

LOS SERVICIOS LOCALES DE SALUD PÚBLICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS MUNICIPIOS DE CATALUNYA EN 2016^(*)

Cati Chamorro (1), Leonardo Díaz-Echenique (2), Jesús Oliván (1) y Joan R Villalbí (3,4,5,6)

(1) Servei de Salut Pública. Diputació de Barcelona. Barcelona. España.

(2) Fundació Carles Pi i Sunyer. Barcelona. España.

(3) Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

(4) CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

(5) Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau. Barcelona. España.

(6) Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

(*) Financiación: Este trabajo se ha sufragado con recursos propios de la Fundación Carles Pi i Sunyer y de la Diputación de Barcelona.

RESUMEN

Fundamentos: El sistema sanitario en España pivota sobre las Comunidades Autónomas. La salud pública gestionada por muchos gobiernos locales está poco estudiada. El objetivo de este trabajo fue contribuir al conocimiento de las actividades de salud pública de los municipios con una encuesta reciente.

Métodos: Estudio descriptivo basado en cuestionario a los responsables de salud pública de los 119 municipios mayores de 10,000 habitantes de Catalunya, excluyendo la ciudad de Barcelona. Se realizó entre mayo y octubre de 2016, respondiendo 103 municipios (86,6 %) sobre la situación en 2015, anterior a la encuesta. Los datos se tabularon y sometieron a análisis descriptivos.

Resultados: Se apreció una consolidación de las estructuras políticas y técnicas de los municipios en salud pública. Las actuaciones más frecuentes en protección de la salud eran las referidas a la legionelosis, el control de plagas urbanas y la gestión de quejas y denuncias de la ciudadanía; en el ámbito de la promoción de la salud fueron actividad física y salud, prevención en tabaco y alcohol, alimentación y nutrición. Se refirieron relativamente pocos cambios recientes en las estructuras de salud pública, de sus responsables, y de los recursos humanos.

Conclusiones: Los municipios catalanes de más de 10.000 habitantes tienen un notable nivel de actividad en salud pública. Tanto los ámbitos de protección de la salud (con servicios mínimos obligatorios para los gobiernos locales) como los de promoción de la salud muestran niveles altos de actividad. El sistema parece estable respecto a cambios políticos y restricciones presupuestarias. Hay oportunidades de mejora en formación de profesionales y acreditación de servicios. Sería deseable mejorar la coordinación entre estos servicios.

Palabras clave: Salud pública, Administración de salud pública, Práctica de la salud pública, Gobierno local, Evaluación.

ABSTRACT

Local public health services: a descriptive study of the municipalities of Catalonia in 2016

Background: The health system in Spain rests mostly in the Autonomous Communities (similar to the states in the US). The public health activities of many local governments are little studied. The objective of this work was to bring knowledge about the public health activities of the municipalities, providing information obtained from a recent survey in Catalonia.

Methods: Descriptive study based on a survey to public health officers in the 119 municipalities above 10,000 population in Catalonia, excluding the city of Barcelona. The survey was conducted between May and October 2016, with 103 municipalities (86.6%) reporting on their services in 2015, prior to the survey. Data were collected and descriptive analyses performed.

Results: A consolidation of both political and professional public health structures of the municipalities was observed. Most frequent activities in health protection were related to legionella control, the control of urban pests and the management of complaints and requests by citizens. Most frequent activities in the field of health promotion were related to physical activity and health, prevention in tobacco and alcohol, food and nutrition. There were relatively few changes reported in public health structures and their officers, as well as in human resources.

Conclusions: In Catalonia, municipalities above 10,000 population have a remarkable level of activity in public health. Both the areas of health protection (with mandatory minimum services for local governments) and of health promotion show high levels of activity. The system seems stable regarding political changes and budget constraints. There are opportunities for improvement in the training of professionals and service accreditation. It would be desirable to find ways to improve coordination among these services.

Key words: Public health, Public health administration, Public health practice, Local government, Evaluation.

Correspondencia:
Joan R Villalbí
Agència de Salut Pública de Barcelona
Pl Lesseps 1
08023 Barcelona
jrvillal@aspb.cat

Cita sugerida: Chamorro C, Díaz-Echenique L, Oliván J, Villalbí JR. Los servicios locales de salud pública: estudio descriptivo de los municipios de Catalunya en 2016. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 1 de mayo e201905026.

INTRODUCCIÓN

Dentro del sistema sanitario español, la gestión de los servicios de salud pública pivota en buena parte en torno a las 17 Comunidades Autónomas en que se organiza política y territorialmente, a las que se descentralizaron las competencias y recursos de salud pública desde 1979⁽¹⁾. La Ley General de Sanidad de 1986 consagró esta perspectiva autonómica, manteniendo una serie de responsabilidades en el gobierno central y reduciendo las competencias sanitarias locales respecto a la situación anterior⁽²⁾. Sin embargo, los municipios han mantenido cierta actividad en el ámbito de la salud pública, como se ha documentado en diversos estudios, y la Federación Española de Municipios y Provincias mantiene entre sus ámbitos de actividad los referidos a la sanidad; esta realidad ha sido relativamente poco estudiada. Se cuenta con un estudio sobre Cataluña en 1998-99 referido a los municipios grandes y medianos, así como con los estudios e informes que la Diputación de Barcelona ha realizado periódicamente en su ámbito territorial, y con diversas publicaciones sobre grandes ciudades, pero apenas hay información comparable^(3,4,5,6,7). Esto sucede también en otros ámbitos: por ejemplo, análisis recientes de las funciones y servicios de salud pública en perspectiva internacional muestran grandes lagunas en la disponibilidad de información^(8,9).

Este trabajo se concibió con el objetivo de contribuir al conocimiento de las actividades de salud pública de los gobiernos locales, aportando información de los municipios de Catalunya obtenida en una encuesta reciente. Su intención era documentar mejor esta realidad y proporcionar elementos de referencia además de facilitar comparaciones con la información existente y con la que pueda emerger, contribuyendo a mejorar el conocimiento del sistema de salud pública en España.

SUJETOS Y MÉTODOS

En este estudio descriptivo de los servicios municipales de salud pública, los datos proceden del panel de salud pública, encuesta remitida por la Fundación Carles Pi i Sunyer a los 119 Ayuntamientos de Catalunya de municipios mayores de 10.000 habitantes según el registro de población de 2015 (excluyendo a la ciudad de Barcelona). Se presentan los principales resultados referidos a la organización y estructura de los servicios municipales de salud pública, los recursos de que disponen, el grado en que planifican su actividad y la coordinan con otras estructuras, y los ámbitos en que concentran su actividad (profundizando en las actividades de promoción y protección de la salud). El cuestionario era similar al de las anteriores ediciones del panel, con alguna mejora menor. De las actividades de protección de la salud, se exploraron aquellas incluidas en el catálogo de servicios municipales mínimos detallados en la Ley 18/2009 de salud pública de Catalunya⁽¹⁰⁾ añadiendo alguna otra propuesta formulada por expertos. De las actividades de promoción de la salud de los municipios, se preguntó por las que estaban ya incluidas en cuestionarios previos con alguna nueva propuesta por expertos⁽⁶⁾ al no existir ningún listado normativo de prestación obligada. Se preguntó también por posibles cambios en las estructuras de salud pública potencialmente inducidos por el relevo político tras las elecciones municipales de mayo de 2015, así como por las circunstancias de restricción del gasto público en los años anteriores mediante preguntas referidas a modificaciones de la estructura, relevos en el responsable, variaciones en los recursos humanos, tanto en plantilla como en dedicación horaria. El cuestionario está disponible y accesible⁽¹¹⁾. La encuesta se realizó entre los meses de mayo y octubre de 2016, remitiéndose a los responsables de los servicios de salud pública de los municipios. Finalmente respondieron 103 municipios

(86,6 %); los municipios que no respondieron fueron todos de entre 10 y 20 mil habitantes, la categoría de menor tamaño incluida en el estudio. Las respuestas se codificaron y grabaron consolidándose en una base de datos que se analizó mediante el paquete estadístico SPSS, obteniéndose tablas descriptivas. Con los resultados se realizaron dos informes, uno diseccionado por la Diputación de Barcelona a los Ayuntamientos de la provincia, y el otro abarcando el conjunto de Catalunya compilado y difundido por la Fundación Carles Pi i Sunyer.

Los resultados se presentan mediante tablas y figuras descriptivas de la proporción de los municipios que responden, especificando los que dicen contar con una u otra característica o realizar una u otra actividad.

RESULTADOS

En la **tabla 1** puede verse como estaban organizados los servicios de salud pública de los municipios a mediados de 2016. En el 79% de los Ayuntamientos la alcaldía había delegado las

Tabla 1
Estructuras políticas y técnicas de salud pública en los municipios mayores de 10.000 habitantes. Catalunya, 2016.

Estructuras políticas y técnicas		Porcentaje que cumple la condición (%)
Estructura política	Delegación de atribuciones de alcaldía a concejalía.	78,6%
	Delegación expresa de la autoridad sanitaria de alcaldía.	54,4%
	Concejal responsable dedicado sólo a salud pública.	13,6%
	Concejal responsable con dedicación formal al Ayuntamiento exclusiva.	29,6%
Estructura de gestión	Existencia de un departamento o dependencia propia de salud pública.	83,8%
	Existencia de un responsable técnico de la salud pública.	71,8%
	Responsable de salud pública con formación universitaria.	90,6%
	Personal con estudios reglados en salud pública.	55,4%
Sistema de planificación y evaluación	Estructuras de coordinación con otras áreas municipales.	14,9%
	Comisión o mesa conjunta con otras áreas.	8,9%
	Existencia de un diagnóstico de salud de la población.	28,2%
	Existencia de algún tipo de plan o planes en salud pública.	79,6%
	Existencia de planes en protección de la salud.	63,1%
	Existencia de planes en promoción de la salud.	50,5%
	Existencia de evaluación en protección de la salud.	28,2%
Apoyo externo a la acción municipal	Existencia de evaluación en promoción de la salud.	71,8%
	La Diputación proporciona apoyo.	94,2%
	El Departamento de Salud proporciona apoyo .	93,2%
	Participación en alguna red u organismo de coordinación.	54,4%
	Hay al menos un convenio vigente con actores externos.	84,4%

Nota: porcentajes referidos a los 103 municipios que respondieron (el 86,6% de los 119 municipios encuestados). Fuente: Panel de Salud Pública 2016. Diputació de Barcelona - Fundació Carles Pi i Sunyer.

atribuciones de salud pública en una concejalía, y en un 54% había delegado expresamente la autoridad sanitaria. El concejal responsable de salud pública se dedicaba sólo a este tema en el 14% de los casos (habitualmente se dedica también a otras materias), y tenía dedicación exclusiva al Ayuntamiento en un 30% de los casos. En el 84% de los municipios había un departamento propio para salud pública, habitualmente con un responsable técnico que solía tener formación universitaria y en más de la mitad de los casos formación reglada en salud pública. Se aprecia que había estructuras de coordinación más estables y formales en pocos municipios, la mayoría decía que la coordinación con otros departamentos era puntual, según temas y problemas. Una cuarta parte había realizado algún tipo de diagnóstico de salud de su población. La mayoría disponía de planes, que eran más habituales en el ámbito de la protección de la salud. Los planes se evaluaban en algunos casos, más frecuentemente en lo que respecta a la promoción de la salud. Los municipios decían apoyarse en estructuras externas, y las fuentes de apoyo más mencionadas fueron la Diputación de Barcelona y el Departamento de Salud, además de Dipsalut en su demarcación. La mayoría tenía algún tipo de convenio activo con éstas u otras estructuras. Algo más de la mitad estaban presentes en algún organismo de coordinación o red.

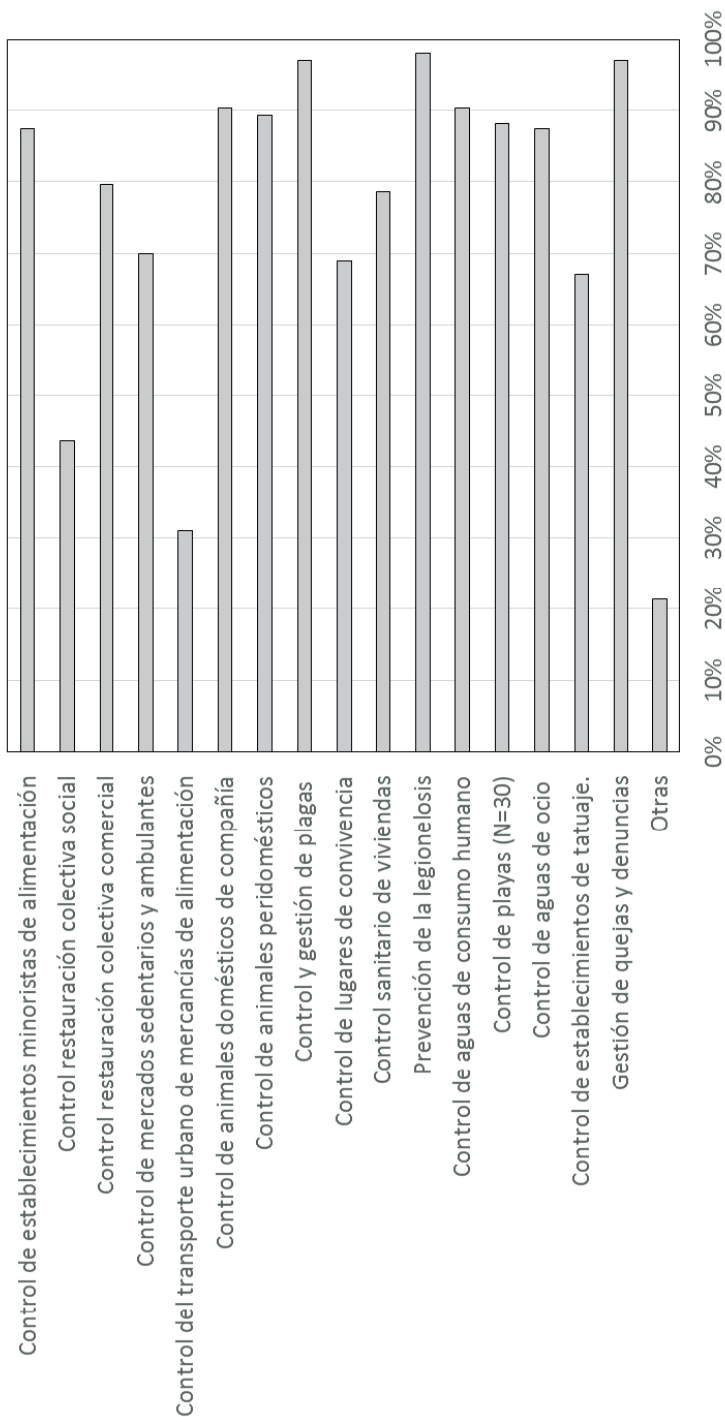
La **figura 1** muestra las actividades de protección de la salud realizadas por los municipios. En el ámbito ambiental destacó la prevención de la legionelosis como actividad casi universal, así como el control sanitario de las aguas de consumo, de piscinas, y de playas (dónde hay costa). Los establecimientos de tatuaje, micropigmentación y piercing (que no estaban presentes en todos los municipios) tenían también un espacio relevante. En el ámbito de la seguridad alimentaria, la actividad municipal se centró en los establecimientos minoristas y en la restauración colectiva comercial. Finalmente, las actividades de gestión del riesgo para la salud derivado de las

plagas urbanas se asumían de forma mayoritaria, así como las centradas en animales peridomésticos y animales de compañía. Se incluyó también la gestión de quejas y denuncias en salud pública, que solía estar vinculada a la protección de la salud, y que estaba ampliamente asumida por estos servicios. Se preguntó por diversas herramientas de apoyo a la gestión en protección de la salud: el 77,7% dijo disponer de censos o registros de instalaciones de riesgo de legionella, y también un 77,7% contaba con registros de establecimientos susceptibles de ser inspeccionados.

En la **figura 2** se presentan las actividades que los municipios realizaban en el ámbito de la promoción de la salud. Las más extendidas eran las referidas a la actividad física y salud, a la prevención en tabaco y alcohol, y a la alimentación y nutrición, pero también fueron muy frecuentes las relativas a la afectividad y sexualidad y a las drogas ilegales, además de las actividades no diferenciadas centradas en aspectos como la inmigración y la salud o el género y la salud. Estaban menos extendidas (pero decía realizarlas la mayoría de municipios) las actividades relativas a salud bucodental, la prevención de accidentes o la salud mental. Se preguntó por los colectivos destinatarios de estas actividades, siendo los principales los definidos por las franjas etarias de la adolescencia y juventud (citada en primer lugar por el 44%), así como la infancia (citada en primer lugar por el 35%); se citaban con frecuencia muy inferior categorías como personas mayores, padres y madres, mujeres, inmigrantes...

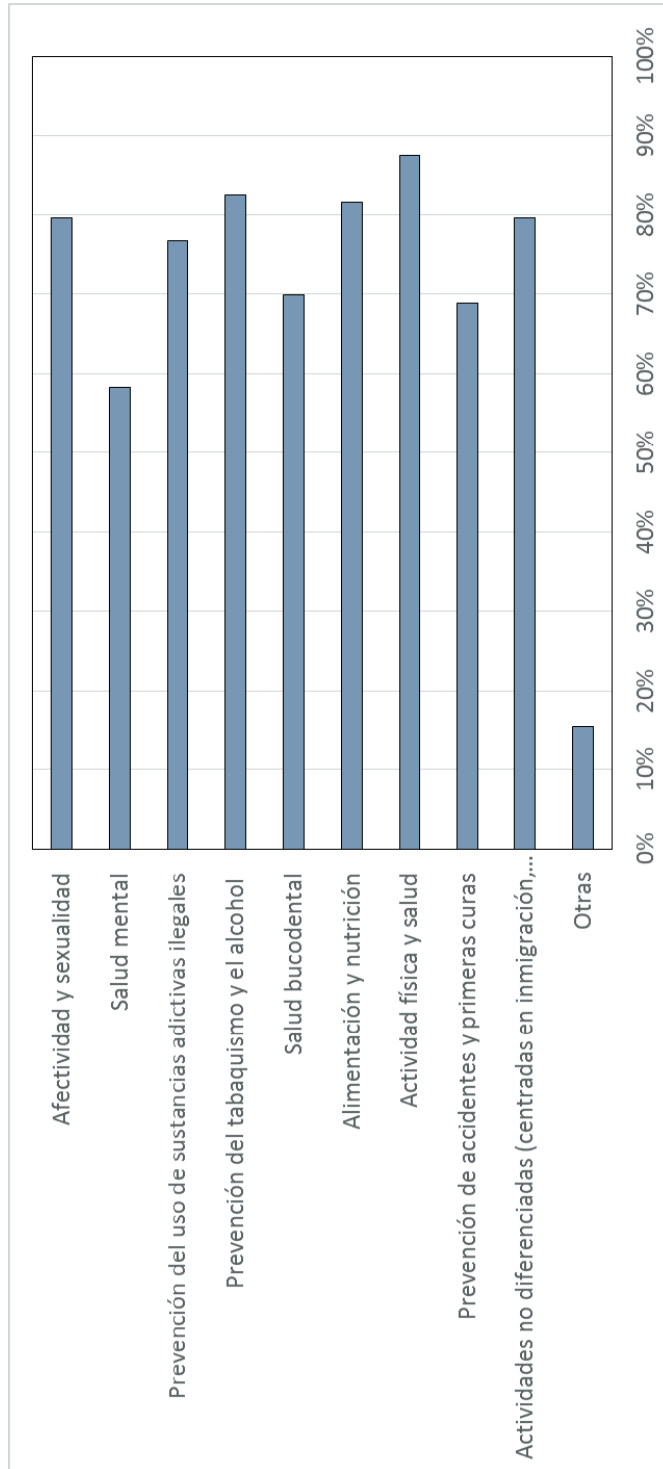
Los cambios recientes de los servicios de salud pública referidos por sus actuales responsables se presentan en la **figura 3**. Reflejan la situación en 2016, un año después de las elecciones municipales de mayo de 2015 y tras varios años de fuertes restricciones impuestas por las Cortes al gasto de los gobiernos locales. Se apreció una cierta estabilidad en las estructuras y en los recursos humanos, pues referían haber sufrido cambios estructurales un 5,4% de

Figura 1
Actuaciones realizadas por los municipios encuestados en protección de la salud. Catalunya, 2015.

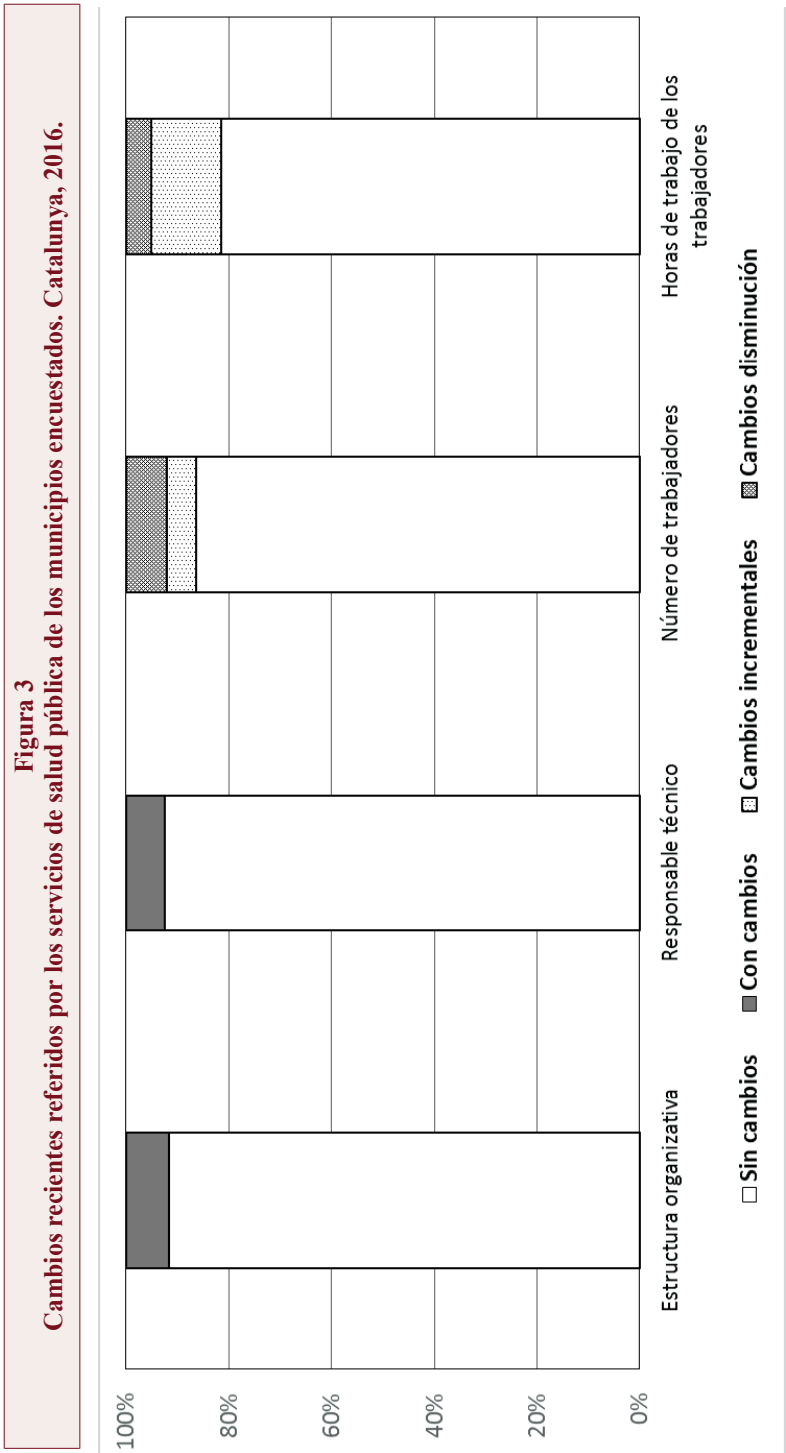


Nota: porcentajes referidos a los 103 municipios que respondieron (el 86,6% de los 119 municipios encuestados).
Fuente: Panel de Salud Pública 2016. Diputació de Barcelona - Fundació Carles Pi i Sunyer.

Figura 2
Actuaciones realizadas por los municipios encuestados en promoción de la salud. Catalunya, 2015.



Nota: porcentajes referidos a los 103 municipios que respondieron (el 86,6% de los 119 municipios encuestados).
 Fuente: Panel de Salud Pública 2016. Diputació de Barcelona - Fundació Carles Pi i Sunyer.



Notas: en el año 2015 tuvieron lugar elecciones municipales y, por tanto, se inició un nuevo mandato, tras años de restricciones de gasto en los presupuestos municipales. Los porcentajes son referidos a los 103 municipios que respondieron (el 86,6% de los 119 municipios encuestados).
Fuente: Panel de Salud Pública 2016. Diputació de Barcelona - Fundació Carles Pi i Sunyer.

los municipios, y en un 7,4% había cambiado el responsable técnico. La plantilla y las horas de trabajo básicamente se habían mantenido, y la proporción de municipios que dijo haber sufrido una disminución en personas u horas de trabajo fue comparable a la de los que relataron un incremento.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran la realidad del sistema de salud pública local en los municipios de más de 10.000 habitantes de Cataluña, en los que vive la mayoría de la población. El estudio es una continuación de esfuerzos previos^(4,5,6): la repetición periódica de esta encuesta muestra el valor de mantener con continuidad un sistema de seguimiento de la salud pública municipal, no garantizado en otros ámbitos. Se constata que a pesar de que la Ley General de Sanidad de 1986 era considerada poco municipalista, treinta años después los ayuntamientos grandes y medianos mantienen recursos en el campo de la salud pública y prestan servicios, con un alcance acumulado considerable.

Hay que valorar las limitaciones del estudio. Es un modesto estudio descriptivo que se basa en un cuestionario sencillo y autocontestado por los responsables de salud pública, que básicamente es idéntico al usado en las ediciones previas. Aunque no se ha sometido a estudios de validación, se cree que refleja la realidad (salvo para las preguntas referidas al gasto que tienen menos respuestas y por ello no se usan en este manuscrito). En contrapartida, aporta una información necesaria y que sería deseable obtener en otras comunidades autónomas.

El ámbito municipal de la salud pública es complejo, pues implica diferentes materias, actores, instituciones y mecanismos de gestión. El contexto concreto de cada municipio influye en el desarrollo de sus actuaciones y en la definición de su diseño institucional; además, sus

interacciones con organismos gubernamentales y de la sociedad civil condicionan sus preferencias, y los recursos. Estos condicionantes se traducen en cierta variabilidad en sus actividades, especialmente en promoción de la salud donde no existe un catálogo de actividades obligatorias. El sistema está regulado por una legislación genérica que enmarca las competencias y funciones de los diversos niveles de gobierno, matizada por las demandas sociales y la implicación ciudadana, la colaboración multinivel, y los recursos disponibles.

En los últimos tiempos, el sistema de salud pública ha estado muy condicionado por la crisis económica, los cambios en las coaliciones políticas de gobierno, y una discusión permanente sobre el papel de los gobiernos locales en la gestión de los asuntos públicos. Ha habido restricciones en el gasto público que han afectado fuertemente al sector sanitario y que no siempre han respondido a criterios o prioridades definidos explícitamente⁽¹²⁾. Así por ejemplo en Cataluña se ha documentado como los servicios de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud han sufrido una disminución de recursos muy superior a la de otros componentes del sistema sanitario asistencial⁽¹³⁾. Se produjo la extinción de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT) en nombre de la reducción del gasto (extinción que podría revertirse), y se ha documentado un proceso de ajuste de los servicios en la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)⁽¹⁴⁾.

Con una perspectiva de dos décadas, la implicación municipal en la salud pública claramente parece haberse mantenido. En 1998-99 se estimaba que la salud pública contaba con unos 400 profesionales en los municipios grandes, y unos 200 en Barcelona⁽³⁾; si ahora hay un número similar en los municipios grandes y medianos, en Barcelona ciudad se ha incrementado hasta unas 300 personas con la creación de la ASPB, y en los servicios autonómicos se ha

estimado en un millar el personal de salud pública^(15,16). Por lo tanto, un esquema actual de los efectivos de los servicios de salud pública para las administraciones en el conjunto de Cataluña mostraría un total aproximado de 1.700 profesionales, de los que unos mil (58%) serían de la Secretaría de Salud Pública de la Generalitat, unos 300 de la ASPB, que es un ente consorcial local (18%), y unos 400 (24%) de los otros gobiernos locales. En conjunto, los servicios locales abarcarían un 42% de los recursos humanos en este ámbito, una proporción muy elevada. Aparte existen otros componentes del subsistema que elevarían el total de efectivos en el sector de la salud pública como los vinculados a la Administración General del Estado en el territorio de Cataluña⁽¹⁷⁾, a otras estructuras de la administración local como las diputaciones de Barcelona y Girona, además del ámbito académico y de investigación y de algunas entidades privadas y no gubernamentales.

El grueso de la actividad local en salud pública está en el ámbito de la protección de la salud, donde los municipios tienen claras responsabilidades obligatorias definidas por la normativa vigente⁽¹⁰⁾. En promoción de la salud, la ley invoca el rol de los municipios pero sin definir actividades mínimas obligatorias. La realidad es que en el sistema catalán de salud pública, el grueso de la promoción de la salud recae en los municipios: la ASPCAT incluía en su catálogo de servicios muchas actividades de prevención y de promoción de la salud, sin un despliegue equivalente en el territorio⁽¹⁵⁾: en buena parte se apoya en la acción de los servicios municipales (y de la atención primaria de salud para las actividades individuales insertadas en la actividad clínica). Las respuestas recibidas (datos no mostrados) sugieren que a medida que se incrementa la población del municipio se da una mayor implicación en promoción de la salud: en los municipios más pequeños el grueso de la actividad es en protección de la salud, en los más grandes tienden a igualarse.

Pese a la fuerte restricción del gasto público en los últimos años, no se aprecian cambios mayores en las estructuras de gestión de los municipios en materia de salud pública. Los servicios han ajustado sus recursos a la situación, pero su continuidad no parece cuestionada. Tal vez sean los servicios autonómicos los que han sufrido más cambios en Cataluña, al perder su consideración de Agencia con la ley 2/2014 y haber reducido sus estructuras territoriales de gestión con la reorganización hecha por el decreto 119/2014, que entre otras cosas, redujo de siete a dos las direcciones territoriales (en 2017 se recuperaron, y en 2019 el proceso legislativo de restauración de esta Agencia está en curso)^(18,19). Aunque los entes locales aplicaron medidas de restricción del gasto, la información de la **figura 3** sugiere que no parecen haberse traducido en acciones de reordenación que hayan puesto en peligro las estructuras de gestión de los servicios. Además, hay que constatar que en 2015, año de renovación de los equipos de gobierno municipal para las elecciones, no se aprecian cambios mayores en el sistema de gestión. La continuidad parece la tónica general, como ya se había apreciado en 2012⁽⁶⁾. Esto sugiere una cierta consolidación de los equipos profesionales de gestión en los municipios, que de hecho es muy deseable para la producción de servicios.

Las administraciones locales tienen definidas una serie de responsabilidades, pero las que tienen una población más pequeña difícilmente disponen de recursos para desarrollarlas. La importante fragmentación del mapa municipal de Cataluña, con la existencia de casi mil municipios, supone un reto considerable. Otros países que han concentrado en los gobiernos locales el grueso de las responsabilidades en sanidad, han hecho previamente reformas administrativas para reducir el número de municipios y han fijado unos requisitos de población mínima para su existencia, o han compactado los servicios en otro ámbito local de alcance supramunicipal (los condados en

muchos países). Avanzar hacia estructuras más grandes podría favorecer la consolidación de servicios locales de salud pública con una gestión de calidad. Las dimensiones mínimas para un servicio local de salud pública se han estimado en 100.000 habitantes en los EEUU⁽²⁰⁾. Más allá del tamaño poblacional que garantice una base fiscal que pueda mantener los servicios, en nuestro contexto se da la contradicción de que incluso los municipios más pequeños tienen asignadas responsabilidades de vigilancia y control sobre establecimientos situados dentro del término municipal; mientras por un lado no suelen disponer de los recursos para ejercerlas con competencia, por otro los titulares de los establecimientos pueden tener con facilidad relaciones personales y de parentesco con los políticos electos. Esto puede plantear problemas añadidos en la gestión de riesgos en parte del territorio. La importante actividad de apoyo que la ASPCAT proporcionó años atrás, visible en los convenios firmados con muchos ayuntamientos y recogida en los paneles de 2010 y 2012^(5,6), contrasta con su extinción formal y su relativo repliegue debido a sus restricciones de recursos. En contraste, el papel de colaboración de las Diputaciones es más visible ahora. En Cataluña tanto la de Diputación de Barcelona como la de Girona (ésta mediante el organismo autónomo Dipsalut) dan un importante apoyo a los municipios en materia de salud pública^(21,22). Los municipios más grandes son los que parecen mantener relaciones más intensas con la Secretaría de Salud Pública de la Generalitat (datos no mostrados).

Actualmente, el sistema de salud pública local es una mezcla de organizaciones locales (básicamente municipales, con aportaciones comarcales en algunos lugares y de algún ente consorcial) y servicios autonómicos periféricos, con probables lagunas en los municipios más pequeños^(23,24). Las Diputaciones de Barcelona y Girona dan un apoyo directo o indirecto a los servicios municipales, que es muy reconocido y apreciado

por los responsables municipales. Para el futuro, un objetivo debería ser garantizar la cobertura de toda la población y de todo el territorio, definiendo el rol de ambos niveles de gobierno y simplificando estructuras. Una opción en esta dirección puede ser tender a fusionar estructuras ya existentes o crear otras nuevas. Algunas reflexiones extraídas del contexto federal de EE.UU. pueden ser ilustrativas⁽²⁵⁾. Así, un modelo podría ser el que tienen algunos estados dentro de los EE.UU., donde hay una serie de servicios locales municipales o del condado (ente local equivalente a nuestras comarcas) abarcando parte del territorio y la población, mientras que los servicios del estado cubren directamente el resto. Otra opción, para ir hacia servicios de mayores dimensiones, sería la creación de consorcios entre las administraciones locales y la autonómica para cubrir las diversas unidades territoriales y de población, intentando que tuvieran un alcance poblacional suficiente para garantizar la sostenibilidad de unos servicios locales anclados en el territorio capaces de responder a las necesidades (con unos 100.000 habitantes como mínimo), y concebidos como un ente al servicio de los gobiernos locales. En realidad el modelo de la ASPB para la ciudad de Barcelona es éste, al haber fusionado en un único ente de carácter consorcial las estructuras municipales previas con servicios autonómicos, garantizando una financiación mixta y un gobierno compartido.

Apoyar la formación de los profesionales y de los directivos de los servicios locales de salud pública parece una tarea importante. Muchos de los actuales responsables técnicos no disponen de formación reglada en salud pública. El programa más consolidado de formación en salud pública existente en Catalunya (la maestría ofrecida por las universidades Pompeu Fabra y Autónoma de Barcelona) está concebido básicamente como un programa para estudiantes a dedicación completa y con pocos componentes de gestión y de protección de la salud, pero podría reorientarse en esta dirección. En los EEUU

el gobierno federal estimuló actividades de formación de las instituciones académicas de salud pública orientadas específicamente a reforzar los recursos humanos de los servicios locales y de los estados, modificando su tendencia tradicional a centrarse en estudiantes a tiempo completo; de hecho este fue el origen de la puesta en marcha de los programas de maestría on-line⁽²⁶⁾.

Pensando en cómo mejorar, en un mundo en constante transformación, la innovación es una necesidad. Habría que potenciar la colaboración transversal entre organizaciones y también la experimentación (con una evaluación posterior), para difundir las innovaciones útiles. La existencia de espacios de consulta y colaboración entre los responsables de los servicios locales de salud pública puede ser una oportunidad para su desarrollo y para favorecer la introducción de innovaciones. Serían deseables iniciativas que reuniesen periódicamente a los responsables de los servicios locales sin un marco jerárquico (tal vez estratificando por territorios o por tamaño poblacional y de los servicios, para limitar la heterogeneidad). Por otra parte, generar esquemas de acreditación de la calidad de los servicios locales de salud pública podría ser una dirección prometedora (en EEUU ha sido un camino seguido de manera creciente, y en Cataluña tras la acreditación de los laboratorios de control oficial hay servicios que se han acreditado o certificado de manera voluntaria).

BIBLIOGRAFÍA

- Villalbí JR. Los servicios de salud pública: marco conceptual y organización. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2012. Disponible en http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500577&dsID=n3.10_Los_servicios_de_salud_p_blica.pdf.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-4-1986; 102; BOE-A-1986-10499.
- Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. *Gac Sanit* 2001; 15: 164-171.
- Àrea de Salut Pública i Consum. La despesa dels ajuntaments de Catalunya en Salut Pública. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2004.
- Pano E, Viñas A (Coord). La gestió municipal de la salut pública. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2011. Disponible en: https://www.diba.cat/documents/713456/120960719/La+gestio+municipal+de+la+salut+p%C3%ABlica_2010.pdf/49c65b27-97bd-4b28-b655-2b6bca408eac.
- Díaz-Echenique L (Coord.) Panel de polítiques públiques locals. *Salut pública* 2012. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2013.
- Guix J, Villalbí JR, Armengol R, et al. Innovar en la gestió de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. *Gac Sanit*. 2008; 22 (3):267-74.
- Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P et al. Las funciones esenciales de salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8: 126-34.
- Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E et al. Defining and assessing public health functions: a global analysis. *Annu Rev Public Health* 2016. 37:335-55.
- Departament de la Presidència. Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. DOGC 30-10-2009; 5495.
- Estudi de polítiques locals de salut pública. Barcelona, Fundació Carles Pi i Sunyer, 2016. Disponible en: <https://pi-sunyer.org/public/files/panel/panel-salut-publica-2016.pdf>.
- Bernal Delgado E, Campillo Artero C, González López-Valcárcel B, Meneu de Guillerna R, Puig-Junoy J, Repullo Labrador JR et al. Documento de debate. En: Asociación de Economía de la Salud. La sanidad pública

ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Mataró: Asociación de Economía de la Salud; 2011.

13. Ramis O, Albasanz G. Estudi sobre contractacions, sub-contractacions i derivacions dels serveis sanitaris públics a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Epirus; 2016.

14. Villalbí JR, Borrell C, Macia M, Subirana T, López MJ, Portaño S et al. Adaptación de los servicios de una organización de salud pública a la disminución de los recursos. *Gac Sanit*. 2017; 31:242-5.

15. Secretaria de Salut Pública. Memòria de la Secretaria de Salut Pública 2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016.

16. Barbero R, García-Rodríguez A, Villalbí JR (Coord). Memòria 2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017.

17. Villalbí JR, Carreras F, Martín-Moreno JM, Hernández-Aguado I. La cartera de servicios de salud pública en el sistema nacional de salud: la aportación de la administración general del estado. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 247-54.

18. Secretaria de Salut Pública. Serveis de Salut Pública. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015.

19. Departament de Presidència. Llei 2/2014, del 27 de gener, de mesures fiscals, administratives, financeres

i del sector públic. DOGC 30-1-2014; 6551: CVE-DOGC-A-14027106-2014.

20. Santerre RE. Jurisdiction size and local public health spending. *Health Services Research* 2009; 44: 2148-66.

21. Salut pública. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2018. Disponible en: <https://www.diba.cat/es/web/salutpublica>.

22. Alabert-López M, Arbussà-Reixach A, Sáez-Zafra M. Colaboraciones interadministrativas en la gestión de la salud pública en municipios menores de 10.000 habitantes. *Gac Sanit* 2016; 30: 480-2.

23. Llebaria X, Arasa MA, Chacón C, et al. Les activitats i les estructures dels serveis de salut pública. Estudi als ajuntaments de més de 10.000 habitants. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2010.

24. Lobato-Pajares MT, Villalbí JR. Los servicios de salud pública: una lectura de los informes disponibles. *Gac Sanit*. (en prensa).

25. 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 (Supl 3): 72-80.

26. Turnock BJ. Public health. What it is and how it works (4th ed). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2009; p. 304.