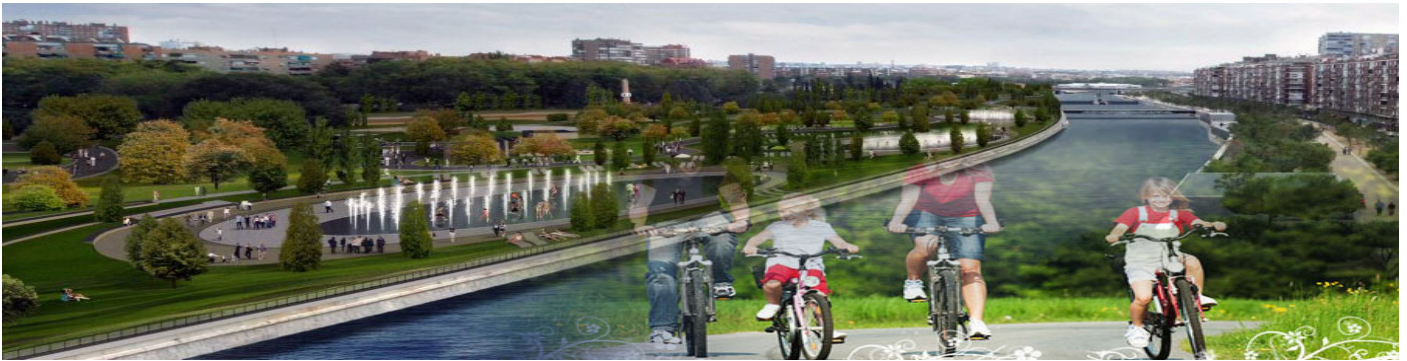


3.13 Salud urbana



Es el nivel local el de encuentro más cercano a la ciudadanía, donde ésta desarrolla su convivencia, establece sus relaciones y construye su entorno. Es, además, donde los ciudadanos y ciudadanas toman decisiones relevantes sobre mucho de los asuntos determinantes de su salud a nivel individual, familiar y colectivo. Los municipios, como socios estratégicos para la acción periférica, se convierten así en agentes claves de la salud pública, por su capacidad de rentabilizar todas aquellas actuaciones poblacionales y del entorno en relación a la salud.

Autor: Alfredo Sánchez Monteseirín
Médico Inspector de Servicios Sanitarios.
Alcalde de Sevilla de 1999 a 2011

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Sanchez Monteseirín A. Salud urbana [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2015 [consultado día mes año]. Tema 3.13 Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
 by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
 is licensed under a Creative Commons
 Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
 3.0 Unported License.



Resumen:

En lo que se refiere a la aportación de los servicios sanitarios en la mejora del estado de salud de la población, hay suficiente evidencia contrastada de que estos contribuyen comparativamente de una forma muy modesta, ya que los servicios asistenciales están demasiado orientados hacia el mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y no lo suficiente hacia su prevención y la promoción de la salud comunitaria.

Cabe decir que los servicios asistenciales, una vez desarrollada su contribución a la reducción de la mortalidad evitable por actividad clínica, concentran su esfuerzo en mejoras de la

Introducción: el enfoque urbano de la salud.

1. *Desafíos para la salud urbana.*
2. *Actuación intersectorial en salud.*
3. *Acción local en salud.*
4. *El sistema sanitario en la ciudad.*
5. *Marco normativo de la salud municipal.*

Referencias bibliográficas

calidad de vida relacionada con la enfermedad. Pero los yacimientos de reducción de mortalidad evitable por prevención, así como la mejora de bienestar y calidad de vida relacionada con la salud, se encuentran tanto en acciones de salud pública, como en el ámbito intersectorial de las políticas públicas saludables.

Esto requiere una convergencia de los objetivos de los diferentes sectores en torno a la salud pública en la que cada sector y departamento municipal,

actúa desde su marco de competencias. Los municipios, y las instituciones y entidades ciudadanas, como socios estratégicos para la acción periférica, se convierten en agentes clave de la salud pública, por su capacidad de rentabilizar todas aquellas actuaciones poblacionales y del entorno en relación con la salud (tratamiento de aguas/ vivienda y urbanismo saludables/ polución/ energías limpias/ fomento de la actividad física/ prevención primaria/ carril bici/ zonas verdes/ espacios de convivencia/ participación...) y otras de competencia municipal, teniendo en cuenta, que:

- √ El mayor porcentaje de problemas de salud pública, hoy, no se resuelve con más servicios (obesidad, tabaquismo, otras adicciones, accidentes, violencia, algunos problemas de salud mental derivados del modelo social...).
- √ Para resolverlos hay que trabajar con los otros sectores y contar con la ciudadanía, potenciando el concepto de salud como un derecho, como un valor; una inversión y un requisito de desarrollo y bienestar.
- √ El desarrollo de la acción local en salud es un alegato a la corresponsabilidad del gobierno y de la ciudadanía.

¿Por qué es importante la salud urbana?
 ¿Por qué ahora?
 ¿Cuáles son los principales problemas de salud en las ciudades?
 ¿Qué factores o determinantes sociales tienen que ver con la salud urbana?
 ¿Qué puede hacerse para promocionar y proteger la Salud Urbana?
 ¿Qué pueden hacer las ciudades para superar estos desafíos?
 Los habitantes de las ciudades han de concienciarse de la necesidad de adoptar comportamientos saludables para vivir en la urbe y participar activamente en la toma de decisiones públicas teniendo presente y muy en cuenta como pueden afectar a su salud individual y comunitaria.

- ✓ Todo esto, en el nivel local, es de una gran potencialidad en Salud, porque el nivel local es el más efectivo, por la proximidad de la ciudadanía, porque es allí donde se desarrolla su vida cotidiana; es allí donde identifican la capacidad de actuación en el territorio y esta es la clave de valor de los ayuntamientos en el ámbito de la salud.
- ✓ Hay que llevar el valor salud a las diferentes agendas locales haciendo una llamada al liderazgo de los alcaldes y alcaldesas, y de los decisores locales en general, ya que son los únicos capaces (competentes) de integrar estas acciones en el territorio (gobernanza local) y así conseguir la incorporación de los objetivos de salud en las políticas municipales de los diferentes sectores, dentro de la estrategia de Salud en Todas las Políticas
- ✓ La salud urbana es un concepto nuevo. Desde las ciudades no hubo una mirada organizada desde la salud. Ahí entra en juego la gobernabilidad de la salud ambiental. Esto es, establecer diálogos entre los gobiernos, la sociedad civil y las empresas para ir mejorando las inequidades y disminuyendo las diferencias. La urbanización está vinculada a muchos problemas de salud relacionados con el agua, el medio ambiente, la violencia y las lesiones, las enfermedades no transmisibles.

Introducción: el enfoque urbano de la salud

El enfoque urbano de la salud es oportuno y muy pertinente por las siguientes razones:

- La mayoría de la población mundial vive actualmente en zonas urbanas, y esta proporción se espera que crezca y que la salud urbana se convierta en un foco importante de la política mundial de salud pública. Mientras que la urbanización y el crecimiento de las ciudades se asocia con aumento de la prosperidad y la buena salud en población en general, en muchas realidades urbanas se dan algunas de las disparidades de salud del mundo más importantes, tanto en países de bajos y altos ingresos, ya sea por la rápida migración desde las zonas rurales como y el crecimiento

poblacional, que cada vez ejercen más presión sobre los limitados recursos en las ciudades.

- Hay evidencia de modelos de desarrollo urbano mal planificados o no planificados que tienen por sí mismos consecuencias muy negativas para la salud y la seguridad de las personas, como un mayor riesgo de traumatismos causados por el tráfico, el aumento de los factores de riesgo

La gestión de la creciente complejidad urbana se fundamenta en:

- Ofrecer soluciones a los retos de la sociedad del siglo XXI: sostenibilidad y sociedad del conocimiento
- Asumir el modelo de ciudad mediterránea, compacta, compleja, eficiente y cohesionada socialmente
- Promover una organización intergubernamental y transversal que contemple los principios de la gobernanza: apertura, participación, eficacia, responsabilidad y coherencia.
- Establecer mecanismos de formación (reglada y no reglada) y aprendizaje continuo, capaces de afrontar un nuevo enfoque para la enfermedad cardíaca, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas, debidos a la inactividad física y las dietas poco saludables.

En cuanto a los principales problemas de salud en las ciudades, cada ciudad tiene una serie de retos y problemas. Sin embargo, los más compartidos por todas ellas son:

- Las cardiopatías o enfermedades del corazón, la presión arterial alta, la diabetes y la obesidad están relacionados con estilos de vida en las ciudades;
- Las enfermedades causadas por alimentos y agua insalubres o por la contaminación del aire urbano debido a condiciones de hacinamiento;

¿Qué departamentos deben participar en el logro de una mejor salud urbana? Para conseguir los objetivos marcados se necesita el compromiso multidisciplinar de todos los sectores, no sólo por supuesto los asistenciales y sanitarios. La ciudadanía, los técnicos, los directivos y las autoridades han de asumir que muchos aspectos de la vida en las ciudades tienen un impacto en la salud: una buena planificación urbana que implique en la toma de decisiones cotidiana los criterios saludables puede hacer frente a estos desafíos mejor que cualquier servicio asistencial.

- El grave riesgo de los accidentes de tráfico y sus secuelas;
- Trastornos de salud mental y abuso de sustancias.

En lo que se refiere a los factores o determinantes sociales que tienen que ver con la salud urbana es importante abordar las crecientes disparidades en la salud entre los diferentes grupos en las ciudades: por ejemplo, hay una diferencia de 28 años en la esperanza de vida de las personas que viven en barrios distintos dentro de Glasgow en el Reino Unido.

Pero las ciudades, en su conjunto, se enfrentan a una común amenaza para la salud: enfermedades agravadas por malas condiciones de vida, enfermedades crónicas derivadas de hábitos no saludables, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física ...y el uso nocivo del alcohol y otras drogas...

Estos son el resultado de un complejo interacción de diversos factores determinantes de la salud, incluidas las infraestructuras insuficientes o deshumanizadas o los servicios públicos más o menos accesibles para la población, que en particular impactan en la salud no sólo de los habitantes de barrios marginales y pobres, sino en general, dadas las condiciones de vida y de trabajo de las urbes, que aunque varían ampliamente dentro y entre las ciudades de todo el mundo, son las compartidas "causas de las causas" de la mala salud.

Para promocionar y proteger la Salud Urbana la primera tarea ha de ser, según la OMS, la de informar y apoyar a los responsables públicos a desarrollar y poner en práctica políticas adecuadas, sostenibles y favorables a la salud, en las que participen no sólo, ni fundamentalmente, los servicios sanitarios sino todos los sectores pertinentes, tales como el transporte, la educación, la vivienda, el agua y saneamiento, e implicar a toda la comunidad en la formulación de estas decisiones.

1. Desafíos para la salud urbana.

La urbanización es una de las tendencias globales líderes del siglo 21 con impacto más significativo en la salud. En 2050, más del 70% de la población mundial vivirá en las ciudades. Los factores

que influyen en la salud urbana incluyen la gestión municipal, las características de la población, el medio ambiente natural y construido, el desarrollo social y económico, los servicios y la gestión de emergencias de salud y la seguridad alimentaria.

Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, afirmó con motivos del Día Mundial de la Salud 2010 (, dedicado a la planificación urbana:

"Las ciudades congregan a multitud de personas, ofrecen multitud de posibilidades, pero también esconden multitud de amenazas para la salud. Es posible planificar, diseñar y administrar las ciudades de manera que se favorezca la salud y se proteja a la población contra esas amenazas. Los determinantes principales de la salud en las áreas urbanas no dependen directamente del solo sector de la salud.

Esos determinantes son de carácter social y cultural, y pueden ser configurados por las políticas que se llevan a cabo en otros muchos sectores... En general, las poblaciones urbanas están mejor que sus contrapartes rurales al tener un mayor acceso a los servicios sociales y de salud y una esperanza de vida más larga. Pero en las ciudades también se pueden concentrar amenazas para la salud, tales como el saneamiento inadecuado y la recogida de basuras, la contaminación, los accidentes de tráfico, los brotes de enfermedades infecciosas, así como estilos de vida poco saludables".

Asimismo, en el boletín de la OMS (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/es/>), el Dr. Jacob Kumaresan, Director del Centro OMS para el Desarrollo Sanitario con sede en Kobe (Japón) afirma:

"El mundo se está urbanizando rápidamente y ello está provocando importantes cambios en nuestros niveles y estilos de vida, nuestro comportamiento social y nuestra salud... Si bien la vida en las ciudades sigue ofreciendo numerosas oportunidades, incluidas las posibilidades de acceso a una mejor atención de salud, los entornos urbanos actuales pueden concentrar riesgos sanitarios e introducir nuevos peligros".

Las ciudades han de planificarse, desarrollarse y mantenerse implicando a todas las instituciones y organizaciones que interactúan en la urbe, yendo mucho más allá de los organismos especializados directamente relacionados con la sanidad e incluso con la urbanización: agua, medio ambiente, seguridad vial, prevención de accidentes... de manera que toda la ciudadanía pueda acceder a las instalaciones y servicios que favorecen un estilo de vida saludable, garantizando así unas mejores condiciones de vida sana mediante el acceso a los servicios básicos, así como a las instalaciones urbanas de recreo y tiempo libre.

El objetivo de las iniciativas de Salud Urbana consiste en promover el debate y la concienciación entre los decisores locales y los ciudadanos, con miras a adoptar medidas que contribuyan a mejorar políticas, actitudes y comportamientos en relación con algunos de los aspectos de la urbanización más perjudiciales para la salud, despertar el interés por el tema relativo a la urbanización y la salud, y alentar la participación de los gobiernos, las organizaciones internacionales, las empresas y la sociedad civil en un esfuerzo común por poner las cuestiones concernientes a la salud en el centro de la política urbana.

La vida en las ciudades y las crecientes presiones derivadas de la comercialización masiva, la disponibilidad de productos comestibles malsanos y el acceso a la automatización y al transporte influyen sobre el modo de vida y afectan directamente a la salud.

Los accidentes de tráfico son la novena causa de defunción en todo el mundo. Casi la mitad de las personas que mueren en accidentes de tráfico son peatones, ciclistas o motociclistas.

En todo el mundo, la contaminación del aire causa anualmente unos 1,2 millones de defunciones como consecuencia, principalmente, de enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Una proporción considerable de la contaminación del aire en los centros urbanos se debe a los vehículos motorizados, aunque la contaminación industrial, la generación de electricidad y, en los países menos adelantados, el uso de combustibles en los hogares, también son importantes fuentes de contaminación.

En el ámbito urbano, las enfermedades infecciosas prosperan cuando las personas están hacinadas y las enfermedades crónicas no transmisibles (como la diabetes, el cáncer y las enfermedades del corazón que van en aumento) por estilos de vida poco saludables como el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol y otras drogodependencias.

Los entornos urbanos tienden a desalentar la actividad física y propician el consumo de alimentos insalubres. La actividad física se ve obstaculizada por diversos factores urbanos que incluyen el hacinamiento, el gran volumen de tráfico, el intenso uso de medios de transporte motorizados, la mala calidad del aire y la falta de espacios públicos seguros y de instalaciones recreativas y deportivas.

El diseño e implementación exitosa en las zonas urbanas de las intervenciones en salud, requiere un enfoque multisectorial que atraiga la participación de una amplia gama de partes interesadas. Los participantes en el último **Foro Mundial sobre Urbanismo y Salud** coincidieron en que se deben hacer esfuerzos para integrar la salud en todas las políticas urbanas. Este amplio enfoque amplio es imprescindible dado que, cada

vez más, el fomento de la salud urbana depende de la efectiva cooperación entre distintos departamentos de la administración pública como los competentes en materia de vivienda, de transporte, de industria, de aguas y saneamiento, de educación, de medio ambiente y de gestión financiera.

Por otra parte, la colaboración desde el sector privado sector y la sociedad civil es considerada mundialmente como un importante componente para garantizar interacciones transversales a desarrollar y fortalecer desde los gobiernos locales.

Las ciudades para superar estos desafíos tienen mucho más que hacer de lo que se suele pensar. Buena parte de las competencias municipales tienen que ver con la protección y la promoción de la salud de las personas. Algunas actividades “tradicionales” están directamente relacionadas con los mecanismos básicos de protección de la salud, así el aporte de agua de consumo humano, la eliminación de aguas residuales y residuos sólidos y el control de los lugares de venta y consumo alimentario.

En los últimos años y como consecuencia de decretos específicos, muchos ayuntamientos han asumido competencias importantes en programas concretos de prevención; por ejemplo en control de instalaciones de riesgo para la propagación de legionelosis, en lugares de baño, en centros de tatuaje, etc. Pero además, los municipios tienen competencias que inciden directamente sobre determinantes básicos de salud y que representan una oportunidad para una acción intersectorial en la promoción de la salud de las personas: las políticas de urbanismo, de protección del medio ambiente o de ordenación del tráfico urbano.

La orientación que se adopte en las políticas municipales en estas (y otras) áreas, tendrán una influencia muy importante sobre la configuración de los entornos urbanos, decidirán si estos favorecen o dificultan el desarrollo del potencial de salud de los ciudadanos. Pese a argumentos tan potentes, la salud pública en la administración local suele ser ignorada y desconocida incluso por los propios gestores políticos locales. Más aún, la propia Ley 33/2011 General de Salud Pública, sólo menciona tangencialmente a la administración local en un par de breves párrafos del artículo 23.2.

Destacamos cinco de entre las acciones que sirven para mejorar significativamente las condiciones de vida urbana:

- 1. promover una planificación urbana que genere conductas saludables;*
- 2. mejorar las condiciones de habitabilidad en las ciudades;*
- 3. garantizar una gestión participativa de los asuntos públicos;*
- 4. construir ciudades inclusivas que sean accesibles y sostenibles ambientalmente;*
- 5. conseguir ciudades bien preparadas para afrontar emergencias.*

Desde el programa Ciudades Saludables se propone elaborar en cada ciudad una guía práctica de acción intersectorial en salud urbana, un documento de acción intersectorial en salud, mediante la metodología de dirección por programas y gestión por procesos, donde se resuman una serie de recomendaciones, lecciones y enfoques de la acción multidisciplinaria en salud como una estrategia general para la gestión pública. Este documento, el Plan Local de Salud, tendría como objetivo presentar en lenguaje claro algunas sencillas medidas que los responsables públicos en todos los sectores puedan trabajar más sistemáticamente para mejorar la salud y la equidad sanitaria de su ciudadanos.

“La amplia gama de problemas de salud en las ciudades y sus determinantes requieren políticas coordinadas y acciones a través de múltiples disciplinas, incluyendo el medio ambiente, el transporte, la educación, los parques y la recreación, y la planificación urbana”, dice el Dr. Ala Alwan, Subdirector General de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental en el boletín de la Organización Mundial de la Salud con motivo del Día Mundial de la Salud 2010, dedicado a la planificación urbana. (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban_health_20100407/es/)

Las políticas y las acciones coordinadas también son necesarias para abordar las condiciones subyacentes de los problemas de salud más importantes en las ciudades de hoy. Por ejemplo, la contaminación del aire urbano mata a unos 1,2 millones de personas en todo el mundo. Los accidentes de tráfico entre los niños son especialmente preocupantes en las zonas urbanas. A nivel mundial, los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte entre los jóvenes de 15-24 años, y la segunda causa principal de muerte para aquellos en los 10-14 años de edad.

En muchos casos, el crecimiento rápido de la población supera la capacidad municipal para construir la infraestructura básica que hacen vida en las ciudades saludables, lo que lleva a la proliferación de asentamientos informales. Hoy en día, se estima que uno de cada tres habitantes de las ciudades, que asciende a casi mil millones de personas, viven en barrios marginales urbanos y entornos informales, que necesitan y reclaman una acción urgente para hacer frente a sus necesidades.

2. Actuación Intersectorial en Salud

Las actividades de salud pública a nivel local son un ejemplo **de actuación intersectorial y de ejercicio multiprofesional de la protección y la promoción de la salud**. Muchas veces sin darnos cuenta, trabajamos en ello arquitectos, veterinarios, licenciados en derecho, médicos; técnicos muy cualificados codo con codo con personal de servicios generales. La necesidad de involucrar a muchos otros sectores de la sociedad, además del sanitario, en la lucha por una sociedad más sana, ha sido una convicción arraigada de la OMS, que en sus recomendaciones para abordar este tema suele enfatizar el papel de un amplio

rango de partícipes, más allá del sector salud, en reconocimiento de la compleja red de los determinantes de la salud.

La salud y la calidad de vida de los individuos y las poblaciones son determinadas por una compleja red de factores interrelacionados. Estos factores comprenden los aspectos más amplios de la salud, incluyendo determinantes sociales, ambientales y económicos. Tal complejidad significa que las medidas para promover y proteger la salud y el bienestar no pueden ser limitadas al sector de la salud. El diseño e implementación de las políticas públicas que mejoran la calidad de vida requieren de la participación activa y el compromiso de otros sectores de la sociedad en todos los pasos del proceso. En la mayoría de los países del mundo surgen constantemente nuevos desafíos de la salud vinculados a la complejidad del medio urbano, en los que la necesidad de la participación de otros sectores es cada vez mayor. Esto genera una necesidad de herramientas relevantes y ejemplos prácticos de cómo el sector sanitario debe contar con otros sectores para lograr el éxito en sus objetivos. Se trata de un trabajo conjunto de todos los sectores para mejorar la salud e influir en sus determinantes con el objetivo de lograr una mayor conciencia sobre la salud y las consecuencias para la salud de las decisiones no estrictamente sanitarias.

Aunque el sector de la salud puede ser el jugador central, esto no siempre tiene que ser así. Por ejemplo, la policía y los servicios de transporte público podrían combinarse para tomar medidas (carril bus, restricciones al vehículo privado, peatonalizaciones) para reducir los accidentes de tráfico, o la contaminación del aire urbano, objetivos de salud pública, sin la participación directa del sector salud.

3. Acción Local en Salud.

Las personas demandan, cada vez más, una asistencia sanitaria de calidad que resuelva sus problemas de enfermedad, pero además requieren que sus entornos (social, laboral, de ocio...) sean cada vez más seguros y saludables, así como favorecedores de las opciones más sanas, y que se les garantice la seguridad de los alimentos, la calidad del aire que respiran y la potabilidad de las aguas que consumen. Es precisamente en el municipio, el territorio más cercano a la ciudadanía, donde cobran especial

Todavía hoy, muchas de las acciones de salud que se desarrollan en el ámbito local no forman parte de un proyecto conjunto, ni existe una red territorial para la participación, tampoco están estructuradas en un plan único conjunto, ni se tiene una visión de eficiencia al no aunar los recursos existentes en la ciudad. Esto genera que, en muchas ocasiones, tengan lugar acciones similares sobre las mismas poblaciones, creando una redundancia de actividades sobre un mismo grupo de población y una falta de continuidad para cumplir algún objetivo.

El concepto transversal de la salud se ejercitará, de acuerdo con las nuevas leyes, "a través de la coordinación y cooperación intersectorial y multidisciplinaria, como elemento de cohesión de las políticas públicas de las entidades e instituciones con responsabilidades sobre la salud pública". Ha de darse prioridad "a la intersectorialidad en las áreas de educación, bienestar social, políticas de igualdad, medio ambiente, agricultura, consumo, empleo y vivienda". Son los ayuntamientos los llamados a liderar y coordinar las actuaciones de los diferentes sectores, tanto públicos como privados, contando con la ciudadanía, para proteger la salud de la población, cuidando su entorno medioambiental (agua potable, salud alimentaria, residuos, etc.)

importancia las acciones para promover conductas más sanas y para hacer más saludables los entornos como los barrios y los pueblos, donde viven, conviven y trabajan las personas y sus familias.

En este nuevo marco se inscribe la acción local en salud, en la que son los Ayuntamientos–representantes directos de los ciudadanos– los llamados a liderar y coordinar las actuaciones de los diferentes sectores, tanto públicos como privados, contando con la ciudadanía, para proteger la salud de la población, cuidando su entorno medioambiental (agua potable, salud alimentaria, residuos, etc.) así como promoviendo estilos de vida saludables, para conseguir una mejor calidad de vida, más sana.

Una nueva mirada de la Salud Pública sitúa el escenario de trabajo a través de políticas públicas orientadas al ámbito territorial, en el marco de la Estrategia de Salud en Todas las Políticas, con el objeto de promover las conductas más sanas y hacer más saludables los entornos como los barrios, los pueblos y las ciudades, donde viven, conviven y trabajan las personas y sus familias. Desde esta perspectiva, el sector Salud, está llamado a asumir una actitud proactiva con el resto de las políticas públicas que tienen que ver con los determinantes sociales de la salud, en definitiva, con el concepto de la salud en todas las políticas.

La Acción Local en Salud persigue la creación de este escenario de convergencia en el municipio– el territorio más cercano a la ciudadanía–, entre todos los sectores y actores públicos y privados, capaz de reorientar recursos y organizar la respuesta de manera conjunta y compartida, de forma que las acciones se centren en políticas territoriales organizadas (salud, desigualdades, medioambientales, migración, urbanismo, consumo, etc.) y se establezca con claridad el papel de cada administración en la organización. De ahí que hablar de acción local en salud es hablar de gobiernos locales, comunidades y territorios, bajo la óptica de salud como un valor de calidad de vida, enfocada más hacia las características que la determinan, que hacia las consecuencias de la enfermedad.

Las iniciativas de las actuaciones que se realizan con el sector salud parten de uno u otro sector pero no por consenso, al menos globalmente, ya que en ocasiones sí se plantean objetivos comunes. Por otra parte, dentro de un mismo Ayuntamiento,

las concejalías no comparten la visión conjunta de salud de su ciudadanía, cada una desarrolla sus propias estrategias en este ámbito. La referencia de los temas de salud en cada corporación es variable: desde la existencia de una concejalía de salud (con o sin apoyo técnico), hasta que sus funciones formen parte de otra con mayor o menor protagonismo, estando en función de la capacidad de gestión y presupuesto de ésta.

En definitiva, lo que se persigue es facilitar herramientas para que las personas, en sus pueblos y ciudades, puedan mejorar sus condiciones de vida mediante la implementación local de una estrategia que fortalezca las alianzas entre las autoridades locales, miembros de la comunidad y otros sectores, materializadas en los Planes locales de salud.

En este nuevo marco de Acción Local en Salud son los Ayuntamientos –representantes directos de los ciudadanos- los llamados a liderar y coordinar las actuaciones de los diferentes sectores, tanto públicos como privados, contando con la ciudadanía, para proteger la salud de la población, cuidando su entorno medioambiental (agua potable, salud alimentaria, residuos, etc.) así como promoviendo estilos de vida saludables, para conseguir una mejor calidad de vida, más sana.

En este contexto se establecen y desarrollan las redes locales de acción en salud, que trabajan para la mejora de la salud de la planificación que se concreta en un instrumento clave: el Plan Local de Salud. Como herramienta de planificación imprescindible para la acción local en salud en las entidades locales, el Plan Local de Salud, representa una nueva forma de hacer, e incorpora las respuestas a los principales problemas y situaciones de riesgo en la localidad mediante acciones concretas y específicas.

La **Acción Local en Salud** se enmarca, pues, en los principios establecidos por las estrategias de **Salud en todas las políticas, de Salud en todos los Sentidos y de Evaluación del Impacto en Salud**. Estas estrategias reconocen el carácter transversal de la salud pública y abogan por la integración de la perspectiva de la salud pública en el ejercicio de las competencias de las distintas políticas y acciones públicas, desde la consideración sistemática de los determinantes de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad en salud. Y defienden que los poderes públicos potencien que la perspectiva de la salud pública esté presente

La ampliación del concepto de salud como "algo más" que la ausencia de enfermedad y la influencia de numerosos factores extra-sanitarios en la determinación del nivel de aquella forman parte ya del acervo común. Sin embargo, aún hoy día resulta muy laboriosa la tarea de implicar a otras áreas de administración de manera que sus decisiones tengan presente en todo momento su influencia en la salud y en las políticas sanitarias en cada caso. Un factor que puede contribuir a esa implicación es explicarles con precisión los efectos sobre la salud y sanitarios concretos de muchas actuaciones, haciéndoles saber que la salud es el resultado confluyente de muchos factores, llegando siempre que se pueda a determinar la contribución de cada uno de ellos.

Desde la Administración se deben dar "fórmulas de cooperación con las Administraciones locales para el desarrollo de las competencias de salud pública y de los planes locales de salud", y fomentarse "las alianzas estratégicas con otras Administraciones públicas, universidades, centros de investigación y otras entidades, autonómicas, nacionales e internacionales que aporten elementos de interés para la salud pública".

en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas y de las políticas en todos los ámbitos de actuación, considerando sistemáticamente las prioridades y necesidades propias de la salud colectiva, teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de las personas y grupos de población, al objeto de adaptarlas para mitigar los efectos discriminatorios y fomentar la equidad en salud.

4. El sistema sanitario en la ciudad

Históricamente los ayuntamientos vienen tomando decisiones que determinan la salud de las personas en muy diferentes sectores relacionados con su marco de competencias, pero hay que dar un salto, y este es el de incorporar la perspectiva de salud en aquellas donde es determinante y, es más, hacerlo conscientemente: planificar políticas públicas saludables (carril bici...), que además de hacer visible el valor salud lo incorporen como valor de desarrollo en su gestión.

Cada vez más autores están resaltando que las autoridades locales ocupan un lugar especial en cuanto a la capacidad de influir sobre numerosos determinantes de salud. Ese mismo criterio está en la base del [Programa Ciudades Saludables](#), promovido inicialmente por la Oficina Regional Europea de la OMS, que pretende proyectar al ámbito local las orientaciones del programa general de Salud Para Todos: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>

Partiendo de esos conceptos, se ha considerado que el nivel local es adecuado para promover políticas de salud con contenidos y orientaciones más amplias que los puramente asistenciales, y que a ese nivel se ofrece también una posibilidad mayor de condicionar la actividad de áreas ajenas a lo sanitario conforme a las repercusiones sanitarias de sus actuaciones.

Los criterios saludables, y no sólo los criterios sanitarios, deben prevalecer sobre intereses de otro tipo (económicos, de empleo, u otros), como se hizo en su día para superar las reticencias de los políticos locales elegidos para quedar al margen de la responsabilidad más directa sobre los servicios asistenciales y pasar a desempeñar papeles sanitarios o políticas más

generales, pero de menor repercusión popular inmediata. Fue una tarea difícil: resultó al principio muy complicado interesar a las autoridades de cualquier nivel en otra clase de conceptos de la salud o programas más generales, incluidos los referidos al control sanitario de diversas actividades, abastecimientos, locales o productos, cuya importancia, por el contrario, no es paralela a la repercusión pública de su realización. Las dificultades actuales se pueden superar, como hemos apuntado, evaluando con concreción el impacto sobre la salud del conjunto de los factores sociales, económicos y ambientales externos al sector sanitario.

Como analiza Rey del Castillo [en su libro sobre descentralización sanitaria \(EASP 1998\)](#),:

"... casi con carácter general, el desarrollo inicial de los servicios sanitarios está vinculado a las corporaciones locales. Cuando a mediados del siglo XIX comenzaron a adoptarse en distintos países las primeras medidas en el ámbito de la salud, correspondientes a lo que podemos calificar como "policía sanitaria", cuyos contenidos se referían a diferentes aspectos de medidas higiénicas, de salud pública, control sanitario de aguas, alimentos y otras cuestiones similares, las mismas se adoptan fundamentalmente por las autoridades locales.

Del mismo origen son el establecimiento de medidas de atención a la población sin recursos, lo que, en términos españoles llamaríamos "beneficencia", e incluso, y con características diferenciadas por países y regiones, la creación de establecimientos hospitalarios creados por los propios municipios o al amparo de éstos.

Esa responsabilidad municipal se mantuvo prácticamente sin modificar en casi todos los países hasta después de la Segunda Guerra Mundial. En ese momento coincidieron distintos elementos de crisis de los sistemas sanitarios así organizados: de un lado, un desarrollo tecnológico explosivo que dio lugar a la necesidad de establecimientos sanitarios de nuevo tipo, con concentración de los medios en menos centros de mayor tamaño y complejidad; de otro lado, las necesidades económicas producidas para hacer frente a ese desarrollo técnico creciente, que no podían ser satisfechas con los medios de financiación hasta entonces

Hay que establecer una cultura de evaluación del "impacto sanitario" de esas actividades, que habría que precisar en cada caso, antes de su realización, a semejanza de la ya extendida de evaluación del "impacto ambiental" con contenidos muy concretos) con el establecimiento de "compromisos" de actuaciones por la salud sentido más amplio en vez de obsesionarse en promover programas de actuación asistencialistas dispersos, con escasa incidencia real sobre la salud de la población

existentes; por último, un movimiento solidario, de carácter social más amplio, que constituyó un modelo de desarrollo global, y derivó en la creación de sistemas de Seguridad Social, entendida en el sentido más amplio, uno de cuyos aspectos más característicos fue la cobertura de la asistencia sanitaria de la población.

La influencia de esos factores provocó una conmoción en la organización de los servicios sanitarios y el papel desempeñado por los municipios. Podemos separar en el análisis aquellos países en que la organización de sus servicios sanitarios pasó a asentarse fundamentalmente sobre sistemas de Seguridad Social, a través de cajas únicas o diversas. Incluso en estos casos los municipios mantienen áreas de responsabilidad sobre distintos aspectos del ámbito de la salud pública y el control sanitario, así como sobre otras cuestiones que tienen una influencia directa sobre la salud, como el urbanismo, el medio ambiente local o el consumo.

En otros países los movimientos citados dieron lugar a la creación de lo que, desde un punto de vista organizativo, calificamos como Servicios Nacionales de Salud.

Otra manera de abordar los niveles de descentralización que ha sido característica de otras épocas, en las que predominaban las tendencias de planificación en la organización de los servicios, era describir las funciones a realizar a distintos niveles de autoridad. Se describían así, con unos u otros términos, áreas o niveles básicos de organización de los servicios, a cuyo nivel se prestaban los de atención primaria; otros de segundo nivel, que agrupaban a los primeros e incluían la prestación de los hospitalarios más básicos; y, finalmente, grandes regiones con capacidad para prestar la totalidad de ellos, incluyendo los de las especialidades más complejas, de manera autosuficiente.”

Siguiendo los patrones generales más comunes, recogidos también por Javier Rey en el libro citado, la distribución de funciones suele ser la siguiente.

a. Ministerio de Sanidad o equivalente:

- Formula políticas sanitarias generales, incluidas las que se refieren a actividades intersectoriales

y el establecimiento de prioridades nacionales.

- Elabora planes generales de salud y pautas generales de planificación, más de nivel regional que de nivel local, aunque puede establecer cifras o indicadores orientativos también para este último nivel.
- Establece criterios de reparto de recursos y promueve el acuerdo en torno a ellos.
- Realiza funciones generales de evaluación de la eficacia y eficiencia de los servicios de salud regionales y, en conjunto, del Sistema Nacional de Salud.
- Asesora técnicamente (o facilita el asesoramiento) a programas concretos de interés especial.
- Lleva a cabo la autorización para la fabricación y el registro de medicamentos y otros productos sanitarios.
- Establece condiciones generales de formación del personal sanitario y define las titulaciones que precisa el sistema sanitario así como las necesidades de personal de cada categoría.
- Coordina y controla la investigación desarrollada en el ámbito sanitario en el conjunto del país de que se trate.
- Mantiene la relación con las organizaciones internacionales y los organismos de cooperación.

Se puede llamar la atención sobre el hecho de que en la asignación de recursos financieros, por el contrario, no es generalizable la participación por parte del Ministerio de Sanidad ni tampoco el grado de esa participación o la forma de ésta, incluso en los casos de financiación fundamentalmente centralizada. Esta cuestión, a la que se

hace referencia más amplia en el capítulo correspondiente a la financiación, es un motivo de tensión (por otra parte no peculiar de los servicios sanitarios) respecto a las áreas económicas de los gobiernos respectivos, que suelen considerar los servicios sanitarios exclusivamente como un área de gasto, además no controlado y difícil de controlar. Por eso es frecuente que aquéllas tiendan a inmiscuirse en la gestión económica de los servicios sanitarios, muchas veces sin conocimientos específicos para ello y promoviendo otras ineficiencias de esos servicios.

b. Autoridades regionales o equivalentes:

- Llevan a cabo la planificación a nivel regional, en el marco de los criterios generales que puede establecer el Ministerio de Sanidad, pero complementándolo con los criterios propios más concretos.
- Coordinan y desarrollan las políticas y programas de salud a nivel regional.
- Llevan a cabo la contratación y gestión del personal al mismo nivel regional.
- Elaboran los presupuestos regionales y realizan su control.
- Aprueban y financian los proyectos de inversión.
- Supervisan y controlan el funcionamiento de los equipos de salud de niveles más bajos.
- Pueden establecer vías complementarias de financiación de los servicios sanitarios.

c. Autoridades locales:

- Se responsabilizan de la higiene del medio, incluidos los abastecimientos de aguas y su salubridad, y la evacuación y eliminación de residuos.
- Llevan a cabo el control sanitario de establecimientos, alimentos y otros productos.

- Participan en los consejos de salud o de centros del nivel correspondiente.
- Realizan campañas de prevención (vacunaciones y otras) de enfermedades transmisibles y zoonosis, por iniciativa propia o en colaboración con los servicios asistenciales.

5. Marco normativo de la salud municipal

El nivel local, como hemos dicho, es el de encuentro más cercano a la ciudadanía, donde ésta desarrolla su convivencia, establece sus relaciones y construye su entorno. Es además donde los ciudadanos y ciudadanas toman sus decisiones sobre los asuntos determinantes de su salud a nivel individual, familiar y colectivo. Los municipios, como socios estratégicos para la acción periférica, se convierten en agentes claves de la salud pública, por su capacidad de rentabilizar todas aquellas actuaciones poblacionales y del entorno en relación a la salud.

Desde un punto de vista histórico, siguiendo a la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 1944, vigente durante el período de la dictadura, atribuyó a las autoridades locales dos clases de funciones: de un lado, de salud pública y control sanitario en su ámbito, pero, además, la atención sanitaria de la población llamada "de beneficencia" carente de recursos propios. Estas funciones se confirmaron posteriormente en la Ley de Régimen Local de 1950.

Para el desempeño de unas y otras funciones las autoridades locales se servían del personal sanitario perteneciente a Cuerpos Nacionales denominados "al servicio de la Sanidad Local". Sólo las Diputaciones Provinciales y algunos Ayuntamientos más grandes se dotaron de cuerpos propios.

La Ley General de Sanidad, de 1986, como la Ley de Bases de Régimen Local de 1985, mantuvieron atribuciones en el campo de la Salud Pública para las Corporaciones Locales, si bien concurrentes con las de las Comunidades Autónomas, a las que también se atribuyen funciones en ese campo.

Para el ámbito de la cobertura de servicios asistenciales, la Ley General de Sanidad previó la responsabilización de la cobertura

No se ha desarrollado adecuadamente la Ley General de Sanidad en el sentido municipalista recogido en su exposición de motivos: "el leve efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida, se compensa otorgando a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Área".

La Carta Europea de Autonomía Local identifica en los municipios la capacidad de ordenar y gestionar bajo la propia competencia una parte sustancial de los asuntos públicos mediante el impulso de políticas propias. Esto se sustenta sobre el ejercicio del liderazgo político del gobierno local para que tanto los actores públicos como privados, desde sus propios ámbitos, formen una red capaz de hacer competitivo el territorio y de dar una solución adaptada a la realidad de la sociedad a la que representa. Su ratificación por parte del Reino de España implica a toda la municipalidad del Estado.

de toda la población por parte de los Servicios de Salud que, al efecto, debían crear las Comunidades Autónomas. La extensión de la cobertura única a la población de beneficencia se desarrolló mediante una norma (Real Decreto 1088/1989, sobre universalización de la asistencia) publicada en el año indicado.

Esa norma establecía que la integración de las personas comprendidas en la asistencia sanitaria benéfica se haría mediante convenio entre los Servicios de Salud y las Administraciones competentes en cada caso. En dichos convenios debería preverse plazos, formas, condiciones y requisitos de dicha integración así como, cuando procediere, la modificación de las ayudas, transferencias o subvenciones que existían para dicha asistencia sanitaria.

La falta de concreción al efecto hizo, sin embargo, que en la práctica la población de beneficencia haya sido incluida en el régimen general de asistencia sin compensación económica alguna por parte de la mayoría de los municipios y diputaciones, que en paralelo, han prescindido de esa función sin que se haya acompañado en general de una mayor atención a las restantes funciones sanitarias que siguen correspondiendo a las autoridades locales.

Por otra parte, no se ha desarrollado adecuadamente la Ley General de Sanidad en el sentido municipalista recogido en el texto a nuestro requerimiento y que textualmente se explica así en la Exposición de Motivos:

"La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en general, no es el más adecuado para su gestión, esto no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese nivel. Para evitarlo se articulan dos tipos de previsiones: La primera se refiere a la estructura de los servicios sanitarios; la segunda, a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a lo primero, la Ley establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las

Comunidades Autónomas; Áreas organizadas conforme a la indicada concepción integral de la Sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las Áreas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

En segundo lugar, sin perjuicio de que el Proyecto disponga la organización de los Servicios de Salud bajo la exclusiva responsabilidad de las Comunidades Autónomas, ordenando incluso la integración en aquellos centros y establecimientos que antes venían siendo gestionados separadamente por las Corporaciones Locales, el leve efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida, se compensa otorgando a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Área.”

Actualmente, a la hora de establecer los criterios que deben seguirse para atribuir las competencias a los Municipios, la redacción definitiva del Proyecto de Reforma de la Administración local recién emprendido, ha incorporado en el artículo 2.1 el principio de la proximidad, que está en el texto de la LBRL, se recoge en la Carta Autonomía Local y había sido suprimido en la primera versión. El artículo 7.1 mantiene la reserva de ley para la determinación de las competencias municipales, que se ejercerán en régimen de autonomía y bajo la propia responsabilidad, aunque ateniendo en su programación y ejecución a la debida coordinación con las demás Administraciones Públicas.

El marco jurídico normativo internacional ha generado en Europa un movimiento de alcaldes y representantes locales, que han generado declaraciones y compromisos con las autoridades europeas (Parlamento, Comisión, etc.), como son las Declaraciones de Milán (1990) y Atenas (1998) sobre Ciudades Saludables, la Conferencia de Belfast (2003) y las Catas de Zagreb y Leipzig, que expresan el esfuerzo de los principios de sostenibilidad, igualdad, cooperación multisectorial, participación, rendición de cuentas y solidaridad (Fleury, 2005). La Carta Europea de Autonomía Local (Consejo de Europa, Estrasburgo, 15 de octubre

Debemos referirnos aquí, aunque sea sucintamente, a las llamadas competencias impropias, culpables, al parecer -de todos los males que aquejan al régimen local español, sin que se haga una mínima autocritica a la clara retrocesión por parte de otras Administraciones en la realización de sus competencias, complacidas ante la actividad municipal, o que no se tenga una mínima consideración con el dato cierto y objetivo de que el impulso municipal, asumiendo competencias impropias, ha mejorado sensiblemente la calidad de vida de los españoles.

de 1985, ratificada por España en enero de 1988) identifica en los municipios la capacidad de ordenar y gestionar bajo su responsabilidad una parte sustancial de los asuntos públicos mediante el impulso de políticas propias.

La Ley General de Sanidad – en su Título II sobre las competencias de las administraciones públicas establece:

Las normas de las comunidades autónomas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás administraciones territoriales intracomunitarias, de acuerdo con lo establecido en los estatutos de autonomía, la ley de régimen local y la presente ley.

Las corporaciones locales participaran en los órganos de dirección de las áreas de salud.

Los ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:

- *control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.*
- *control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.*
- *control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.*
- *control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.*

- *control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.*

Para el desarrollo de las funciones relacionadas en el apartado anterior, los ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén comprendidos.

El personal sanitario de los servicios de salud de las comunidades autónomas que preste apoyo a los ayuntamientos en los asuntos de su competencia tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidad personal y patrimonial.

Respecto de la regulación incorporada a los nuevos Estatutos de Autonomía, el dictamen del Consejo de Estado sobre la reforma recién propuesta de la administración local (Proyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local), **Luis Enrique Flores Domínguez, Secretario General del Ayuntamiento de Sevilla**, destaca que *pasa "de puntillas" sin abordar directamente la cuestión, limitándose a señalar que la regulación estatal es de carácter básico "que, como tal, debe permitir un ulterior desarrollo por las Comunidades Autónomas, cuyos Estatutos de Autonomía les atribuyen, con distinto alcance, competencias en materia de régimen local" (cita expresamente a los Estatutos de Cataluña y Andalucía que reconocen expresamente competencias en materia de "determinación de las competencias propias de los entes locales"). Lo que no aclara el dictamen es si ese ulterior desarrollo posibilita la atribución autonómica de competencias distintas de las dispuestas en la legislación estatal, que constituye, a nuestro juicio, la cuestión clave no resuelta. La solución parece apuntarla a favor de la competencia estatal al admitir que "no cabe objetar que el Estado lleve a cabo una reducción competencial de los Municipios (...) y si como consecuencia de tal operación se produce una alteración del marco normativo competencial de los Municipios tal y como ha sido definido por las Comunidades Autónomas, habrán de ser estas las que acomoden su legislación a lo dispuesto con carácter básico por el legislador estatal". Pero no se precisa si ese acomodo de la legislación autonómica alcanza a los propios Estatutos de Autonomía, que se verían afectados, de este modo, por la regulación del legislador básico estatal.*

EL REAL DECRETO 1030/2006, DE 15 DE SEPTIEMBRE, ESTABLECE EL CONTENIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

<Prestaciones de salud pública.

<Atención primaria.

<Atención especializada.

<Atención de urgencia.

<Prestación farmacéutica.

<Prestación ortoprotésica.

< Prestación de productos dietéticos.

<Prestación de transporte sanitario.

El contenido de los diferentes apartados de la Cartera de servicios comunes se detalla por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf>

Ley de Cohesión

La Ley, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud señala quienes son los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria y establece que los ciudadanos tendrán derecho a recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentren desplazados, la asistencia del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudieran requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma. Además, en la disposición adicional quinta señala que el Fondo de Cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

En ese campo, tomaremos como referencia práctica a la Junta de Andalucía, con el diseño y puesta en marcha de una estrategia global para la generación e incorporación de innovaciones al Sistema Sanitario Público de Andalucía en el ámbito de la cooperación y armonización del desarrollo de la acción local en salud y las dinámicas de colaboración con los municipios, que ha de profundizarse tras lo establecido competencialmente por el nuevo Estatuto Andaluz y la Ley 5/2010 de 11 de junio de Autonomía Local de Andalucía (LAULA) que determina que es competencia propia de los municipios andaluces la elaboración, aprobación, implantación y ejecución del Plan Local de Salud, así como el desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud para conseguir la incorporación de los objetivos de salud en las políticas locales de los diferentes sectores, dentro de la estrategia de Salud en Todas las Políticas.

Entre otras áreas de competencia municipal figuran también el control preventivo y vigilancia de las actividades públicas y privadas que puedan suponer riesgo inminente para la salud; el desarrollo de programas de promoción, educación y protección de la salud, con atención a las personas vulnerables; la ordenación de la movilidad sostenible, la promoción de la actividad física y la prevención de la accidentabilidad, etc. En protección de la salud, la LAULA define como competencia municipal el control sanitario oficial de la distribución de alimentos, de la calidad de agua de consumo humano, de industrias, transporte, actividades y servicios así como el control de la salubridad de los lugares públicos.

El nuevo Estatuto Andaluz confirió a los ayuntamientos un mayor protagonismo y, sobre todo, establece que las competencias propias que les son asignadas deben conllevar la necesaria suficiencia financiera. Esto significa una apuesta de adecuación a una sociedad en la que la ciudadanía goce de muchos más derechos en los que trabajar de forma cercana y activa, de ahí que el mayor protagonismo de los ayuntamientos sea algo previsible.

Producto de su desarrollo la Ley de Autonomía Local de Andalucía (Ley 5/2010 de 11 de junio), incorpora entre las competencias propias de los entes locales: La Promoción, defensa y protección de la salud pública, que incluye:

- a) La elaboración, aprobación, implantación y ejecución del Plan Local de Salud.
- b) El desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud.

La Ley de Salud de Andalucía, de 15 de junio de 1998, ya incorporaba el hacer efectivos los derechos y deberes de la ciudadanía respecto a la salud.

La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en el desarrollo de la gobernanza en salud pública identifica las diferentes competencias e instrumentos e incorpora *el desarrollo de la gobernanza en salud pública identificando diferentes competencias e instrumentos de acción local*, abordándose la cooperación y armonización del desarrollo de la acción local en salud y establece las dinámicas de colaboración con los municipios. De igual forma, se prevé el asesoramiento a los planes locales de acción en salud para la elaboración implantación y evaluación de los PLAS. Plan Local de Acción en Salud es el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios. Los municipios asumen la responsabilidad del ejercicio de la coordinación de las intervenciones en materia de promoción de la salud comunitaria en su territorio, incorporando y articulando la acción de los diferentes sectores públicos y privados, implicados en el desarrollo de la salud de la población, contando con la participación de la ciudadanía.

La Ley citada incluye, entre sus principales novedades, que los planes y programas de la Junta de Andalucía y los instrumentos de planeamiento urbanístico en general y aquellos que afecten a áreas urbanas especialmente desfavorecidas, las actividades y obras, tanto públicas como privadas, requerirán para su aprobación de un informe que evalúe su impacto en salud.

El enfoque transversal de la salud se ejercitará a través de la coordinación y cooperación intersectorial y multidisciplinaria, como elemento de cohesión de las políticas públicas de las entidades e instituciones con responsabilidades sobre la salud pública, dándose prioridad a la intersectorialidad en las áreas de educación, bienestar social, políticas de igualdad, medio

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad señala, en su artículo 3.2, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

ambiente, agricultura, consumo, empleo y vivienda. Además, desde la Administración de la Junta de Andalucía se establecerán fórmulas de cooperación con las Administraciones locales para el desarrollo de las competencias de salud pública y de los planes locales de salud, y se fomentarán las alianzas estratégicas con otras Administraciones públicas, universidades, centros de investigación y otras entidades, autonómicas, nacionales e internacionales que aporten elementos de interés para la salud pública...

La inclusión en la cartera de servicios del SNS de la "salud pública" es un exponente de la voluntad política de compromiso del sistema público de salud con objetivos que van más allá de la actividad asistencial convencional:

Una revisión de los contenidos de estas prestaciones de salud pública se puede consultar en esta web: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/1PrestacionSaludPublica/home.htm>

- Información y vigilancia epidemiológica
- Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria
- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias
- Protección y promoción de la sanidad ambiental
- Promoción de la seguridad alimentaria
- Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la administración sanitaria competente
- Protección y promoción de la salud laboral

Nuevos derechos de la ciudadanía respecto a la salud colectiva. Una diferencia fundamental de la Ley de Salud Pública de Andalucía respecto a textos parecidos en el ámbito estatal o internacional es la formulación de derechos de tercera generación. Es un salto cualitativo importante: por primera vez se explicitan derechos colectivos. En este sentido, se amplía la regulación de los derechos y deberes más allá de los relacionados con las prestaciones en la asistencia sanitaria, la información y los desarrollados alrededor de la historia clínica; y se formulan nuevos derechos relacionados con los determinantes de la salud, las condiciones de vida, o la protección de la salud en un mundo globalizado y virtual. El trabajar en las políticas de salud desde la perspectiva de los derechos, y concretamente en el ámbito de la salud pública, aporta un marco jurídico que asigna obligaciones a los gobiernos en el cumplimiento de derechos vinculados a la salud y bienestar de las personas, se configuran como un instrumento de presión social y de alguna manera es la garantía rendición de cuentas y transparencia de los gobiernos hacia la ciudadanía. La ciudadanía andaluza tendrá derecho a la existencia de zonas verdes en sus lugares de convivencia, a que sus edificios o viviendas se construyan con materiales seguros que no comporten un riesgo para su salud, o a que se garantice la existencia de un perímetro de seguridad alrededor de las actividades industriales, de manera que se minimicen los riesgos para los vecinos. Se propone que nuestros pueblos cuenten con una estrategia de movilidad sostenible, que no sólo mejora la salud al posibilitar el ejercicio físico (carril bici), sino al disminuir las emisiones contaminantes, y al facilitar la existencia de espacios para peatones disminuyendo así la accidentabilidad. En el texto normativo se trasciende el derecho a la información mediante el establecimiento del derecho a conocer en relación a diferentes aspectos de la salud pública. Por ejemplo se establece el derecho a conocer el estado epidemiológico del entorno, el derecho a la información sobre salud ambiental y el derecho a conocer sobre características y condicionantes relevantes para la alimentación.

Referencia bibliográficas

1. ACCIÓN LOCAL EN SALUD. Covadonga Monte. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/portal_web/web/temas_ambientales/clima/cambio_climatico/ponencias_convencion/covadonga_monte.pdf
2. Informe preliminar de resultados del proyecto piloto para el desarrollo de la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (PROYECTO RELAS) [Descargar PDF \(3789 KB\)](#)
3. DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. Aspectos generales y análisis del caso español. Javier Rey del Castillo (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998). Disponible en http://www.easp.es/es/system/files/EASP_Descentralizacion_Servicios_Sanitarios.pdf
4. Urban heart manual. Disponible en http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_heart_manual.pdf
5. Boletín de la OMS (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/es/>),
6. Releases de la Organización Mundial de la Salud con motivo del Día Mundial de la Salud 2010, dedicado a la planificación urbana. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban_health_20100407/es/
7. Programa Ciudades Saludables, disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>