

LA PROFESIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, Y SUS PROFESIONALES

**Un reto urgente para fortalecer la práctica
de la salud pública**



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Fernando G. Benavides

Mireia Llimós

Andreu Segura

LA PROFESIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, Y SUS PROFESIONALES

**Un reto urgente para fortalecer la práctica
de la salud pública**

Cita recomendada:

Benavides FG, Llimós M, Segura A. La profesión de la salud pública, y sus profesionales.
Zaragoza: SESPAS, 2023.

Fecha de elaboración: 31 enero 2023

Edita: SESPAS

ISBN: 978-84-09-50816-7

Zaragoza, 2023

Maquetación: ARPIrelieve, S. A.

PRESENTACIÓN

Tras las crisis que han golpeado el Sistema Nacional de Salud a lo largo de la última década, es necesario acometer reformas que aumenten la resiliencia de nuestro modelo de salud, mejorando su efectividad, su eficiencia y su papel como reductor de desigualdades. Frente a la orientación predominante hacia el tratamiento de las enfermedades desde un enfoque individual, desde la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) queremos reivindicar las actuaciones colectivas de prevención, protección y promoción desde un enfoque comunitario.

La reciente pandemia de COVID-19 nos ha recordado la importancia de disponer de unas estructuras de salud pública bien dimensionadas y preparadas para afrontar los retos de salud que amenazan a las poblaciones. Desde ese convencimiento, SESPAS ha trabajado muy activamente en los últimos años en el diseño de una nueva arquitectura institucional, cuyo máximo exponente es la Agencia Estatal de Salud Pública, que esperamos que muy pronto sea una realidad. No obstante, somos plenamente conscientes de que la fortaleza de las instituciones reside en muy buena parte en sus profesionales, y en las posibilidades que estos tienen de adquirir las competencias necesarias para desarrollar su labor. Es por ello que desde SESPAS creímos necesario respaldar este proyecto, en el que se analizan tanto los problemas de la profesión de salud pública, como las opiniones y expectativas de sus profesionales en torno a la formación, el desarrollo profesional o las características que han de definir a las instituciones de salud pública.

La mayor riqueza de SESPAS consiste en aglutinar a profesionales de muy diverso origen y con competencias muy diferentes en la defensa de un objetivo común: contribuir a la mejora de la salud de la población y de los servicios de atención sanitaria que se le prestan. La multidisciplinariedad, inherente al concepto de salud pública y principal rasgo distintivo de SESPAS, queda extraordinariamente bien reflejada en la selección de las personas que han colaborado en este estudio y en las conclusiones que de él se desprenden.

El resultado es un documento que muestra la fotografía más completa hasta el momento acerca de los distintos tipos de profesionales que componen la profesión de salud pública, y simultáneamente ofrece un conjunto de recomendaciones, sensatas y realistas, dirigidas tanto a las administraciones públicas como a la propia SESPAS. Confiamos en que este ejercicio de reflexión, y las ideas que en él se contienen, contribuyan a conformar la salud pública que necesitamos para el futuro.

Rosa Urbanos
Presidenta de SESPAS

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todas las Sociedades de SESPAS, y en particular a sus Juntas directivas, su interés y disposición a participar activamente en este proyecto proporcionando la información solicitada. También de manera muy especial agradecemos la generosidad de las personas que han participado en las entrevistas y en los grupos focales.

Para la realización de este trabajo, los autores han contado con la colaboración de Lucía Páramo, que ha ayudado a organizar y moderar las entrevistas y grupos focales; David Fortea y Cristina Simón que se han encargado de las transcripciones de las grabaciones; Alberto Rabal que ha ultimado el análisis de la información cualitativa, junto a Gemma Rabal, que también ha ayudado en el análisis de los datos de afiliación y el diseño de las figuras y tablas. En la fase final se han sumado al equipo, Luís Rajmil y Miguel Ángel Royo, colaborando en el proceso de consenso de la III Parte mediante la técnica del World cafe.

Este trabajo ha tenido el apoyo económico de SESPAS, la Diputación de Barcelona, la Fundación de Enfermería Familiar y Comunitaria y el CIBER de Epidemiología y Salud Pública G47 CiSAL-Universitat Pompeu Fabra.

ÍNDICE

1 PARTE,

2 PARTE,

Resumen ejecutivo	9
Executive summary	13
Introducción	17
Breve marco conceptual e institucional	20
Definiciones y funciones de la salud pública	20
Profesión y profesionales de salud pública	21
Marco institucional de la salud pública	22
Formación en salud pública	24
Principales hallazgos del estudio empírico	28
Características sociodemográficas de las personas afiliadas a las sociedades federadas en SESPAS	28
Opiniones de las personas que participan en las entrevistas y los grupos focales	34
<i>Salud pública y sus profesionales</i>	36
<i>Impacto de la COVID-19</i>	43
<i>Formación en salud pública</i>	44
<i>Empleabilidad</i>	48
<i>Institucionalización de la salud pública</i>	49
Limitaciones y fortalezas	52

3 PARTE,

Conclusiones y recomendaciones	56
1. ¿Cuáles son los conceptos básicos en una definición de salud pública?	56
2. ¿Cuáles son los contenidos básicos (y transversales) que deberían incluir los programas formativos en salud pública para formar profesionales que puedan trabajar en cualquiera de sus ámbitos de actuación?	57
3. ¿Qué define una institución de salud pública y qué criterios estructurales deben tenerse en cuenta en su definición?.....	58
4. ¿Cómo se garantiza una oferta laboral que sea capaz de atraer y retener a los profesionales de la salud pública?.....	59
5. ¿Cuál debe –y puede– ser el papel de SESPAS, y otras sociedades del ámbito, en el desarrollo de la salud pública?	60

ANEXOS

.....	62
Guión temático utilizado en las entrevistas y grupos focales.....	64
Listado de las personas participantes en las entrevistas y los grupos focales por orden alfabético.....	65
Participantes en la sesión de consenso (<i>World Café</i>)	66
Distribución de las personas afiliadas a las sociedades SESPAS participantes en el Libro Blanco de la profesión de la salud pública en España, 2022	67

RESUMEN EJECUTIVO

La salud pública, definida en el artículo 1 de la Ley General de Salud Pública de 2011 como *el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales*, ha concitado la atención del conjunto de la sociedad, y sus gobiernos, en estos años de emergencia sanitaria de alcance internacional por la COVID-19, declarada por la OMS el 30 de enero de 2020.

Una crisis sistémica que ha puesto en evidencia la enorme debilidad de las estructuras de la salud pública en nuestro país y, de manera particular de sus instituciones y profesionales. Algo previsible, dada la tardanza en modernizar las instituciones propias de salud pública, pendiente aún por desarrollar aspectos esenciales de la Ley de 2011, y de los presupuestos que la acompañan, apenas el 2% del PIB dedicado al sistema sanitario que en su conjunto fue del 7% en 2019.

A lo que, hay que sumar la diversidad de competencias profesionales de naturaleza multidisciplinar necesarias para la práctica de una salud pública de calidad. Conocimientos, habilidades y actitudes que requieren una formación específica suficiente, actualmente solo asequible en parte para los graduados en medicina y enfermería que acceden a los programas de residencia de cuatro y dos años respectivamente.

En este contexto, el objetivo principal de este libro blanco es contribuir a fortalecer la práctica profesional de la salud pública, identificando algunos de sus problemas y consensuando posibles soluciones aceptables por el conjunto. Para ello se ha partido del colectivo de profesionales que forman parte de las sociedades de SESPAS, que concentra posiblemente al mayor número de profesionales de salud pública en España.

La información demográfica y laboral de las 3.467 personas, afiliadas a las siete sociedades de SESPAS que han proporcionados datos, muestra que en su conjunto aproximadamente el 60% son mujeres y alrededor del 40% menores de 50 años, resi-

dentes principalmente en Cataluña (24%) y en la Comunidad de Madrid (18%), mayoritariamente son graduados en medicina (36%) y enfermería (17%), y trabajan en universidades (27%) y administraciones públicas (24%). Una distribución que varía lógicamente por sociedades y para la que no siempre se pudo disponer de la información completa para todas las variables descritas.

La información cualitativa se ha basado en 19 entrevistas personales, más 6 grupos focales, en los que han participado 53 personas procedentes de las diferentes sociedades de SESPAS, acumulando en total 24 horas de grabaciones. El análisis por expertos de las transcripciones ha permitido identificar las opiniones principales sobre la práctica profesional de la salud pública, su formación y empleabilidad, así como sobre la carrera profesional y la institucionalización de la salud pública.

A debatir sobre lo qué es y para qué sirve la salud pública fue a lo que se dedicó más tiempo. Algunas opiniones:

GF3: "...la salud pública es todo aquello que tiene que ver con el bienestar, ¿no? O sea, el urbanismo, el medio ambiente, la movilidad sostenible, los parques y los jardines, la cultura es una parte fundamental también, o los deportes, ...".

GF6: "...Salud Pública es "promo", protección, "preven", vigilancia y luego, en, nosotros le llamamos "administración" y ahí metemos evaluación, gestión y todo esto".

E6: "de forma pragmática podemos decir los profesionales que trabajan en las organizaciones de salud pública y..., yo creo que es la mejor aproximación posible, porque como profesión, como tal, no existe, recoge una variedad de disciplinas que comparten diferentes objetivos, pero que normal-

mente cada una de ellas tiene especificidades y hay actividades que están reservadas a unas u otras".

E1: "lo que nos diferencia a los salubristas de los profesionales asistenciales, bueno, de sanidad, es precisamente esta visión colectiva".

GF5: "porque la salud pública también se enfrenta contra intereses muy poderosos, por ejemplo, en el terreno de la alimentación, en el terreno de la farmacología, en el terreno de la economía con las desigualdades sociales tan intensas que hay, y ese conflicto lo tenemos que tener presente."

E19: "la salud pública es compleja de entender, es compleja de ver para un político".

Pero el tema de máxima preocupación fue la formación, la empleabilidad y la institucionalización. Algunas opiniones:

E1: "la salud pública no se aprende solo con la experiencia, sino que requiere un conocimiento teórico que no se aprende solo con la experiencia".

E7: "tiene que haber unos mínimos básicos y comunes que nos permitan entendernos, que nos permitan conocernos entre los distintos profesionales de la salud pública".

E2: "creo que es clave que cualquier persona que vaya a trabajar en salud pública, en cualquier nivel, tenga un máster de salud pública".

E1: "...desde luego los que no han hecho el máster de salud pública, que hagan el diplomado de salud en salud pública o el máster yo creo que esto es fundamental".

GF6: "...la propia Ley de Salud Pública ya en su disposición adicional primera dice al Gobierno tiene que abrir esa especialización en Salud Pública a otras profesiones y todavía llevamos muchos años sin que se haga, pero sí que es cierto que es necesario".

GF1: "Podría crearse una carrera de salud pública, pero yo creo que la riqueza multidisciplinar se perdería".

E4: "En términos generales yo creo que las formaciones de Salud Pública, no se valora demasiado, la Salud Pública no se valora".

E11: "... a la gente le ofrecen otras cosas y se está yendo por qué, porque el sueldo se ha quedado un poquito abajo".

E13: "... tienes que tener autonomía para trabajar, para decidir definir quién y cuáles son los perfiles profesionales y cuáles son los criterios técnicos con los que se va a trabajar y luego responder en base a resultados, lógicamente".

GF4: "Lo que a mí me interesa es cómo puedes comunicar a la gente que tiene la decisión y creo que es muy importante ahí la imagen de la profesión, y esto está muy relacionado con la representación asociativa".

GF6: "la Salud Pública la van a hacer las grandes empresas nos guste o no, queramos o no, ya la están haciendo, a su manera. Están invirtiendo miles de millones de euros, (...) Están haciendo cribajes, están haciendo promociones, están haciendo prevención...".

Para consensuar las conclusiones y recomendaciones se organizó una sesión con la participación de 29 personas de la Junta de SESPAS y propuestas por las Juntas directivas de sus sociedades, las cuales se distribuyeron en grupos que fueron contestando a cinco preguntas elaboradas a partir de la información cuantitativa y cualitativa. En total 25 conclusiones y 24 recomendaciones. Entre las que destacan las siguientes:

Entre las conclusiones:

- La salud pública debería desarrollar capacidades de liderazgo y defensa de la salud de las personas, desde una práctica multidisciplinar e intersectorial.
- Las políticas de salud pública se deben basar en la mejor información disponible y en su caso asumir razonablemente la incertidumbre.
- Es necesario definir los contenidos teóricos y prácticos para la formación común de todos los profesionales de la salud pública, que permita compartir un mismo marco conceptual y metodológico.
- Actualmente, la formación en salud pública se ofrece fundamentalmente a través de la oferta MIR de medicina preventiva y salud pública y de EIR en Enfermería Familiar y Comunitaria, junto a programas de postgrado, sean másteres o diplomas, pero también mediante asignaturas de salud pública en los grados de enfermería, farmacia, medicina, veterinaria y otros de ciencias de la salud.
- Las instituciones de salud pública son de carácter interdisciplinar, por lo que deberían tener bien definidas las competencias de sus profesionales, tanto las transversales, comunes a todos, como las específicas de cada ámbito de actuación, así como los protocolos de actuación para desarrollar dichas competencias.
- Algunos de los factores que pueden hacer más atractiva la dedicación profesional a la salud pública son, además de la retribución, la convocatoria de plazas con regularidad, la estabilidad laboral y unas adecuadas condiciones de trabajo.
- La autonomía profesional en el contexto político en que se adoptan numerosas decisiones de salud pública es otro de los requisitos para fomentar el prestigio de la profesión.
- La misión de SESPAS en su conjunto hace necesario y pertinente que se impulse y apoye el desarrollo de instituciones de salud pública en los diferentes ámbitos de las administraciones del Estado.

Entre las recomendaciones:

- Que SESPAS contribuya de manera activa a la definición de los contenidos básicos que deben incluir los diferentes programas formativos en salud pública, de grado, postgrado y formación continua.
- Que la administración competente establezca los criterios y procedimientos de acreditación de los profesionales y de las instituciones de salud pública.
- Que se establezcan nuevos mecanismos de ingreso en las administraciones públicas (locales, autonómicas o estatales), tanto en relación con los procedimientos de acceso como con los baremos aplicables.
- Que la oferta laboral sea regular, y dignas las condiciones de empleo, no sólo económicamente sino también en cuanto a la conciliación y la carrera profesional.
- Que SESPAS, y las sociedades que la conforman, defina de manera explícita sus propósitos, y objetivos estratégicos, así como renovar la participación de las personas socias mediante un compromiso proactivo.
- Que SESPAS, y las sociedades que la conforman, fomente el profesionalismo estableciendo unos requisitos éticos y deontológicos básicos.

EXECUTIVE SUMMARY

Public health, defined in article 1 of the General Law of Public Health of 2011 as the set of activities organized by public administrations, with the participation of society, to prevent disease and to protect, promote and restore the health of people, both individually and collectively, through health, sectoral and transversal actions, has attracted the attention of society as a whole and its governments in these years of international health emergency due to COVID-19, declared by the WHO on 30 January 2020.

A systemic crisis that has highlighted the enormous weakness of our country's public health structures and, in particular, its institutions and professionals. Somewhat predictable, given the delay in modernizing its own public health institutions, still pending the development of essential aspects of the 2011 law and the accompanying budgets, barely 2% of GDP dedicated to the health system, which as a whole was 7% in 2019.

To this must be added the diversity of professional competences of a multidisciplinary nature necessary for the practice of quality public health. Knowledge, skills and attitudes that require sufficient specific training, which is currently only partially available to medical and nursing graduates entering four-year and two-year residency programs, respectively.

In this context, the main objective of this White Paper is to contribute to strengthening the professional practice of public health by identifying some of its problems and agreeing on possible solutions acceptable to all. For this purpose, it has focused on the group of professionals belonging to the SESPAS societies, which probably concentrate the largest number of public health professionals in Spain.

The demographic and employment data of the 3,467 people belonging to the seven SESPAS companies that provided data show that, overall, around 60% are women and around 40% are under 50 years of age, residing mainly in Catalonia (24%) and in the Community of Madrid (18%), mostly are graduates in medicine (36%) and nursing (17%), and work in universities (27%) and public administrations (24%). A distribution that

logically varies from one society to another and for which complete information was not always available for all the variables described.

The qualitative information has been based on 19 personal interviews, plus 6 focus groups, in which 53 people from the different SESPAS societies participated, accumulating a total of 24 hours of recordings. The expert analysis of the transcripts has made it possible to identify the main opinions on the professional practice of public health, its training and employability, as well as on the professional career and institutionalization of public health.

To debate what it is and what public health is for was what was spent the most time. Some opinions:

GF3: "...public health is everything that has to do with well-being, isn't it? That is, urban planning, the environment, sustainable mobility, parks and gardens, culture is also a fundamental part, or sport,..."

GF6: "...public health is "promo", protection, "prevent", vigilance and then, in, we call it "administration" and there we put evaluation, management and all that.

E6: In a pragmatic way, we can say that the professionals who work in public health organisations and..., I think this is the best possible approach, because as a profession, as such, it does not exist, it includes a variety of disciplines

that share different objectives, but that usually each of them has specificities and there are activities that are reserved to one or another.

E1: What distinguishes us health workers from health professionals, well, health professionals, is precisely this collective vision.

GF5: "because public health is also confronted with very powerful interests, for example in the field of food, in the field of pharmacology, in the field of economics with the intense social inequalities that exist, and this conflict we have to take into account".

E19: Public health is complex to understand, it is complex to see for a politician.

But the issue of greatest concern was training, employability and institutionalisation. Some opinions:

E1: Public health is not learned by experience alone, but requires theoretical knowledge that is not learned by experience alone.

E7: "There must be basic and common minimums that allow us to understand ourselves, that allow us to know each other among the different public health professionals".

E2: I think it's crucial that everyone who works in public health, at any level, has a master's degree in public health.

E1: ...of course those who don't have the master's degree in public health, who have the diploma in public health or the master's degree, I think that's fundamental.

GF6: "...the Public Health Act itself in its first additional provision says to the government that it has to open this specialization in public health to other professions and we have not done it for many years, but it is true that it is necessary".

GF1: "A public health career could be created, but I think the multidisciplinary richness would be lost".

E4: "In general, I think that public health training is not valued enough, public health is not valued".

E11: "... people are offering other things and they're leaving because the salary has gone down a little bit".

E13: "... you have to have autonomy to work, to decide who and what are the professional profiles and what are the technical criteria with which you are going to work and then respond based on the results, logically".

GF4: "What interests me is how to communicate to the people who have the decision and I think the image of the profession is very important there

and this is very much related to associative representation".

GF6: "Public health is going to be run by big companies, whether we like it or not, whether we want it or not, they are already doing it, in their own way. They are investing billions of euros, (...) they are doing screening, they are doing promotion, they are doing prevention...".

In order to agree on the conclusions and recommendations, a meeting was organized with the participation of 29 members of the SESPAS Board, proposed by the Boards of Directors of their companies, who were divided into groups to answer five questions prepared on the basis of quantitative and qualitative information. A total of 25 conclusions and 24 recommendations were drawn. These include the following:

Among the conclusions:

- Public health should develop leadership and advocacy skills for people's health from a multidisciplinary and cross-sectoral practice.
- Public health policy should be based on the best available information and, where appropriate, on a reasonable assumption of uncertainty.
- There is a need to define the theoretical and practical content of common training for all public health professionals, enabling them to share the same conceptual and methodological framework.
- At present, training in public health is provided mainly through the MIR in Preventive Medicine and Public Health and the EIR in Family and Community Nursing, together with postgraduate courses, whether Masters or Diplomas, but also through public health subjects in nursing, pharmacy, medicine, veterinary medicine and other health sciences.
- Public health institutions are interdisciplinary in nature, so they should have well defined competences of their professionals, both transversal, common to all, and specific to each field of action, as well as action protocols to develop these competences.
- Some of the factors that can make a professional commitment to public health more attractive are, in addition to remuneration, regular recruitment, job stability and appropriate working conditions.
- Professional autonomy in the political context in which many public health decisions are taken is another prerequisite for enhancing the prestige of the profession.
- The mission of SESPAS as a whole makes it necessary and relevant to promote and support the development of public health institutions in the various sectors of the public administration.

Among the recommendations:

- That SESPAS actively participates in the definition of the basic contents that the different training programs in public health, undergraduate, postgraduate and continuing education must include.
- That the competent administration defines the criteria and procedures for the accreditation of professionals and public health institutions.

- That new entry mechanisms are established in public administrations (local, regional or national), both in terms of access procedures and the scales applicable.
- That the supply of labour is regular and that the conditions of employment are dignified, not only economically, but also in terms of reconciliation and career.
- That SESPAS and its member societies explicitly define their aims and strategic objectives and renew the participation of their members through a proactive commitment.
- That SESPAS and its member associations promote professionalism by laying down basic ethical and professional requirements.

INTRODUCCIÓN

La emergencia de salud pública de importancia internacional por la enfermedad denominada COVID-19, declarada por la OMS el 30 de enero de 2020, ha provocado que la sociedad en su conjunto, y sus gobiernos en particular, hayan puesto el foco en las instituciones de salud pública, y sus profesionales. Una atención de la ciudadanía y los responsables políticos que han mirado hacia la salud pública buscando análisis y predicciones, además de propuestas de soluciones efectivas y eficientes. Las respuestas han sido, y son aún, diversas, y sus errores y aciertos están siendo evaluados¹. De las lecciones que seamos capaces de aprender dependerá la capacidad para responder a las futuras crisis sanitarias, que seguro nos aguardan.

A la espera de los resultados de estas evaluaciones, siempre parciales y provisionales, ya podemos afirmar que la crisis sanitaria ha puesto en evidencia la enorme debilidad de las estructuras de la salud pública en nuestro país y, de manera particular, las limitaciones de sus instituciones y profesionales. Ante esta cruda realidad surge la imperiosa necesidad de disponer de instituciones de salud pública sólidas, con mayor dotación de recursos, principalmente de profesionales competentes.

Con la finalidad de ayudar a fortalecer las respuestas sanitarias que la sociedad demanda frente a los problemas de salud y su injusta distribución, especialmente en tiempos de crisis sanitarias, se ha elaborado este libro blanco de la profesión de Salud Pública y sus profesionales en España, con siguientes objetivos específicos:

1. Enmarcar conceptual e históricamente la salud pública como dedicación profesional.
2. Describir las características socio demográficas de las personas afiliadas a las sociedades federadas en SESPAS.
1. Analizar los discursos sobre la profesión de salud pública entre los propios profesionales.
2. Consensuar conclusiones y recomendaciones que ayuden a afrontar los retos de la salud pública.

¹ Pedro Gullón, Blanca Lumbreras, Fernando-Ignacio Sánchez-Martínez, Federico de Montalvo-Jaaskeläinen, María Teresa Ruiz-Cantero. La Salud Pública y la Administración Sanitaria ante la pandemia de COVID-19. Informe SESPAS 2022. Gac Sanit. 2022;36 Supl 1:S1-S3

1 PARTE



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

**Definiciones y funciones
de la salud pública**

**Profesión y profesionales
de salud pública**

**Marco institucional de la salud
pública**

Formación en salud pública

I PARTE, BREVE MARCO CONCEPTUAL E INSTITUCIONAL

Definiciones y funciones de la salud pública

Para delimitar las respuestas posibles que la salud pública puede dar a esas demandas de la sociedad y sus representantes, tanto en momentos de crisis como en situaciones de normalidad, es conveniente recordar algunas de las definiciones que nos sirven habitualmente de referencia. Este ejercicio puede resultar útil para tratar de ponernos de acuerdo con sus límites, pues obviamente las actividades profesionales de salud pública no tienen a su alcance la solución de todos los problemas que pueden afectar a la salud de la población. Y al mismo tiempo puede ser de utilidad para poner en valor las actuaciones profesionales que ayudan, aunque sea parcialmente, a resolver algunos de los problemas que afectan a la salud de la población.

Así, tomando como referencia la primera, si no una de las primeras, definición explícita de salud pública, la de **CEA Winslow**, publicada en 1920 en *Science*², ésta sería “... **el arte –destreza– y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento, el control de las infecciones, la educación en la higiene personal, la organización de los servicios para el diagnóstico precoz y la prevención, y el desarrollo social que garantice el nivel de vida necesario para mantener la salud**”. De manera más sintética, pero coincidiendo con la ambición totalizadora de la salud pública que nos ofrece Winslow, un informe de referencia del *Institute of Medicine*³ de los Estados Unidos la define en 1998 como “... **todo aquello que como sociedad llevamos a cabo para proteger y mejorar la salud de la gente**”.

Más recientemente, **Detels y Breslow**, en el Oxford Textbook of Public Health⁴, la define como “... **el proceso de movilización e implicación de los recursos locales, nacionales e internacionales, que garantiza las condiciones para que la población pueda ser saludable**”. Recordándonos estos autores que “**Las acciones a emprender dependen de la naturaleza y la amplitud de los problemas que afectan la salud de la comunidad. Lo que puede hacerse viene determinado por el conocimiento científico y los recursos disponibles. Lo que se hace es consecuencia de la situación social y política en cada momento y lugar**”.

2 Winslow CEA The untilled fields of Public Health. *Science* 1920; 51: 23.

3 Institute of Medicine. The future of Public Health. Washington: National Academies Press (US), 1998.

4 Detels R Breslow L. Current scope and concerns in public health. En Detels R, McEwen J, Beaglehole R et al. Oxford Textbook of Public Health. Vol 1. Oxford University Press, 2002.

A fin de ayudar a concretar las visiones tan amplias de la salud pública, incluidas en estas definiciones, diversas instituciones como la **Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)** o los **Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos (CDC)**, han identificado una serie de funciones⁵ o servicios⁶ esenciales de la salud pública. En ambas propuestas, actualizadas en 2020, se define un marco para garantizar a las personas y a las comunidades el acceso a la promoción y protección de la salud, siendo la equidad una prioridad en todas las actividades de salud pública. Así, estas actividades son agrupadas en servicios y/o funciones esenciales de: **1) evaluación, incluyendo vigilancia e investigación; 2) desarrollo de políticas, que incluye comunicación, participación, regulación e inspección; y 3) aseguramiento, que en la propuesta de la OPS divide en recursos y acceso, referidos a la necesidad de disponer de recursos materiales y humanos accesibles y de calidad.**

Este ejercicio de la OPS/OMS y los CDC, aquí resumido muy brevemente, ayuda a acotar los límites de las actuaciones de los profesionales de salud pública, huyendo de planteamientos maximalistas que asignan a la salud pública todas las tareas que tengan que ver con la salud individuales o colectivas, asistenciales y preventivas. En este sentido, y como se ha señalado en numerosas ocasiones por uno de los autores de este Libro Blanco (AS), ahora más recientemente en el *American Journal of Public Health*⁷, **tenemos que diferenciar entre salud pública, orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y sanidad pública, centrada en los servicios asistenciales orientados a los cuidados.**

Así, y de acuerdo con la Ley general de Salud Pública en su artículo 1, la salud pública **es “el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.**

Profesión y profesionales de salud pública

A partir de los argumentos anteriores, podríamos establecer con carácter operativo para este informe que **la profesión de salud pública estaría constituida por profesionales que desarrollan actividades de salud pública.**

Ahora bien, aceptando que hay profesionales de salud pública –lo que trataremos de describir y analizar en la segunda parte–, no necesariamente existe la profesión de salud pública. Pues para que haya una profesión como actor colectivo no basta que haya un “*Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y*

5 Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>.

6 Centers for Disease Control and Prevention. 10 Essential Public Health Services (Revised 2020). Disponible en: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealth-services.html>

7 Morabia A. What is public health? An interview with former governor John Kasich. *Am J Public Health*. 2022;112(4):609–612.

por el que percibe una retribución”, tal como la define el Diccionario de la RAE. Para que haya una profesión, en el sentido de compromiso y garantía de una buena práctica, debe existir un reconocimiento social, tanto por parte de la sociedad en su conjunto como, tan importante o más todavía, por los componentes mismos de la profesión.

Un reconocimiento que se manifiesta principalmente mediante el asociacionismo profesional. Un ejemplo ilustrativo de lo cual podría ser la *American Public Health Association* en los Estados Unidos⁸, que ya ha cumplido 150 años de existencia. Una asociación multiprofesional cuyo objetivo es promover y proteger la salud de las personas y las comunidades allí donde viven, aprenden, trabajan o disfrutan. O la *Faculty of Public Health* en el Reino Unido⁹, con más de 50 años, y aunque es parte del *Royal College of Physicians* sus miembros no son solo médicos. **Ambas sociedades centran sus actividades en el desarrollo profesional, promoviendo la excelencia profesional, y la defensa de políticas públicas que promuevan la salud y el bienestar de las personas.**

En España, el asociacionismo de los/las profesionales de salud pública es más reciente, y aunque la primera de ellas, la Sociedad Española de Epidemiología fue fundada en 1978, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria lo fue en 1985¹⁰, reuniendo a nueve sociedades territoriales y temáticas, y aglutinando entre todas al posiblemente mayor número de profesionales de salud pública en España. Por supuesto que existen otras sociedades relacionadas con la salud pública que no forman parte de SESPAS, pero este informe estará basado en datos e información aportada por las sociedades y socios de las sociedades federadas en SESPAS.

Marco institucional de la salud pública

Ahora bien, los/las profesionales de salud pública, asociados o no a SESPAS, desarrollan sus actividades en instituciones que se han ido configurando históricamente, y de acuerdo con las iniciativas, fundamentalmente públicas, relacionadas con la promoción y la protección de la salud.

En este sentido, hay que recordar que las actividades de salud pública, algunas de las cuales se remontan al nacimiento de las ciudades, como el saneamiento o el abastecimiento de agua y alimentos, tienen su desarrollo más reciente en la consolidación de los Estados modernos a lo largo del siglo XIX. Un ejemplo destacado lo constituye la ley de salud pública inglesa de 1848, que concreta el compromiso de las administraciones públicas con la protección de la salud de los ciudadanos. No mucho más tarde, **en 1855, en España se aprueba la primera Ley de Sanidad, que consolida la figura de los funcionarios**

8 American Public Health Association. <https://www.apha.org/>

9 The Faculty of Public Health. <https://www.fph.org.uk/>

10 Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. <https://sespas.es/>

sanitarios locales. Si bien la mayor parte de los artículos de la ley se dedican a la sanidad exterior y el control del comercio para evitar las epidemias, que como es habitual se considera vienen del exterior. En lo que queda del siglo XIX y el inicio del XX, la administración del Estado va asumiendo la responsabilidad de la protección colectiva de la salud comunitaria, a la vez que de la asistencia sanitaria, inicialmente solo la urgente, las infecciosas y las mentales, de quienes no pueden pagársela. Es la asistencia sanitaria de beneficencia pública. Una responsabilidad asumida hasta entonces por las órdenes religiosas.

Protección que la consolidación de las haciendas públicas, especialmente a partir de la segunda década del siglo XX, permitirá ampliar. Ejemplo de lo cual son los sistemas de seguridad social, siguiendo el ejemplo alemán, que incluye inicialmente la asistencia sanitaria para los trabajadores afiliados, y después a sus familiares beneficiarios, además de medidas de protección social (accidentes, pensiones, discapacidades, desempleos, etc.), tan relevantes para la salud pública. Para finalmente evolucionar a sistemas nacionales de salud de carácter universal y financiados por los presupuestos generales de los Estados, siguiendo el ejemplo británico.

En España, el **tránsito desde un sistema de seguridad social a un sistema nacional de salud se inicia en 1986, con la Ley General de Sanidad, y finaliza en el 2001** con la culminación de las transferencias de las Comunidades Autónomas de los servicios asistenciales. **Los servicios de salud pública, que incluían básicamente las direcciones provinciales de sanidad y los funcionarios locales, ya se habían transferido al inicio de los años 80, habiendo de esperar a 2011, en que se aprueba la Ley General de Salud Pública, para modernizar su discurso, y poco más, dado que apenas se desarrolla en los años posteriores.** Así, mientras los servicios asistenciales públicos se reorganizan y fortalecen apoyados en unos presupuestos que van creciendo hasta el 6,6% del PIB en 2019, a los servicios de salud pública se dedica solo alrededor del 2% de este total¹¹.

Lo cual da una idea del debilitamiento que se ha ido produciendo en los recursos de salud pública en España durante estas décadas. Hay que señalar, no obstante, los intentos no siempre exitosos desde algunas Comunidades Autónomas con la aprobación de leyes propias de salud pública, entre ellas la Comunidad Valenciana, Cataluña o Andalucía. Una debilidad que, como decíamos, la pandemia ha puesto en evidencia de manera dramática. Ahora, una década después, se ha aprobado el anteproyecto de ley de la Agencia Estatal de Salud Pública¹², que se espera esté aprobado por vía de urgencia parlamentaria, y cuyas competencias y recursos parece se concre-

11 Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-20021. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2022.

12 Anteproyecto de Ley de la Agencia Estatal de Salud Pública. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/home.htm>

tarán entonces. Una iniciativa que esperamos y deseamos puede suponer **un salto cualitativo en la institucionalización de la salud pública española, tanto estatal como autonómica**. Lo que puede representar un gran impulso a la profesionalización de la salud pública.

Formación en salud pública

En la actual coyuntura, dada la visibilidad social y política a la salud pública a raíz de la pandemia, es crucial disponer de profesionales de salud pública con adecuada formación, capaces de desarrollar las muy diversas y complejas tareas que exige promover y proteger la salud de las personas y comunidades allí donde viven, trabajan o se divierten. En este sentido, una iniciativa liderada por SESPAS¹³ en el año 2005 identificó 80 competencias profesionales diferentes, las cuales teóricamente los profesionales de salud pública deben de ser capaces de aplicar. Una lectura de estas competencias, que deben ser revisadas y actualizadas, da una idea de la imprescindible necesidad de la multidisciplinariedad, como base para abordar el conjunto de esas tareas.

Efectivamente, **la complejidad y diversidad de las competencias profesionales obliga a conectar actitudes, conocimientos y habilidades procedentes de una gran diversidad de campos del conocimiento, desde las ciencias de la salud y de la vida a las ciencias sociales y tecnológicas**. Una realidad que sitúa a la formación de postgrado como posiblemente una de las mejores opciones para que un futuro profesional de salud pública inicie su formación específica en este ámbito aportando sus conocimientos previos de grado.

De hecho, **en España y en numerosos países de nuestro entorno, los programas de maestrías constituyen en la actualidad la puerta de entrada para las personas que desean iniciar una carrera profesional en salud pública**. Ello permite que graduados de diferentes *curricula* compartan un proceso de aprendizaje común, lo que facilitará el trabajo en equipo en las futuras tareas multidisciplinares de salud pública. Un proceso que comparten los médicos/as que acceden a una plaza de **MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP)**, que durante su primer año, de los cuatro, se incorporan a los diferentes programas de maestría de salud pública acreditados. Esta especialidad médica, cuyo número de plazas de MIR se ha incrementado en los últimos años, alrededor de 100 plazas cada año, constituye una vía formativa única con un programa oficial, reformado en 2005, que incluye rotaciones prácticas por servicios de salud pública y centros de investigación, además de centros asistenciales hospitalarios y de atención primaria. También hemos de incluir en esta vía de forma-

¹³ F.G. Benavides, C. Moya, A. Segura, et al. Competencias profesionales en salud pública. Gac Sanit. 2006; 20: 239-243.

ción a la especialidad de **EIR en Enfermería Comunitaria**, con un importante contenido en salud pública, aunque en su residencia de dos años no se incluye la obligatoriedad de hacer un programa formativo de diploma o master.

Una reciente revisión de los 11 programas de maestría oficiales ofrecidos por universidades españolas¹⁴, mostró una gran heterogeneidad en relación con los contenidos, y los créditos que se otorgan a las diferentes asignaturas, sobre todo a las optativas, no incluyendo prácticas la mayoría de ellos. Las autoras del trabajo recomiendan que se defina un core común, especialmente en los contenidos obligatorios. Tal como existe en relación con los contenidos del Diploma de postgrado de Salud Pública, antiguo Diploma de Sanidad, que coordina la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III), y que organizan las administraciones sanitarias de algunas comunidades autónomas.

No obstante, diversos grados universitarios, especialmente los de ciencias de la salud, como medicina, farmacia, enfermería, o veterinaria, entre otros, incluyen asignaturas obligatorias y optativas relacionadas con la salud pública. El Foro de profesorado universitario de salud pública, constituido en 2014 y coordinado desde la Universidad de Alicante¹⁵, está revisando estos contenidos de salud pública en los diversos grados, y proponiendo competencias básicas que armonicen estos contenidos entre las diferentes universidades que imparten estos grados¹⁶.

Sin embargo, y aceptado que la formación es una cuestión fundamental en la estrategia de fortalecimiento de la Salud Pública como profesión¹⁷, ésta no basta. Pues desde la perspectiva de la empleabilidad **es necesario que la formación específica en salud pública, a nivel de maestría u otra alternativa, sea valorada como un mínimo exigible** para acceder a un empleo relacionado con la salud pública, al menos en la administración pública. Una compleja cuestión que debe ser considerada en la perspectiva del desarrollo deseable de la profesión de salud pública.

14 Mireia Llimós, Carmen Vives-Cases, M. Carmen Davó-Blanes, Pilar Carrasco-Garrido, Olatz Garin, Elena Ronda, Fernando G. Benavides. Características y contenidos de los programas de maestría en salud pública en España. *Gac Sanit.*2022;36:127-38.

15 Foro de profesorado universitario de salud pública. <https://web.ua.es/es/foro-profesorado-salud-publica/sobre-el-foro.html>

16 Davó MA, Vives-Cases C, Benavides FG, Alvarez-Dardet C, Segura-Benedicto A, Icart T, Astasio P, Gil A, Ortiz Mdel R, García A, Ronda E, Bosch F; coordinadores de los grupos del taller de competencias. Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado. *Gac Sanit.* 2011; 25: 525-34.

17 F.G. Benavides. Acerca de la formación de los profesionales de salud pública. Algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010; 26: 90-95.

2 PARTE



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

**Características
sociodemográficas
de las personas afiliadas
a las sociedades federadas
en SESPAS**

**Opiniones de las personas
que participan en las entrevistas
y los grupos focales**

Salud pública y sus profesionales

Impacto de la COVID-19

Formación en salud pública

Empleabilidad

*Institucionalización de la salud
pública*

Limitaciones y fortalezas

II PARTE, PRINCIPALES HALLAZGOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Características sociodemográficas de las personas afiliadas a las sociedades federadas en SESPAS

En esta segunda parte se ha procedido a analizar información cuantitativa y cualitativa, basada en los datos sobre afiliación proporcionados por las sociedades participantes y en entrevistas a informantes claves y grupos focales, respectivamente.

Así, pues, en primer lugar, se ha procedido a describir cuantitativamente la información sobre afiliación proporcionada por las sociedades en ficheros adecuadamente anonimizados, y con el compromiso de su utilización agregada (cuando era individual), así como de la destrucción de los datos una vez utilizados para este análisis.

La información solicitada a todas las sociedades federadas, y además a la Asociación de Epidemiólogos Jóvenes (EJEs) y a la Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES MPySP), que mantienen relación formal con SESPAS, fue un fichero individualizado y anonimizado, sin identificación personal, con los datos de fecha de nacimiento, sexo, provincia o comunidad autónoma, grado universitario y lugar de trabajo. En el caso de SEE y AES los datos fueron presentados de manera agregada, según los cruces solicitados.

En la tabla 1 se resume la información cuantitativa disponible utilizada en este informe.

Tabla 1. Información disponible para cada sociedad federada en SESPAS participante en el componente cuantitativo del informe

SESPAS	AFILIADOS/AS (%)	REGISTROS	VARIABLES DISPONIBLES
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)	1.310 (37,8)	Agregados	Sexo, edad, grado universitario, lugar de trabajo y comunidad autónoma
Asociación de Economía de la Salud (AES)	701 (20,2)	Agregados	Sexo, edad, grado universitario, lugar de trabajo y comunidad autónoma
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)	464 (13,4)	Individuales	Sexo, edad, grado universitario y comunidad autónoma (falta lugar de trabajo)
Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA)	397 (11,5)	Individuales	Sexo, grado universitario, lugar de trabajo y comunidad autónoma (falta edad)
Societat de Salut Publica de Catalunya i Balears (SSPCiB)	281 (8,1)	Individuales	Sexo, edad, grado universitario y comunidad autónoma (falta lugar de trabajo)
Asociación Juristas de la Salud (AJS)	178 (5,1)	Individuales	Sexo, grado universitario, lugar de trabajo y comunidad autónoma (falta edad)
Asociación Madrileña de Salud Pública (AMASAP)	136 (3,9)	Individuales	Sexo, edad, grado universitario, lugar de trabajo y comunidad autónoma
TOTAL	3.467 (100)		

Finalmente han participado siete sociedades, lo que ha permitido describir las características demográficas y laborales de 3.467 socios y socias de SESPAS. No han participado en esta fase cuantitativa del informe la Sociedad Andaluza de Salud Pública y Administración Sanitaria (SASPAS - HIPATIA), con 72 socios/as declarados, la Sociedad Canaria de Salud Pública (SCSP) con 44 socios/as declarados y la Red Española de Atención Primaria (REAP) con 102 socios/as declarados. Tampoco se dispuso de la información correspondiente a ARES y EJE.

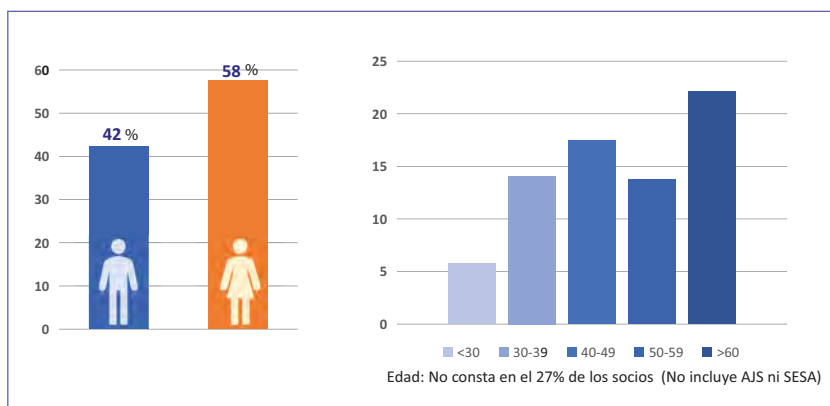
Las variables solicitadas para cada socio/socia fueron sexo: agrupado en hombres, mujeres o no consta; edad: agrupada en < 30 años, 30-39, 40-49, 50-59 y más de 60 años, y no consta; grado universitario: agrupado en Medicina, Enfermería, Derecho, Economía, Farmacia, Veterinaria, y otras ciencias sociales (Sociología, Ciencias Políticas, Psicología y Antropología), otras ciencias de la vida (Biología, Biomedicina, Bioquímica, Ambientales) y otros grados (Estadística, Matemáticas, ADE, Ingenierías) y no consta; lugar de trabajo: agrupado en administración pública, centros asistenciales (hospital y centro de salud), universidades y centros de investigación, otros (ONG, consultorías) y no consta.

La edad no estuvo disponible para los afiliados/as de SESA y AJS, y el lugar de trabajo estaba ausente en más del 90% de los

socios/as de ASPCiB y la AEC. La variable comunidad autónoma no estaba disponible en los datos agregados de la SEE, aunque fue posible obtenerla de la memoria de la sociedad para 2022. Para las sociedades con los datos individualizados se han podido cruzar algunas variables, por ejemplo, sexo. Lo que fue posible también en el caso de SEE y AES, que proporcionaron los datos ya estratificados por sexo. La información corresponde a 2021 o 2022.

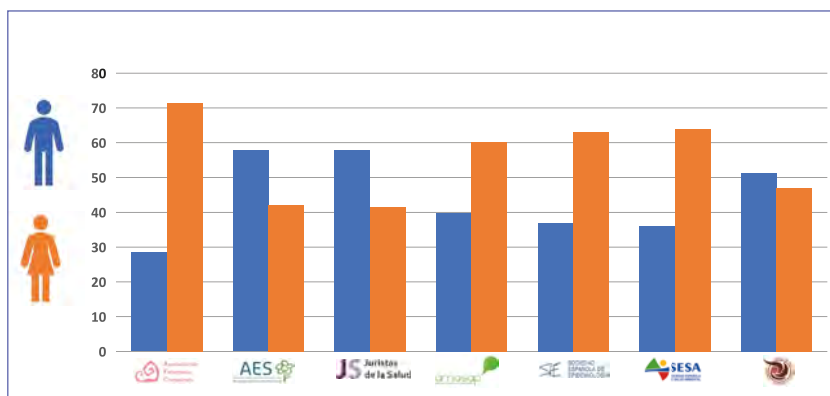
Del total de personas incluidas en esta descripción (figura 1), 1.955 (57,5%) son mujeres y 1.466 (42,3%) hombres. Por edad, un 37,4% tenía menos de 50 años y un 35,9% 50 y más años, aunque hay que señalar que para el 26,8% de los afiliados no se dispuso de información sobre la edad, y tampoco se ha podido contabilizar el número de personas afiliadas a más de una sociedad, aunque sospechamos que el número de doble o triple afiliación debe ser reducido.

Figura 1. Afiliación (%) según género y edad para todas las sociedades SESPAS participantes.



En las figuras 2 y 3 se pueden observar la distribución por sexo y edad para cada una de las sociedades participantes con datos disponibles. En relación con el sexo, vemos que las mujeres son mayoría en la AEC (71,6%), SESA (64%), SEE (63%) y AMASAP (60,3%). En cuanto a la edad, observamos que los menores de 50 años son mayoría en la SEE (54,9%), AEC (44,9%, aunque con un 33,4% no consta) y AES (41,5%, aunque con un 18,8% no consta).

Figura 2. Afiliación (%) según género para cada sociedad SESPAS participante.



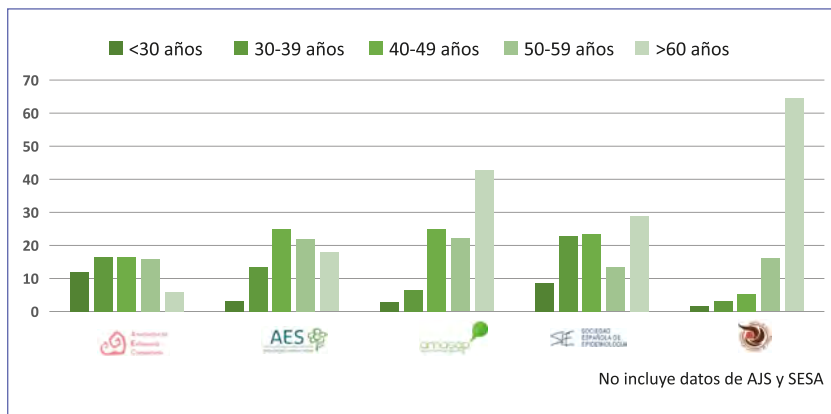


Figura 3. Afiliación (%) según edad para cada sociedad SESPAS participante.

La distribución por Comunidades Autónomas es muy heterogénea, como podemos ver en la figura 4. La afiliación del total de sociedades participantes se concentra en Cataluña (24,2%), Madrid (18,4%), Comunidad Valenciana (10,5%) y Andalucía (8,6%). Al tener en cuenta la población total de cada CCAA, vemos en la misma figura que es en Navarra (14,7 por 100.000) y La Rioja (16,4 por 100.000) donde mayor es el número de profesionales de salud pública por 100.000 habitantes, y que la diferencia entre Madrid (9,5 por 100.000) y Cataluña (11 por 10.000) se reduce, aunque sigue siendo superior en esta última.

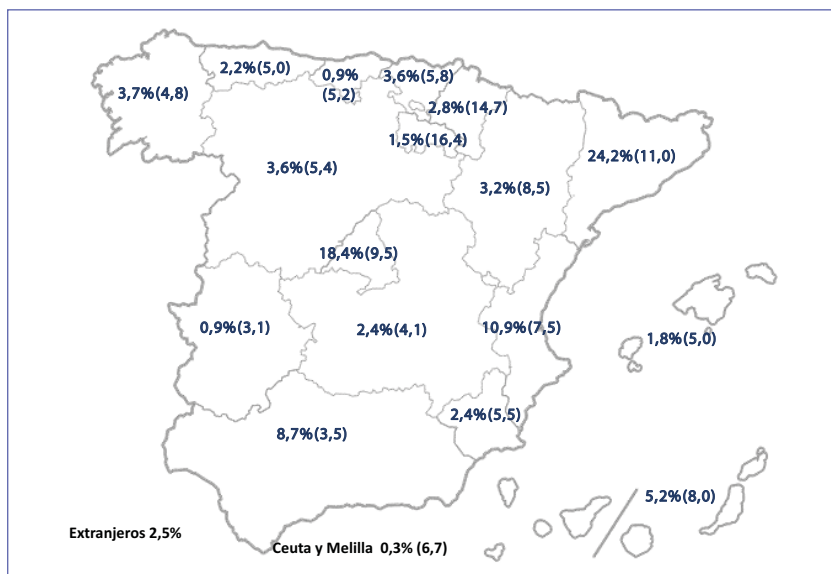
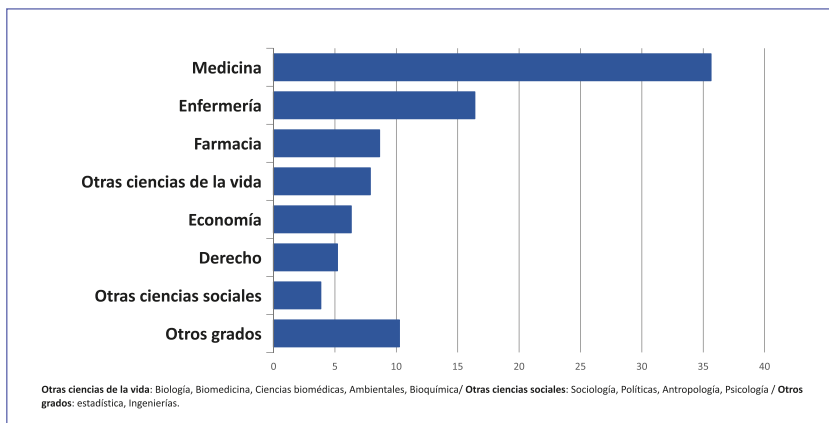


Figura 4. Afiliación (%) y tasa por 100.000 habitantes (junto al porcentaje) por Comunidades Autónomas para el total de sociedades SESPAS participantes.

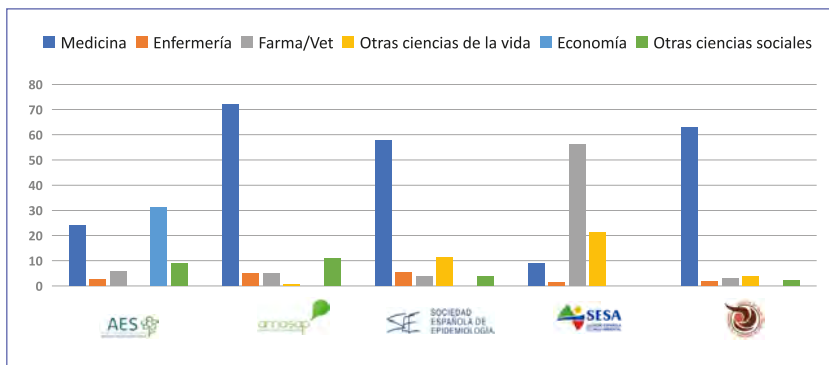
La distribución según el grado universitario realizado por los socios/as afiliados a las sociedades SESPAS se muestra en la figura 5, donde observamos que el grado de Medicina (35,9%) es el mayoritario, seguido por Enfermería (17,4%) y Farmacia y Veterinaria (10,4%), a los que habría que sumar otros grados de ciencias de la vida (4,3%), como biología, biomedicina, etc. Procedentes de grados de ciencias sociales hay que destacar Economía (6,3%), Derecho (5,2%) y otros grados de ciencias sociales como Sociología, Ciencias Políticas y otros (4,3%).

Figura 5. Afiliación (%) según grado universitario para todas las sociedades SESPAS participantes.



Una distribución que, por sociedades, como era de esperar, es diferente. En la figura 6 (histograma y araña) vemos que los socios/as con grado de Medicina son mayoría en AMASAP (72,1%), SEE (58,6%) y SSPCiB (63%). Por su parte, en SESA son mayoritarios los socios/as con grados en Farmacia y Veterinaria (56,2%), principalmente el primero. En AES son los socios/as con un grado en Economía (31,5%), aunque también es numeroso el grupo con un grado en Medicina (24,1%) u otros grados (27,5%). En AJS el 100% de los socios/as son graduados en Derecho.

Figura 6. Afiliación (%) según grado universitario para cada sociedad SESPAS participante.



Por último, en relación con el lugar de trabajo (figura 7), destaca el alto porcentaje de personas afiliadas para las que no consta este dato (23,7%), principalmente de AEC (92%), SSPCiB

(88,6%) y AJS (47,2%). De los que sí disponen de esta información, un 27,5% en Universidades y centros de investigación juntos (separados en la figura), un 23,7% trabajan en las administraciones públicas y un 13,7% en Centros asistenciales.

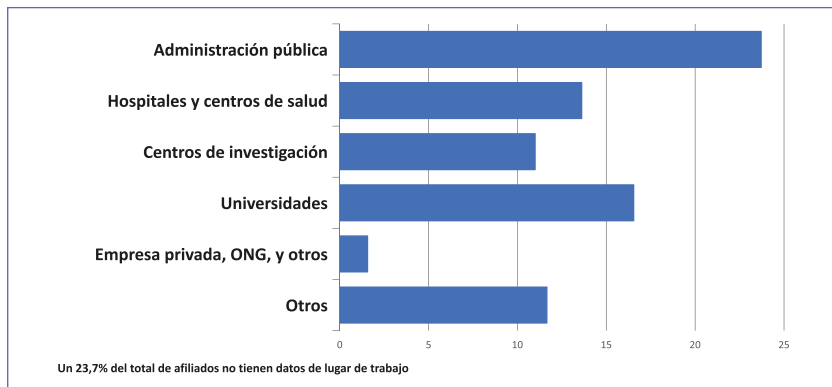


Figura 7. Afiliación (%) según lugar de trabajo para todas las sociedades SESPAS participantes.

Por sociedades (figura 8, histograma y araña), esta distribución es heterogénea, con predominio de las administraciones públicas en SESA (58,9%). También es importante el número de socios/as que trabajan en de las administraciones públicas en AMASAP (28,9%) y SEE (28,9%).

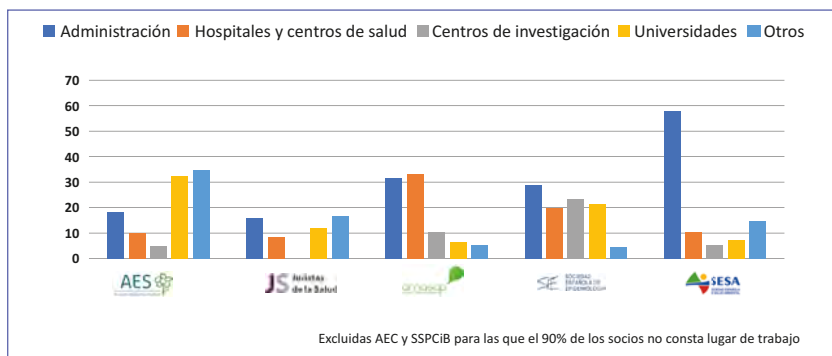


Figura 8. Afiliación (%) según lugar de trabajo para cada sociedad SESPAS participante.

Aunque en AMASP hay una proporción ligeramente superior de empleados en Centros asistenciales (33,1%) y en la SEE un número similar (25%) de socios/as procedentes de las Universidades y centros de investigación. En AES predominan los socios/as que trabajan en Universidades y Centros de Investigación (37,1%) y en ONG y empresas privadas (34,7%).



Figura 8. Afiliación (%) según lugar de trabajo para todas las sociedades SESPAS participantes.

En el anexo 3 se muestra con detalle en una tabla toda la información disponible, en números absolutos y porcentajes, para cada una de las siete sociedades SESPAS participantes en esta parte.

Opiniones de las personas que participan en las entrevistas y los grupos focales

La información cualitativa se ha basado en **19 entrevistas (E) en profundidad** de una hora de duración como media, a los presidentes/as de las sociedades federadas, más algunas profesionales informantes claves, y la información obtenida en **6 grupos focales (GF) con socios/as de todas las sociedades**, y a título personal (no representan a la sociedad) y de una hora de duración también como media.

Para organizar los GF, a cada sociedad se le solicitó una lista de socios y socias a los que se invitaría a participar en los GF: 20 socios/as a la SEE y AES, 10 al resto de sociedades federadas, y 5 a AES y EJES. Todos proporcionaron un número de socios/as próximo al solicitado, si bien AES aportó una lista de 5 socios/as e HIPATIA de 1. Sumamos también a la Diputación de Barcelona, que aportó otra lista de 9 profesionales del mundo local de los municipios de la provincia. En total se dispuso de un listado de 116 socios y socias que habían mostrado su interés en participar y habían dado permiso para utilizar su correo electrónico. A partir de estas listas se procedió de manera aleatoria a invitarlos a un grupo focal un día y una hora determinada, preguntando si podían participar en ese grupo focal. En caso de que la persona convocada no pudiese en esa fecha se procedía a seleccionar otro socio/socia de la lista reserva, y si la persona que no podía mostraba interés de manera expresa se le invitaba a la siguiente reunión. En todos los grupos focales participaron personas de diferentes sociedades.

Tanto las E como los GF se realizaron virtualmente, de acuerdo con un guion (anexo) previamente consensuado por las moderadoras (Lucía Páramo y Mireia Llimós), y todas las sesiones fueron grabadas con el permiso explícito de las personas participantes. Entre las **53 personas que pudieron finalmente participar en los grupos focales**, 9 lo fueron a propuestas de SEE, 7 de SESA, 6 de AMASAP, 6 de SSPCiB, 5 de ARES, 5 de AJS, 4 de DiBA, 4 de REAP, 3 de SCSP, 2 de AEC, 1 de HIPATIA y 1 de AES.

Las entrevistas se realizaron entre el 28 de junio de 2021 y 24 de marzo de 2022, 10 mujeres y 9 hombres, todas ellas afiliadas a sociedades federadas de SESPAS, incluyendo a los respectivos presidentes. En el anexo se relacionan los nombres por orden alfabético de todas las personas participantes, tanto en las E como los GF, y la distribución del número

En todas las sesiones, las personas participantes expresaron sus opiniones con respeto a los demás y sin interrupciones. El hecho de compartir sesiones personas de las diferentes sociedades SESPAS ha generado una interacción positiva de experiencias, conocimientos y perspectivas diversas que ha enriquecido la cantidad y calidad de la información grabada, tal como reconocían las personas participantes. En algunas sesiones la duración prevista se fue alargando más allá de la hora previamente establecida para dar tiempo a recoger todas las opiniones posibles, aunque incluso así en algunos casos el tiempo se quedó corto. En las E la duración fue en general suficiente para completar el guion previsto. Igualmente, las personas participantes se conectaban en general a la hora acordada, y cuando en algún caso, los menos, se retrasaban avisaban previamente.

El tiempo total de las grabaciones ha sido de 23 horas y 51 minutos. Las transcripciones completas, adecuadamente anonimizadas, están disponibles mediante su solicitud a los autores de este informe. El análisis detallado de las transcripciones literales ha permitido identificar los temas generales y específicos, que se muestran en la tabla 2, alrededor de los cuales y mediante citas seleccionadas se presentan a continuación las citas más relevantes en relación a estos temas.

Tabla 2. Contenidos temáticos, generales y específicos, identificados a partir del análisis de las entrevistas y grupos focales

TEMAS GENERALES	TEMAS ESPECÍFICOS
Lo que se entiende por salud pública y por profesionales de la salud pública	Diferencias en la definición de salud pública y salubrista, salubrista versus asistencial, visión colectiva versus individual, epidemiología y salud pública, invisibilidad de la salud pública, multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, médico centrismo, retos.
Impacto de la COVID-19	Aspectos positivos y negativos para la salud pública
Formación	Formación reglada y experiencia, exigencia títulos, aprendizaje metodologías, postgrado versus grados, formación en los grados, interdisciplinariedad, actualización continua, retos.
Empleabilidad	Sueldos, reconocimiento de los salubristas, intereses económicos en contra, multitarea en salud pública, sentido de servicio y vocación, trabajo en red, empleo en empresas privadas.
Institucionalización	Digitalización, comunicación, empresa privada.

SALUD PÚBLICA Y SUS PROFESIONALES

Las opiniones sobre qué es salud pública y qué es un/a profesional de salud pública han sido las más numerosas y a las que se le ha dedicado más tiempo.

En muchas de las opiniones emitidas por los profesionales participantes se detectan dos elementos comunes sobre lo que entienden por salud pública. En concreto se mencionan los términos: salud y población.

Las respuestas más frecuentes pueden ser resumidas en las siguientes citas:

- E1: *“la salud pública, me la pienso como (...) el trabajo relacionado con el conocimiento de la salud y los determinantes de la población, y la intervención para mejorar eso... la salud y la calidad de vida de la gente”.*
- E7: *“todas las actuaciones que van dirigidas a promover o a mejorar la salud de un colectivo”.*
- E15: *“una disciplina dirigida a la protección y la mejora de la salud de la comunidad, de la población”.*
- E18: *“respuesta organizada de una sociedad para defender, para tener un estado óptimo de salud”.*
- GF2: *“la salud pública debe de ir dirigida a toda la población, a la colectividad y, a lo mejor, pues desde determinados ámbitos, como puede ser, por ejemplo, actuaciones de promoción de la salud, eh, sirven para fomentar estilos de vida a nivel individual, pero lo que es la acción no se dirige al individuo, sino que se dirige a un grupo”.*
- GF3: *“...la salud pública es todo aquello que tiene que ver con el bienestar, ¿no? O sea, el urbanismo, el medio ambiente, la movilidad sostenible, los parques y los jardines, la cultura es una parte fundamental también, o los deportes, ...”.*

Más allá de los elementos comunes, hay otras opiniones que ponen el énfasis en otros elementos:

- E8: *“La salud pública es cuidar a los demás y que ellos sepan que les estén cuidando”.*
- E10: *“Disciplina de disciplinas en la que también está incorporada a la población y en la que a base de procesos participativos se logra el empoderamiento para promocionar la salud y para generar espacios saludables”.*

Pero también hay algunos participantes que opinan desde fuera de la salud pública:

GF1: *“yo entiendo la salud pública, sin estar dentro de ella, que es una materia transversal para todas las disciplinas sanitarias y no sanitarias, todas las disciplinas que puedan influir en la salud de la población”.*

Otras personas la definen como institución, y la relaciona con el sistema sanitario y la administración:

- GF6: *“la salud pública es un organismo que presta el servicio sanitario a los administrados”.*
- GF3: *“la rama sanitaria que se ocupa de la salud de poblaciones”.*
- E14: *“salud que tiene que estar gobernada o arbitrada por la administración pública para el Sistema Nacional de Salud”.*

- GF3: “yo insistiría en (...) interacción de salud pública con clínica, porque puede ser crucial”.

Los determinantes sociales son mencionados como elementos que definen la salud pública.

- E4: “actuar a nivel desde los determinantes de salud (...), obviamente tiene que tener una interrelación muy estrecha con el sistema sanitario, (...) y tiene que tener un anclaje muy claro también, pues eso, con los distintos sectores para trabajar a nivel de todas las políticas posibles”.
- GF6: “una acción de gobierno que debe actuar sobre los determinantes de la salud”.

Pero algunas opiniones también incluyen la amplitud de ámbitos de actuación:

- G6: “área de conocimiento y ese ámbito de operacionalización en (...), la gestión, eh, la epidemiología, la atención primaria, eh, y todo lo que significa también la política y ciencias de la salud”.
- GF6: “..Salud Pública es “promo”, protección, “preven”, vigilancia y luego, en, nosotros le llamamos “administración” y ahí metemos evaluación, gestión y todo esto”.
- E3: “toda la parte ambiental (...) se nos olvida que es salud pública”.
- E4: “una relación muy estrecha con el hábitat ambiental, y agrícola y animal”.

Definirnos en comparación con “otros” es también un recurso utilizado en algunas opiniones. Algunos participantes reconocen lo difícil que es definirnos:

- GF6: “es la disciplina, ¿no?, para asegurar la salud de la población, más allá de lo que es medidas sanitarias, puramente sanitarias, o asistenciales”.
- GF4: “la salud pública, a diferencia de otras áreas de la salud, al ser tan amplia, no es muy fácil de definir porque si alguien dice “cardiología”, muy bien, especialidad de la medicina que se encarga de un órgano, pero Salud Pública, al ser tan amplia, es que cubre todo”.

Algunas opiniones ponen el énfasis en la salud pública como actividad académica:

- GF1: “ciencia que toca bastantes aspectos como es la promoción de la salud, la prevención, temas ambientales, aspectos económicos”.
- E9: “la salud pública es un ámbito de la ciencia, del conocimiento científico, que intenta dar cobertura o velar por la salud de las personas”.

Cuando se pregunta qué es un/a profesional de salud pública, además de la definición básica (y circular) “persona que trabaja en salud pública”, las respuestas son también diversas, depen-

diendo de cómo se define “salud pública”. Así, aquellos que inciden en el gran alcance de la salud pública, mencionan la multidisciplinariedad y la amplísima diversidad de perfiles profesionales que la conforman:

- E2: *“creo que un profesional de salud pública es algo muy diverso, o sea ahí en personas con niveles de formación, conocimiento, área de experiencia, etc., muy distintas”.*
- E6: *“de forma pragmática podemos decir los profesionales que trabajan en las organizaciones de salud pública y... , yo creo que es la mejor aproximación posible, porque como profesión, como tal, no existe, recoge una variedad de disciplinas que comparten diferentes objetivos, pero que normalmente cada una de ellas tiene especificidades y hay actividades que están reservadas a unas u otras”.*
- E7: *“aquel profesional que trabaje con esos objetivos ¿no? comprender la salud, los determinantes de la salud, la distribución de la salud y de las enfermedades y los que trabajan para proteger y para promover la salud de las poblaciones”.*
- E11: *“...en salud pública pues se trabaja desde distintas perspectivas, pues está dedicado pues a alguna de las facetas que engloban tanto las sanitarias, como bueno, pues las jurídicas, las de la ética, las de la sociología o las de también la intervención o del trabajo social”.*
- GF1: *“Tenemos desde médicos, epidemiólogos, biólogos, enfermeros. Tenemos economistas, tenemos de todo. Por lo tanto, obviamente, tenemos que darle a la, además, yo creo que es nuestra obligación darle esta visión multidisciplinaria. En el momento que la salud la enfoques desde una sola perspectiva, pierde el concepto...”.*

Igualmente son frecuentes las opiniones relacionadas con la procedencia curricular de los profesionales de salud pública:

- E1: *“Salvo en el servicio de epidemiología que todo el mundo es o médico o enfermera, en la en el resto de los servicios hay mucha variedad, hay pues desde estadística, sociología, medicina, también ciencias políticas, antropología bueno una gran variedad”.*
- E5: *“¿qué formación de grado poseen las 25 personas? Es muy muy variable, unos poquitos somos médicos, luego hay bastantes sociólogos, psicopedagogos tenemos también, nutricionistas, ópticos tenemos trabajando también y creo que no se me olvida ninguno más, bueno nutricionistas que creo no lo he dicho”.*
- E8: *“es alguien que trabaje en salud pública, independientemente de su licenciatura o de su grado de base. Alguien que trabaje, porque además dentro de la salud pública precisamente es necesario que existan, no ya no diría grados sino experiencias muy muy diferentes”.*
- E12: *“somos profesionales de distinta procedencia académica, que trabajamos fundamentalmente desde las estructuras de salud pública, de las administraciones”.*

- E18: *“con una definición tan amplia como la que he dado, eh, profesionales entrarían muchísimos, pues porque organizar, participar a esa organización, es, casi que todos los actores de la sociedad, de alguna manera, tienen un papel”.*
- GF6: *“un abordaje desde la multidisciplinariedad, con un sinfín de profesiones y de muchas de ellas que todavía no están de facto incorporadas a la salud pública y que tienen que incorporarse”.*

Cabe destacar, sin embargo, que entre las personas profesionales consultadas se ha encontrado alguna respuesta que limita el perfil de profesional de salud pública a los profesionales sanitarios:

- E14: *“Una profesional de salud pública en mi experiencia como médica de familia, es aquella, aquel profesional casi siempre suelen ser enfermeras o médicos de salud pública”.*
- E15: *“sería que alguien tuviese la especialidad en medicina de salud pública, que tuviese un máster en salud pública normalmente o equivalente”.*
- GF6: *“La salud pública es una prestación más del sistema sanitario y como tal, debe ser ejercida y prestada por profesionales especializados”.*

Aunque hay desacuerdo con estas opiniones:

- E17: *“todo aquel que se dedica a trabajar temas de Salud Pública, no específicamente que haya tenido que cursar el máster de Salud Pública, pero que, a través de otras formaciones, por cursos o por entrar en un grupo de investigación en el que empiezas desde abajo y vas aprendiendo, ¿no? aprendiendo de metodología, temática y que al final en esos grupos multidisciplinarios pues te dedicas a trabajar sobre salud Pública”.*

Un tema recurrente en la descripción de la salud pública y del trabajo de los salubristas es la distinción frente a la medicina asistencial:

- E1: *“una mirada global de la salud, a diferencia de la mirada asistencial propia de los profesionales sanitarios, creo que esto lo diferencia, nos diferencia mucho”.*
- GF1: *“una disciplina multidisciplinar, que debería ser la coordinadora de toda la atención sanitaria, y la piedra angular entre el primer nivel y el especializado”.*
- GF2: *“es difícil para ciertas personas entender que la medicina está dentro de la salud pública. O sea, esto es un tema muy debatible. Yo lo veo como que la medicina está dentro de la Salud Pública”.*
- GF5: *“La salud pública rompe con el monopolio de la salud como campo exclusivo de las profesiones sanitarias”.*

Pero teniendo en cuenta que existe el reto de superar esa separación de manera efectiva:

- E3: *“a la hora de la verdad, las miradas acaban casi siempre en el ámbito sanitario y principalmente el médico”.*

- E7: “... los marginados de la salud pública o digamos de los que estamos en los límites de la salud pública ¿no? que somos pues eso los economistas, los juristas, los... digamos los que no tenemos formación en ciencias de la salud o la enfermedad”.
- E10: “La salud pública está muy impregnada del modelo asistencialista del Sistema Nacional de salud y este Sistema Nacional de salud es un sistema totalmente medicalizado, biologicista, tecnológico y fragmentado, patriarcal”.
- E10: “la salud pública actualmente en nuestro país hace epidemiología de la enfermedad, no hace epidemiología de la salud no hace epidemiología de los cuidados”.
- GF1: “el colectivo de profesionales sanitarios asistenciales no sabe nada, o no está sensibilizado con el tema de salud pública”.
- GF3: “ese elitismo médico, que creo que tenemos que dejar de lado, como si la salud fuese algo que solo compete a los médicos”.

Una valoración que se ve refrendada cuando opinan sobre la primacía de la atención asistencial en cuanto a recursos:

- E15: “siempre me ha llamado la atención que no haya grandes dificultades para inaugurar un bisturí de estos telemáticos y digitales (..) y en cambio sería difícilísimo poder conseguir un epidemiólogo más”.
- GF3: “la población asocia “salud” a que haya más centros sanitarios, más hospitales, más centros de salud y que esto sea como lo que construye la realidad porque tienen cerca un hospital, es lo más importante y ya, me vais a perdonar, pero es muy triste no saber explicar que esto no, no es salud”.

Con todo, la diferencia más importante del ámbito de actuación de los profesionales de salud pública es la visión colectiva:

- E1: “lo que nos diferencia a los salubristas de los profesionales asistenciales, bueno, de sanidad, es precisamente esta visión colectiva”.
- E10: “que la salud es una responsabilidad colectiva, individual y colectiva”.
- E18: “Vamos a cambiar de paciente y vamos a empezar a tener un paciente que tiene dos, tres, cuatro, ocho, quince millones de personas. Entonces, ese paciente (...) sería otro enfoque”.

Una visión que tiene también enormes retos:

- GF1: “Lo poblacional no es el enfoque predominante en nuestra sociedad y, por lo tanto, no es sorprendente que la respuesta comunitaria a los problemas de salud no sea dominante, y menos visible”.
- GF3: “Penso que és important que sempre ha sigut un tema molt, molt mèdic i molt sanitari la Salut Pública, ¿no? I el que estem dient, el que estem dient altra gent és que la salut és molt més que això”.

- GF5: “Me interesa que la SP se entienda como una filosofía de vida, me interesa menos definir la profesión, que añade componentes corporativos que enturbian el valor interdisciplinar que atañe a políticas, enseñanza, participación social, etc.”.
- GF6: “Pero, bueno, sí que me temo que hay una diferencia entre Sanidad Pública y Salud Pública muy potente. Yo, yo sí que la siento y cuando he estado en los servicios de salud, salud pública es una cosa muy lejana, es una torre de marfil y, literalmente, nosotros estamos en una quinta planta y nos llaman así, ¿eh? Quiero decir, los teóricos de, de la quinta planta”.

Retos entre los que se encuentran los intereses económicos que perjudican a la salud de la población:

- GF2: “... se prioriza los intereses económicos por encima de los beneficios de salud. Se deberían ir equilibrando”.
- GF5: “porque la salud pública también se enfrenta contra intereses muy poderosos, por ejemplo, en el terreno de la alimentación, en el terreno de la farmacología, en el terreno de la economía con las desigualdades sociales tan intensas que hay, y ese conflicto lo tenemos que tener presente”.

Un elemento en el que hay bastante acuerdo es sobre la poca visibilidad de la salud pública:

- E9: “cuando algo va bien parece como que no se echa en falta o parece que no es necesario”.
- GF1: “Somos valorados cuando la sociedad nos necesita... sino pasamos desapercibidos”.
- E12: “a nosotros nos hacen fuertes las crisis, porque cuando no hay crisis es un trabajo muy callado y la gente no sabe que estamos trabajando”.
- GF1: “¿la salud pública tiene que ser visible o tiene que ser, coger protagonismo social, o tiene que ser efectiva, e ir orientada a resultados, aunque no sea tan protagonista?”.

Un problema que hace que la población, y sus representantes, desconozca qué es y para qué sirve la salud pública:

- GF3: “y la salud pública, más allá de epidemiología de transmisibles y cerrar bares (..) yo creo que mi madre todavía no tiene claro a que me dedico”.
- GF4: “Es que yo creo que la gente confunde, incluso, cuando se dice “salud pública” piensa que es la “salud gratuita”, ni siquiera saben lo que es Salud Pública”.
- E19: “la salud pública es compleja de entender, es compleja de ver para un político”.
- GF5: “Entonces, yo, lo primero que hago, es separar esa palabra y decir “es la salud de una población; es la salud del conjunto, del colectivo”.

Además, y como última reflexión en este apartado, la amplitud de tareas y la diversidad de profesionales suponen enormes retos para la salud pública:

- E17: *“...al ser multiprofesional y multidisciplinar, se nos diluye un poco. Si fuéramos un grupo exclusivo, tendríamos ese respaldo de un colegio profesional, pues sí que parece que estamos un poco más diluidos”.*
- E19: *“No te puedes aburrir jamás vale, porque por la diversidad de temas que tocas, es que te abre un mundo que te obliga a tener una mente amplia dispuesta a buscar soluciones a cualquier problema que aparezca”.*
- GF4: *“A veces, un poco, al menos lo que yo he vivido, la interdisciplinariedad surge un poco, pues de quién se ha presentado, etcétera, pues un poco sobre la marcha y no porque haya una reflexión previa de que queremos que haya estos perfiles dentro del equipo”.*

IMPACTO DE LA COVID-19

De acuerdo con algunas opiniones, la pandemia ha dado visibilidad a la salud pública ante la sociedad y los medios:

- GF3: *“...la COVID-19 ha ayudado en algunas cosas para que la población entienda en qué trabajamos y con qué objetivos y cómo valoramos las acciones y, y cómo las implantamos, las diseñamos, las implantamos y las evaluamos...”.*
- GF5: *“La COVID-19 ha puesto en valor la salud pública, pero también ha expuesto la debilidad del sistema y la falta de trabajo intersectorial y la dificultad de obtener datos y compartirlos”.*
- E10: *“...si algo nos ha aportado la pandemia es la necesidad de identificar la que ya no hay problemas de salud locales y nacionales, sino que son todos, todos ellos son globales, y la pandemia es un claro ejemplo”.*
- E16: *“...de pronto nos hemos encontrado con que en los medios de comunicación empiezan a salir personas que dicen que son epidemiólogos o que son no sé cuántos. Cosa que yo creo que hasta hace poco no pasaba ¿no? y eso sí le ha dado una relevancia”.*

Pero también, de acuerdo con otras opiniones, no se ha aprovechado bien la oportunidad para explicar bien qué es la salud pública y que es un profesional de salud pública:

- GF1: *“Por ejemplo, en la gestión de la pandemia se ha reconocido el papel de los compañeros a nivel hospitalario, y después de las reivindicaciones, también a nivel de primaria. Pero creo que, a nivel de salud pública, hemos perdido la oportunidad, no se ha visibilizado el papel que se ha hecho”.*
- GF1: *“...todos tenemos la duda de si esa visibilidad que hemos tenido, ¿no?, eh, se va a traducir o no en una mejora de las infraestructuras y de las respuestas como sociedad para este y para los problemas que ya nos venían, venimos teniendo desde antes...”.*

- GF5: “... yo no creo que la gente, si le preguntas por salud pública, aunque hayan pasado esta pandemia, pudiesen decir qué es la salud pública y qué hace por ellos un salubrista o un epidemiólogo, fuera de lo que viene siendo tema de medidas de confinamiento”.
- E19: “...no va a repercutir como como debería de haber repercutido en la valoración de la salud pública local como tal, desde la propia estructura municipal me refiero eh pero también desde (más) arriba...”.

FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Este es un tema de máxima preocupación, y donde las diferencias entre las personas participantes son menores. Por un lado, los participantes exigen que haya una formación mínima:

- E1: “la salud pública no se aprende solo con la experiencia, sino que requiere un conocimiento teórico que no se aprende solo con la experiencia”.
- E2: “...debería haber es una formación común en determinadas áreas, ¿vale? creo que todo el mundo, aunque trabaje un área muy específica, tendrían que tener (...) unas herramientas, unos conocimientos y una experiencia, unas herramientas claves y bueno... en las áreas principales de la salud pública y de la epidemiología, creo que debería haber una parte común a todos”.
- E4: “creo que tiene que haber unas competencias y unos conocimientos centrales, comunes a todos o lo suficientemente comunes a todos”.
- E7: “tiene que haber unos mínimos básicos y comunes que nos permitan entendernos, que nos permitan conocernos entre los distintos profesionales de la salud pública”.

Aunque, dada la multidisciplinariedad de la salud pública, no debe ser exclusiva de graduados en ciencias de la salud, aunque con la formación común básica:

E19: “profesional, es aquella persona que debería de tener unos conocimientos como mínimo, básicos o fundamentales, en relación con la salud de la población por tanto eso es un concepto muy diverso, pero yo creo que con una visión bastante amplia, bastante integral u holística con lo que es la salud o los determinantes de la salud. Con esto quiero decir que no necesariamente tiene que ser un profesional con un grado o con una licenciatura de la rama de ciencias de la salud exclusivamente, pero sí que debe de haber unos conocimientos de partida, de base”.

Igualmente, hay una cierta coincidencia en afirmar que este nivel común sea el de un máster en salud pública:

- E2: “creo que es clave que cualquier persona que vaya a trabajar en salud pública, en cualquier nivel, tenga un máster de salud pública”.
- E13: “...yo le recomendaría hacer un máster de salud pública esto lo primero esta sería mi recomendación”.

O el diploma de salud pública:

- E1: *"...desde luego los que no han hecho el máster de salud pública, que hagan el diplomado de salud en salud pública o el máster yo creo que esto es fundamental"*.

Dejando al margen de esa formación común el doctorado, aunque es recomendable por algunos participantes:

- GF5: *"...no todo el mundo necesita ser doctor en Salud Pública para ejercer en Salud Pública, pero que, eh, con unos mínimos de formación, sí que se puede dar unos resultados interesantes"*.
- E3: *"a mí hacer la tesis me parece que es algo fundamental, sea para lo que sea, aunque luego no te vayas a dedicar a la investigación, no, ¿Si yo no voy a llegar a investigar para que voy a hacer la tesis?, pues porque te va a dar un bagaje"*.

Y hay críticas a los contenidos de algunos programas de maestría, recomendando que se coordinen los programas ya existentes:

- E15: *"... el máster nuestro es muy epidemiológico (...) pero para los profesionales que se dedican a la salud pública de trinchera es insuficiente, nos faltan elementos de protección de la salud, faltan elementos de ética en salud pública porque es un dato de comunicación, faltan elementos de más relacionados con las ciencias sociales, el entender más el entramado el entramado social"*.
- E6: *"...yo siempre he pensado que tendríamos que hacer un invento, una red entre las diferentes organizaciones que ofrecen formación de postgrado en salud pública"*.

En este debate se compara, inevitablemente, con la opción consolidada de la que disponen las personas con un grado en medicina con una residencia remunerada de cuatro años, durante la cual hacen en su primer año el máster de salud pública:

- GF4: *"...uno de los problemas, quizá, de la falta de multidisciplinariedad es que, bueno, pues la formación especializada solo está abierta a los médicos"*.
- GF6: *"...yo creo que, efectivamente, hay que ir hacia una especialidad, hacia una especialidad en Salud Pública. Yo creo que no podemos seguir con la única existencia de la Medicina Preventiva y Salud Pública. Eso ha servido para lo que ha servido, pero yo creo que estamos en un punto en el que hay que dar un paso más allá y hay que ir, caminar hacia la especialización de la Salud Pública, de los profesionales que se dediquen a la Salud Pública. La Salud Pública es una prestación más del sistema sanitario y como tal, debe ser ejercida y prestada por profesionales especializados. Y, lógicamente, no podemos limitar, estar limitados a una única especialidad a la cual solo puede acceder una profesión, que es la de licenciados en Medicina y Cirugía"*.
- E15: *"...podría ser una especialización como hacen los residentes. Podría ser algo así exactamente"*.

En estas opiniones se recurre a la Ley General de Salud Pública, para dar apoyo legal a su argumentación:

- GF6: *"...la propia Ley de Salud Pública ya en su disposición adicional primera dice al Gobierno tiene que abrir esa especialización en Salud Pública a otras profesiones y todavía llevamos muchos años sin que se haga, pero sí que es cierto que es necesario"*.

Aunque esta Ley no va más allá de las profesiones con grados en ciencias de la salud. De hecho, otras opiniones se limitan a grados de ciencias de la salud, lo que denominan profesiones sanitarias en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias:

- GF4: *"uno de los problemas, quizá, de la falta de multidisciplinariedad es que, bueno, pues la formación especializada solo está abierta a los médicos. O sea, no hay una formación especializada de Salud Pública, abierta, pues a todas las otras áreas que, pues como los que estamos aquí, ¿no?, sanitarias"*.
- GF6: *"... mínimo que todas las profesiones sanitarias tengan su especialidad en Salud Pública"*.

Pero otros participantes manifiestan una opinión contraria:

- E19: *"...no hace falta que el perfil académico que los estudios correspondan con la rama de Ciencias de la salud, y ahí es donde para mí es un problema, no hemos conseguido que se requiera como requisito para acceder a esas plazas que creen que la formación especializada en salud pública está abierta solo a médicos (quizás sería interesante plantear una encuesta para ver si esta creencia es común)"*.
- GF3: *"...yo creo que la multidisciplinariedad tiene que estar bien entendida y que la especialidad del MIR para médicos tiene que existir, pero el entender la multidisciplinariedad significa que las otras profesiones también tienen que tener su especialidad de Salud Pública, que tendrá competencias similares, no necesariamente iguales, pero necesitamos compañeros veterinarios, biólogos, farmacéuticos, químicos, periodistas, trabajadores sociales... Y yo lo que quiero es que esos compañeros también estén bien formados. Entonces, yo estoy a favor de que existan especialidades de Salud Pública para todos, que tendrán ciertas partes del currículum que serán similares y ciertas partes que serán diferentes"*.

Una alternativa para cubrir la formación en salud pública es para algunos participantes la oferta de un grado en salud pública:

- E5: *"Creo que lo que lo que estamos trabajando en la Universidad, hemos perdido la oportunidad de construir un grado en salud pública que hubiera estado muy bien. ... Yo creo que la mayor ventaja es una independencia completa, orgánica de la medicina, ¿no?"*.
- E17: *"Sí, (...) pero a lo mejor no haría que fuera (...) desde el primer curso hasta el cuarto, todo salud pública. Que fuese una opción que pudieses entrar a partir del segundo año desde otras forma-*

ciones, desde otras disciplinas de la salud, por ejemplo, o personas que han terminado su grado, que con un año o dos más puedan tener también el grado en salud Pública. En la Universidad de Toronto, por ejemplo, Enfermería y Salud Pública forman parte de la misma facultad y eran los dos primeros años conjuntos, y luego ya cada uno se especializaba”.

Pero para otros, sin negar los pros, ven más contras:

- E6: “Yo no soy partidario. Yo creo que sería una titulación de tercera y que no, no es apropiado, yo creo que a la salud pública se le aportan trayectorias profesionales, hay cosas en salud pública que solo las pueden hacer enfermeros o médicos o veterinarios, y esto siempre será así.”
- E8: “Yo creo que es mejor un posgrado, lo que pasa es que yo creo que debería ser un posgrado multidisciplinar.”
- E13: “yo creo que la mejor opción es buscar una vía de postgrado pero que esté abierta a todo el mundo que quiera.”
- GF1: “Podría crearse una carrera de salud pública, pero yo creo que la riqueza multidisciplinar se perdería.”
- GF4: “Un grado en salud pública, nos limitamos también a esto que estamos diciendo de buscar la multidisciplinariedad. Si todos hacen lo mismo, no tenemos diferentes perfiles.”

No como alternativa, pero si como complemento, algunos participantes opinan a favor de incluir formación en salud pública ya en los grados:

- E9: “y que la formación en salud pública debe empezar desde la formación de grado, no sólo en medicina, sino otras profesiones sanitarias.”
- GF4: “sería esencial introducir una asignatura en los grados relacionados y luego una formación de posgrado, sea vía títulos propios, sea vía títulos oficiales, incluso un doctorado, para una especialización mucho más profesional, e incluso para aquel que quiere más, pues un doctorado. Yo creo que eso es perfectamente compatible y garantizaría la multidisciplinariedad que se busca.”

Más allá de la formación de postgrado o grado, los participantes coinciden sobre la necesidad de la formación continua en salud pública:

- E11: “es un ámbito en el que nos estamos formando continuamente, porque no para de haber novedades a las que hay que enfrentarse.”
- E12: “va a aprender muchas cosas cada día, (...) en salud pública se está en continuo, bueno todas las profesiones supongo, pero aquí es en continuo aprendizaje.”
- E18: “Creo que es un elemento inevitable. Se puede haber visto alterado ahora durante la pandemia. Por eso, a lo mejor, tengo todavía el sesgo. He tenido que estudiar mucho más de lo que, de lo que estudio tradicionalmente, ...”

- E18: “en un ámbito tan complejo como puede ser la salud pública, necesitas constantemente formación y, bueno, ahora mismo hay tendencias que no sigo del todo, que veo que puedo observar de lejos, pero hay tendencias en las que creo que podría profundizar, eh, no sé. De cara a los próximos años, la visión de la salud planetaria o de ‘One Health’.”

Por último, algunas opiniones hacen una llamada a la necesaria flexibilidad curricular si queremos potenciar la multidisciplinariedad:

- GF3: “Yo creo que, en nuestro país, tenemos demasiado encorse-tado, desde el origen, lo que uno puede hacer y que no pasa nada porque eso sea más abierto y las personas alcancen las capacidades en función del desarrollo a lo largo de la vida. En países como los Estados Unidos, uno puede haber estudiado lenguas muertas y luego, ser otra cosa porque no existe ese, esa estructura tan, tan rígida, ¿no?”
- GF4: “Una cosa es la especialización con cursos de posgrado, incluso titulaciones oficiales, pero otra cosa es una regulación excesiva que impediría que nos acercáramos a este ámbito desde distintas profesiones o desde distintas áreas, ¿no? Yo creo que eso sería peligroso.”

EMPLEABILIDAD

Relacionado con la formación, y lo que se entiende por salud pública y por lo que debe hacer un profesional de salud pública, encontramos opiniones que señalan la contradicción entre la formación y el empleo en tareas de salud pública:

- E1: “Bueno yo lo pido siempre ...(una maestría en salud pública para poder trabajar en la administración donde trabajo)..., pero me dicen que no puede ser, y además los grandes defensores de no valorar esto, son los sindicatos. Lo describo, yo soy una mujer sindicada, simplemente los lo describo es así.”
- GF4: “...muchos de los puestos de trabajo se perfilan solo para un determinado ..., a veces, solamente medicina, o carreras que se consideran, ¿no?, tradicionalmente, médicas y poco más (...) falta la interdisciplinariedad en la base, cómo se perfilan los equipos de trabajo...”
- E19: “... para acceder a una plaza aquí en el caso de (...) sabemos que es técnico de salud pública, no hace falta que el perfil académico, que los estudios correspondan con la rama de ciencias de la salud, y ahí es donde para mí es un problema.”
- E4: “En términos generales yo creo que las formaciones de Salud Pública, no se valora demasiado, la Salud Pública no se valora.”

Pero posiblemente es el tema de reconocimiento, tanto salarial como emocional, donde las opiniones son más coincidentes:

- E3: “no está bien considerado, si estuviera bien considerado, pues se pagaría mejor.”

- E4: *“es significativamente menor que el salario que se cobra en el servicio asistencial.”*
- E8: *“... necesitamos gente que sepa y para poder atraer gente que sepa le tienes que dar un sueldo digno comparable a lo demás.”*
- E11: *“... a la gente le ofrecen otras cosas y se está yendo por qué porque el sueldo se ha quedado un poquito abajo.”*
- E18: *“... no lo veo adecuado, principalmente, porque no están reconocidos determinados méritos y no hay distinción entre las tareas.”*

Sin embargo, algunas opiniones valoran otras compensaciones que hacen atractivo trabajar en salud pública:

- E1: *“... sigo apasionada por la salud pública, le diría que es apasionante, que puede disfrutar aprender constantemente, conocer gente, conocer, no parar de estudiar, que esto es apasionante.”*
- E9: *“es una profesión de las más bonita la que se podría enfrentar un economista.”*
- E11: *“creo que es un ámbito de trabajo muy interesante y con muchas oportunidades.”*
- E12: *“yo creo que los trabajadores de salud pública tenemos mucha parte que somos vocacionales ¿no? entonces pues la satisfacción de trabajar en lo que estamos trabajando es una especie de remuneración.”*
- E16: *“lo que hago es muy interesante, y muy importante, y eso además me resulta motivador para trabajar todos los días.”*
- GF1: *“Nosotros, en (...), estamos en un trabajo súper chulo”.*

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

El último tema identificado por los participantes tiene que ver con los recursos de salud pública, tanto materiales como políticos. Es a lo que llamamos institucionalización, y que representa la condición objetiva y necesaria para que existan profesionales y una profesión de salud pública. Lógicamente, con conocimientos, habilidades y actitudes proporcionadas por programas de formación adecuados. Unas instituciones donde sea posible imaginar una carrera profesional satisfactoria.

- E4: *Yo creo que es fundamental que la Salud Pública salga del Gobierno, en este caso en Cataluña hay una agencia de Salud Pública que están empezando, ¿no? o reempezando, y que no conozco muy bien lo que ha pasado dentro, para que para que tuviera altibajos. Aquí de lo que puedo hablar del Gobierno Vasco y de algunas otras autonomías, incluso a nivel central se va a crear, y creo que SESPAS está ayudando a trabajar ¿no? en un Centro Nacional de Salud Pública. Me parece de entrada en papel importante que se cree, a nivel del País Vasco, yo creo que es esencial, o sea, necesario que salga las funciones de Salud Pública del Gobierno y se alojen en una entidad propia que tenga que*

funcionar con un derecho privado como funcione, es decir, que sea profesional.”

- *E13: “... tienes que tener autonomía para trabajar, para decidir definir quién y cuáles son los perfiles profesionales y cuáles son los criterios técnicos con los que se va a trabajar y luego responder en base a resultados, lógicamente.”*
- *GF6: Yo creo que lo que tenemos que defender es una carrera profesional (...) hacer que desarrollemos perfiles profesionales en función de dónde partes y hacia dónde te dirijas, ¿no? Y que esa profesionalización, esa competencia que tú vas adquiriendo sea lo que marque realmente la utilidad o la adecuación de esos perfiles que se van creando y que se pueden crear aquí en España, que puedes trabajar, ahora estamos en Europa...”*

Una de las razones de la falta de institucionalización de la salud pública tiene que ver, según señalan algunos participantes, con la comunicación, desde la salud pública hacia los ciudadanos, pero también a los políticos:

- *E1: “yo creo que un déficit que en general tenemos es la comunicación, tanto la comunicación en internet, la comunicación escrita la comunicación oral, creo que esto tendríamos que trabajarlo más.”*
- *E3: comunicación, que me parece que es el gran hándicap que tenemos en la salud pública, o sea, sabemos muy poco, por no decir nada de comunicación.”*
- *E8: “en salud pública no sabemos comunicar.”*
- *E13: la comunicación (...) tiene varios niveles: la comunicación científica, la educación técnica y la comunicación para la población divulgación y la comunicación para los políticos.”*
- *GF1: “Yo, lo que pienso, es que la salud pública no se ve porque la salud pública no habla. Es decir, si todos los que estamos aquí habláramos de salud pública o expresáramos nuestras opiniones en los diferentes conceptos que están comentando todos, desde la parte más asistencial, la parte epidemiológica o la parte más inspectora o más analítica, verdaderamente se nos estaría oyendo.”*
- *GF2: “la población, yo creo que, muy pocas veces, ha tenido claro el papel de la Salud Pública. Luego, de cara a los políticos, ¿no?, se supone que, efectivamente, somos su apoyo, pero yo no creo que nos vean como un apoyo; nos ven como un grano en el culo, dicho así de mala manera, la mayoría de las veces. ¿Por qué? Porque lo que más influencia tiene sobre la salud de la población son las políticas. Entonces, que tú les marques una línea, pues no les gusta.”*
- *GF4: “Lo que a mí me interesa es cómo puedes comunicar a la gente que tiene la decisión y creo que es muy importante ahí la imagen de la profesión, y esto está muy relacionado con la representación asociativa.”*

La creación de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP) se intuye como clave en el proceso de consolidación de la salud pública en España.

- *GF2: otra cosa que sí veo institucionalizar, muy importante, es lo de la Agencia Estatal de Salud Pública.*
- *GF4: "O sea, ahora que está ese tema de la Agencia de Salud Pública, que todos hemos escuchado, no sé cómo lo van a montar, pero sería una oportunidad única para darle, por fin, relevancia al trabajo que estamos haciendo, ¿no?"*

Pero también, de acuerdo con algunas opiniones, la institucionalización de la formación a través de escuelas de Salud Pública refuerza este proceso de consolidación de la profesión de salud pública:

- *E19: "... alguien debería retomar la figura digamos de las escuelas de salud pública, porque solamente esa formación que pueda ofrecer una institución académica como es el caso del máster o del diplomado no, sino que alguien tiene que velar por la formación continuada de los profesionales actuales en salud pública."*

Un tema específico, destacado por algunos participantes, y que puede ayudar a la institucionalización de la que hemos hablado, es la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, las cuales puede ayudar a incrementar la efectividad y eficiencia de la vigilancia de la salud pública. Una función esencial de las instituciones de salud pública y una competencia básica de sus profesionales:

- *E1: "...el acceso a los datos tenemos que mejorar mucho, (...) necesitamos automatizar todos los sistemas de información, automatizar desde la recogida de la información a la depuración y el almacenaje de la información, esto es fundamental."*
- *E2: "una de las cosas que yo veo que me falla ¿no?, es como todas las herramientas de análisis de datos y de presentación de datos han cambiado muchísimo."*

Algunos advierten de la amenaza que puede suponer no integrar adecuadamente la digitalización y la capacidad de análisis en las estructuras de salud pública:

- *GF1: "¿qué es lo que pasaría si la labor analítica de salud pública propia, por ejemplo, de la epidemiología es absorbida por, eh, los analistas de datos procedentes de otras titulaciones sin background sanitario? Es una amenaza, no es una amenaza; es una realidad ya, en algunos países es la estrategia que han usado con la COVID-19. ¿Para qué necesito epidemiólogos, si los analistas de datos me funcionan mejor?"*

Un reto que se señala solo en uno de los grupos focales tiene que ver con la relación de la salud pública con la empresa privada, que lo destacamos pues puede ser estratégico en el proceso de institucionalización de la salud pública:

GF6: “la Salud Pública la van a hacer las grandes empresas nos guste o no, queramos o no, ya la están haciendo, a su manera. Están invirtiendo miles de millones de euros, (...) Están haciendo cribajes, están haciendo promociones, están haciendo prevención. Efectivamente, puede haber empresas que estén ofertando (...) servicios asistenciales, y pueden acabar prestando servicios que encajen mejor en la prestación de Salud Pública. En el mundo de la protección de la salud, estamos muy acostumbrados a evaluar los riesgos y establecer normas de gestión que pasan por decirle a esas empresas qué criterios, qué estándares tienen que cumplir, cómo tienen que ofertar esos servicios y controlarlas y evaluarlas, precisamente, para garantizar determinados criterios de accesibilidad de la población, en cómo tienen que prestar esos servicios y garantizar, en la medida de lo posible, unos resultados, ¿no? Entonces, sí que hay mecanismos de intervención desde el ámbito de la salud pública para, de alguna forma, hacer algo con, con esa oferta que hacen esas empresas. Esa es la forma de incorporar a esas empresas.”

Por último, una opinión que valora positivamente la iniciativa del libro blanco:

- E17: “Pues yo creo que iniciativas como está, de crear un Libro Blanco, que se puede decir, oye existen profesionales de Salud Pública por tanto la profesión debe existir. Yo creo que es un paso adelante, ...”

Limitaciones y fortalezas

Conviene revisar las limitaciones y fortalezas de esta segunda parte que se basa en la información obtenida mediante ficheros de afiliaciones y entrevistas y grupos focales.

La primera limitación es que está basada en datos aportados por las sociedades y socios/as de las sociedades federadas en SESPAS, y aunque ellas agrupan posiblemente al colectivo más amplio de profesionales de salud pública del país, existen otras sociedades relacionadas con la salud pública que no forman parte de SESPAS. Ampliar la base de datos y opiniones a otras sociedades y otros profesionales que no están asociados debería ser un objetivo de próximos estudios.

Aunque probablemente constituye el colectivo más amplio de profesionales de salud pública, las sociedades federadas SESPAS no siempre disponen de los datos de sus socios/as, y cuando los tienen no siempre son comparables, especialmente lo referente a la formación de grado y el lugar de trabajo. Una limitación que ha dificultado el análisis de los registros de afiliados proporcionados por las sociedades SESPAS. **Establecer un conjunto mínimo básico de datos demográficos y laborales de los afiliados, y acordar clasificaciones comunes ayudaría a mejorar la comparabilidad de los datos de afiliación.**

Por otro lado, es posible que esta información, especialmente la referida al lugar de trabajo no esté actualizada, pues ese dato se suele recoger cuando se afilia la persona socia. Tampoco hemos podido disponer de datos como nivel de formación alcanzado después de grado, pues no estaba disponible para la mayoría de las sociedades.

En cuanto a las entrevistas y grupos focales, éstas fueron limitadas como máximo a una hora, lo que sobre todo en los GF con mayor número de participantes puede haber reducido la extensión de algunas opiniones, y con ello la inclusión de nuevos temas, tanto generales como específicos. Todo ello puede haber sesgado algunas opiniones recogidas en este informe.

Igualmente, en el guion de las E y GF no se incluyeron algunos temas, que ahora, a la vista de los resultados, hubiéramos podido incluir, como por ejemplo los relacionados con la empleabilidad y el acceso a puestos de trabajo en la administración y la correspondiente exigencia de una formación de postgrado básica en salud pública.

En todo caso, algunas de estas cuestiones fueron saliendo a lo largo de las entrevistas y debates, y las opiniones recogidas representan posiblemente la mejor información disponible sobre la profesión y las personas profesionales de salud pública en estos momentos. Repetir estudios de este tipo periódicamente podrían ayudar a identificar tendencias y completar los mapas temáticos analizados en este informe.

Entre las fortalezas más importantes del informe destaca la diversidad de personas que fueron entrevistadas y participaron en los grupos focales. En estos últimos, los participantes lo fueron a propuesta de las sociedades SESPAS, y una vez disponibles se mezclaron en los 6 grupos organizados. No obstante, hay que señalar que no todas las sociedades contribuyeron con el número de socios/as solicitado. Lo que posiblemente redujo la perspectiva singular de algunas sociedades SESPAS. Sin embargo, en las entrevistas sí que participaron las personas responsables de cada una de las Sociedades SESPAS.

La utilización de datos cuantitativos y cualitativos ha permitido mostrar una realidad, la profesión y profesionales de salud pública en España, poco conocida, dada su diversidad y complejidad, como ha quedado reflejado en los resultados. **Unos resultados, especialmente los cuantitativos, que se deberían recoger periódicamente en las memorias anuales de SESPAS.**

3 PARTE



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

1. ¿Cuáles son los conceptos básicos en una definición de salud pública?
2. ¿Cuáles son los contenidos básicos (y transversales) que deberían incluir los programas formativos en salud pública para formar profesionales que puedan trabajar en cualquiera de sus ámbitos de actuación?
3. ¿Qué define una institución de salud pública y qué criterios estructurales deben tenerse en cuenta en su definición?
4. ¿Cómo se garantiza una oferta laboral que sea capaz de atraer y retener a los profesionales de la salud pública?
5. ¿Cuál debe –y puede– ser el papel de SESPAS, y otras sociedades del ámbito, en el desarrollo de la salud pública?

IIIª PARTE, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para completar el Libro Blanco de la profesión de salud pública y sus profesionales en España, se organizó una sesión de seis horas de duración con la participación de la Junta de SESPAS y de cada una de sus sociedades. En total 29 participantes que, mediante la técnica de consenso *World Cafe*¹⁸, se distribuyeron en cinco grupos de manera que hubiera en cada uno de ellos personas de diferentes sociedades federadas, las cuales fueron contestando durante veinte minutos a cada una de las preguntas que se plantearon al inicio de la sesión, y se elaboraron a partir de los materiales de las fases anteriores del Libro Blanco. Las numerosas respuestas fueron recogidas por las personas que actuaban como relatoras, y sirvieron para elaborar un primer borrador de conclusiones y recomendaciones, que se presentó al plenario al final de la sesión presencial, y que posteriormente han sido consensuadas en sucesivas rondas, ya por correo electrónico.

Pregunta 1. ¿Cuáles son los conceptos básicos en una definición de salud pública?

CONCLUIMOS:

1. La salud pública se sustenta en el desarrollo de políticas y programas de promoción, prevención, protección y vigilancia, orientados al conjunto de la población con el objetivo general de optimizar la salud de las personas.
2. La salud pública debería basarse en los principios de equidad y sostenibilidad, fomentando la participación de la ciudadanía.
3. La salud pública debería desarrollar capacidades de liderazgo y defensa de la salud de las personas, desde una práctica multidisciplinar e intersectorial.
4. Las políticas de salud pública se deben basar en la mejor información disponible y en su caso asumir razonablemente la incertidumbre
5. Las prioridades en las políticas sanitarias y de salud deben tener en cuenta las necesidades de la población y los recursos disponibles.

RECOMENDAMOS:

Que las sociedades que conforman SESPAS tengan en cuenta estos conceptos básicos en la formulación de sus objetivos estratégicos.

¹⁸ MacFarlane A, et al. Participatory methods for research prioritization in primary care: an analysis of the World Cafe approach in Ireland and the USA. *Fam Pract* 2017;34(3):278-284.

CONCLUIMOS:

1. Es necesario definir los contenidos teóricos y prácticos para la formación común de todos los profesionales de la salud pública, que permita compartir un mismo marco conceptual y metodológico.
2. Actualmente, la formación en salud pública se ofrece fundamentalmente a través de la oferta MIR de medicina preventiva y salud pública y de EIR en Enfermería Familiar y Comunitaria, junto a programas de postgrado, sean másteres o diplomas, pero también mediante asignaturas de salud pública en los grados de enfermería, farmacia, medicina, veterinaria y otros de ciencias de la salud.
3. Existen propuestas para mejorar la formación básica común imprescindible en salud pública, desde la creación de un periodo equivalente al MIR para las personas que no han estudiado medicina hasta la adaptación de los planes de formación de los últimos años de grados universitarios desde los cuales se pueda acceder a esta residencia.
4. Los actuales programas formativos en salud pública incluyen una amplia variedad de contenidos como historia de la salud pública, ética, determinantes sociales, nociones básicas de antropología, métodos de investigación cualitativos y cuantitativos (epidemiología y estadística), demografía, vigilancia de la salud pública, prevención de enfermedades, protección y promoción de la salud, legislación y abogacía por la salud, economía de la salud, gestión y políticas de salud, educación para la salud, comunicación, diseño y evaluación de programas de salud, salud laboral, seguridad alimentaria, salud ambiental y salud global y planetaria.
5. Asimismo, algunos programas formativos en salud pública incluyen contenidos transversales relacionados con el género, la equidad, los objetivos de desarrollo sostenible, la intersectorialidad y las redes comunitarias, además de prácticas profesionales.

RECOMENDAMOS:

1. Que las personas con grados universitarios de cualquier ámbito del conocimiento puedan acceder a los programas formativos en salud pública
2. Que SESPAS contribuya de manera activa a la definición de los contenidos básicos que deben incluir los diferentes programas formativos en salud pública, de grado, postgrado y formación continua.

Pregunta 2. ¿Cuáles son los contenidos básicos (y transversales) que deberían incluir los programas formativos en salud pública para formar profesionales que puedan trabajar en cualquiera de sus ámbitos de actuación?

3. Que la formación en salud pública sea tenida en cuenta de manera explícita por los empleadores y que se incluyan en los baremos para acceder a las plazas de la administración pública relacionadas con la salud pública.
4. Que se oferten asignaturas específicas de salud pública en los grados universitarios que no dispongan de ellas, como arquitectura, derecho, economía o sociología, entre otros.

Pregunta 3. ¿Qué define una institución de salud pública y qué criterios estructurales deben tenerse en cuenta en su definición?

CONCLUIMOS:

1. La misión fundamental de las instituciones de salud pública es ocuparse de alguna (una o varias) de las funciones u operaciones esenciales de salud pública, definidas por los CDC de Estados Unidos, la PAHO y la Región Europea de la OMS.
2. El reconocimiento por parte de las autoridades competentes de las instituciones de salud pública es requisito primordial para considerarnos como tales, de manera que se acepte que reúne una determinada cualidad o condición y está legitimada para desarrollar las funciones pertinentes.
3. Las instituciones de salud pública que desarrollen solo algunas de las funciones podrán ser acreditadas siempre que actúen de forma coordinada y sinérgica con el resto.
4. Las instituciones de salud pública son de carácter interdisciplinar, por lo que deberían tener bien definidas las competencias de sus profesionales, tanto las transversales, comunes a todos, como las específicas de cada ámbito de actuación, así como los protocolos de actuación para desarrollar dichas competencias.
5. El nexo que une a los profesionales de salud pública es el marco conceptual, el método y el lenguaje común utilizados para abordar los problemas de salud de la población.
6. Cualquier institución de salud pública debería estar obligada a rendir cuentas a la población periódicamente y de forma transparente.

RECOMENDAMOS

1. Que los organismos que tengan la responsabilidad en la acreditación de las profesiones sanitarias promuevan la profesionalización de todas las personas dedicadas laboralmente a la salud pública, la que requiera la implanta-

ción de la especialidad en salud pública para las restantes disciplinas sanitarias y por el establecimiento de un programa de formación específico para las disciplinas no sanitarias.

2. Que la administración competente establezca los criterios y procedimientos de acreditación de los profesionales y de las instituciones de salud pública.
3. Que la administración sanitaria elabore un catálogo de instituciones acreditadas en salud pública, públicas o de otra titularidad estatales, autonómicas y locales.
4. Que las instituciones de salud pública contribuyan a definir las competencias transversales y específicas de los diferentes grupos de profesionales implicados.

CONCLUIMOS:

1. Existen importantes diferencias en las condiciones de empleo entre los profesionales del ámbito sanitario asistencial y los profesionales de salud pública.
2. Algunos de los factores que pueden hacer más atractiva la dedicación profesional a la salud pública son, además de la retribución, la convocatoria de plazas con regularidad, la estabilidad laboral y unas adecuadas condiciones de trabajo.
3. Entre los aspectos de motivación intrínseca destacan la vocación y el interés relacionados con objetivos de mejora de la salud de la población, así como el prestigio de la salud pública, atributos todos ellos que se deben de tener en cuenta para que resulte atractiva a nuevas generaciones y titulaciones.
4. Existe una falta de reconocimiento, de integración y continuidad de los grupos interdisciplinares en la carrera profesional de salud pública.
5. Algunas experiencias con grupos interdisciplinarios creados durante la pandemia, con objetivos y métodos de trabajo innovadores, han resultado muy positivas, por lo que convendría tenerlas en cuenta en el futuro.
6. La autonomía profesional en el contexto político en que se adoptan numerosas decisiones de salud pública es otro de los requisitos para fomentar el prestigio de la profesión.

RECOMENDAMOS:

1. Que la retribución de los profesionales de salud pública sea adecuada a las exigencias del puesto de trabajo,

Pregunta 4. ¿Cómo se garantiza una oferta laboral que sea capaz de atraer y retener a los profesionales de la salud pública?

reduciéndose la variabilidad en las condiciones de empleo de los profesionales sanitarios en su conjunto.

2. Que se establezcan nuevos mecanismos de ingreso en las administraciones públicas (locales, autonómicas o estatales), tanto en relación con los procedimientos de acceso como con los baremos aplicables.
3. Que la oferta laboral sea regular, y dignas las condiciones de empleo, no sólo económicamente sino también en cuanto a la conciliación y la carrera profesional.
4. Que se incremente la estabilidad laboral de los profesionales de salud pública.
5. Que se facilite la formación continuada de carácter multidisciplinar a través de fórmulas pedagógicas innovadoras.
6. Que se elabore un código ético específico en relación con el trabajo de los profesionales de salud pública, el cual debería ser aplicado en el menor plazo posible por las sociedades que conforman SESPAS.

**Pregunta 5. ¿Cuál debe
–y puede– ser el papel
de SESPAS, y otras
sociedades del ámbito,
en el desarrollo de la
salud pública?**

CONCLUIMOS:

1. SESPAS, como sociedad de sociedades que incluyen personas afiliadas de algunas de las profesiones dedicadas a la salud pública, desarrolla actividades que contribuyen a la protección y el mantenimiento (prevención de las enfermedades) y a la mejora (promoción) de la salud de la población.
2. La misión de SESPAS en su conjunto hace necesario y pertinente que se impulse y apoye el desarrollo de instituciones de salud pública en los diferentes ámbitos de las administraciones del Estado.
3. SESPAS, y las sociedades que la conforman, necesita desarrollar un planteamiento estratégico que dé sentido a sus iniciativas y actividades, y de una perspectiva operativa que haga posible satisfacer los objetivos generales.

RECOMENDAMOS:

1. Que se refuerce el ámbito multidisciplinar de SESPAS, y de las sociedades que la conforman, más allá del ámbito sanitario, acentuando la dimensión social y ciudadana de la salud pública en su acepción como salud de la comunidad.
2. Que las sociedades que conforman SESPAS mejoren su capacidad de aglutinar las diversas perspectivas de la

salud y de sus determinantes, estableciendo alianzas con otras sociedades profesionales que aporten valor a las políticas de salud.

3. Que SESPAS, y las sociedades que la conforman, defina de manera explícita sus propósitos, y objetivos estratégicos, así como renovar la participación de las personas socias mediante un compromiso proactivo.
4. Que se fomente la visibilidad y la influencia social de SESPAS, y las sociedades que la conforman, en defensa de la salud pública, independiente de las autoridades y corporaciones profesionales y políticas, abordando temas de interés social, y aprovechando así las oportunidades para convertirse en una referencia ciudadana y política (no partidista).
5. Que SESPAS, y las sociedades que la conforman, como sociedad que reúnen a personas expertas contribuya a orientar las políticas de salud y sanitarias, e influya en las agendas políticas en todo lo relacionado con la salud.
6. Que SESPAS, y las sociedades que la conforman, priorice la defensa de la salud pública desde el respeto a la autonomía y al empoderamiento ciudadano, colaborando con las iniciativas salubristas y participativas de las administraciones públicas, asociaciones ciudadanas y las organizaciones no gubernamentales.
7. Que SESPAS, y las sociedades que la conforman, mejore la gestión de la comunicación, teniendo un papel proactivo, fomentando la colaboración con los medios desde la autonomía profesional.
8. Que el funcionamiento interno de SESPAS, y las sociedades que la conforman, promueva una “personalidad compartida”, por ejemplo, al utilizar una secretaría común, impulsar grupos de trabajo comunes de temas transversales, o emplear los mismos recursos de comunicación.
9. Que SESPAS, y las sociedades que la conforman, fomente el profesionalismo estableciendo unos requisitos éticos y deontológicos básicos.

ANEXOS



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

**Guión temático utilizado
en las entrevistas y grupos
focales**

**Listado de las personas
participantes en las entrevistas
y los grupos focales por orden
alfabético**

**Participantes en la sesión
de consenso (World Café)**

**Distribución de las personas
afiliadas a las sociedades
SESPAS participantes en el Libro
Blanco de la profesión
de la salud pública en España,
2022**

Guión temático utilizado en las entrevistas y grupos focales

BLOQUES TEMÁTICOS PAR EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

(desarrollado por Lucía Páramo)

DEFINICIÓN

¿Qué es la salud pública?
¿Salubrista?
¿Trayectoria laboral individual?

PERFIL PROFESIONAL Y COMPETENCIAS

¿Formación?
¿Básica? ¿Adquirida?
¿Última actualización formativa realizada?
¿Colaboración multidisciplinar?

RETRIBUCIÓN

¿Adecuación salarial?
¿Está conforme?

FUNCIONES Y TAREAS

¿Qué trabajo desarrolla habitualmente?
¿Diseña, planifica, ejecuta, supervisa, coordina?

INSTITUCIONALIZACIÓN

¿Es necesaria la institucionalización de la profesión?
¿Cómo habría que regularla?

IMAGEN SOCIAL

¿Valoración de sus superiores hacia su trabajo?
¿Imagen de la sociedad?

Listado de las personas participantes en las entrevistas y grupos focales por orden alfabético

ENTREVISTAS:

José Luis Alonso Bilbao	Carlos Alvarez-Dardet
Lucía Artazcoz	Catalina Chamorro
Joan Guix	Jaime Jimenez Pernet
David Larios Risco	Itziar Larizgoitia
Rosa Magallón Botaya	Isabel Marín Rodríguez
Soledad Márquez	Elena Vanessa Martínez
José Ramón Martínez Riera	Mar Pastor Bravo
Carmen Pérez Romero	Miguel Ángel Royo Bordonada
Rosa Urbanos	Joan Ramón Villalbí
Óscar Zurriaga	

GRUPOS FOCALES:

Adrián Hugo Aginalde Llorente	Marta Aymerich i Martínez	Virginia Ballesteros Arjona
Maira Bes Rastrollo	Andrea Buron	Juan M Cabasés
Luciano Calatrava García	José Luis Carretero	Sandra Castañé
Carlos Cevallos	Mariano Chacón González	Sònia Chavero
Fátima Cortés	Pablo Estrella Porter	M ^a de Fátima Cortes Leotte
Leticia Fernández Vidal	Teresa Ferrer Gimeno	Roberto Gago Gutiérrez
Ana Gandarillas	Javier García León	Consuelo Garrastazu Díaz
Ana Gastón	Juan Gervás	Ángel Gómez Amorín
Jon Ander González	Elena María Gras García	Elvira Gras Nieto
Zaida Herrador Ortiz	Judit Jimenez	Brenda Bianni León Gómez
Lázaro López	Victoria Meléndez	Inés Mena
Stefan Meyer	Stella Moreno Grau	Laia Nebot
Enrique Oltra Rodríguez	José Joaquín O'Shanahan Juan	Luis Palomo
Lilisbeth Perestelo Pérez	Sabina Pérez Vicente	Oriol Ramis
Armando Jesús Rivero Alvarado	Belén Sánchez	Miguel Jose Sánchez Velasco
Ernest Sarrias Ramis	Joaquin Sarrión Esteve	Pilar Serrano
Victoria Uroz Martínez	Carles Valero García	Matilde Vera Rodríguez
Gemma Vila	Jesús Vioque López	

**Participantes
en la sesión
de consenso
(World Café)**

Miembros de la Junta de SESPAS y de sus Sociedades que participaron en la sesión de consenso de Conclusiones y recomendaciones del Libro Blanco de la profesión de salud pública, y sus profesionales. Ateneo de Madrid, 16 de diciembre de 2022.

Junta SESPAS: Rosa Urbanos-Garrido (presidenta), Marta G. Touya (vocal), Eduardo Satué (vicepresidente), Celia Muñoz-Fernández (tesorera), Manuel Franco (vocal), Gabriela Barbaglia (vocal), José María Ordoñez Iriarte (vocal).

Sociedades SESPAS: Marc Olivella (SSPCiB), David Larios (AJS), Francesc Jose Maria (AJS), Jaime Jiménez Pernet (SASPAS), Maite Cruz Piqueras (SASPAS), Carolina Sánchez Peña (SESA), Isabel Marín Rodríguez (SESA), Laia Maynou (AES), Sergio García-Vicente (AES), Óscar Zurriaga (SEE), Maria João Forjaz (SEE), María Begoña Sánchez Gómez (AEC), Pilar López Sánchez (AEC), María Urtasun (AMaSaP), Rosa Magallón (REAP), Teresa Eyralar (REAP), Tayeb Bennouna Dalero (ARES).

Relatores: Miguel Ángel Royo Bordonada, Andreu Segura Benedicto, Fernando G. Benavides, Luis Rajmil, Mireia Llimós.

Anexo. Distribución de las personas afiliadas a las sociedades SESPAS participantes en el Libro blanco de la profesión de salud pública en España, 2022

SOCIEDADES	ASOCIACIÓN ENFERMERÍA COMUNITARIA		ASOCIACIÓN ECONOMÍA SALUD		ASOCIACIÓN JURISTAS SALUD		ASOCIACIÓN MADRILEÑA SALUD PÚBLICA		SOCIEDAD ESPAÑOLA EPIDEMIOLOGÍA		SOCIEDAD ESPAÑOLA SANIDAD AMBIENTAL		SOCIETAT SALUT PÚBLICA CATALUNYA I BALEARNS		SOCIEDAD ESPAÑOLA SALUD PÚBLICA ADMINISTRACIÓN SANITARIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO																
Hombres	132	28.4	405	57.8	103	57.9	54	39.7	485	37.0	143	36.0	144	51.2	1466	42.3
Mujeres	332	71.6	296	42.2	74	41.6	82	60.3	825	63.0	254	64.0	132	47.0	1995	57.5
No consta	0	0	0	0	1	0,6	0	0	0	0	0		5	1,8	6	0,2
EDAD																
<30 años	56	12.1	22	3.1	0	0.0	4	2.9	114	8.7	0	0.0	5	1.8	201	5.8
30-39 años	76	16.4	95	13.6	0	0.0	9	6.6	299	22.8	0	0.0	9	3.2	488	14.1
40-49 años	76	16.4	174	24.8	0	0.0	34	25.0	306	23.4	0	0.0	15	5.3	605	17.5
50-59 años	74	15.9	153	21.8	0	0.0	30	22.1	174	13.3	0	0.0	45	16.0	476	13.7
>60 años	27	5.8	125	17.8	0	0.0	58	42.6	377	28.8	0	0.0	181	64.4	768	22.2
No consta	155	33.4	132	18.8	178	100,0	1	0,7	40	3,1	397	100,0	26	9,3	929	26,8
COMUNIDADES AUTÓNOMAS																
Andalucía	24	5.2	81	11.6	21	11.8	0	0.0	120	9.2	53	13.4	0	0.0	299	8.6
Aragón	10	2.2	19	2.7	6	3.4	0	0.0	51	3.9	24	6.0	0	0.0	110	3.2

SOCIEDADES	ASOCIACIÓN ENFERMERÍA COMUNITARIA		ASOCIACIÓN ECONOMÍA SALUD		ASOCIACIÓN JURISTAS SALUD		ASOCIACIÓN MADRILEÑA SALUD PÚBLICA		SOCIEDAD ESPAÑOLA EPIDEMIOLOGÍA		SOCIEDAD ESPAÑOLA SANIDAD AMBIENTAL		SOCIETAT SALUT PÚBLICA CATALUNYA I BALEARIS		SOCIEDAD ESPAÑOLA SALUD PÚBLICA ADMINISTRACIÓN SANITARIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Asturias	18	3.9	15	2.1	10	5.6	0	0.0	27	2.1	5	1.3	0	0.0	75	2.2
Islas Baleares	9	1.9	11	1.6	3	1.7	0	0.0	21	1.6	7	1.8	10	3.6	61	1.8
Canarias	79	17.0	51	7.3	3	1.7	0	0.0	17	1.3	29	7.3	0	0.0	179	5.2
Cantabria	5	1.1	12	1.7	5	2.8	0	0.0	4	0.3	4	1.0	0	0.0	30	0.9
Castilla La Mancha	7	1.5	18	2.6	20	11.2	0	0.0	12	0.9	26	6.5	0	0.0	83	2.4
Castilla y León	47	10.1	15	2.1	6	3.4	0	0.0	45	3.5	12	3.0	0	0.0	125	3.6
Catalunya	19	4.1	183	26.1	36	20.2	0	0.0	301	23.1	28	7.1	268	95.4	835	24.1
Madrid	12	2.6	113	16.1	28	15.7	136	100	257	19.7	89	22.4	0	0.0	635	18.3
Comunitat Valenciana	101	21.8	37	5.3	10	5.6	0	0.0	184	14.1	43	10.8	0	0.0	375	10.8
Euskadi	8	1.7	27	3.9	11	6.2	0	0.0	62	4.8	16	4.0	0	0.0	124	3.6
Extremadura	17	3.7	5	0.7	1	0.6	0	0.0	6	0.5	3	0.8	0	0.0	32	0.9
Galicia	3	0.6	24	3.4	9	5.1	0	0.0	72	5.5	21	5.3	0	0.0	129	3.7
La Rioja	38	8.2	6	0.9	1	0.6	0	0.0	5	0.4	1	0.3	0	0.0	51	1.5
Región de Murcia	13	2.8	13	1.9	2	1.1	0	0.0	32	2.5	23	5.8	0	0.0	83	2.4

SOCIEDADES	ASOCIACIÓN ENFERMERÍA COMUNITARIA		ASOCIACIÓN ECONOMÍA SALUD		ASOCIACIÓN JURISTAS SALUD		ASOCIACIÓN MADRILEÑA SALUD PÚBLICA		SOCIEDAD ESPAÑOLA EPIDEMIOLOGÍA		SOCIEDAD ESPAÑOLA SANIDAD AMBIENTAL		SOCIETAT SALUT PÚBLICA CATALUNYA I BALEARNS		SOCIEDAD ESPAÑOLA SALUD PÚBLICA ADMINISTRACIÓN SANITARIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Navarra	40	8,6	10	1,4	4	2,2	0	0,0	38	2,9	3	0,8	0	0,0	95	2,7
Ceuta y Melilla	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,3	7	1,8	0	0,0	11	0,3
Extranjero	6	1,3	40	5,7	1	0,6	0	0,0	46	3,5	3	0,8	0	0,0	96	2,8
Non consta	8	1,7	21	3,0	1	0,6	0	0	6	0,5	0	0	3	1,1	39	1,1
LUGAR DE TRABAJO																
Administración pública	4	0,9	128	18,3	28	15,7	44	32,4	378	28,9	234	58,9	6	2,1	822	23,7
Hospitales y centros de salud	28	6,0	70	10,0	15	8,4	45	33,1	258	19,7	40	10,1	16	5,7	472	13,6
Universidades – Centros de investigación	4	0,9	260	37,1	21	11,8	23	16,9	590	25,0	50	12,6	5	1,8	953	27,5
ONG, Empresa privada y otros	1	0,2	243	34,7	30	16,9	6	4,4	61	4,7	52	13,1	5	1,8	398	11,5
No consta	427	92,0	0	0,0	84	47,2	18	13,2	23	1,8	21	5,3	249	88,6	822	23,7
GRADO UNIVERSITARIO																
Medicina	0	0,0	169	24,1	0	0,0	98	72,1	764	58,6	35	8,8	177	63,0	1243	35,9
Enfermería	464	100,0	17	2,4	0	0,0	7	5,1	105	8,1	5	1,3	5	1,8	603	17,4

SOCIEDADES	ASOCIACIÓN ENFERMERÍA COMUNITARIA		ASOCIACIÓN ECONOMÍA SALUD		ASOCIACIÓN JURISTAS SALUD		ASOCIACIÓN MADRILEÑA SALUD PÚBLICA		SOCIEDAD ESPAÑOLA EPIDEMIOLOGÍA		SOCIEDAD ESPAÑOLA SANIDAD AMBIENTAL		SOCIETAT SALUT PÚBLICA CATALUNYA I BALEARNS		SOCIEDAD ESPAÑOLA SALUD PÚBLICA ADMINISTRACIÓN SANITARIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacia - Veterinaria	0	0.0	40	5.7	0	0.0	7	5.1	81	6.2	223	56.2	8	2.8	359	10.4
Economía	0	0.0	219	31.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	219	6.3
Derecho	0	0.0	0	0.0	178	100.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	0	0.0	180	5.2
Otros grados ciencias de la vida	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	63	4.8	84	21.2	11	3.9	159	4.6
Otros grados ciencias sociales	0	0.0	63	9.0	0	0.0	15	11.0	64	4.9	0	0.0	6	2.1	148	4.3
Otros grados	0	0.0	193	27.5	0	0.0	7	5.1	149	11.4	22	5.5	7	2.5	378	10.9
No consta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	84	6.4	26	6.5	67	23.8	172	5.0
Total	464	100	701	100	178	100	136	100	1310	100	397	100	281	100	3467	100



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA





**CÁTEDRA ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**



**Diputació
Barcelona**

ciber | ESP

CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA EN RED
Epidemiología y Salud Pública