes en el despliegue territorial y el tipo de relación con los servicios de Atención Primaria (AP). En Valencia y Madrid existen centros periféricos específicos de SP que asumen la gestión y la prestación de servicios, mientras que en otras CCAA se ha optado por estructuras basadas en distritos sanitarios o demarcaciones similares más próximas a la red asistencial. A nivel local, los profesionales de SP suelen actuar en concurrencia con los servicios sanitarios y las autoridades municipales. Las estructuras organizativas y funcionales están marcadas por la localización territorial, el tipo de establecimiento y la dinámica de colaboración existente.

El estudio presenta también una visión general de la organización de los servicios de SP según grandes líneas de actividad. Según señalan los autores, la gestión de los sistemas de información y vigilancia suele ser competencia directa de Salud Pública, si bien en algunas CCAA los Servicios Autonómicos de Salud han asumido esta función vinculándola a la planificación y gestión de servicios. En relación a los sistemas de vigilancia, tras el proceso

86 Segura et al. Las estructuras de Salud Pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit* 1999; 13(3): 218-225.

de transferencias, cada administración modificó su propio sistema, lo que generó en un primer momento notables diferencias en el grado de control de enfermedades transmisibles. La creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha permitido superar esta deficiencia integrando todos los dispositivos autonómicos en un sistema común. La gestión de tareas de vigilancia se suele hacer desde las delegaciones territoriales, bajo la coordinación de los Servicios Centrales y con la participación de profesionales sanitarios en la notificación de EDO y brotes epidémicos.

En materia de protección muchas actividades son concurrentes con los municipios. En salud ambiental, la DGSP o equivalente suele asumir la función normativa y el control a través de los técnicos de Salud. Además, los ayuntamientos más grandes gestionan ciertas actividades de salud ambiental. En alimentaria, el control sanitario recae en general en los veterinarios y farmacéuticos que actúan con el apoyo de la DGSP o los servicios territoriales<sup>87</sup>. Los municipios tienen también importantes competencias en el control de la distribución y transporte de alimentos. La situación de los laboratorios de SP es muy diversa, existiendo CCAA con un único laboratorio de referencia, mientras que otras integran toda una red que se corresponde por lo general con los servicios provinciales. Además, en las ciudades más grandes existen laboratorios municipales, por lo general coordinados en mayor o menor medida con el dispositivo autonómico. La DGSP concentra las funciones de policía sanitaria mortuoria y en algunos casos también las actividades de vigilancia y control de medicamentos, productos cosméticos y farmacia.

En relación a las funciones de prevención y promoción, en todas las CCAA existe un equipo vinculado a la DGSP dedicado al desarrollo de la política de inmunizaciones y la cobertura vacunal (las actividades de vacunación están en buena parte integradas en los servicios asistenciales). Los servicios autonómicos organizan también programas de salud escolar con participación de los sanitarios locales y en muchos casos con los ayunta-

87 En las CCAA que reformaron la AP, los sanitarios locales (médicos y practicantes) se integraron en los servicios asistenciales, asumiendo las tareas de control y notificación de EDO y brotes epidémicos. Los antiguos veterinarios por su parte, se repartieron entre las estructuras de SP en Sanidad y las de sanidad animal / producción ganadera en Agricultura. Se aprecia así una tendencia a la consolidación de veterinarios con dedicación exclusiva a tareas de SP, tareas que realizan en todo el territorio ya sea adscritos a unidades centrales, provinciales o comarcales, según la CCAA de la que se trate.

mientos. Por lo general, las actividades preventivas se han integrado en la red asistencial, si bien se aprecia una gran variabilidad en la asunción efectiva de actividades según CCAA y a nivel de centros de salud. También se desarrollan otros programas dirigidos a la monitorización y control de enfermedades transmisibles, salud materno-infantil y campañas de sensibilización, prevención y educación para la salud. Todos ellos con una proyección comunitaria y una cobertura variable según la comunidad de que se trate.

Se describe a continuación la organización de la gestión y provisión de servicios de Salud Pública en Aragón, Cataluña, Madrid, Valencia y País Vasco, detallando la organización de los servicios centrales y periféricos, así como la estructura orgánica y funcional de las diferentes áreas y estructuras con competencias en SP.

### 3.2.2. Generalitat de Catalunya

En Cataluña, la autoridad autonómica en materia de Salud Pública reside en la Dirección General de Salud Pública, dependiendo de la Secretaría General del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.



- Formulación de criterios generales de planificación sanitaria; coordinación del diseño del Plan de Salud de Cataluña, su seguimiento y evaluación.
- Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y brotes epidémicos; propuesta, ordenación, control y evaluación de programas sanitarios de prevención y promoción de salud; control de enfermedades transmisibles y no transmisibles; educación sanitaria de la población.
- Ordenación, planificación, ejecución, control y evaluación de actividades de identificación de agentes químicos, físicos y biológicos del medio que puedan ocasionar trastornos y enfermedades; prevención y control de sus efectos nocivos sobre la SP; colaboración con los organismos competentes en medio ambiente.

Para el cumplimiento de sus funciones, la DGSP se estructura en torno a tres grandes áreas: la Subdirección General de Promoción de la Salud, la Subdirección General de Protección de la Salud y el Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Además, cuenta con dos secciones operativas de apoyo, la Sección de Seguimiento y Evaluación de Programas y la Sección de Gestión Administrativa y Asuntos Jurídicos. También existen dos programas temáticos, el Programa de Drogodependencias y el Programa de Prevención y Asistencia frente al sida/ETS.

88 Decreto 262/2000, de 31 de julio, de reestructuración del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.



Nota: Además del Programa de Vigilancia de SP existen otros dos Programas temáticos: el Programa de Prevención y Asistencia frente al Sida y el Programa de Alimentación y Nutrición



### **Funciones Promoción**

- Aplicación de políticas de prevención y promoción de la salud
- Elaboración de proyectos y programas para la prevención de enfermedades
- Realización y coordinación de actuaciones en medicina preventiva
- Planificación y gestión de programas de lucha contra enfermedades infecciosas y prevención de crónicas
- Elaboración / coord. de programas de promoción de salud y educación sanitaria



### **Funciones Protección**

- Vigilancia y control de factores ambientales relacionados con la salud
- Desarrollo de acciones sanitarias para mejorar el medio
- Lucha contra la zoonosis, vigilancia y control sanitario de los alimentos
- Formación y dirección del personal veterinario
- Vigilancia y control de alimentos de origen no animal
- Evaluación de la situación higiénico-sanitaria de establecimientos alimentarios
- Formación sanitaria de manipuladores
- Gestión funcional de laboratorios de SP



### **Funciones Vigilancia**

- Recepción y análisis de información sobre EDOs
- Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y brotes epidémicos
- Control de enfermedades transmisibles

El despliegue de los servicios territoriales se realiza desde el nivel central (DGSP), el nivel intermedio (Delegaciones Territoriales, dependientes del Secretario General), y los servicios periféricos. Las estructuras de SP se organizan en torno a servicios regionales/locales cuyo ámbito territorial corresponde a una región sanitaria, a un sector sanitario, o una agrupación operativa de sectores. Cuentan así con una estructura que es capaz de relacionarse con los SSCC al tiempo que se asume también la prestación de servicios. Además, algunas actuaciones se realizan desde los servicios asistenciales, ya sea desde las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud (SCS) o desde los servicios de AP prestados por proveedores. En las regiones sanitarias del SCS suele haber profesionales o unidades que velan por la cobertura de diversos programas y actividades de SP, por lo general vinculados a los servicios clínicos. Los equipos de AP por su parte, ejecutan ciertos programas sustituyendo algunas de las funciones de los sanitarios locales en actividades de notificación y control de enfermedades <sup>89</sup>. En la ciudad de Barcelona los profesionales suelen estar mayoritariamente en las Delegaciones de Distrito y en algún caso en los centros de AP <sup>90</sup>.

Los servicios de Vigilancia Epidemiológica se gestionan desde las delegaciones territoriales, bajo la coordinación central de la DGSP y con poca implicación de las regiones sanitarias. Los profesionales de los equipos de AP participan también en la notificación de EDO y brotes epidémicos. Las actividades de Protección se desarrollan en gran medida en la misma red que las de vigilancia epidemiológica pero con una mayor implicación de los municipios (muchos ayuntamientos tienen funcionarios de la sanidad municipal) y sin participación de profesionales de primaria ni regiones sanitarias. En cuanto a la red de laboratorios, el de Barcelona constituye el laboratorio de referencia, mientras que el resto de laboratorios provinciales

89 Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, DGSP. La reforma de la Salut Pública en Catalunya; 2005.

90 En Barcelona, la delegación territorial la constituye la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), adscrita al Consorcio Sanitario de Barcelona. Se trata de un organismo patronado por la Generalitat y el Ayuntamiento que gestiona todos los recursos sanitarios de la ciudad y al que se le ha delegado la autoridad en SP a nivel municipal. En su Consejo de Administración participan Ayuntamiento (60%) y Generalitat (40%), con un presupuesto global en 2004 de 20 m. Cuenta con unos 300 empleados, incluyendo los inspectores ubicados en Mercabarna y en las Delegaciones de distrito. A nivel territorial se organiza en unidades pequeñas en cada uno de los distritos de Barcelona. El servicio de salud comunitaria se articula con los distritos a través de contratos/programa.

están especializados en tareas específicas. Los programas y actividades de Promoción y Prevención se desarrollan desde una red mucho más heterogénea en cuanto a ámbitos y organismos participantes, con una implicación central de la DGSP y del SCS, de acuerdo con las áreas prioritarias del Plan de Salud de Cataluña. También existe bastante actividad a nivel de regiones y municipios, si bien con intensidad variable según la capacidad y tamaño de cada uno <sup>91</sup>.

Los recursos humanos en SP integran a unos 375 veterinarios, 80 inspectores de consumo en temas alimentarios, 200 farmacéuticos titulares (80 a tiempo completo), 650 médicos titulares, y 400 ATS (estos últimos con escasa actividad en SP). En Alimentaria, se cuenta con 150 auxiliares de inspección veterinaria financiados por una fundación de industriales cárnicos. Estos han recibido una formación de 300 horas lectivas impartidas en la facultad de veterinaria, con pruebas de exámenes realizadas desde Salud Pública y una habilitación laboral bajo responsabilidad del Departamento de Salud y Seguridad Social.

En diciembre de 2002 se creó la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria, un organismo autónomo adscrito al Departamento de Salud al que se le han asignado competencias antes dispersas entre Salud, Consumo, Agricultura y Medio Ambiente. Cuenta con financiación intersectorial, con participación de Salud (55%), Agricultura (25%), Consumo (15%) y Medio Ambiente (5%). Su presupuesto total en 2005 fue de 1.6m. El Consejo de Dirección está formado por los Directores Generales de Agricultura y Salud y con representantes del resto de departamentos implicados. Además, participan en el Consejo algunos representantes del sector primario (2), sector industrial (2), distribución (2), consumidores (2) y municipios (2) <sup>92</sup>. La actividad de la Agencia se estructura en torno a dos grandes servicios: el Servicio

91 De la Puente ML, Manzanera R. Grupo de Trabajo de SP en Cataluña. Propuesta marco de reorganización de la Salud Pública en Cataluña. Gac Sanit 2001; 15 (4): 55-68.

92 La participación de todos estos sectores en el Consejo de Dirección de la Agencia revela el interés estratégico por integrar a todos los agentes relevantes en la definición de las políticas de seguridad alimentaria. En un principio se estimó que con ello la SP cedía cierto control ante el avance de la sociedad civil. Se ha señalado por el contrario que ello ha contribuido de hecho a ampliar las competencias y la capacidad de influencia de la SP en el sistema sanitario, en tanto se ha incrementado su margen de acción en otras políticas sectoriales relevantes como lo son la sanidad y bienestar animal, la contaminación ambiental y la información al consumidor.

de evaluación del riesgo e Información científica y el de Planificación y Auditoría, asumiendo éste último la coordinación interinstitucional. La Agencia cuenta con un total de 13 profesionales altamente cualificados y cuatro grupos de trabajo organizados en torno a las grandes líneas estratégicas:

- Coordinación interadministrativa (Ayuntamientos, Diputación, Salud y Consumo)
- Coordinación interdepartamental (subdirectores generales de Protección, Agricultura, Consumo, Calidad Ambiental de Medio Ambiente y Vivienda)
- Consumidores (las 7 organizaciones más relevantes a nivel autonómico)
- Cadena alimentaria (ganaderos, comercio minorista y restauración colectiva)

En 2003 se creó la Agencia de Protección de la Salud a la que se le asignaba la gestión y ejecución de las actuaciones en protección a nivel autonómico en lo relativo a la salud ambiental y alimentaria <sup>93</sup>. No obstante, con el cambio de legislatura no llegó a desplegarse como tal. Un año después se inicia formalmente un proceso de reflexión y consulta sobre la reforma de la SP en Cataluña que se espera culmine en 2007 con la aprobación de una Ley de Salud Pública de Cataluña y creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Se prevé que la Agencia cuente con profesionales altamente especializados junto a un núcleo funcional que garantice el ejercicio de la autoridad. Su creación implicaría la absorción de la Agencia de Protección de la Salud <sup>94</sup>.

93 Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud.

94 La idea es que la Agencia tenga carácter ejecutivo, esté presidida por la Consejera y cuente con un Director ejecutivo con perfil profesional y con una Junta de Gobierno integrada de modo paritario por los Ayuntamientos y los distintos Departamentos relevantes de la Generalitat. Se pretende que su organización territorial sea coherente con el actual proceso de descentralización aspira a transferir gobierno a los territorios (34 comarcas o veguerías), sustentándose sobre las siete regiones. En este nivel territorial, se reproduce el mismo modelo de gobierno que en el central. Los 34 Gobiernos Territoriales de Salud estarían integrados por la Generalitat y los entes locales. Se prevé que el Director territorial

### 3.2.3. Comunidad de Madrid

En Madrid, la autoridad autonómica en Salud Pública reside en la Dirección General de Salud Pública y Alimentación (DGSPA), la cual depende jerárquicamente de la Viceconsejera de Calidad Asistencial, Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad y Consumo.



\* Hasta muy recientemente había dos Viceconsejerías, una de Calidad, SP y Consumo y otra de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias que han sido fusionados en la actual por decreto 97/2006 de 8 de noviembre.

\*\* Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Le corresponde a la DGSPA el ejercicio de las funciones de vigilancia epidemiológica; la sanidad mortuoria; la promoción de salud y la educación sanitaria; la aprobación de los programas de prevención; la inspección y control sanitario en salud alimentaria; la prevención y control de zoonosis y riesgos ambientales; la salud laboral; la promoción de la formación e investigación científica en SP; y la elaboración del Informe del Estado de la Salud de la Población<sup>95</sup>. Además, el Decreto 10/2004, de 29 de enero, actualiza sus funciones de acuerdo con la nueva atribución de competencias en consumo asignadas a la Consejería, adscribiéndosele las funciones de información, formación y educación en materia de consumo y protección de los consumidores. Para el ejercicio de estas funciones, cuenta con los siguientes servicios y unidades:

---

presida la organización, además de existir un Director ejecutivo responsable de la gestión de los servicios de SP, enfatizando así la separación entre la función política y la responsabilidad ejecutiva. En una primera instancia, los servicios de SP a nivel territorial recibirán la financiación directa de la DGSP.

95 Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Ley 12/2001 de 21 de diciembre.



\* De la Oficina de Coordinación de Servicios de la DG dependen: el Servicio de Seguimiento Presupuestario, los Registros Oficiales de SP, el Área de Coordinación Institucional y la Unidad de Comunicación.

Por otro lado, la aprobación en 2001 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), marcó un punto de inflexión en el modelo organizativo autonómico. En ella se hace una apuesta por separar las funciones de autoridad sanitaria de los servicios de producción científico-técnica. En virtud de esta ley, se crea el Instituto de Salud Pública (ISP), una entidad de derecho público con personalidad jurídica propia. El modelo autonómico se articula así en torno a dos entidades diferenciadas: la DGSPA y el ISP. Mientras que le corresponde a la primera la autoridad y la compra de servicios de SP, se asigna al Instituto la garantía de ejecución de actuaciones a través de la planificación, gestión y evaluación de servicios de SP. También le corresponde la gestión de laboratorios; la salud laboral; la formación del personal sanitario; y la investigación científica. La relación entre la DGSPA y el ISP se gestiona a través de un Contrato de Prestación y Servicios donde, de forma anual, se recogen los objetivos y acciones para su consecución.

La coexistencia de dos estructuras autónomas ha generado, en ocasiones, una duplicación de recursos y competencias. Esta situación llevó en enero de 2004 a la aprobación de un nuevo decreto por el que se adscribía la dirección y gestión del ISP al titular de la DGSPA <sup>96</sup>. Sin embargo, en la

96 Decreto 10/2004, de 29 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, artículo 2: «Al titular de la DG de Salud Pública, Alimentación y Consumo le corresponden la dirección y gestión del Instituto de Salud Pública Madrileño y la superior dirección y coordinación del Instituto Regional de Arbitraje de Consumo».

actualidad el ISP continúa actuando en la práctica como entidad autónoma, con lo que no se han superado las deficiencias que el mencionado decreto pretendía resolver. El organigrama del Instituto, bajo dependencia jerárquica de la DGSPA, contempla las siguientes estructuras y servicios:



La Comunidad de Madrid en cuanto a la zonificación sanitaria, está dividida en 11 Áreas de Salud, 34 Distritos y 247 Zonas Básicas de Salud. De los 34 Distritos, 18 están ubicados en Madrid capital y 16 en el resto de la Comunidad.

En Salud Pública y a nivel periférico, existe un modelo de implantación territorial basado en 11 Servicios de Salud Pública de Área (SSPA), para las 11 áreas que existen en la Comunidad de Madrid. El seguimiento y apoyo a las actividades y programas ejecutados desde estos once servicios se hace desde la Secretaría General del ISP a través de la Coordinación de Áreas de Salud Pública. Cada una de estas áreas integra uno o varios distritos, tanto rurales como urbanos y periurbanos, así como un Centro de Salud Pública (CSP). Si el área sanitaria incluye más de un distrito, ésta cuenta al menos con un CSP en cada distrito periurbano/rural importante y, como mínimo, en las 11 cabeceras de área. En total, existen 20 CSP; 4 en Madrid capital y 16 en el resto de la Comunidad.

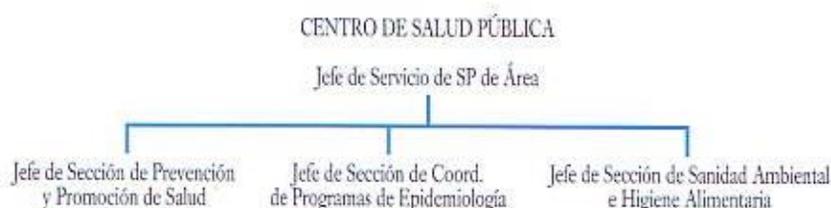
A destacar que como en la mayoría de las capitales importantes, el Ayuntamiento de Madrid dispone de sus propios servicios de Salud Pública

ubicados en las Juntas Municipales de Distrito; y que coexisten con los servicios de SP de la Comunidad, aunque más reducidos que estos últimos. En el caso de un brote epidémico por ejemplo, la encuesta epidemiológica la realiza el CSP correspondiente que informa a la Junta Municipal de Distrito. Ésta envía sus inspectores de Salud Pública, quienes realizan la visita de inspección, toman las muestras correspondientes y las envían para su análisis al laboratorio municipal de SP. Por otro lado, toda la industria alimentaria es competencia de la Comunidad, correspondiendo al Ayuntamiento el comercio minorista, bares, restaurantes y Mercamadrid (centro de distribución de alimentos). En Sanidad Ambiental la estructura del Ayuntamiento es comparativamente muy débil. En el caso de la Legionella por ejemplo, la competencia es de la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento se ocupa solamente de las instalaciones de riesgo de titularidad municipal.

Cada CSP, con rango administrativo de servicio, está dotado de un equipo de entre 10 y 33 profesionales denominados Técnicos Superiores en SP, todos ellos con dedicación exclusiva. En total, conforman una plantilla de unos 90 farmacéuticos, 80 veterinarios, 6 enfermeros y 10 médicos. Estos profesionales, procedentes de la reconversión de los 80 <sup>97</sup>, trabajan en las distintas secciones que conforman la estructura organizativa de los CSP, donde se ejecuta la mayoría de actividades y programas diseñados desde SSCC. Se pretende que estos centros, al integrar todas las líneas de actuación en SP, contribuyan a dotar a los equipos de profesionales de una visión más amplia y global en materia de Salud Pública <sup>98</sup>.

97 De estos profesionales, los farmacéuticos se vieron integrados sin opción posible en los equipos de SP; a los veterinarios se les dio la opción entre Agricultura y Salud; mientras que en el caso de enfermeros y médicos, fueron pocos los que aceptaron la posibilidad de integrarse en SP. Destacar no obstante, que en estos últimos años ha habido un crecimiento significativo en el número de médicos.

98 Sin embargo, se reconoce que aún hay que avanzar bastante en la integración a nivel de área, puesto que las diferentes líneas de actividad se siguen identificando con los profesionales que mayoritariamente se dedican a ellas. En concreto, se asocia ambiental con los farmacéuticos, higiene de los alimentos con los veterinarios y/o farmacéuticos y epidemiología y prevención con los médicos. Esta situación se percibe de hecho como un obstáculo importante a la constitución de equipos de trabajo y a la visualización de objetivos comunes. También se menciona la falta de una definición explícita y clara del reparto de funciones entre los SSCC y a los SSPA, así como ciertas deficiencias de coordinación que en algunos casos generan una coexistencia de objetivos diferentes y conflictos entre ambos niveles. Lo anterior es de aplicación especialmente en Promoción de la Salud.



Desde los servicios asistenciales también se ejecutan algunos programas y acciones en SP. Sus profesionales participan en tareas de vigilancia y control de enfermedades a través del sistema de EDO y, especialmente, en actividades de prevención y educación sanitaria. Estas últimas se ejecutan desde el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en línea con los diferentes programas de prevención, y a través de otras intervenciones comunitarias con un marcado carácter intersectorial en colaboración con Educación, Juventud u otros organismos y agentes sociales. En relación con las corporaciones locales y, dentro del marco normativo existente, se han venido acordando pactos locales con los ayuntamientos para la ejecución de determinadas actuaciones en SP.

En 2002 se inició en la Comunidad de Madrid un proceso reflexión sobre la Salud Pública. Fruto de este proceso se ha publicado de forma reciente el Libro Blanco de la SP, un documento estratégico donde analiza la situación actual de las estructuras y servicios de Salud Pública y se presentan los retos fundamentales a abordar de cara al futuro.

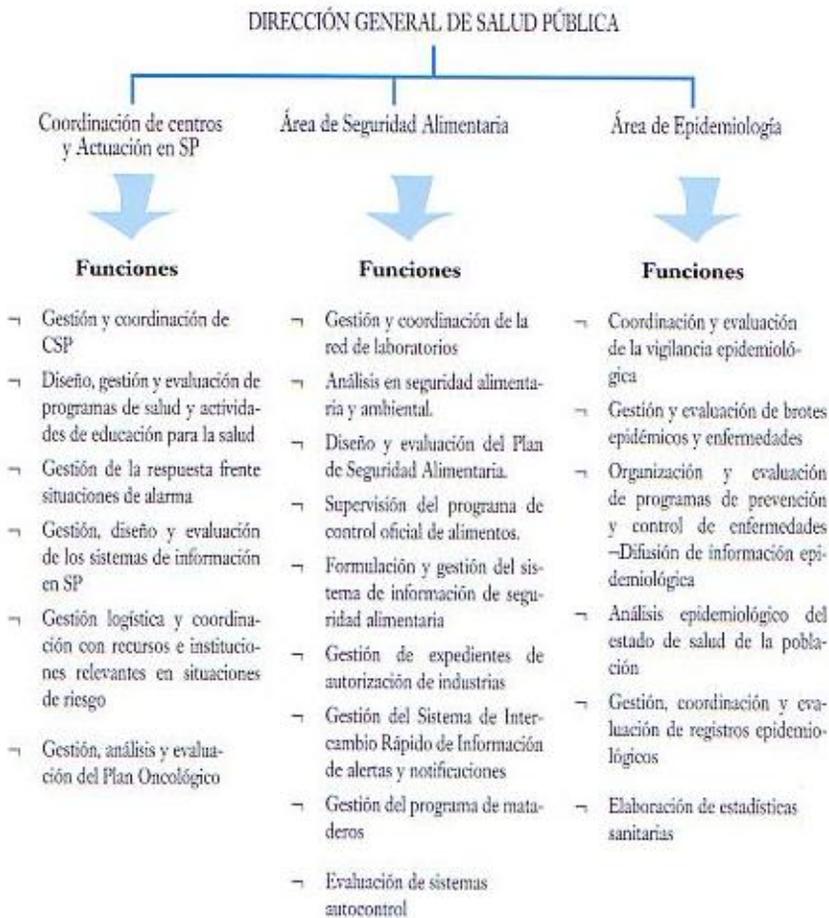
### 3.2.4. Comunidad de Valencia

En Valencia, la autoridad autonómica en SP reside en la Dirección General de Salud Pública, la cual depende directamente del subsecretario, a su vez bajo la superior dirección del consejero de Sanidad.



\* Con rango de Viceconsejería, el Secretario ejerce asimismo como Dtor. Gerente de la Agencia Valenciana de Salud.

Le corresponden a la DGSP las tareas de planificación y gestión de la vigilancia epidemiológica; la seguridad alimentaria; el diseño de programas de salud; la salud laboral; la salud materno-infantil; y el Plan Autonómico del Sida. La DGSP se estructura en torno a 3 áreas con nivel de subdirecciones: el Área de Coordinación de Centros y Actuación en Salud Pública (a la que se adscriben los directores de los 16 centros de Salud Pública), el Área de Epidemiología y el Área de Seguridad Alimentaria.



Además, se le asignan directamente al director general de Salud Pública otros dos servicios: 1. el Servicio del Plan del Sida <sup>99</sup>, al que le corresponde el diseño, gestión y coordinación de los programas de prevención y control del VIH/ sida y de reducción de daños; y 2. el Servicio de Salud Laboral, al que corresponden las siguientes funciones:

- Ejercicio de las competencias sanitarias en prevención de riesgos laborales, incluyendo las relativas a autorización e inspección de instalaciones sanitarias.

<sup>99</sup> Decreto 26/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad.

- Dirección y evaluación de la vigilancia de la salud en el trabajo, mantenimiento del sistema de información sanitaria, y promoción de la salud laboral.
- Control y vigilancia de los aspectos sanitarios de los productos químicos, especialmente de plaguicidas y biocidas.
- Gestión del sistema de información de riesgos biológicos en personal sanitario.

A nivel territorial, la organización de los servicios de SP se desarrolla de forma paralela a los servicios asistenciales. Se cuenta para ello con una red periférica de centros de Salud Pública (CSP) cuyo ámbito territorial se sitúa en el marco de los departamentos de salud (anteriores áreas de salud) o regiones sanitarias. Estos centros, herederos de los centros de salud comunitaria creados en 1986 dentro de la estructura asistencial de la AP, garantizan la prestación de servicios de Salud Pública en toda la Comunidad <sup>100</sup>. Los 16 CSP que conforman la red constituyen las estructuras sanitarias en las que se localizan físicamente los equipos de Salud Pública, equipos multidisciplinares integrados que asumen la ejecución, en su ámbito de actuación, de los programas y acciones diseñados desde los SSCC. En prevención y promoción de salud, la gestión se hace desde AP, si bien la planificación corresponde a Salud Pública.



\* Solo en 5 de los CSP, que se van a concentrar en los 3 de las capitales de la provincia

100 Estos centros se crearon en virtud del Decreto 42/1986, de 21 de marzo, con las siguientes funciones: 1. identificación y análisis de los factores de riesgo y problemas de salud del Área, 2. vigilancia y control de riesgos ambientales, laborales, alimentarios y sociales; 3. asesoramiento a los entes municipales en materia de SP; 4. organización de actividades de educación para la salud y mejora de la salud poblacional; y 5. evaluación de las intervenciones sanitarias.

Se espera que la aplicación de la nueva Ley 4/2005, de 17 de junio, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana introduzca algunos cambios significativos en la estructura organizativa y funcional de los servicios de SP<sup>101</sup>. En virtud de dicha ley, se devuelven a la Consejería de Sanidad las competencias en salud ambiental y se le atribuye la vigilancia sanitaria de los factores ambientales (calidad de las aguas, contaminación atmosférica, residuos sólidos, contaminación acústica, electromagnética y radiactiva). Además, se crean tres nuevos organismos públicos autónomos adscritos a la Consejería: la Entidad Valenciana para la Acción en Salud Pública (EVASP) la Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria y el Centro Superior de Investigación en Salud Pública.

En teoría, la implementación de la ley conlleva la desaparición de la DGSP como tal, que pasará a integrarse en la EVASP, autoridad sanitaria en SP bajo dependencia directa del Consejero. Además, en el Consejo de Gobierno del nuevo organismo se integrarán otras Administraciones públicas con relación directa con la SP. Su director ejecutivo tendrá rango de director general. Se le asignan a la EVASP las funciones de planificación, desarrollo y ejecución de las competencias autonómicas en SP. Además, se prevé dotarla de órganos y servicios específicos en cada una de las áreas funcionales de gestión, seguridad alimentaria, salud ambiental, vigilancia en SP, salud laboral, promoción y educación para la salud. Asimismo, ejercerá sus competencias a nivel territorial a través de los directores departamentales del organismo, a los que se les asigna la autoridad en su ámbito territorial, así como la dirección y gestión de los CSP bajo su circunscripción. Por otra parte, se prevé también la creación de consejos sectoriales de SP que actuarán como órganos de información y coordinación intersectorial a nivel periférico, contando para ello con representación de los profesionales de los CSP, los centros asistenciales y las corporaciones locales del sector de salud correspondiente.

La Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria ha sido creada con la misión de garantizar un alto nivel de seguridad alimentaria y se le ha asignado la coordinación del ejercicio de competencias entre los órganos de la administración autonómica y local. Le corresponden las siguientes

---

101 Sin embargo, según algunos de los entrevistados, esta ley puede adolecer de contenidos en SP y no ha resuelto ciertas deficiencias como la ambigua delimitación competencial y papel de los ayuntamientos en materia de SP.

funciones: la evaluación y comunicación del riesgo alimentario; la elaboración, aprobación y evaluación del Plan de Seguridad Alimentaria; y la supervisión de la actuación de los organismos competentes en la ejecución del Plan. En cuanto al Centro Superior de Investigación en Salud Pública, le corresponde a éste la ejecución de las políticas de la Consejería en materia de investigación y en coordinación con las universidades y asociaciones empresariales. Se le asignan, entre otras, las funciones de planificación y ejecución de acciones para la promoción de la investigación científica; la formación científica del personal sanitario; la colaboración y apoyo tecnológico destinado a instituciones científicas y laboratorios; y el asesoramiento científicotécnico.

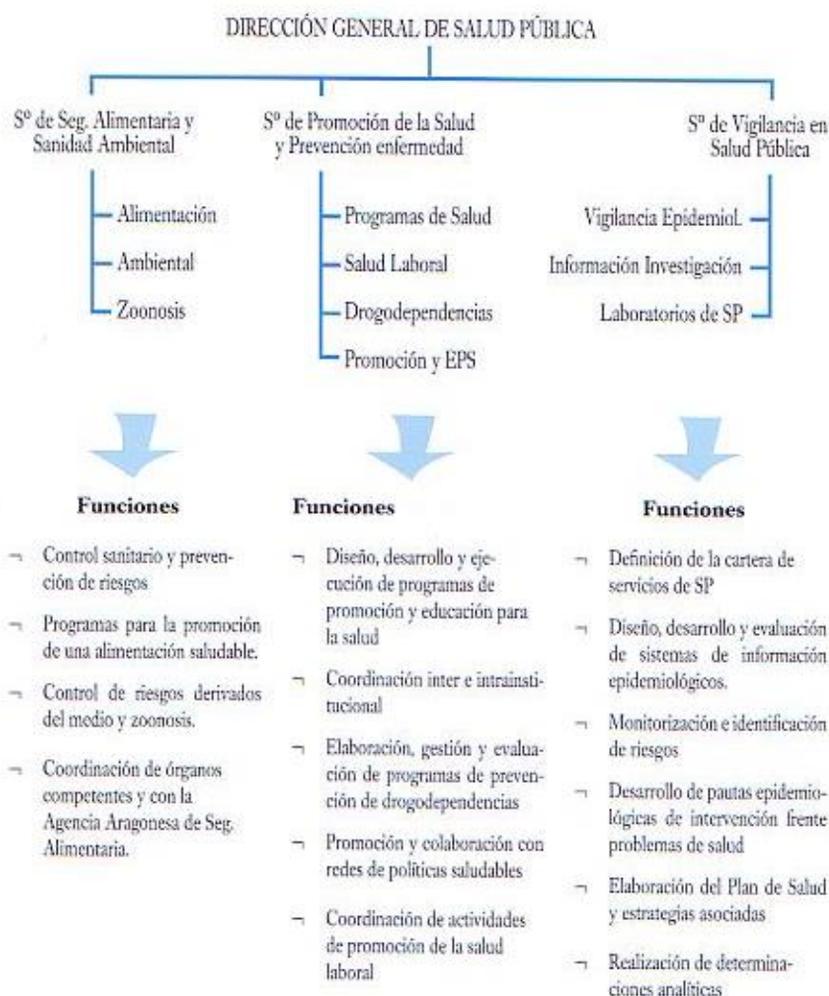
### 3.2.5. Aragón

En Aragón, la estructura de los servicios de Salud Pública tiene su origen en las antiguas Jefaturas Provinciales de Sanidad. En 1983, tras las transferencias sanitarias, se organizó la DGSP como máxima autoridad autonómica en SP. En 1999, la disolución de ésta hizo que la mayor parte de sus funciones se adscribieran al Servicio Aragonés de Salud. Esta situación se mantuvo hasta 2003 cuando las competencias pasaron de nuevo a la DGSP que vuelve a crearse bajo dependencia de la Consejera en el Departamento de Salud y Consumo <sup>102</sup>.



102 Decreto 267/2003, de 21 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo.

Le corresponden a la DGSP, entre otras, las funciones de planificación, coordinación y organización de servicios de SP; la producción normativa; la información, vigilancia e intervención epidemiológica; la salud ambiental; y la protección frente a riesgos alimentarios. Asume también todas las funciones clásicas que competen a los SSCC, así como las tareas de fármaco vigilancia; la prevención de enfermedades; la educación para la salud; la formación e investigación en SP; la promoción de la salud laboral; la sanidad mortuoria; y la elaboración del Plan de Salud de Aragón.



En el nivel territorial, los profesionales de Salud Pública ejercen sus funciones como personal adscrito a las distintas subdirecciones provinciales de SP. Éstas no dependen de la DGSP sino directamente del Director provincial de Salud y Consumo, a su vez bajo dependencia directa de la Consejera. Cada una de estas subdirecciones reproduce una estructura similar a la existente a nivel central.



Las funciones y actividades asignadas en el nivel territorial incluyen la prestación de servicios directos; las actividades de vigilancia epidemiológica; los programas y la promoción de salud; la inspección y gestión de procedimientos de autorización y registro en alimentaria y ambiental; otros procedimientos administrativos (incluyendo el sancionador); la Policía Sanitaria; y la coordinación de recursos propios.

La ejecución de actividades en alimentaria y ambiental corresponde a los profesionales de SP adscritos a las subdirecciones provinciales y financiados desde Salud Pública <sup>103</sup>. Los veterinarios están desde hace unos 15 años integrados en las zonas veterinarias, donde conviven con los veterinarios de agricultura y comparten espacio en las Oficinas Comarcales Agrarias (adscritas al mapa comarcal de Aragón). Los farmacéuticos, en virtud de la Ley de Ordenación Farmacéutica para Aragón de 1999, se integraron en el Servicio Aragonés de Salud, donde asumieron actividades de SP, ordenación farmacéutica y uso racional del medicamento. En 2003, cuando los servicios de SP vuelven a integrarse en la Consejería, se les asignan nuevas

103 Actualmente conviven en el Departamento de Salud tres organizaciones territoriales diferentes: el mapa sanitario en ZBS, sectores y áreas (referente del Servicio Aragonés de Salud); las zonas veterinarias con las oficinas comarcales agrarias (OCA, referente para los Servicios Veterinarios Oficiales); y las zonas farmacéuticas (fruto de la suma de dos o más ZBS donde prestan sus servicios los Farmacéuticos de la Administración Sanitaria).

tareas en SP. Actualmente, algunos se ubican físicamente en los centros de salud, mientras que otros comparten espacio con los veterinarios en las oficinas delegadas del Gobierno de Aragón. El resto de profesionales de SP (médicos, enfermeros) trabajan fundamentalmente en las áreas de vigilancia epidemiológica, programas y promoción de salud, y están ubicados en las subdirecciones provinciales o en la DGSP.

En relación al papel de las corporaciones locales, se detectan ciertas dificultades vinculadas a la capacidad de ejecución de algunos ayuntamientos. Si bien éstos tienen asignadas competencias en Salud Pública, sobre todo en ambiental, el hecho de que se trate por lo general de ayuntamientos muy pequeños, lleva a que muchos de ellos carezcan de una capacidad efectiva para la ejecución de tales competencias. Diferente es el caso de Zaragoza capital, donde se dispone de servicios propios que han puesto de manifiesto la necesidad de acordar la relación y distribución de tareas con las estructuras de Salud Pública.

En 2002 se creó la Agencia Aragonesa de Seguridad Alimentaria, un organismo autónomo que se ha convertido en centro de referencia a nivel autonómico <sup>104</sup>. Se le han asignado las funciones de información y asesoría a los distintos agentes y entidades implicados, la elaboración de estudios y la gestión de la participación. La gestión, evaluación y comunicación del riesgo siguen bajo responsabilidad de los departamentos correspondientes en su ámbito competencial. A diferencia de las agencias creadas en Cataluña y Valencia, o de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, en Aragón se ha adscrito al Departamento de Agricultura y Alimentación, mientras que su actividad se evalúa y controla conjuntamente con Salud. Su ámbito de actuación compete la seguridad de los alimentos destinados al consumo humano, incluyendo la nutrición, así como todos aquellos aspectos de calidad que puedan incidir en la salud humana a lo largo de toda la cadena de los alimentos, desde la producción primaria hasta la llegada del producto al consumidor.

Desde 2004 se está desarrollando en Aragón un proceso de reflexión sobre la reforma de la SP. Fruto de este proceso se generó un primer borrador del Plan Estratégico de Salud Pública (septiembre 2005). El borrador

---

104 Decreto 42/2002, de 25 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se crea la Agencia Aragonesa de Seguridad Alimentaria.

fue concebido como herramienta de trabajo destinada a analizar y redefinir funciones, objetivos y métodos de trabajo que permitieran formular una nueva estructura y un marco territorial más adecuado para la SP. En él se presentan siete líneas estratégicas básicas sobre el nuevo modelo organizativo; su ordenación territorial; el papel de los laboratorios y sistemas de información; y la imagen y visibilidad de la SP. Entre otras propuestas se plantea la creación de un organismo autónomo adscrito al Departamento de Salud y Consumo para la ejecución de competencias en SP. Además, adelanta un modelo de organización periférica estructurada en Zonas de Salud Pública con sus correspondientes Centros de Salud Pública, en los que se integraría un equipo multidisciplinar implicado en la ejecución de las actividades en su zona.

Este primer borrador se ha sometido a un proceso de consultas con los distintos actores clave implicados en los procesos de SP en Aragón, así como con asesores y expertos externos. Fruto de este proceso se ha publicado en junio de 2006 una segunda versión del Plan Estratégico de Salud Pública.

### **3.2.6 País Vasco**

En el País Vasco, la autoridad autonómica en Salud Pública reside en la Dirección de Salud Pública (DSP). A nivel organizativo, se sitúa en el mismo rango que los Directores Territoriales de Sanidad y las Direcciones de Ordenación y Planificación Sanitaria; Financiación y Contratación Sanitaria; y Farmacia, todas ellas dependientes de la Viceconsejería, situada bajo la autoridad jerárquica del Consejero del Departamento de Sanidad.

La Dirección de Salud Pública cuenta en los Servicios Centrales con dos jefaturas de servicio: una de Información, donde se incluyen los servicios de Epidemiología y Promoción de Salud, y una de Programas de Salud Pública, a la que se adscriben las secciones de Ambiental y Alimentaria. Los técnicos de evaluación de riesgos se sitúan en las 2 jefaturas de servicio.



#### Funciones de la Dirección de Salud Pública<sup>105</sup>

- Desarrollo y ejecución de políticas de protección y promoción de SP
- Vigilancia, análisis epidemiológico y prevención de enfermedades.
- Control sanitario, evaluación de riesgos e intervención pública en higiene y seguridad alimentaria, sanidad ambiental y demás actuaciones vinculadas a la SP.
- Resolución de autorizaciones administrativo-sanitarias en su ámbito de competencia
- Coordinación de actuaciones sanitarias ante situaciones de alerta alimentaria
- Promoción y apoyo a la cooperación con entidades locales, apoyo técnico-material y diseño de estrategias conjuntas
- Coordinación, programación y dirección de la red de laboratorios SP
- Resolución de procedimientos sancionadores en materia de SP

En el nivel territorial, se cuenta con las Direcciones Territoriales de Sanidad de Álava, Guipúzcoa y Vizcaya, bajo la dependencia del Viceconsejero de Sanidad. Dependiendo de cada una de estas direcciones, se sitúan las Subdirecciones de SP en los tres territorios. Si bien éstas se localizan bajo la autoridad de los Directores Territoriales de Sanidad, se encuentran funcionalmente adscritas a la DSP, en los Servicios Centrales. Cada una de estas Subdirecciones dispone de una unidad de epidemiología, una unidad de control e higiene de los alimentos y una unidad de salud ambiental. También se cuenta con los servicios de un laboratorio de SP. En el nivel más periférico y dependiendo de cada Subdirección se encuentran las comarcas de SP, las cuales disponen de una zonificación exclusiva para SP (4 en Guipúzcoa, 4 Vizcaya, 1 Álava). El equipo de profesionales a nivel comarcal puede rondar las 15 personas, estando constituido por un jefe comarcal de SP junto con técnicos responsables de las actuaciones en Ambiental y Alimentaria. Los servicios de epidemiología por su parte, se localizan en las tres subdirecciones en cada Dirección Territorial, pero también en el nivel superior, en los SSCC.

<sup>105</sup> Decreto 268/2001, de 6 de noviembre, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Sanidad.



En enero de 2001 se creó la Fundación Vasca para la Seguridad Alimentaria (ELIKA) a iniciativa del Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación, con la misión de asesorar a éste en el desarrollo de estrategias para disminuir los riesgos asociados a los alimentos. En la actualidad constituye la referencia autonómica en evaluación del riesgo, incluyendo entre sus funciones la identificación de peligros emergentes; la recopilación y análisis de información; y la evaluación de los niveles de exposición. Su ámbito de actuación se extiende al sector primario, alimentación animal e industria alimentaria.

## Resumen ejecutivo de los modelos organizativos autonómicos

### I. LA ESTRUCTURACIÓN DE LA SP EN LA ESPAÑA DE LAS CCAA

#### REPARTO COMPETENCIAL ENTRE EL ESTADO Y LAS CCAA

- Estructuración similar a la de un Estado Federal:
  - Gestión del grueso de los servicios CCAA
  - Desarrollo de normas básicas, sanidad exterior y coordinación sanitaria MSC
- Coordinación con las CCAA a través del CISNS (deficiencias en la coordinación efectiva / falta de liderazgo técnico y político por parte del MSC) y de corresponsabilización por parte de algunas CCAA.
- Ejercicio efectivo de la autoridad bajo las administraciones autonómicas y territoriales, con algunas diferencias según la reorganización territorial y el reparto competencial introducido en cada CCAA.

#### RASGOS BÁSICOS COMUNES A LOS DISTINTOS MODELOS AUTONÓMICOS

- Nivel central: DGSP (o equivalente), donde reside la rectoría y autoridad en SP
- Nivel territorial: diferencias en el despliegue organizativo e integración con servicios asistenciales.
  - Madrid y Valencia: red territorial de centros periféricos de SP diferenciados de servicios asistenciales.
  - Otras CCAA: estructuras basadas en distritos sanitarios o similares, más cercanas a la red asistencial.
- Nivel local: actuación de los profesionales de SP con el apoyo de servicios territoriales y en concurrencia con la red asistencial y las corporaciones municipales.
- Sistemas de información y Vigilancia: por lo general bajo responsabilidad de SP (en ciertas CCAA, bajo el Servicio Autonómico de Salud). Gestión de la vigilancia desde las delegaciones territoriales, bajo la coordinación de SSCC y con implicación de profesionales sanitarios (notificación de EDO y brotes epidémicos).
- Protección: por lo general en la misma red que Vigilancia pero con mayor implicación de los municipios.
  - Salud ambiental: función normativa y control bajo responsabilidad de la DGSP, ejecución en manos de técnicos de SP apoyados por las unidades territoriales.
  - Alimentaria: control sanitario bajo veterinarios y farmacéuticos apoyados por SSCC y/o territoriales. Creación de Agencias alimentarias adscritas a Salud o

- Agricultura, con participación de otros sectores de la Administración y agentes relevantes (agricultura, medio ambiente, industria, consumidores, municipios)
- Laboratorios de SP: gran diversidad, desde CCAA con un único laboratorio de referencia, hasta estructuras en red en torno a los servicios provinciales.
- Prevención y promoción: formulación de grandes líneas y desarrollo de políticas desde la DGSP o equivalente. Actividades preventivas integradas en la red asistencial, con gran variabilidad en la asunción efectiva de tareas. Programas comunitarios de monitorización y control de enfermedades transmisibles, salud materno- infantil y campañas de sensibilización y educación para la salud. Participación de los municipios en ciertas actividades y programas.

## II. EL PROCESO DE REFORMA

En línea con la tendencia identificada en el contexto internacional y europeo, se registra a nivel autonómico un interés estratégico por fortalecer las estructuras de SP. En varias CCAA se han iniciado procesos de reflexión en torno a una posible reforma de la SP, y en Cataluña y Valencia el proceso se encuentra bastante avanzado comparativamente hablando.

- Cataluña: a lo largo de 2007 se espera aprobar una Ley de SP cuyo anteproyecto contempla la creación de una Agencia de SP de ámbito autonómico.
  - Asumiendo algunas de las características de la nueva gestión pública, se prevé dotarla de profesionales altamente especializados y de un núcleo funcional que garantice el ejercicio de la autoridad sanitaria.
  - Carácter ejecutivo, presidida por la Consejera, y con una Junta de Gobierno integrada de modo paritario por Ayuntamientos y Departamentos relevantes de la Generalitat.
  - Organización territorial coherente con el actual proceso de descentralización de poderes hacia los territorios.
- Valencia: aprobación en junio de 2005 de la nueva Ley de Salud Pública a través de la cual se han creado 3 nuevos organismos: la Entidad Valenciana para la Acción en SP (EVASP), la Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria, y el Centro Superior de Investigación en SP. Se prevé que la actual DGSP se integre en la EVASP, la cual detentaría así la máxima autoridad autonómica en SP. Otras características del nuevo organismo:
  - Participación intersectorial en su consejo de gobierno
  - Despliegue territorial con un equipo de directores departamentales.
  - Creación de consejos sectoriales de SP, órganos de información y coordinación intersectorial a nivel periférico con representación de centros de SP, centros asistenciales y corporaciones locales.
- Madrid: en 2001 se creó el Instituto de Salud Pública (ISP), un órgano autónomo responsable de la ejecución de las directrices marcadas desde la DGSPA. Con ello,

se avanzó en la separación de las funciones de autoridad sanitaria (DGSPA) y la prestación de servicios (ISP). Situación actual:

- Ciertas deficiencias y duplicaciones en el reparto de recursos y competencias llevó en 2004 a adscribir la dirección del ISP al titular de la DGSPA.
  - En 2002 se inició un proceso de consulta a expertos y profesionales en torno al futuro de la SP, proceso que ha resultado en la publicación del Libro Blanco de la SP de la Comunidad de Madrid.
- Aragón: proceso de reflexión en curso del que se ha producido un primer borrador estratégico (septiembre 2005) en el que se sientan las bases para avanzar en la Reforma. En él se recoge una serie de líneas estratégicas sobre el modelo organizativo, su ordenación territorial, los principios básicos del proceso y su estrategia de acción. Entre otros aspectos, destacar las siguientes propuestas:
- Creación de una agencia de ámbito autonómico adscrita a Salud.
  - Modelo de organización periférica en torno a Zonas de Salud Pública con sus correspondientes Centros de Salud Pública donde se ubicarían equipos multidisciplinares integrados.

### 3.3. Modelo organizativo y de provisión de servicios de Salud Pública en Andalucía

#### 3.3.1. Estructura organizativa y funcional

En 1985, Andalucía alcanzó el techo de sus competencias en materia de sanidad e higiene en virtud del proceso de transferencias sanitarias del Estado a las CCAA. Como parte de este proceso, se creó la Consejería de Salud y se empezaron a recibir competencias sanitarias hasta entonces dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo. En 1986 se crea el Servicio Andaluz de Salud en virtud de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, la cual establece una clara diferenciación entre las funciones propias de la Consejería, ligadas a la definición de políticas, autoridad sanitaria y garante del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, y las funciones propias del SAS, como organismo autónomo responsable de la gestión y prestación sanitaria de la red de dispositivos en atención primaria y especializada.

En esta primera etapa, toda la estructura de Salud Pública queda integrada en el SAS, al que se le atribuye el desarrollo y ejecución de las competencias que la normativa confiere a la Consejería en materia de sanidad e higiene. Se reúnen así en un solo dispositivo funcional y administrativo todos los recursos sanitarios autonómicos, incluyendo los de Salud Pública. En 1992, la aprobación del Decreto 208/92 de Estructura Orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud supone la separación efectiva de la función de autoridad sanitaria, asignada a la Consejería, de las competencias propias de la gestión y prestación de servicios, bajo responsabilidad del SAS<sup>106</sup>. Finalmente, la promulgación de la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía supone la culminación del SSPA, el cual queda definido como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las Administraciones Sanitarias Públicas de la Comunidad Autónoma orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, la prevención y la atención sanitaria.

La Consejería es el órgano autonómico con responsabilidad directa en

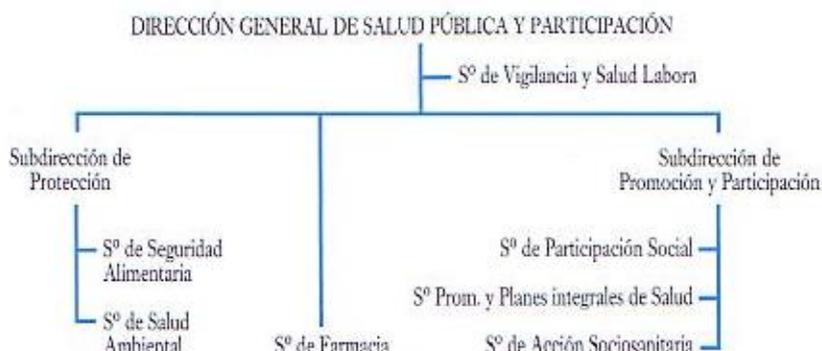
<sup>106</sup> Si bien la Ley 8/1986 había establecido ya dicha separación, en la práctica el SAS había ido concentrando la gran mayoría de las competencias sobre Salud, aunando funciones propias de autoridad sanitaria y aquellas otras de planificación, ordenación y provisión de servicios.

la determinación de las directrices de la política de salud, la Salud Pública, la Planificación sanitaria, la garantía de la cobertura y aseguramiento de los ciudadanos, la financiación sanitaria, la Ordenación farmacéutica y la política de concertos con otras entidades sanitarias. Junto a éstas, ejerce la dirección y coordinación del conjunto del SSPA. Su estructura orgánica y funcional viene definida en el Decreto 241/2004, de 18 de mayo <sup>107</sup>, donde se recogen los siguientes órganos y centros directivos:



Asimismo, el citado decreto asigna la autoridad autonómica en materia de SP a la Dirección General de Salud Pública y Participación, localizada en los Servicios Centrales bajo dependencia jerárquica de la Viceconsejería de Salud. Le corresponden a la DGSPP las competencias que la normativa le confiere en cuanto a la planificación, programación, dirección y coordinación de programas en promoción, protección de la salud y evaluación de riesgos ambientales.

107 Decreto 241/2004, de 18 de Mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.



#### Funciones de la DGSP

- Evaluación del estado de salud de la población y del impacto en salud de las políticas
- Definición, coordinación y evaluación de los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, vigilancia epidemiológica, educación sanitaria y salud laboral
- Control sanitario, evaluación de riesgos e intervención pública en salud alimentaria, salubridad del medio y otros factores relevantes para la SP
- Competencias autonómicas en materia de productos sanitarios y aquellos otros productos sometidos a reglamentaciones técnico-sanitarias
- Ordenación, inspección y sanción en materia de infracciones sanitarias, en su ámbito de actuación y dentro de las competencias asignadas a la DGSP
- Desarrollo de los programas de fármaco vigilancia y coordinación de los convenios suscritos a tal fin

A nivel territorial, la ejecución de las actuaciones corresponde a los servicios y equipos de profesionales a nivel de delegación, distrito sanitario y centros de atención primaria y especializada del SAS. Además, la Ley de Salud de Andalucía vincula al SSPA con otras administraciones públicas en el cumplimiento de sus funciones en materia de promoción, prevención y atención sanitaria. Con ello, se consolida el papel de los municipios y se completan las funciones y competencias ya a las corporaciones municipales el control sanitario del medio ambiente, industrias, actividades y transportes, edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, así como el de la distribución y atribuidas en la legislación del régimen local <sup>108</sup>.

Se describe a continuación la estructura organizativa y funcional de los diferentes órganos, servicios y dispositivos implicados en la provisión de servi-

108 Dicha legislación asigna suministro de alimentos, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humano. También se le atribuyen las funciones de policía sanitaria mortuoria y el desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos.

cios de SP en Andalucía en las áreas de Vigilancia en Salud, Protección (Salud Ambiental, Seguridad Alimentaria) Promoción de la Salud y Participación.

### 3.3.2. Vigilancia en Salud

El Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, norma básica que desarrolla la Ley General de Sanidad, y se encuadra en el marco de la Red Europea de Vigilancia Epidemiológica. En 1996 se aprueba en Andalucía el Decreto 66/1996, de 13 de febrero, que constituye y regula el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) bajo la dependencia de la Consejería de Salud.

#### FINALIDAD, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD LABORAL

El fin último del SVEA es la prevención de la enfermedad, para lo cual identifica los problemas de salud y sus factores determinantes, conociendo su distribución, tendencias y características de la población afectada. Para lograr este fin, se plantean los siguientes objetivos:

- Detectar situaciones epidémicas e intervenir en las mismas.
- Analizar, de forma continuada, las situaciones de salud como apoyo a la planificación sanitaria.
- Realizar o proponer la realización de los estudios específicos necesarios para un mejor conocimiento de la situación epidemiológica.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias.

#### PRINCIPALES LOGROS

El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008 incluye el proceso clave para reorientar la calidad de las políticas de vigilancia de la salud. Establece como misión de la vigilancia de la salud

hacer posible la planificación y evaluación de las políticas de la Consejería de Salud dirigidas a la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención sanitaria a la población andaluza. Cumple por tanto una función imprescindible para la Salud Pública, en la medida en que aporta información valiosa para orientar los servicios sanitarios y las políticas intersectoriales para mejorar la salud.

Este proceso clave comporta la recogida e integración de datos procedente de distintas fuentes, el análisis que permita conocer el estado de salud y sus determinantes en la población andaluza, y la difusión de esta información entre quienes deban conocerla para mejorar la salud.

En este sentido se han desarrollado las siguientes líneas de avance:

- I. Desarrollo de un nuevo sistema de vigilancia de la salud eficiente, que permite un análisis integral sobre los principales determinantes y problemas de salud que afectan a la población andaluza, con indicadores, criterios de definición, agrupación, periodicidad y soporte tecnológico, que hace posible disponer de información comparable y oportuna.
- II. Evaluación del impacto en la salud de las acciones sanitarias, monitorizando indicadores de resultados en salud y análisis de desigualdades, y con circuitos que hacen accesible la información a los responsables en la toma de decisiones sanitarias, individuales y colectivas, en los diferentes niveles del SSPA <sup>109</sup>.
- III. Desarrollo de una red de alerta de Salud Pública acreditada conforme a criterios de calidad, sensible a las demandas sociales, y que da una respuesta adecuada, urgente y continua, que integra los aspectos de vigilancia epidemiológica, salud ambiental, seguridad alimentaria, medicamentos y productos sanitarios y efectos adversos de la

109 En la actualidad se trabaja en un desarrollo técnico, basado en nuevas tecnologías para gestionar bases de datos de distinta procedencia, para dotar a los diferentes niveles del SSPA implicados en la Vigilancia de la Salud, de un Sistema de Información como herramienta que permita disponer de indicadores relativos a los determinantes de la salud en la población, morbilidad, mortalidad, cobertura y accesibilidad de la población andaluza a los servicios, agrupadas por módulos de vigilancia, y que este análisis sirva de ayuda para la toma de decisiones estratégicas y operativas que deban llevarse a cabo.

atención sanitaria, utilizando guías de actuación ante situaciones mas frecuentes de alerta, y desarrollando las competencias de los profesionales implicados.

### 3.3.3. Protección de la salud

#### ÁMBITOS DE TRABAJO

El ámbito de trabajo de Protección de la Salud (PS) se compone de dos áreas de trabajo, Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental. Ambas áreas se definen por una serie de características y especificidades comunes, que determinan y a la vez condicionan las actuaciones a desarrollar.

A ello habría que unir la implicación de la Administración Local en muchos de los campos de trabajo, la complejidad administrativa del trabajo a desarrollar, dado que en muchos casos es necesario otorgar autorizaciones administrativas, registros, certificaciones, etc., cuya tramitación debe adaptarse a los marcos legales del procedimiento administrativo común y el caracterizarse por contar con un personal técnico específico al nivel más próximo de actuación, cuerpos Superiores Facultativos de Instituciones Sanitarias opción Veterinarios y Farmacéuticos, dependientes del Servicio Andaluz de Salud.

#### ESTRUCTURA FUNCIONAL Y ORGANIZATIVA

A nivel inferior al provincial, la unidad funcional es el Distrito Sanitario; a nivel provincial, la funcionalidad se ubica en la Delegación, contando con ocho laboratorios uno por provincia, como instrumento de apoyo, tanto a la Salud Ambiental como a la Seguridad Alimentaria. A nivel central, cada área se constituye como una unidad administrativa con nivel de Servicio, que ostentan respectivamente el mismo nombre que dichas áreas.

El Servicio de Salud Ambiental se estructura en tres secciones: de riesgos ambientales, de seguridad química y de saneamiento ambiental; con una asesoría técnica de instalaciones complementaria. El Servicio de Seguridad Alimentaria cuenta con un área de evaluación de riesgos y formación y

tres secciones: de programas, vigilancia y control alimentario, de registro e inspección de establecimientos alimentarios y de laboratorios de Salud Pública y zoonosis.

Las funciones de protección se reparten entre aquellas más estratégicas que se realizan desde la estructura de la Consejería y las que se ejecutan por parte de los servicios sanitarios autonómicos. Mientras que en el primer caso y en sus distintos niveles, se define el «qué», en el segundo, se determina el «cómo». El instrumento marco de relación es el contrato-programa que cada año se establece entre ambos.

#### LÍNEAS DE AVANCE

Con carácter general, hay un conjunto de objetivos, comunes tanto a Salud Ambiental como a Seguridad Alimentaria, que se derivan del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En dicho Plan, se recoge como objetivo el «Impulsar la calidad de las políticas de protección». En este sentido se están desarrollando tres líneas de trabajo. En primer lugar, se está trabajando en el establecimiento de una metodología de evaluación del riesgo en protección de la salud, basada siempre en el mejor conocimiento científico disponible. En segundo lugar, se está avanzado en la implantación de criterios de calidad desarrollando el trabajo por procesos. Existe un Manual de Procesos en Protección de la Salud, se está trabajando en el desarrollo del mapa inicial y la implantación de los procesos diseñados, y se plantea avanzar en un modelo de acreditación de los servicios de Protección.

Por último se están implantando sistemas de información que permiten garantizar la calidad de las actuaciones. En este momento, existe una aplicación informática específica para Seguridad Alimentaria (SIGLA) y otra para Salud Ambiental (SIGSA). Ambas constituyen lo que será el Portal de Protección de la Salud. Portal que, al mismo tiempo que soporta ambos sistemas de información, servirá de nexo de unión entre los profesionales de este ámbito y mantendrá una puerta de conexión con el ciudadano.

En el ámbito de la Salud Ambiental se está desarrollando el primer Plan de Salud Ambiental de Andalucía. Dicho documento establece los objetivos y líneas de trabajo en éste ámbito para los próximos años y, liderado desde

Salud Pública, pretende ser un documento de consenso, de colaboración y de coordinación entre todas las administraciones implicadas en este tema.

### 3.3.4. Promoción de la salud

Las actividades de promoción de la salud y de prevención se encuentran en Andalucía integradas en los servicios del sistema sanitario público, una configuración recogida en toda la legislación, desde los primeros decretos de ordenación de los servicios de atención primaria y del SAS hasta el último decreto de estructura de la Consejería de Salud y el SAS.

Los documentos estratégicos que definen las actuaciones a desarrollar por el SSPA incorporan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actuaciones integradas en los servicios. De esta forma, el III Plan de Salud de Andalucía contempla de promoción de la salud y la educación para la salud como ejes transversales para el desarrollo de las metas en salud propuestas, junto a otros ejes íntimamente relacionados como la intersectorialidad, la perspectiva de género, la acción local, el protagonismo ciudadano o la reorientación de los servicios. Entre las líneas de acción priorizadas se identifica la promoción de los estilos de vida saludables y el abordaje mediante planes integrales como estrategias principales de actuación frente a los problemas de salud de mayor impacto.

Por otro lado, el II Plan de Calidad 2005-2008 desarrolla un proceso clave específico de impulso de las políticas de promoción y prevención con el objetivo fundamental de promover la mejora continua de la calidad de las estrategias de acción e impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como elementos de calidad de los servicios sanitarios. También se incorporan objetivos relacionados con la mejora de las estrategias de abordaje de las situaciones de exclusión social y el desarrollo de los planes integrales como elementos clave de atención a la salud.

#### PRINCIPALES LOGROS

En los últimos veinte años hemos asistido a una importante mejora en las estrategias de promoción de la salud y en la implantación y cobertura de

los programas de salud (detección precoz de errores innatos del metabolismo, programa de vacunaciones, seguimiento de embarazo, parto y puerperio, planificación familiar y seguimiento de la salud infantil y escolar). Otros servicios de más reciente implantación incluyen la detección precoz de la hipoacusia, dispensación de la píldora postcoital, consejo genético preimplantatorio y reconocimiento a mayores de 65 años. Además, todos los servicios de atención individual que se ofertan en la cartera actual contemplan contenidos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud,

Resulta relevante mencionar por su importancia en la promoción de la salud los programas de promoción de hábitos saludables en el ámbito educativo desarrollados en el último año:

- Programa para la prevención del hábito tabáquico en población escolarizada en 1º y 2º de ESO.
- Programa de promoción de hábitos de vida saludables relacionados con la alimentación y el ejercicio físico.
- Programa de promoción de la salud bucodental en el ámbito escolar.
- Pilotaje de un programa de prevención del tabaquismo a partir de los 12 años incluyendo la oferta de deshabituación tabáquica para toda la comunidad educativa.

Cabría mencionar, dada su especial relevancia en el ámbito de la Promoción de Salud el Programa Forma Joven, iniciado en 2001 y en el que participan las Consejerías de Salud, Educación y para la Igualdad y Bienestar Social, además de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias y las Asociaciones de Padres y Madres. El programa facilita asesorías de información y formación por parte de profesionales de educación y salud y se basa en la estrategia de educación entre iguales. El objetivo es desarrollar capacidades y habilidades de respuestas saludables, ante situaciones de riesgo o interrogantes que se presenten en esta etapa de la vida, para que ocio y salud sean compatibles. El programa se encuentra ampliamente implantado en centros de ESO y en la actualidad inicia su extensión en el ámbito universitario y entornos no escolares.

Destacar además las actuaciones dirigidas a mejorar los estilos de vida de la población: 1. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada; y 2. Plan Integral de tabaquismo de Andalucía. En ambos planes destaca el desarrollo de líneas de acción en todos los entornos (familiar, educativo, laboral y comunitario), además de las previstas para los servicios sanitarios, y cuentan con la participación de los sectores implicados además de las asociaciones científicas, las corporaciones locales y la propia comunidad en el nivel local. Destacar como elemento de calidad, que todas estas estrategias priorizan el trabajo con la población en mayor desventaja social y contemplan estrategias específicas para la lucha contra las desigualdades existentes.

Finalmente, mencionar la implantación relativamente reciente de la estrategia de planes integrales, contemplada en el III Plan Andaluz de Salud. Ésta aborda los principales problemas de salud de la población desde la prevención primaria hasta la rehabilitación, incidiendo en todos los aspectos que permitan los mejores resultados en salud; siendo sus ejes centrales la intersectorialidad, la participación ciudadana, la acción local y la atención a situaciones de especial vulnerabilidad. En la actualidad se encuentran implantados los planes integrales que abordan el cáncer, la salud mental, la diabetes, las cardiopatías, la accidentalidad, el tabaquismo y la obesidad infantil. Y en fase final de elaboración el Plan dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia y de las que proveen sus cuidados.

### 3.3.5. Participación

#### ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL DEL SERVICIO DE PARTICIPACIÓN Y ACCIÓN SOCIAL

Este servicio se estructura dentro de la Subdirección de Promoción, Participación y Atención Socio-Sanitaria, dentro de la actual Dirección de Salud Pública y Participación y tiene su nivel efector en las Delegaciones Provinciales de Salud, Servicios de Salud y Unidades de Participación Provinciales. Se articula a su vez con el SAS a través de la Subdirección de Coordinación de Salud y los servicios de Coordinación de Atención al Ciudadano y Servicio de Planificación Operativa.

Estructura su trabajo en el desarrollo de políticas públicas de salud orientadas a:

1. La participación individual y colectiva en tema de salud.
2. La articulación de políticas sociales que tienen repercusiones en la salud.
3. La política de gobernanza orientada a posibilitar el trabajo de la Salud Pública en el ámbito local.
4. Otros planes, procesos y programas.

Cada una de estas áreas de trabajo se organizan en acciones a tres niveles: a) en el ámbito sectorial de la organización del SSPA; b) en el ámbito intersectorial de la Junta de Andalucía; y c) en el desarrollo en las políticas de salud en el ámbito local.

#### PRINCIPALES LOGROS

1. Respecto a las políticas de participación:
  - a) Actualmente se mantienen relaciones con asociaciones de autoayuda acreditadas a través de las siguientes líneas de participación: cauces y racionalización de las reivindicaciones de mejoras de servicios; líneas de cooperación conjuntas para mejorar las respuestas al problema de salud que se trate y cauces de financiación y ayuda.  
  
Anualmente se convocan línea de subvención de carácter general en promoción de la salud y subvenciones específicas dirigidas a asociaciones de ayuda mutua, prevención de accidentes de tráfico en jóvenes, personas que ejercen la prostitución y proyectos de sida.
  - b) La Consejería de Salud está inmersa en la Elaboración del Plan de Participación que plantea una estructura funcional independiente y en el desarrollo jurídico que dé cobertura a dicho plan.

2. Referente a las políticas sociales con repercusiones en salud. La Consejería de Salud está desarrollando:
  - a) Acciones sectoriales dirigidas a reforzar aquellos servicios de salud que se encuentran en zonas de desventajas sociales o zonas con necesidades de transformación social (ZNTS).
  - b) Un trabajo de colaboración intersectorial con otros seis departamentos habiendo elaborado un método común de intervención en estas zonas y estando en proceso de construcción de políticas de acción coordinada.
3. En relación con las actuaciones de Salud Pública en el ámbito local. La Dirección General de Salud Pública y Participación está trabajando en:
  - a) Articulación de los temas prioritarios de Salud Pública en los entornos saludables desde la perspectiva de los planes municipales de salud en temas como alimentación y ejercicio físico, accidentes de tráfico, participación, protección de la salud, inmigración, frente al tabaquismo, etc.
  - b) Proyecto de investigación-acción participativa sobre la gobernanza y el papel de las instituciones para favorecer la aplicación local de respuestas a problemas de salud.
4. En el desarrollo de otros planes, procesos y programas.
  - a) Planes intersectoriales: Plan de Atención Integral a la Inmigración, Plan Integral de Atención a la Accidentalidad, Plan de Atención a la Discapacidad, Plan del Voluntariado.
  - b) Definición de procesos y planes integrales de salud con participación de las asociaciones: Plan de Atención Temprana, Plan de Obesidad y Ejercicio Físico, Proceso de Diabetes, Cardiovascular, etc.

En las cuatro líneas anteriores se han priorizado tres aspectos relevantes desde una perspectiva de Salud Pública:

- La función de mediación de la Salud Pública para la obtención de una convivencia más saludable.
- La función de aglutinador de los distintos sectores públicos en proyecto intersectoriales convergentes.
- La función de creación de cauce para la participación de la ciudadanía en la elaboración y desarrollo de planes integrales y políticas públicas de salud.

## 4. Conclusiones

### 4.1. Sobre el entorno y el marco general de la Salud Pública

#### 4.1.1. Crisis los últimos años

En los últimos años estamos asistiendo a una explosión singular y regular de las llamadas «crisis de Salud Pública» tanto en España como a nivel Europeo e Internacional, que han alarmado a la población y han tenido un gran impacto mediático, social y político.

#### 4.1.2. Globalización y asunción de responsabilidad

Hoy no nos encontramos en una época de cambio (la transición en España) sino en un cambio de época. En un mundo efectivamente globalizado (sin fronteras para los riesgos y con un aumento brutal de la movilidad y las migraciones) y sin mecanismos efectivos de protección a nivel global por el momento, los riesgos para la salud de las personas y las comunidades y las llamadas «crisis de Salud Pública» están adquiriendo un importante protagonismo. Necesitamos estructuras y mecanismos de SP supranacionales y multilaterales.

La globalización creciente de los determinantes y riesgos para la SP, los riesgos ambientales (del medioambiente físico y social) y el incremento brutal de los movimientos de personas y bienes, constituyen signos de nuestra época. Algunos de los expertos consultados identifican la inmigración como uno de los retos emergentes más importantes en SP.

En este contexto globalizado, el subsistema de SP se «sorprende» ante cada crisis sin asumir que es «esperable» que ocurra. Sin embargo, el sistema debería estar diseñado para prevenir en lo posible y gestionar/minimizar estas crisis, aún siendo evidente que la seguridad absoluta o el riesgo cero resulta imposible en nuestro actual mundo globalizado, con importantes incertidumbres.

Han de asumirse por otra parte, la corresponsabilidad individual y colectiva en los riesgos (ambientales por ejemplo), y huir del sesgo excesivamente paternalista dado que en la mente de los operadores económicos y del público en general, la Administración es la única responsable (en Seguridad Alimentaria por ejemplo), y aprender a compartir responsabilidades.

#### 4.1.3. Invisibilidad de la SP

La SP tiene una situación de debilidad dentro del sistema de salud y es bastante desconocida incluso entre los profesionales sanitarios asistenciales para los cuales, de hecho, tiene un prestigio limitado; y se encuentra excesivamente «sanitarizada» e incluso «medicalizada».

Además, la poca prioridad y claridad en los productos de la SP, la falta de competencia profesional, la situación de atomización de los servicios de SP y la dispersión de sus recursos humanos favorecen su «invisibilidad». De facto, hay una cierta dispersión de las funciones históricas de la SP en Ayuntamientos, Diputaciones, otros departamentos como Medioambiente e incluso en ámbitos privados.

Del mismo modo, la SP resulta invisible para el público excepto en las situaciones de crisis. Parece por tanto evidente que hay dotarle de la visibilidad e importancia que tiene.

#### 4.1.4. Otros retos del entorno

El aumento de las desigualdades sociales y la pobreza constituyen retos importantes en SP en nuestras sociedades actuales. De hecho, las desigualdades en Salud son actualmente uno de los objetivos prioritarios en Políticas de Salud en la mayoría de los Países miembros de la Unión Europea. La pobreza constituye un reto de primer orden en nuestro mundo globalizado, incluidas las franjas de marginación y exclusión en las sociedades ricas; y la lucha por su erradicación una necesidad prioritaria en términos de sostenibilidad, además de una exigencia ética y/o moral.

Procesos en curso como el envejecimiento de la población y la cronicación de las enfermedades van a exigir reajustes importantes en nuestra estrategias asistenciales y de atención; las enfermedades crónicas en particular van a constituir un reto creciente y de primer orden en Salud Pública. Además, de una manera creciente, se tiende a abordar desde SP las necesidades y problemas de salud relacionados con grupos específicos de población: personas mayores, jóvenes, inmigrantes...

Otros retos:

- Procesos relacionados con las nuevas formas de organización del trabajo y los procesos productivos; y nuevas formas de producción, comercialización y distribución de alimentos (necesidad de replantear y reforzar la Salud laboral y Alimentaria).
- Retos relacionados con el aumento brutal de los movimientos de personas y migraciones; enfermedades transmisibles re-emergentes ligadas a las condiciones socio-económicas y salud mental (desarraigos personales y culturales, incertidumbres globales, mayor vulnerabilidad).
- Preparación frente a situaciones de desastres naturales y provocadas (catástrofes naturales, situaciones de emergencia, bioterrorismo...). No se trata de crear más alarma social ni contribuir a aumentar la epidemia de miedo derivada de la realidad global existente y determinadas políticas interesadas en «rentabilizar» el miedo social; antes al contrario, hay por supuesto que estar preparados y con capacidad de respuesta ante potenciales emergencias. Pero a la vez, prevenir la cultura de la violencia y del miedo y las políticas y condiciones que las sustentan.
- Otros retos relevantes a abordar en nuestras sociedades modernas: las «Epidemias cotidianas» (cardiovasculares, cáncer y Sida); la Nutrición, alimentación y obesidad; los Accidentes (tráfico, laborales, domésticos); la Violencia (escolar, de género, política, social) etc.

## **4.2. Sobre el entorno internacional y europeo**

### **4.2.1. Tendencias emergentes en la región europea**

La SP ha adquirido una relevancia creciente en el ámbito competencial de la UE: las nuevas tendencias en salud, presiones sobre los sistemas sanitarios y las sucesivas crisis y alarmas de SP han acelerado la ampliación de competencias comunitarias en la materia.

Se perfilan dos grandes ejes en la estrategia sanitaria europea y con ella, en la política comunitaria en SP: situar la salud en el centro de todas las políticas de la UE (HIAP); y promover alianzas intersectoriales en salud con la participación activa del sector sanitario y la sociedad civil.

Estrategias y líneas de acción para los próximos años:

- Abordaje integral de los determinantes de la salud (enfoque poblacional, EIS, evidencia científica, pilotaje de innovaciones transferibles...).
- Desarrollo de indicadores armonizados y sistemas integrados de información como soporte científico para la monitorización, identificación y gestión de riesgos en SP.
- Prevención / protección frente amenazas desde una acción coordinada entre los estados.
- Acciones innovadoras en prevención y promoción de la salud.

### **4.2.2. Prioridades y líneas de acción comunitarias en los distintos ámbitos de la Salud Pública**

Sistemas de información, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades: avances en la armonización de la vigilancia dentro de la Región mediante el desarrollo de indicadores y sistemas de información homogéneos, nuevas herramientas y metodologías de soporte.

- Seguridad e Higiene de los alimentos: énfasis creciente en el análisis científico del riesgo, responsabilización de operadores alimentarios, trazabilidad de las acciones y actualización/armonización normativa.
- Sanidad Ambiental: enfoque integral, multisectorial y a largo plazo para avanzar en sistemas de información integrados sobre las complejas relaciones entre el entorno y la salud humana, que apoyen la toma de decisiones y el fortalecimiento normativo en la materia.
- Prevención y promoción de la salud: énfasis en el abordaje integral de las desigualdades en salud; transversalidad e intersectorialidad de las acciones, implicación comunitaria a través de plataformas de participación ciudadana y redes regionales y locales.

#### 4.2.3. Elementos organizativos y experiencias relevantes del entorno internacional

Énfasis, desde las estructuras de SP, en promover la acción intersectorial tanto a nivel central (entre diferentes administraciones y agencias) como a nivel periférico (mediante acciones de colaboración con autoridades/profesionales relevantes para la SP y con la participación del sector industrial, academia, ONG y sociedad civil).

Interés estratégico de los gobiernos por fortalecer la capacidad nacional de respuesta frente a amenazas de SP: creación de institutos, agencias temáticas o estructuras de apoyo que facilitan formación, apoyo y asesoramiento científico-técnico a las redes y equipos de profesionales que operan en el territorio.

#### POR GRANDES LÍNEAS DE ACCIÓN

##### **Protección, Vigilancia y Sistemas de información**

- Avances importantes en sistemas de información integrados para monitorizar, cuantificar y caracterizar enfermedades y riesgos del entorno, y evaluar sus efectos sobre la salud.

- Alianzas intersectoriales a nivel nacional, regional y local.
- Apoyo institucional a la formación de profesionales implicados en protección para promover una mayor consistencia, transparencia y eficacia en sus acciones sobre el terreno.
- Fortalecimiento de los recursos territoriales a través de delegaciones regionales de las estructuras centrales de SP.

### **Seguridad Alimentaria**

- Proliferación de agencias con la misión de reorganizar/consolidar los sistemas nacionales de seguridad e higiene alimentaria y mejorar la eficiencia en tareas de inspección y control. Adscritas por lo general a Agricultura o Salud, con participación intersectorial de otras administraciones (Consumo, MA, Industria).
- Implantación de sistemas de autocontrol y auditorías.
- Gran actividad formativa dirigida a agentes oficiales de control (para mejorar la consistencia y eficacia de sus acciones) y profesionales del sector (aplicación de normativas europeas y sistemas de autocontrol).
- Tendencia hacia la separación de las funciones de evaluación e inspección y énfasis en la producción de evidencia científica de apoyo a la toma de decisiones.
- Actividades de educación y sensibilización de los consumidores (recurso a las TIC como soporte).

## 4.3. Sobre la organización y Reforma de la Salud Pública en España

### 4.3.1. Necesidad de la Reforma

La necesidad de la Reforma de la Salud Pública constituye una de las conclusiones esenciales del presente trabajo a la luz del resultado del análisis de la situación, las tendencias identificadas a nivel internacional y Europeo, y la opinión unánime de los expertos y agentes clave consultados en Andalucía, España y Europa.

A continuación, intentamos sintetizar los argumentos más importantes que sustentan la necesidad y oportunidad de la Reforma:

1. En la situación (global) actual, el reforzamiento y potenciación de la Salud Pública constituye un signo de buen gobierno y un reto democrático para una sociedad democrática avanzada. Y una responsabilidad pública sin duda, de anticiparse en lo posible, minimizar los riesgos emergentes y proteger la salud comunitaria.
2. Hay suficiente evidencia contrastada respecto a que los sistemas sanitarios contribuyen comparativamente de una forma modesta en la mejora del estado de salud de la población (los determinantes de la salud más importantes aparte de los factores genéticos/biológicos, son el medioambiente físico y social, y las condiciones y estilos de vida de las personas). El aparato asistencial sanitario «produce» muchos actos sanitarios y avanza a no poca velocidad, pero está demasiado orientado hacia el tratamiento de la enfermedad, y no suficientemente hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; además de estar sometido a un incremento de sus costes difícilmente controlable y sostenible (algunos expertos refieren que está «desbocado»). Una SP reformada debe contribuir a reorientar los servicios sanitarios y sus resultados y ganancias en salud.
3. Las llamadas «crisis de SP» y el incremento de los riesgos globales, junto con la creciente sensibilidad social al respecto, hacen que temas de SP tengan un mayor protagonismo e impacto mediático y político; y va a plantear de una manera creciente la exigencia de rendimiento de cuentas de los poderes públicos por parte de la sociedad civil.

4. Los servicios de SP, tal y como hoy todavía están en gran parte configurados y organizados, no responden a la realidad histórica y sanitaria actual y tienen debilidades estructurales (modelo rígido de organización y gestión, falta de profesionalización, invisibilidad excepto en situaciones de crisis, falta de prioridad y peso en el conjunto del sistema sanitario...). Para responder adecuadamente a las necesidades de nuestra sociedad actual y a los retos emergentes necesitan ser actualizados y reformados.
5. Como se ha comentado anteriormente, apostar por la Salud y la Salud Pública tiene un impacto económico y rentabilidad en el medio y largo plazo evidentes. Además, algunas de las funciones y actividades de SP (inspección y control por ejemplo, en Alimentaria y Ambiental), inciden directamente en las compañías y sector empresarial y tienen un impacto significativo en el sector económico (la industria alimentaria más avanzada y con intereses en la exportación por ejemplo, está objetivamente interesada en la modernización de la SP).

Consecuentemente, la Salud Pública tiene que constituir una prioridad política estratégica, y su Reforma y modernización de la gestión, una necesidad objetiva de la misma forma que lo fue la Reforma de la Atención Primaria en los años ochenta. La Reforma de la Salud Pública es pues una asignatura pendiente en una parte importante de los países de nuestro entorno.

#### **Constituyen Ideas Fuerza de la Reforma**

Profesionalización, Independencia, Rendimiento de cuentas,  
Flexibilidad, Innovación, Eficacia, Eficiencia,  
Calidad y Capacidad de respuesta.

### **4.3.2. Principios políticoestratégicos**

#### **MAYOR PRIORIDAD EN LAS AGENDAS POLÍTICAS**

Existe un convencimiento unánime entre los expertos consultados respecto a la necesidad de dar mayor prioridad en las agendas políticas al sector Salud, y a la Salud Pública en particular. Asimismo, hay una crecien-

te conciencia, sensibilidad e incluso, en ocasiones, excesiva alarma social sobre algunos problemas de SP; y la sociedad va a exigir mucho más de sus gobiernos y de sus servicios de Salud Pública.

#### LA NECESARIA AUTONOMÍA DE LA SALUD PÚBLICA

En general, hay acuerdo entre los profesionales de SP sobre la conveniencia de una relativa distancia de la SP respecto del nivel político, un aumento de la autonomía profesional, y un alejamiento de la esfera de lo políticamente «graciable» (de hecho, se produce a veces una cierta confusión de papeles entre la Política y la SP, si bien éstas responden a diferentes lógicas de legitimidad: los procesos democráticos y la competencia profesional respectivamente). En España la SP está más politizada que en otros países de nuestro entorno natural europeo.

Con todo, convendría distinguir entre una interferencia política y el hecho de que desde los niveles de toma de decisión se deba contrapesar y valorar las necesidades salubristas y otros intereses económicos y sociales; la Salud Pública no es evidentemente la única variable a considerar, aunque sí una de las más importantes en la percepción de los ciudadanos y bienestar de la sociedad.

También (y especialmente en protección), resulta necesario mantener una distancia de las empresas y sector económico y prevenir la excesiva dependencia de las empresas y compañías objeto de la inspección/auditoría. En ese sentido, la protocolización, supervisión y transparencia en las actuaciones puede sin duda ayudar.

#### LA IMPORTANCIA DE LAS ENTIDADES/GOBIERNOS LOCALES EN SALUD PÚBLICA

El nivel local constituye un ámbito básico para la intervención en Salud Pública y los Ayuntamientos socios estratégicos claves para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de sus habitantes. El marco legal existente en Andalucía responsabiliza a los ayuntamientos de determinadas competencias en SP; pero para que éstos puedan dar una respuesta adecuada, hay que dotarles de los recursos, instrumentos y apoyos necesarios.

Sería recomendable promover políticas de proximidad y trabajar más estrechamente con los ayuntamientos, implicándoles en los objetivos de SP y su consecución.

Es importante utilizar las estructuras de SP de los Ayuntamientos grandes, en la idea de que lo importante en SP es garantizar que se hace lo que se tiene que hacer y no quién lo hace, o cuáles son los límites entre competencias inter-institucionales.

En el caso de los Ayuntamientos grandes con recursos propios en SP, podrían funcionar previo acuerdo como organización responsable de la prestación de servicios de SP en la ciudad.

#### LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Si ésta constituye una apuesta básica en cualquier democracia avanzada y deliberativa, en Salud Pública resulta un eje transversal fundamental en todas las áreas e intervenciones en SP. Consecuentemente, es prioritario crear las condiciones, estructuras y formatos que promuevan la participación de otras Instituciones públicas y privadas así como de la sociedad civil.

### 4.3.3. Principios generales

#### LIDERAZGO EN SP E INTERSECTORIALIDAD

Un reto emergente de primer orden tiene que ver con la capacidad de liderazgo en SP y el abordaje y trabajo intersectorial para mejorar la salud de la población.

Existen acepciones diversas del concepto «liderazgo»; pero más allá de la discusión conceptual se trataría en la práctica de «llevar la voz cantante», «constituirse en referente», «asumir la dirección estratégica». Y resulta requisito previo, tener la ambición de ejercerlo.

El Liderazgo en Salud Pública conlleva sin duda la promoción de la

salud de la población, su protección, la prevención de la enfermedad y en su caso, la garantía de una atención sanitaria efectiva.

Es decir, estamos hablando de promover y elaborar unas Políticas de Salud tendentes a mejorar la Salud comunitaria; contribuir e influir otras Políticas Públicas con especial impacto en salud (medioambiente, agricultura, vivienda, urbanismo, industria, trabajo...); influir también en el sector privado promoviendo políticas, prácticas y productos más saludables; y promover en los individuos y comunidades la corresponsabilización en su salud y unas conductas y estilos de vida saludables.

Y lo anterior a través de la abogacía en salud. El razonamiento para la abogacía en salud, más allá de la clásica y evidente importancia de la salud, debe introducir argumentación basada en la evidencia sobre los beneficios (incluso económicos) para toda la sociedad. Además, la mejora del estado de salud y calidad de vida de la población constituye un reto global democrático para toda la sociedad que afecta a diferentes departamentos y sectores.

Además de los servicios de SP, puertas de entrada para hacer abogacía, podrían ser las ONG comprometidas con la SP y las instancias de abogacía de los ciudadanos (defensores o instancias similares).

El liderazgo de hoy tiene también que ver con la «inteligencia creativa», es decir, la capacidad de convertir algo que no existe, en algo real y valioso; de transformar y mejorar la realidad.

No obstante, hay que evitar caer en la deriva fundamentalista en SP y gestionar inteligentemente los posibles conflictos con otros intereses (económicos por ejemplo), buscando un «equilibrio» entre los intereses salubristas y los económico-sociales; así como prevenir aproximaciones omnipotentes (habrá que hacer bien/mejorar lo que tenemos, para poder plantearse nuevas tareas y ambiciones).

Por otro lado, resulta claro que el liderazgo hay que ganárselo, y ello con respuestas eficaces, credibilidad y capacidad de comunicación. Las organizaciones de SP tienen que ganarse un liderazgo de opinión en los temas de SP.

La intersectorialidad por otra parte, constituye una herramienta indispensable para ese nuevo liderazgo en SP. Pero más allá del discurso, hay que hacer operativo este objetivo creando estructuras, procedimientos y formatos que lo hagan posible (plasmarse organizativa y normativamente los aspectos intersectoriales). Esto requiere capacidad para escuchar, dialogar, comunicar, negociar, pactar; y en definitiva, una capacidad estratégica para trabajar en red y establecer alianzas con los agentes sociales para poder influir en las políticas.

Las alianzas estratégicas, complicidades y capacidades relacionales juegan un papel importante en la nueva SP; y parece clara la necesidad de establecer alianzas estratégicas con los sectores sociales objetivamente interesados (dinamizadas e impulsadas por Salud). En la parte de SP más vinculada a la actividad económica (Alimentaria, Ambiental cada vez más), hay necesariamente que incorporar al sector productivo e industria. Resulta estratégicamente imprescindible incluir y trabajar con los socios estratégicos de cada una de las áreas de la SP (ver imagen en página siguiente).

REPRESENTACIÓN VISUAL DE LOS DISTINTOS COMPONENTES DE LA SALUD PÚBLICA Y SUS RESPECTIVOS SOCIOS ESTRATÉGICOS



#### CREDIBILIDAD Y CONFIANZA

Para la Salud Pública el ganar en credibilidad y generar confianza constituyen retos esenciales en nuestra sociedad de hoy.

En relación a las llamadas «crisis en SP» hay que anticiparse y prevenirlas en lo posible; y saber gestionarlas adecuadamente (la comunicación fundamental). Parece igualmente recomendable «aprovechar» las crisis inevitables para visualizar la SP y ganar en credibilidad técnica y social. Estamos en una sociedad de riesgos, y se trata de gestionar los riesgos de la mejor manera posible; educando a la sociedad, transmitiendo y comunicando bien. Hay que convertir las crisis en oportunidades para ganar en confianza y credibilidad

Por otro lado, también hay que hacer visible la SP más allá de las situaciones de crisis, y mejorar claramente su capacidad de respuesta, rigor técnico y prestigio. La SP para resultar creíble tiene que ser percibida como algo competente, fidedigno y relativamente autónomo de los gobiernos.

#### LA COMUNICACIÓN

Existe un amplio consenso en la Comunidad de SP en España y a nivel internacional sobre la importancia de la Comunicación en Salud Pública y la comunicación en situaciones de crisis (en la actualidad se distingue por ejemplo en temas de protección entre la evaluación del riesgo, la gestión del riesgo y la comunicación del mismo). La «percepción del riesgo» por parte de la sociedad es ciertamente importante y hay que gestionarla desde SP con los medios de comunicación.

Sin embargo, la comunicación no forma parte en principio de las competencias y cultura en SP y salvo excepciones, tampoco se tienen las habilidades ni se percibe en la práctica como algo prioritario (aunque se ha avanzado algo en este terreno los últimos años).

En todo caso, la comunicación constituye un eje sustantivo de la nueva Salud Pública. En comunicación habría que tratar de ser transparentes y ágiles, ya que el producto básico es la confianza, y disponer de sistemas

creíbles y accesibles. Convendría además establecer alianzas estratégicas con los medios de comunicación

#### LA INTELIGENCIA EN SALUD Y SALUD PÚBLICA

De acuerdo con el filósofo J. A. Marina, la inteligencia humana no es la capacidad computacional de manejar y sintetizar mucha información, ni la capacidad de resolver problemas, ni tan siquiera de aprender (que también); es la capacidad de establecer objetivos inteligentes, que tiene que ver con la capacidad de plantear bien el problema, o escoger qué es lo que quieres aprender. O sea, la inteligencia humana es la inteligencia creadora; capaz de convertir algo irreal que no existe en algo real y valioso. La misma lógica es de aplicación para una nueva Salud Pública.

Los actuales sistemas de información y vigilancia en salud se encuentran poco integrados, están muy orientados hacia las enfermedades y patologías y carecen de información relevante sobre variables sociales y riesgos medioambientales (Epidemiología de accidentes, ambiental y psicosocial muy poco desarrolladas). En este campo, una de las debilidades más serias es la referida a la información sobre los servicios sanitarios, su actuación y resultados, y su necesaria reorientación hacia la salud y hacia la persona concreta. Adicionalmente, habría que mejorar la retroalimentación y relación con los profesionales y centros que nos proporcionan la información.

Hay que «sustanciar» la inteligencia sanitaria desarrollando indicadores sobre la situación de bienestar y salud (drogas, desempleo, capacidad de adquisición de vivienda...), integrando información de otros entornos (empresas de control de calidad...); e incorporando las Nuevas Tecnologías de la Información (TIC) a la práctica de la SP. El reto de la creciente complejidad en SP nos obliga a mejorar mucho en conocimiento y en Inteligencia.

Las encuestas de salud regulares son un buen instrumento para conocer mejor la realidad y hacerla visible ante los niveles políticos, medios de comunicación y público en general. De nuevo aquí, se tiende ahora mismo a introducir las variables sociales. Y además, hay que funcionar como observatorio de lo que no se controla directamente desde SP (sociedad obesogénica); los observatorios en SP tienen que vigilar y sondear los

cambios en SP, ser referentes estratégicos, y generadores de conocimiento y opinión.

#### CALIDAD Y SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD

La calidad constituye hoy ya un lugar común en nuestra cultura organizacional; sin embargo, los sistemas de calidad se han desarrollado bastante más en algunas franjas del sector privado que en nuestros entornos administrativos. En salud en concreto, la calidad y evidencia científica hasta ahora se ha incorporado más a los servicios asistenciales que a los de SP.

### 4.3.4. Retos y principios organizativos

#### INTRODUCCIÓN

*Nos entrenamos duro...pero cada vez que comenzábamos a formar equipos, seríamos reorganizados. Aprendí más tarde en la vida que cuando intentamos responder a las nuevas situaciones mediante la reorganización... y puede ser un método fantástico para crear la ilusión de progreso mientras que en realidad producimos confusión, ineficiencia y desmoralización.*

Petronius Arbitrator, Satyricon

La organización no es más que una herramienta al servicio de la nueva estrategia de Salud Pública; y el diseño de la organización está implícito en la estrategia. Y puesto que la estrategia es dinámica, la organización debe de ser también flexible. Además, cualquier modelo se basa en unos principios (base ética) que fundamentarán la propuesta estratégica, y que a su vez se concreta en unos desarrollos operativos (financieros y operacionales).

De acuerdo con Joan Magretta<sup>110</sup>, hay que considerar 3 líneas fundamentales en relación con la organización y gestión: la línea de delimitación (que separa lo de dentro y lo de fuera), la línea de la carta u organigrama organizativo (cómo el todo se divide en unidades de trabajo, y cómo cada parte se relaciona con las otras), y la línea de Autoridad. Estas tres líneas determinan quién tiene que hacer qué y cómo se desarrolla el juego interno.

Las organizaciones modernas e innovadoras no están basadas en los esquemas tradicionales de centralización y jerarquía; sino que cada vez más responden a criterios de organización horizontal matricial, razonablemente descentralizada y flexible.

#### CONTRADICCIONES Y PARADOJAS A GESTIONAR EN SALUD PÚBLICA

La SP integra ámbitos en principio tan diversos como los aspectos médico-preventivos, la Protección de la Salud, o los laboratorios de SP; y tiene una creciente multiplicidad de clientes y una variedad importante de socios estratégicos.

<sup>110</sup> Citado en What management is, Joan Magretta, Profile books, 2002.

Constituye un reto conceptual de primer orden el resolver cómo impregnar los servicios asistenciales de objetivos y contenidos de SP (teniendo en cuenta la importancia del aparato asistencial sobre todo para los aspectos preventivos, la promoción e incluso la vigilancia); y a la vez, cómo tomar distancia del universo de salud para hacer intersectorialidad y poder relacionarse mejor y trabajar con otros sectores públicos y privados. A corto plazo, todos los expertos consultados coinciden en la conveniencia de continuar la SP en la órbita de Salud; sin embargo y a medio plazo, se plantea por algunos la reflexión sobre la conveniencia o no de que la SP siga ligada a la Administración sanitaria

Otra contradicción tiene que ver con la distancia del nivel político. La mayoría de expertos defienden tomar relativa distancia del nivel político (en inspección y control, procedimientos sancionadores); pero por otro lado, parece fuera de toda duda que para poder influir y hacer abogacía en salud hay que estar en el espacio público de debate político, mediático y social, aportando evidencias; y lo más cerca posible de la toma de decisiones y los actores sociales. La inspección debería ser bastante automática e independiente y minimizar las interferencias políticas y de otros sectores en los resultados de la misma.

Por otra parte, resulta clave la organización territorial descentralizada de la Salud Pública. Sin embargo, y teniendo en cuenta sus debilidades actuales, parece recomendable integrar y centralizar determinadas cosas (criterios, directrices, protocolos, guías...). De nuevo se proponen movimientos en dos direcciones contrarias: centralización de algunas funciones, actividades y criterios básicos; y descentralización/desconcentración/delegación de determinadas competencias y actividades, pero con reglas y auditoría.

#### LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios de Salud Pública, tal y como hoy todavía están en gran parte organizados, responden a una realidad histórica y sanitaria superada muy diferente de nuestro actual mundo globalizado y precisan ser reformulados flexibilizando sus estructuras, haciéndolos más operativos y dotándolos de una mayor capacidad de respuesta ante las crisis.

Los expertos consultados coinciden ampliamente en la pertinencia de introducir los cambios organizativos necesarios para adecuar los servicios de SP a la situación actual. Parece evidente por tanto la necesidad de «normalizar» la SP y sus servicios dentro del sistema de salud y del conjunto de servicios públicos. Las estructuras de SP tienen que ser más automáticas (como en los servicios asistenciales).

Algunos retos importantes de la Reforma son integrar los servicios de SP e incluir los productos de SP en la cartera de servicios, así como el de la integración de los servicios municipales de SP en la red de proveedores de la cartera de servicios en SP. La Reforma de la SP es pues una asignatura pendiente, implicando ésta una reorientación/modernización de sus funciones y cartera de servicios hacia las nuevas necesidades y retos, y la actualización de su organización y sistemas de gestión.

#### LA MODERNIZACIÓN Y PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

Los servicios de SP están en general deficientemente gestionados (ausencia de disciplinas e instrumentos de gestión modernas). Hay que apostar por la gestión, introducir una cultura de gestión en SP y evaluar sistemáticamente lo que se hace. Todo ello implica igualmente la mejora de la calidad, eficacia y eficiencia de sus prestaciones y servicios

#### PROFESIONALIZACIÓN / DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO / CARRERA PROFESIONAL

La preparación y competencia técnica de los actuales servicios de SP es en el mejor de los casos, irregular («hoy cualquiera puede estar en SP y sirve para SP»). Sin embargo, ésta tiene que ser mucho más potente para poder responder a las necesidades actuales y dar el salto e influir en los niveles más decisivos del Gobierno y el proceso de toma de decisiones. La competencia profesional es lo que da legitimidad a la SP (entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional de SP desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias).

Parece clara la necesidad de promover el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y una carrera profesional en SP. Los profesionales de SP no están suficientemente prestigiados y en algunas Comunidades se encuentran peor remunerados que los profesionales asistenciales y tienen un bajo reconocimiento profesional; no habiendo en general una política de incentivos que favorezca el desempeño y la calidad de los servicios. Todo ello redundaría en que la SP tiene poca capacidad de atracción de los mejores profesionales (recientemente se han quedado vacantes nuevas plazas convocadas en alguna CCAA).

La profesionalización constituye pues una asignatura pendiente de una importancia capital. Hay que mejorar la autoestima del profesional de SP, estimular la capacidad de mantener la tensión innovadora, la búsqueda de la excelencia, la formación, actualización e investigación de los profesionales de SP; así como los instrumentos de gestión que faciliten todos estos procesos. Además, la opción organizativa que se decida tiene que hacer posible la contratación de los mejores profesionales, cuestión muy complicada en la rígida estructura funcional actual.

La Política de recursos humanos es por tanto un reto pendiente en SP y será elemento central del futuro proceso de Reforma.

#### LA RELACIÓN CON LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

Se precisa introducir racionalidad en un sistema sanitario con un incremento de sus costes difícilmente controlable y excesivamente centrado en la enfermedad. Constituye una oportunidad para la SP el contribuir a racionalizar la situación avanzando en lo preventivo y pasando el foco hacia la mejora del estado de salud de la Comunidad.

La SP en relación con los servicios asistenciales aporta la valoración de necesidades, la evaluación de los resultados en salud y la redistribución de recursos, a través de contratos/programa que introduzcan los objetivos en salud.

Otro reto prioritario es introducir los objetivos de Salud Pública y la promoción, prevención y educación para la salud en los servicios sanitarios, así como imbuir el aparato asistencial de la cultura de SP. De hecho, los

profesionales asistenciales carecen en general de una formación y cultura de Salud Pública. En esa perspectiva, es fundamental el acercamiento real entre la SP y la AP en base territorial (mejor cooperación y colaboración), el desarrollo y reforzamiento de los objetivos de SP en los contratos/programa con los proveedores sanitarios, la formación/actualización en SP de los responsables y gestores de los servicios sanitarios asistenciales

## 5. Recomendaciones

### 5.1. Recomendaciones generales /políticoestratégicas

#### 5.1.1. Reforzamiento de la Salud Pública y mayor prioridad en la agenda política

La potenciación y reforzamiento de la SP aún requiriendo el impulso y liderazgo de Salud, trasciende claramente su ámbito y precisa el compromiso del conjunto del Gobierno. Se trata (más aún en el actual mundo globalizado), de una seña de identidad de buen gobierno y un reto democrático para cualquier sociedad avanzada. Por otra parte, hay suficientes experiencias en España y en Europa que muestran que la Salud Pública puede tener una rentabilidad política y social neta.

Claramente, la SP hoy tiene que tener mayor prioridad en las agendas políticas a todos los niveles (autonómico, estatal, Unión Europea, ONU y organismos multilaterales internacionales). En base a la información e inteligencia analizada, se recomienda dar a la Salud Pública mayor prioridad en las agendas políticas.

#### 5.1.2. Apostar por la Reforma de la Salud Pública

Como se argumentó en el capítulo anterior, la necesidad y oportunidad de acometer la Reforma de la Salud Pública es una de las conclusiones esenciales del presente informe. Por tanto, se recomienda una apuesta política decidida y consecuente por la SP y su pendiente actualización y modernización.

La Reforma de la Salud Pública tiene obviamente implicaciones económicas; pero no sólo por los recursos adicionales que requerirá sin duda la estrategia recomendada, sino por el impacto económico de algunas actividades de SP (inspección y control por ej.) en la realidad empresarial y económica en general. En ese sentido, parece conveniente implicar también

a la industria y al sector privado en el proceso de reforma.

La Reforma de la Salud Pública deberá considerar un respaldo normativo específico que establezca claramente las distintas competencias y responsabilidades al respecto.

### 5.1.3. La participación

De acuerdo con las conclusiones anteriores, se recomienda promover y facilitar la participación a todos los niveles y la creación de órganos participativos intersectoriales de carácter consultivo en SP.

## 5.2. Sobre las funciones básicas de Salud Pública y el reparto competencial

En este momento existe un amplio consenso tanto en España como a nivel internacional sobre las principales funciones y objetivos de la SP en esta nuestra aldea global de comienzos del siglo XXI. Su concreción en actividades y servicios presenta como es lógico mucha mayor variabilidad según el contexto específico del que se trate.

### 5.2.1. Funciones básicas y líneas de actuación en Salud Pública

#### **Rectoría, Autoridad Sanitaria**

- Dirección Estratégica, *Stewardship* del sistema, responsabilidad /garantía de la Salud Comunitaria
- Residencia de la potestas de Autoridad Sanitaria (aunque se puede delegar la gestión de la Autoridad Sanitaria en niveles inferiores)
- Integra las Políticas de Salud, Regulación en SP, Inteligencia, y Financiación
- Regulación no sólo tradicional sino también «Ejerciendo influencias» (promoviendo el asunto, en paralelo con el proceso político, incluyendo a los actores en SP, constru-

yendo consensos, estableciendo incentivos y sanciones)

- Acreditación y alta Inspección
- Aplicación de las leyes y normas que protegen la Salud y garantizan la Seguridad (posible)

#### **Políticas de Salud y Establecimiento de Metas en Salud**

- Formulación y desarrollo de las Políticas de Salud (visión, valores, políticas, evaluación)
- Establecimiento de metas objetivos estratégicos en salud
- Promoción a nivel macro
- Liderar y promover Políticas y prácticas (sector público y privado, sociedad civil) más saludables (Abogacía en Salud, Influencia); que den soporte a los esfuerzos individuales y comunitarios a favor de la salud
- Informar, educar y dar poder a la población en temas de salud
- Fomentar colaboraciones, negociaciones y alianzas para identificar y resolver problemas de salud
- Diseñar y liderar Planes Intersectoriales de Salud (Salud Pública, Seguridad Alimentaria, Salud Ambiental...)
- Evaluación del Impacto en Salud (*Health Impact Assessment*) de las Políticas de otros sectores con impacto significativo en Salud (Agricultura, Industria, Trabajo, Vivienda, Economía...)
- Liderazgo (seguramente compartido con los ayuntamientos y las expresiones de la sociedad civil) de culturas y estilos de vida más saludables y sostenibles;
- Comunicación en Salud Pública

#### **Planificación y Evaluación en Salud /los Planes de Salud**

- A nivel estratégico, los Planes de Salud
- Planificación y Evaluación de los servicios, intervenciones, planes, y resultados
- Evaluación de la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de atención individual y de base poblacional
- Muy relacionado lógicamente con los dos anteriores Inteligencia en Salud

#### **Inteligencia en Salud**

- Inteligencia en Salud
- Nuevos Sistemas de Información Sanitaria; integrando variables sociales (sexo, clase social), variables contextuales (nivel renta, desigualdad en renta, capital social, pobreza), y nuevos indicadores ambientales
- Información cuantitativa y cualitativa; estudios de opinión y percepción de la sociedad; encuestas de satisfacción de usuarios; satisfacción y motivación de profesionales
- Páginas Web; trabajo en red, monitorización/actualización avances y publicaciones, estudios comparativos (*benchmarking*), «tanque de ideas»
- Observatorio de SP

#### **Vigilancia**

- Vigilancia en Salud (Vigilancia Epidemiológica)
- Vigilancia en transmisibles y brotes epidémicos
- Monitorización y valoración de las necesidades en Salud, el estado de salud y sus determinantes; diagnóstico e investigación de los problemas emergentes y evaluación riesgos para la salud
- Epidemiología y Estadística sanitaria básica (mayor desarrollo epidemiología ambiental y laboral)
- Otros dispositivos de vigilancia epidemiológica

#### **Protección de la salud**

- Salud Ambiental
- Seguridad Alimentaria
- Zoonosis
- Inspección/control, autorizaciones, auditorías

#### **Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**

- Programas Preventivos, Vacunaciones
- Programas de Salud Laboral y Promoción de salud en las escuelas, programas de salud específicos
- Promoción de la Salud a nivel local: Informar, educar y dar poder a la población en temas de Salud. Promover el abordaje intersectorial y promover entornos, ambientes, conductas y estilos de vida más responsables y saludables (no centrarse sólo en lo individual sino también en lo ambiental/entorno)

#### **Formación e Investigación**

- Facilitar y promover el Desarrollo Profesional Continuado (DPC)
- Formación y actualización de los profesionales
- Facilitación de la investigación aplicada en nuevos aspectos y soluciones innovadoras para los problemas de salud y de SP
- Promover y facilitar redes de investigadores en SP

Sobre las funciones básicas que se proponen y que lógicamente hay que traducir organizativamente en unidades y servicios, parece razonable en primer lugar mejorar significativamente lo que se hace ahora mismo, para poder plantearse abarcar más; ya que entre otras razones hay que ganarse la credibilidad y el espacio para poder hacerlo.

Resultará en cualquier caso necesario «mapear» los servicios que se necesitan y establecer inicialmente una cartera de servicios en Salud Pública, que tendrá que ser lógicamente revisada a la luz de la información/inteligencia

que ahora no disponemos (cuánto nos cuesta exactamente lo que hacemos y qué resultados e impacto obtenemos).

A este respecto, no solamente se trata de identificar los diferentes servicios a prestar (qué cosas hacer), sino también la profundidad y la intensidad en cada uno de ellos (cuánto)

Como ejes transversales fundamentales para todas las funciones de Salud Pública, se recomienda potenciar consistente y coherentemente:

Participación comunitaria  
Intersectorialidad  
Transparencia  
Calidad  
Comunicación  
y... Credibilidad

Se trata de generar CONFIANZA y ganar en CREDIBILIDAD garantizando transparencia y competencia.

### 5.2.2. Reparto competencial de funciones básicas y líneas de actuación en SP

#### L RECTORÍA Y AUTORIDAD SANITARIA, POLÍTICAS DE SALUD Y PLANES DE SALUD

Estas funciones básicas han de estar residenciadas en el nivel de Gobierno; como una parte importante del buen gobierno y de la responsabilidad pública, y dada la exigencia creciente de rendimiento de cuentas. De hecho, estas funciones básicas de SP, junto con la Inteligencia constituyen cada vez más la parte estratégica de los Ministerios y Departamentos de Salud tras las Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa que, entre otras cosas, han consistido en desprenderse de la responsabilidad directa de gestionar los servicios sanitarios para focalizarse en un papel más estratégico en relación con la mejora del estado de salud de la población. En breve, las funciones básicas de SP son hoy el núcleo duro de una Consejería de Salud.

A este respecto, se recomienda el desarrollo de una Comisión Interdepartamental de Salud Pública autonómica presidida formalmente por el más alto nivel del gobierno, y liderada por delegación y pacto interdepartamental, por Salud/Salud Pública.

Las Políticas de Salud cada vez más exigen un abordaje intersectorial, implican diversos Departamentos de Gobierno, requieren la participación e implicación de otras instituciones y organizaciones sociales, y competen al Gobierno en su conjunto; sin embargo, corresponde a Salud el liderazgo y la aportación de evidencia que fundamente esas Políticas. Se recomienda claramente en base a la evidencia, una apuesta Institucional decidida por las Políticas intersectoriales de Promoción de Salud, y los mecanismos operativos que las posibiliten.

En esa misma dirección, la Comisión Europea está empezando a introducir la Evaluación del Impacto en Salud, EIS, en el proceso de elaboración de sus políticas y directivas con impacto en la salud de la población. Sería por tanto altamente recomendable desde una perspectiva de Salud Pública, además de innovador institucionalmente hablando, que los Gobiernos Autonómicos introdujeran la Evaluación del Impacto en Salud en la preparación de las políticas y normas de los diferentes Departamentos que tienen un impacto evidente y significativo en la salud de la población. Para ello, sería recomendable la creación de una pequeña unidad de EIS que podría estar estrechamente vinculada/ integrada en la parte de Inteligencia. Asimismo, la anteriormente mencionada Comisión Interdepartamental sería responsable del encargo y, en su caso, del análisis de la Evaluación del Impacto en Salud para poder aportar evidencia al nivel de decisión política. La financiación de la EIS podría ser aportada por el órgano responsable de la coordinación a nivel de Gobierno o en su caso, directamente por la Consejería de Salud.

En relación a la Planificación y Evaluación en Salud, en algunos casos (en España y Europa) está integrada en la SP, mientras que en otros supuestos forma parte de otro departamento o unidad del Departamento de Salud. En cualquier caso, y de acuerdo con lo expuesto hasta ahora, parece evidente que la planificación y evaluación en Salud a nivel estratégico está muy relacionada con la Inteligencia y con el diseño de Políticas y Planes de Salud; abarcando tanto los Planes como la evaluación de las intervenciones y actuación de los servicios sanitarios. Esta función debería estar cada vez

más orientada hacia los resultados en salud, con especial foco en la evaluación de la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de atención individual o de base poblacional. Como se ha comentado previamente, la SP tiene un papel de primer orden en la imprescindible reorientación de los servicios sanitarios asistenciales hacia la promoción, prevención de la enfermedad y educación para la salud.

Las funciones básicas de Rectoría y Autoridad Sanitaria tal y como se ha comentado corresponden al nivel de Gobierno y deben residenciarse en Salud.

## II. INTELIGENCIA

La Inteligencia en Salud (Pública) constituye una parte esencial en la Dirección estratégica («Rectoría») y buen Gobierno de cualquier sistema de salud hoy junto con las funciones descritas en el punto anterior. Esto implica:

- Valorar el estado de salud de la población y las necesidades en salud
- Monitorizar los principales determinantes para la salud
- Proveer evidencia para la intervención (a través de un spectrum que incluye desde la promoción de la salud, hasta los servicios sanitarios). En el caso de las cardiovasculares, y para mejorar la salud de la población, habrá que actuar a través de un espectro que incluye la promoción/ educación para la salud, la abogacía/influencia, y también los servicios sanitarios.
- Evaluar todo lo anterior (énfasis en la evaluación de resultados en salud)

La Inteligencia debe estar presente en todos los niveles del sistema y la organización, y constituir una herramienta fundamental para la toma de decisiones. Sin embargo y lógicamente, en distinta proporción. Los niveles de gobierno y centrales tendrían una parte importante de «generación» de Inteligencia; mientras que en los niveles periféricos de producción de servicios tendría obviamente otro nivel de prioridad.

### III. VIGILANCIA EN SALUD

El sistema de vigilancia epidemiológica consolidado se basa fundamentalmente en la información de los profesionales asistenciales y de los centros y servicios sanitarios autonómicos. Probablemente, el nivel más periférico para la existencia de recursos específicos dedicados a la Vigilancia sea el de comarca. En un nivel intermedio tiene sentido mantener una unidad de Vigilancia integrada en la estructura de SP. Por último a nivel central de las Consejerías, se residenciaría la unidad de Vigilancia, muy interconectada con la Inteligencia.

Además, se recomienda enfatizar la monitorización/valoración sobre el estado de salud de la población y sus determinantes y la valoración de las necesidades en salud, así como desarrollar la vigilancia epidemiológica de accidentes y de salud ambiental.

### IV. PROTECCIÓN DE SALUD

Las políticas de Protección de la Salud son, de nuevo, responsabilidad del conjunto del Gobierno aunque por lógica las lidere Salud. Como se ha mencionado anteriormente, los Planes intersectoriales pueden contribuir a dar a la Protección la prioridad que merece y crecientemente suscita por lo que se propone la elaboración de planes sectoriales.

### V. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Los programas preventivos deben ser impulsados, diseñados, financiados y evaluados por SP (Consejería de Salud), aunque ejecutados mayoritariamente por los profesionales de los servicios asistenciales. La Consejería de Salud, a través de los contrato/programa, podría introducir los objetivos de SP con sus correspondientes indicadores, en la hoja de ruta de los centros sanitarios integrados en la red de utilización pública.

La Promoción y Educación para la Salud (P/EPS) debería estar presente en todos los niveles de la organización sanitaria y ocupar un lugar relevante en la cartera de servicios de SP. La Promoción tendría que hacerse desde el nivel político de la Consejería (nivel macro, ya mencionado), desde los

niveles intermedios en su caso, y muy importante en este área desde el nivel local, tanto por parte de los profesionales asistenciales como por las entidades, corporaciones locales y organizaciones sociales; y facilitado en todo caso por los profesionales especializados en P/EPS.

Podría ser recomendable establecer un «banco» de experiencias exitosas/fallidas y de mejores prácticas en promoción de la salud y las intervenciones intersectoriales.

#### VI. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

La Formación e Investigación en Salud Pública han de contribuir a la necesaria profesionalización y mejora de las competencias en Salud Pública, a facilitar el Desarrollo Profesional Continuado (DPC) y a la investigación aplicada en aspectos nuevos y soluciones innovadoras para los problemas de Salud. Teniendo en cuenta la situación actual, la formación e investigación en SP deberían potenciarse fuertemente y constituir una prioridad en el proceso de reorganización y potenciación de la Salud Pública. La actualización de los profesionales de control e inspección por ejemplo, en las nuevas formas de autocontrol y auditoría exige la ejecución de unos programas formativos y de actualización diseñados a tal fin.

Reparto competencial según el esquema desarrollado por la OMS en el Informe sobre la Salud Mundial del año 2000

Siguiendo el esquema de análisis de los sistemas sanitarios desarrollado por la OMS en el Informe sobre la Salud Mundial del año 2000, las funciones básicas de cualquier sistema sanitario serían:

1. Rectoría (*Stewardship*), incluye la Política de Salud y el establecimiento de metas en salud; la regulación / ejercicio de influencias; agregación / organización / provisión de Inteligencia)
2. Financiación
3. Generación de recursos y construcción de capacidad
4. Producción/provisión de servicios de SP

Aplicando esta conceptualización al subsistema de Salud Pública, el reparto competencial sería en términos generales:

- La Rectoría en SP correspondería a la Consejería de Salud
- La Financiación continuaría siendo pública y correspondería igualmente a la Consejería de Salud/presupuesto de la Comunidad Autónoma
- La Generación de recursos tiene que ver con la generación de *inputs* para poder prestar los servicios; siendo los *inputs* principales de cualquier sistema sanitario los recursos humanos, el capital físico (infraestructura, instalaciones y equipamiento) y los consumibles. La responsabilidad en la generación de recursos sería compartida por la Consejería (políticas de selección y formación de los recursos humanos por ejemplo); teniendo en cuenta que recursos como medicamentos y tecnología son producidos por el sector privado, provienen usualmente de fuera, y son respaldados por patentes que exigen largos procesos de investigación.
- La Producción de servicios correspondería claramente a los profesionales de SP sobre el terreno. La clave está en la combinación y equilibrio de los distintos recursos para producir los servicios; que varía en los diferentes países y CCAA. Y cada sistema sanitario debería esforzarse para buscar permanentemente, en base a la evidencia, la combinación de recursos que resulte más costo-efectiva.

### 5.3. Sobre el proceso de Reforma y su viabilidad

Se recomienda garantizar la voluntad y decisión política de la Reforma de la Salud Pública, así como su razonable mantenimiento y continuidad en el tiempo antes de emprender el proceso de reforma, de cara a prevenir/minimizar el que se defrauden las expectativas, con el consiguiente impacto negativo en la motivación de los profesionales y en la situación en general

Asimismo, se recomienda fuertemente promover un proceso lo más participativo posible que implique a todos los profesionales/actores/sec-

tores relevantes, y gestionado de una manera abierta, transparente y participativa, de cara a propiciar un consenso básico entre los diferentes actores internos y externos. El proceso debe de ser coherente con los ejes principales que se propugnan y principios que lo sustentan. En ese sentido, se sugiere la utilización de diferentes formatos innovadores que faciliten y hagan posible la participación tales como foros abiertos, jornadas, página Web interactiva...

La estrategia que se recomienda en cuanto sea posible es la de «todos ganan algo» (*win to win*); igualmente se recomienda en cuanto al calendario, tener en consideración que todo proceso de Reforma tiene su *tempo* y no es recomendable forzarlo en el tiempo.

## Bibliografía

- Allin et al. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: European Observatory of Health Systems and Policies; 2004. En línea: <http://www.euro.who.int/Document/E84884.pdf>
- Benavides FG, Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gac Sanit* 2006; 20: 239 - 243
- Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada 2004-2008.
- Consejería de Salud. Valoración del Estado Nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2000.
- Servicio de Información y Evaluación, Unidad Estadística, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2004. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005.
- De la Puente ML, Manzanera R, Grupo de Trabajo de SP en Cataluña. Propuesta marco de reorganización de la Salud Pública en Cataluña. *Gac Sanit* 2001; 15 (4): 55-68.
- Delbeck AL, Van de Ven, AH. Group techniques for program planning. Wisconsin University; 1975.
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, DGSP. La reforma de la Salud Pública en Catalunya, 2005 [En línea] <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/rspcates.pdf>
- EDIS et al. Las condiciones de vida de la población pobre en España. Informe general. Madrid: FOESSA/Cáritas; 1998.
- European Public Health Association. 10 Statements on the Future of Public Health in Europe. EUPHA Report 2004.

- Evans BR, Doering RL, Clarke RC, Ranger C. The organisation of federal Veterinary Services in Canada: the Canadian Food Inspection Agency. *Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz.* 2003; 22 (2): 409-421.
- Institute of Medicine. *The future of Public Health*. Washington: National Academy of Sciences; 1988.
- Institute of Medicine, *The Future of the Public's Health in the 21 Century*. Washington: National Academy of Sciences; 2002.
- Instituto de Estadística de Andalucía. *Longevidad y Calidad de vida en Andalucía*. Sevilla: IEA; 2003 [En línea] <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/lcva/lcva.pdf>
- Last, JM. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1995.
- Lindez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de Salud Pública: el papel de los municipios grandes y medianos. *Gac Sanit* 2001; 15 (2):164-171
- Manzanera R, Segura A, Fernández JM. *La organización de la SP: su reforma en las reformas*. Informe Sespas 1998.
- Ruiz Ramosa M, Viciano-Fernández F. Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España. *Gac Sanit*. 2004; 18 (4): 260-267.
- 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: 218-225.
- Servicio Andaluz de Salud. *Estudio DRECA, dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en Andalucía*. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 1999.
- Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. *Informe epidemiológico de situación de salud de Andalucía 2004*. DGSP, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- The Public Health Functions Committee. *Public Health in America* [En línea] <http://www.health.gov/phfunctions/project.htm>

Villalbí JR, Guix J. La organización de la Salud Pública en los EEUU: un modelo federal. Aceptado en Gac Sanit.

WHO-ECHP. Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Brussels: ECHP; 1999.

WHO Regional Office for Europe. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6. WHO; 1999 [En línea] <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

WHO Regional Office for Europe. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region [En línea] <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

## Listado de siglas y acrónimos

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AESA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria
APPCC	Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos
AVSA	Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria
CDC	<i>Centres for Disease Control</i>
CIPHS	<i>Canadian Integrated Public Health Surveillance</i>
CISID	<i>Centralised Information System for Infectious Diseases</i>
CFLA	<i>Canadian Food Inspection Agency</i>
CCAA	Comunidades Autónomas
CSISP	Centro Superior de Investigación en Salud Pública.
CSP	Centro de Salud Pública
DEFRA	<i>Department for Environment, Food and Rural Affairs</i>
DPC	Desarrollo Profesional Continuado
DRECA	Dieta y Riesgo Cardiovascular en Andalucía
EAS	Encuesta Andaluza de Salud
EDIS	Equipo de Investigación Sociológica
EEB	Encefalopatía Espongiforme Bovina
ELIKA	Fundación Vasca para la Seguridad Alimentaria
ETA	Enfermedades de Transmisión Alimentaria
EUPHA	<i>European Public Health Association</i>
EVASP	Entidad Valenciana para la Acción en Salud Pública
FDA	<i>Federal Drug Administration</i>
FS	<i>Food Standards Agency</i>
FSANZ	<i>Food Standards Australia and New Zealand</i>
GNA	Grupos Nominales Adaptados
GOARN	<i>Global Outbreak Alert &amp; Response Network</i>
HIA	<i>Health Impact Assessment</i>
HLAP	<i>Health in All Policies</i>
InVS	<i>Institut de Veille Sanitaire</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISP	Instituto de Salud Pública
LOSCAM	Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
MHS	<i>Meat Hygiene Service</i>
NCEH	<i>National Centre for Environmental Health</i>
NEHAP	<i>National Environmental Health Action Plans</i>
NHS	<i>National Health Service</i>

HPA	<i>Health Protection Agency</i>
NTI	Nuevas Tecnologías de la Información
NZFSA	<i>New Zealand Food Safety Authority</i>
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PHAC	<i>Public Health Agency of Canada</i>
SASP	Sistema de Alertas en Salud Pública
SCALE	<i>Science, Children, Awareness, Legal Instrument, Evaluation</i>
SCRIA	Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información
SCS	<i>Servei Català de la Salut</i>
SIA	Sistema Integral de Alertas
SIM	Sistema de Información Microbiológica
SSPA	Servicios de Salud Pública de Área
SPT	Salud para Todos
SRAS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TGN	Técnica del Grupo Nominal
EIS	Evaluación del Impacto en Salud

## Listado de personas entrevistadas

### ANDALUCÍA

*Jacoba López Díaz*

Lcda. en Ciencias Biológicas, Jefa de Servicio de Salud Ambiental, DGSP

*Cristina Torró García Morato*

Dtora. en Medicina y Master en SP, Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales, DGSP

*Miguel Picó Juliá*

Lcdo. en Medicina, Especialista en MFyC y MPySP, Asesor técnico, DGSP

*Ignacio Lobato Casado*

Lcdo. en Farmacia, especialista en Análisis clínicos, Jefe de Servicio de Farmacia, DGSP

*Rafael Muriel*

Lcdo. Medicina y especialista en Pediatría y SP, Jefe de Servicio de Participación y Acción Social, DGSP

*José María Mayoral*

Lcdo. Medicina, especialista en MPySP, Master en SP, Jefe de Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, DGSP

*José Antonio Conejo Díaz*

Lcdo. en Veterinaria, Subdirector de Protección de la Salud, DGSP

*Covadonga Monte*

Lcda. en Farmacia, especialista en Análisis Clínicos, Asesora técnica de la DGSP

## **ARAGÓN**

### *Luis Gómez López*

Lcdo. y Dtor. en Med, catedrático de MP y SP; Dir. Gral. de Salud Pública, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón

### *Esteban de Manuel*

Lcdo. en Med, especialista en MFC y Master en SP; Dtor. Gerente, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón

### *Francisco Javier Falo Forniés*

Lcdo. en veterinaria, anteriormente responsable de SP en «SALUD»; Asesor técnico, DGSP, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón

### *Cristina Granizo*

Lcda. en Med, especialista en MP y SP, Jefa de sección de Programas de Salud, DGSP, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón

### *Juan Pablo Alonso Pérez de Ágreda*

Lcdo. y doctor en Med y especialista en SP; Jefe de servicio de Vigilancia en Salud Pública, DGSP, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón

### *José María Abad*

Lcdo. y doctor en Med, especialista en MP Y SP; Jefe de servicio de Evaluación y Calidad asistencial, Dirección Gral. de Planificación y Aseguramiento, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón

### *Carlos Aibar Remón*

Lcdo. y doctor en Med, especialista en SP; Jefe de servicio de Med Preventiva del Hospital Clínico y Profesor titular de la Universidad de Zaragoza

## CATALUNYA

### *Eduard Mata i Albert*

Lcdo. veterinaria, Inspector sanitario, antiguo Jefe Servicio Veterinaria de SP, y Subdirector General de Protección de la Salud; Director, Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria

### *Manel Nebot*

Lcdo. en Medicina y especialista MFC; jefe de servicio de Evaluación y Métodos de intervención, Agencia de Salud Pública de Barcelona

### *Josep Lluís de Peray*

Lcdo. en Medicina, MdF, Coordinador para la creación de la Agencia de Salud Pública de Catalunya, Dirección General de Salud Pública, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya

### *Ricard Armengol i Rosell*

Lcdo. en Medicina, especialista MFC; Consejero Delegado, Sistema de Emergencias Médicas, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya

### *Rafael Manzanera i López*

Lcdo. en Medicina, Inspector de Sanidad, Director General, Dirección General de Recursos Sanitarios, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya

### *Joan Guix i Oliver*

Lcdo. en Medicina, especialista en Cirugía Gral.; Gerente, Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), Consorcio Sanitario de Barcelona

### *Fernando García Benavides*

Profesor titular, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra

### *Miquel Porta*

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona

### *Joan Ramón Villalbí*

Director, División de Estrategia y sistemas de información, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Consorcio Sanitario de Barcelona

*Vicente Ortún i Rubio*

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra

*Carme Borrell*

Doctora en Medicina, especialista en MFyC; Directora del Observatorio de Salud, Investigación y Docencia, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Consorcio Sanitario de Barcelona

*Andreu Segura i Benedicto*

Doctor en Medicina, Especialista en SP; Responsable del área de SP e Investigación en servicios de salud, Instituto de Estudios de la Salud, Universidad Pompeu Fabra/SCS

*Antoni Plasencia i Taradach*

Doctor en Medicina y especialista en SP; Director Gral. de Salud Pública, DGSP, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya

## **COMUNIDAD DE MADRID**

*José Jover Ibarra*

Lcdo. en Medicina, especialista en Salud Pública; Subdirector Gral. Salud Pública, Consejería Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid

*Rosa Ramirez Fernández*

Lcda. Medicina, especialista en MPSP y MFYC; Jefa de Servicio de Epidemiología, Instituto de Salud Pública, DGSP, Cons. Sanidad y Consumo, Com. de Madrid

*José María Ordoñez Iriarte*

Lcdo. Farmacia; Técnico de apoyo, Subdirección Gral. de Epidemiología, Prevención, Políticas de Salud y Sanidad Ambiental, Dirección Gral. de SP, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid

*Carlos Celaya*

Doctor en Veterinaria, Master en SP, experto en Sistemas de gestión de calidad; Inspector veterinario y responsable técnico sistemas de autocontrol, Servicio de SP Área V, Distrito de Alcobendas, Instituto de SP, DGSPAC, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid

*Ramón Aguirre Martín-Gil*

Lcdo. en Medicina y TSSP; Jefe de servicio de Promoción de la Salud, Subdirección Gral. EPPSA, Dirección Gral. de SP, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid

**COMUNIDAD VALENCIANA**

*Hermelinda Vanaclocha Luna*

Leda. Medicina, especialista en Salud Pública; Jefa del área de Epidemiología, DGSP, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

*Manuel Escolano Puig*

Lcdo. en Farmacia, inspector, ex Director Centro de SP área VIII, ex Director Gral. de Farmacia; Director Gral. de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

*José Vicente Martí*

Dtor. en Medicina Master en SP; Jefe de unidad Salud Ambiental, DGSP, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

*Ferrán Ballester i Diez*

Dtor. en Medicina, especialista en MFyC y MPySP; técnico superior de Evaluación y Formación, unidad de Epidemiología y Estadística, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

*José Luis Fabado Agustí*

Lcdo. Medicina, especialista en MFyC, Master en Salud Pública; ex director de AP y Gerente de AP (INSALUD), desde 1996 Director del Centro de Salud Pública de Valencia (departamentos IV, V, VI y ciudad de Valencia)

*José María Martín Moreno*

Lcdo. y Dtor. en Medicina, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública

*Ildefonso Hernández*

Lcdo. y Dtor. en Medicina, Master en SP; Catedrático de MPySP, Universidad Miguel Hernández, Alicante

*Francisco Bolumar Montrul*

Lcdo. y Dtor. en Medicina, Catedrático de MPySP, Universidad Miguel Hernández, Alicante

*Carlos Álvarez Dardet*

Lcdo. y Dtor. en Medicina, Dir. del Journal of Epidemiology and Community Health, Catedrático de MPySP, Universidad de Alicante

**EXPERTOS A NIVEL NACIONAL Y EUROPEO**

*Josep Figueras*

Jefe del Secretariado y Director de Investigación del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, y Director del Centro Europeo de Política de Salud de la OMS

*Matthias Wismar*

Experto y responsable de Proyecto, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y Centro Europeo de Política de Salud

*Alexander Kalache*

Jefe del Programa mundial de Salud y Envejecimiento, OMS/Ginebra

*Martin Mckee*

Profesor, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Director del Centro sobre la Salud en Sociedades en Transición, Londres, UK

*Karen Lock*

Profesora e investigadora, Depart de Salud Pública y Política, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)

*José Ramón Repullo Labrador*

Dtor. en Medicina, Master en Planificación y Financiación, Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; Presidente Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

*Concha Colomer Revuelto*

Dtora. en Medicina, especialista en Pediatría y MPySP, Directora del Observatorio

de Salud de la Mujer y del Observatorio del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo

*Ferrán Martínez Navarro*

Dtor. en Medicina, Profesor titular en MPySP, Universidad de Valencia, Director, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo

**EXPERTOS ANDALUCÍA, ACADEMIA Y EASP**

*Carlos Ruiz Frutos*

Dtor. en Medicina, especialista Medicina del Trabajo, Profesor titular MP y SP, Departamento de Biología Ambiental y SP, Facultad de Ciencias Experimentales, Universidad de Huelva

*Miguel Delgado Rodríguez*

Dtor. en Medicina, Master en SP (UCLA), Catedrático de MP y SP, Univ. de Jaén

*Antonio Escolar Pujolar*

Lcdo. en Medicina, Especialista en MP y SP, Jefe de sección de Epidemiología, Hospital Puerta del Mar, SAS, Responsable del Registro de Cáncer de la provincia de Cádiz

*Miguel Gili Miner*

Dtor. en Medicina, especialista en MP y SP, Profesor titular MP y SP, Universidad de Sevilla, Jefe de sección de MP y SP Hospital Macarena, SAS

*Luis Andrés López Fernández*

Lcdo. en Medicina, especialista en MFyC, Profesor, Escuela Andaluza de Salud Pública

*Inés García Sánchez*

Lcda. en Medicina, especialista en MP y SP, Master en SP, Directora del Observatorio de la Salud en Europa, Escuela Andaluza de Salud Pública

*Antonio Daponte Codina*

Dtor. en Medicina, especialista en SP, Profesor y Coordinador de Investigación, Director Académico, Escuela Andaluza de Salud Pública

*Nicolás Olea Serrano*

Dtor. en Medicina, especialista en Medicina Nuclear, Catedrático Radiología Universidad de Granada y Coordinador de Investigación del Hospital Clínico Universitario

*Javier García León*

Dtor. en Medicina, especialista en MP y SP, Jefe de Servicio de Información y Evaluación, Consejería de Salud, Junta de Andalucía

*Joan Carles March Cerdá*

Dtor. en Medicina, especialista en MPySP, Profesor, Escuela Andaluza de Salud Pública

*Fernando Silió Villamil*

Lcdo. en Medicina y Cirugía, especialista en MPySP, Master en Salud Pública por la Universidad de Glasgow (Reino Unido), Director Mensor Servicios de Salud.

