

LA REESTRUCTURACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS DEDICADOS A LA SALUD AMBIENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID (1989-1999)

THE RESTRUCTURING OF THE HEALTH RESOURCES DEVOTED TO THE ENVIRONMENTAL HEALTH IN THE COMMUNITY OF MADRID

J.M. Ordóñez Iriarte¹; I. Abad Sanz¹; P. Martínez-Pardo Valle¹; J. Martínez Corral¹; M. Villoria Mendieta²

¹ Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

² Instituto Universitario Ortega y Gasset

RESUMEN

La Salud Ambiental, en su acepción más amplia, que engloba lo que administrativamente se entiende por Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria, tradicionalmente estuvo desempeñada por los Titulares Farmacéuticos, Médicos y Veterinarios que ejercían sus funciones en el ámbito de las demarcaciones de Partidos. Sobre estas estructuras, creadas en el año 1953 han ido incidiendo a lo largo de los años distintos eventos de tipo técnico y político que han hecho necesaria su reestructuración para ser capaces de dar respuesta al conjunto de problemas que preocupan a la Salud Pública.

En este trabajo se pretende describir el modelo de reestructuración de los Servicios Farmacéuticos y Veterinarios realizado en la Comunidad de Madrid, analizar este modelo de reestructuración y proponer un modelo de estos Servicios que pueda servir de paradigma a las Comunidades Autónomas que todavía no han abordado el proceso.

La metodología usada es la del análisis de la situación antes y después de la reestructuración de los Servicios Veterinarios y Farmacéuticos realizada a través de sendos Decretos de la Comunidad de Madrid.

Las estructuras de Partidos han quedado obsoletas por lo que la reestructuración de los recursos es una necesidad. El abordaje de esta reestructuración debe hacerse lejos de cualquier tentación corporativista y contemplando la posibilidad de incorporar otros profesionales distintos a los tradicionales dada la complejidad creciente de los problemas de Salud Ambiental.

PALABRAS CLAVE: Reestructuración, Farmacéuticos, Veterinarios, Salud Ambiental

ABSTRACT

The Environmental Health, in its broadest sense, which includes what is administratively meant Environmental Health and Food Hygiene, was traditionally performed by the Titular Chemists, Doctors and Veterinary Surgeons who performed their duties within the limits of the Partidos (Areas or districts within the jurisdiction of a Court). Upon this structures, created in 1953, different technical and political events have been influencing for years, making their restructuring necessary in order to be able to answer the whole of the problems that worry the Public Health.

This work tries to describe the model of Chemist and Veterinary Services restructuring carried out within the Community of Madrid, to analyze this model, and to propose a model of restructuring of this Services that can be a paradigm for those Communities that have not undertaken the same process yet.

The methodology we have used is the analysis of the situation before and after the Chemist and Veterinary Services restructuring carried out by means of two different Orders of the Community of Madrid.

"Partido" structures have become obsolete, so the restructuring of resources is a necessity. The approach of this restructuring must be done far from any corporativist temptation and considering the possibility of incorporating other professionals different from the traditional ones in view of the increasing complexity of the problems of Environmental Health.

KEY WORDS: Restructuring, Chemists, Veterinary, Environmental Health

*Lloro por mi padre, aquel buen viejo
que siempre me amó;
por mi padre, aquel buen viejo
que ha muerto antes del alba.*

K. Kavafis

INTRODUCCIÓN

Se entiende por Salud Ambiental el área de la Salud Pública que identifica, caracteriza, vigila, controla y evalúa los efectos sobre la salud humana de los distintos factores de riesgo ambiental. La estructura administrativa encargada de realizar la tareas definidas se denomina Sanidad Ambiental. Lógicamente estos dos conceptos han sufrido profundas transformaciones con el paso del tiempo y por ende los recursos humanos encargados de gestionarlos.

La Sanidad Ambiental en nuestro país cobra una cierta relevancia como consecuencia del desarrollo de la Ley de Bases de Sanidad Nacional del año 1944(1) a través del Decreto de 27 de noviembre de 1953, por el que se aprueba el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales (2) (médicos, farmacéuticos y veterinarios fundamentalmente). Sobre estos agentes sanitarios descansaban las funciones de Salud Pública, entre las que se encontraban, las de Salud Ambiental e Higiene Alimentaria (de forma genérica Salud Ambiental).

Al Médico Titular se le asigna, la “fiscalía de la vivienda y de las condiciones sanitarias de los locales destinados a establecimientos públicos, mercantiles e industriales”.

Las funciones de los Farmacéuticos y Veterinarios Titulares tienen un contenido más concreto de Salud Ambiental y se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Funciones de Salud Pública de los Farmacéuticos y Veterinarios Titulares
(Decreto de 27 de noviembre de 1953)

FARMACÉUTICOS	VETERINARIOS
1. Análisis químico y microbiológico de los alimentos, bebidas, condimentos y utensilios relacionados con la alimentación	1. Dirigir el Matadero municipal
2. Inspección de fabricación y venta de utensilios de cocina, en lo que respecta a esmaltes, barnices, papel de estaño y toda clase de envases metálicos.	2. Realizar el servicio de inspección sanitaria de reses de cerda sacrificadas en domicilio para el consumo familiar.
3. Recogida y análisis de los gases y otras sustancias tóxicas de fábricas insalubres o peligrosas.	3. Inspeccionar las condiciones sanitarias de las carnicerías, salchicherías, etc., lonjas de pescado, almacenes de acondicionamiento de pesca, pescaderías, mercados y puestos callejeros y los productos alimenticios que en ellos se expendan
4. Prestación de los servicios necesarios en lo relativo a higiene bromatológica	4. Efectuar inspección sanitaria de la caza, volatería, huevos, frutas y hortalizas, expidiendo los certificados oportunos.
5. Inspección y análisis de los productos anticriptogámicos y los demás empleados contra las plagas del campo	5. Vigilar el suministro de leche, desde la producción hasta el consumo, realizando las oportunas inspecciones, desde las vaquerías hasta el despacho.
6. Inspección y vigilancia de los establecimientos e industrias.	6. Inspección sanitaria de aquellas industrias de productos alimenticios de origen animal que exporten sus productos.
7. Merecerá especial atención la vigilancia y análisis de la potabilidad de las aguas de consumo público y aguas residuales	7. Ejercer la vigilancia sanitaria de cuadras, establos, etc., mercados de ganado.
	8. Realizar la inspección sanitaria de las industrias de aprovechamiento de animales muertos y sus residuos y estercoleros.
	9. Informar a las Autoridades Sanitarias de la aparición y desarrollo de zoonosis.

Así pues, la Sanidad Ambiental estaba organizada, a nivel práctico, en torno a los Titulares Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios que ejercían sus funciones en el ámbito de sus demarcaciones de Partido (el antecedente de las actuales Zonas Básicas de Salud). El Jefe Local de Sanidad, generalmente el médico, ejercía de coordinador del resto de los Titulares. Los grandes municipios, principalmente las capitales de provincia, contaban con recursos propios para ejercer las funciones de Salud Pública. Los recursos integrados en los Partidos dependían jerárquicamente de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, donde radicaba el Laboratorio de Análisis Higiénico-Sanitarios. Las Jefaturas Provinciales, a su vez, dependían directamente de la Dirección General de Sanidad residenciada en el Ministerio de la Gobernación.

La labor de los Titulares se desarrollaba de forma bastante autónoma alejada de la estructura jerárquica y con pocas posibilidades de reciclado. De vez en cuando desde la Dirección General de Sanidad se lanzaban Campañas de control sanitario normalmente destinadas a la recogida de muestras (fundamentalmente alimentos) en los Partidos y su posterior análisis por parte de los laboratorios de las Jefaturas Provinciales(3). Las funciones asignadas a los Titulares no se concretaban en actividades o tareas definidas de forma precisa: es decir, se carecía de Programas de actuación continuados en el tiempo(4).

Los instrumentos legislativos básicos en los que se sustentaba su actuación eran el Código Alimentario Español (CAE) (5), y la escasa legislación derivada de él (como la de aguas de abastecimiento), el Reglamento de Actividades Molestas, Insalubres, Nocivas y Peligrosas (RAMINP), (6) y poco más.

Como se puede ver, ésta estructura sanitaria estaba pensada para dar respuesta a los problemas de Salud Pública propios de un país, el nuestro, con las circunstancias existentes en la década de los años 50-60.

Sobre esta estructura de Sanidad Ambiental van a ir incidiendo distintas circunstancias que van a provocar su crisis y la necesidad de alumbrar otro modelo de gestión más adecuado. Vamos a reseñar cronológicamente aquéllas que parecen más relevantes como desencadenantes de esta crisis.

1. En 1978 se aprueba la Constitución (7) en un clima político y social conflictivo sazonado con todos los ingredientes propios de un país asimétrico y en transición hacia un modelo organizativo democrático. En su Artículo 43.1, consagra "el derecho de los españoles a la protección de la salud" y en el 43.2 establece que "compete a los poderes públicos organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto". Además, en el Título VIII se diseña un nuevo modelo de Estado que evoluciona desde el Estado unitario y centralista al Estado de las autonomías, lo que lleva implícita la asunción,

por parte de ellas, de toda una serie de competencias que serán recogidas en sus respectivos Estatutos de Autonomía .

2. Un punto de inflexión importante en el modo de hacer Salud Pública en nuestro país fue el impacto que tuvo en la sociedad el Síndrome del Aceite Tóxico (SAT) que se inició en mayo de 1981(8). Este brote, además de mostrar las grandes debilidades de la Salud Pública de nuestro país, provocó posteriormente un desarrollo legislativo profuso del Código Alimentario Español.

3. La definición de los 38 Objetivos de Salud para Todos(9) en 1984, que cala en los gestores sanitarios, estuvo precedida de una serie de elementos que condicionaron su formulación, entre los que podemos citar el informe Lalonde (10) (y el posterior análisis de Dever) (11) y los estudios de McKeown (12). La conclusión que se desprende de los estudios de estos autores es que "la mejora de la salud de la población ya no pasa sólo por incrementar los gastos sanitarios sino que se obtendrá primariamente de las actuaciones que se hagan desde fuera del sector sanitario" (9).

Por ello, la "Nueva Salud Pública", término que se acuñó para dar un giro de timón en la Salud Pública que se venía realizando en España, interioriza la filosofía de las acciones concertadas y plantea las actuaciones de Salud Pública en un marco más adecuado a la realidad. Esta "Nueva Salud Pública" pone el énfasis en la "colaboración interinstitucional y con todos aquellos otros organismos capaces de aunar esfuerzos en pos de la consecución de los objetivos de salud" (9).

Conviene reseñar, no obstante, que para algunos autores(13), la "Nueva Salud Pública" fue en parte utilizada como arma arrojadiza sobre la "vieja" Salud Pública cuando ni una es nueva ni la otra se ha hecho vieja; es la Salud Pública de siempre pero queriendo abordar todos los factores que inciden sobre la salud".

4. En el año 1985 se aprueba el Acta Única Europea(14), lo que va a suponer la adecuación de la legislación española a las normas comunitarias y el trasvase de un número importante de Directivas al derecho interno a partir de esa fecha.

5. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (15) establece un reparto de competencias entre las distintas administraciones, y el Decreto de Estructuras Básicas de Salud (16), había servido para que las Comunidades Autónomas (CCAA) realizaran su Mapa Sanitario, Mapa que rompió con las tradicionales demarcaciones de los Partidos Sanitarios.

Todo este abanico de eventos incide de forma poderosa sobre la estructura en la que se asentaba la gestión de las actividades de Salud Ambiental desbordándola: nuevo marco territorial, nueva forma de entender la Salud Pública, nueva y abigarrada legislación, nuevas y mayores demandas sociales saturan la estructura. La crisis está servida.(17)

La década de los 90 ha supuesto el tiempo para la salida parcial de la crisis. La Sanidad Ambiental ha sido la que de forma más lenta ha ido saliendo del túnel quizá motivado porque la mayor preocupación de los gestores sanitarios públicos estaba focalizada en la asistencia sanitaria y todo lo que sonaba a Ambiente procedía trasvasarlo a las Agencias de Medio Ambiente existentes en la casi totalidad de las CCAA(18). De este desentendimiento se salva la Higiene Alimentaria a la que se le dedican importantes esfuerzos porque no se puede aceptar un brote como el del SAT cuando se pretende entrar en el Club de la entonces Comunidad Económica Europea y actual Unión Europea.

En este trabajo se pretende describir el modelo de reestructuración de los servicios farmacéuticos y veterinarios realizado en la Comunidad de Madrid, analizar este modelo y proponer un modelo de los servicios farmacéuticos y veterinarios que pueda servir de paradigma a las Comunidades Autónomas que todavía no han abordado el proceso de reestructuración.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha pretendido estudiar la situación existente en la Comunidad de Madrid antes del año 1988, año en el que los Servicios Farmacéuticos y Veterinarios existentes estaban estructurados en torno a los Partidos Farmacéuticos y Veterinarios respectivamente y después del año 1989 en que se publican sendos Decretos de reestructuración de estos Servicios, viéndolo con una perspectiva de 10 años, hasta el año 1999, en que el modelo está asentado y en disposición de corregir determinadas disfuncionalidades.

Se han valorado los criterios que se tuvieron en cuenta para realizar la reestructuración y analizado esos criterios y la propia reestructuración a la luz de la actual situación lo que ha permitido identificar los aciertos y los posibles errores cometidos en esta transición.

La metodología la podemos resumir en los siguientes puntos:

1. Valoración de la situación inicial de los Servicios Farmacéuticos y Veterinarios antes del año 1988. Descripción de los Partidos Farmacéuticos y Veterinarios existentes en la Comunidad de Madrid y funciones que desarrollaban.

2. Los Decretos de reestructuración de los Servicios Farmacéuticos y Veterinarios en la Comunidad de Madrid. Análisis de los Decretos, funciones que se les asignan a los recursos farmacéuticos y veterinarios y redistribución de estos recursos en las nuevas demarcaciones geográficas, las Áreas de Salud. A efectos de establecer los ratio poblacionales se utilizarán los datos del padrón del año 1986. Para conocer la reestructuración sanitaria se utilizará la cartografía sanitaria de la Comunidad de Madrid.

3. Análisis de los criterios tenidos en cuenta para llevar a cabo la reestructuración y la asignación de funciones.

4. Valoración crítica de la actual situación de los recursos sanitarios dedicados a la Sanidad Ambiental en las Áreas de Salud en la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS:

I. SITUACIÓN ANTERIOR A LA REESTRUCTURACIÓN

A.-FARMACÉUTICOS:

En la Comunidad de Madrid existían un total de 71 Partidos Farmacéuticos con 71 farmacéuticos, repartidos de forma muy heterogénea. Los municipios atendidos por esta estructura son 170 de un total de 178 municipios que tenía la Comunidad de Madrid en el año 1989 (posteriormente emergería como municipio con Ayuntamiento propio y por segregación de Colmenar Viejo, Tres Cantos). Madrid capital estaba exenta de disponer de Partido Farmacéutico por ser capital de provincia, como ya se ha comentado; por ello, Madrid debía disponer de sus propios recursos para gestionar sus competencias de Sanidad Ambiental. Por otro lado, y dadas las peculiaridades geográficas de la Comunidad de Madrid, algunos municipios formaban parte de los Partidos Farmacéuticos de otras Comunidades Autónomas limítrofes. Es el caso de Somosierra, Santa M^a de la Alameda y Ribatejada. Por último San Fernando de Henares, Valdelaguna y Puentes Viejas quedaron descolgados sin tener Partido Farmacéutico propio y sin estar asignados a ninguno.

La población atendida en los aspectos de la Sanidad Ambiental, a través de la estructura de los Partidos Farmacéuticos era un total de 1.716.449 personas, lo que supone el 35,9 % de la población total de la Comunidad de Madrid. Sin esta cobertura, se encontraban San Fernando de Henares, Valdelaguna y Puentes Viejas con un total de 24.015 lo que representa el 0,50 % de la población de la Comunidad de Madrid.

La asimetría entre los distintos Partidos Farmacéuticos es enorme. La media de población por Partido Farmacéutico es de 24.175 habitantes con Partidos Farmacéuticos que tienen una población de 503 habitantes como el de Montejo de la Sierra o Estremera con 1.067, etc. y otros Partidos como el de Móstoles, Leganés, Alcalá de Henares, Alcorcón, Getafe o Fuenlabrada con una población de 175.133, 167.783, 146.170, 137.384, 131.840 y 126.871 respectivamente.

En la Tabla 2 se puede apreciar cómo de segmentada estaba esta estructura. La mayoría de los Partidos Farmacéuticos, 31, que englobaban a 86 municipios, contaban con menos de 5000 habitantes cada uno de ellos, lo que suponía el 4,78 % de la pobla-

Tabla 2
Partidos farmacéuticos (resumen)

ESTRATO (habitantes)	Nº PARTIDOS FARMACÉUTICOS	Nº MUNICIPIOS	POBLACIÓN (habitantes)	%
< 1000	1	5	503	0,03
1000-5000	31	86	82139	4,78
5001-20.000	19	51	175455	10,22
20.001-50.000	9	12	243562	14,18
50.001-100.000	5	5	329109	19,17
>100.000	6	11	885681	51,59
TOTAL	71	170	1716449	

ción. Por contra, 11 Partidos Farmacéuticos estaban básicamente asentados en torno a lo que se denomina el Área Metropolitana por lo que contaban con una población de 1.214.790, lo que suponía el 70,76 % de la población.

Esto lógicamente no es sino el reflejo de la estructura demográfica de la Comunidad de Madrid como consecuencia del desarrollismo de los años 60, en el que se concentró la población en torno a Madrid capital y al cinturón periurbano.

B-VETERINARIOS:

En la Comunidad de Madrid existían un total de 65 Partidos veterinarios con 81 veterinarios. Además había 7 Directores Técnicos Sanitarios (D.T.S.) de matadero y 5 veterinarios asignados al Servicio de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria. En total 93 veterinarios. Los municipios atendidos por esta estructura eran 176 de un total de 178 municipios que tenía la Comunidad de Madrid. Madrid capital estaba exenta de Partidos veterinarios. Por último Valdemanco quedó descolgado sin tener ni pertenecer a ningún Partido Veterinario.

La población atendida en los aspectos de la Sanidad Ambiental, a través de la estructura de los Partidos Veterinarios era un total de 1.757.405 personas, lo que supone el 36,75 de la población total de la Comunidad de Madrid.

La asimetría entre los distintos Partidos Veterinarios también es enorme. Esto se debe a que la configuración de los Partidos Veterinarios se hizo en su día en base al criterio del censo ganadero, variable que se vio modificada de forma importante a lo largo del tiempo. La media de población por Partido es de 27.037 habitantes con Partidos Veterinarios que tienen una población de 555 habitantes como el de Villamanrique del Tajo y otros Partidos como el de Móstoles, Leganés, Alcalá de Henares, Alcorcón, Getafe o Fuenlabrada con una población de 87.566, 55.927, 48.478, 45.794, 43.946, 60.514 por veterinario.

En la Tabla 3 se puede apreciar cómo de segmentada estaba esta estructura. La mayoría de los Partidos Veterinarios, 24, que englobaban a 96 municipios, contaban con menos de 5000 habitantes cada uno de ellos, lo que suponía el 3,79 de la población. Por contra, 13 Partidos Veterinarios estaban asentados en torno a lo que se denominaba el Área Metropolitana por lo que contaban con una población 1.359.260 lo que suponía el 77,34 % de la población.

II. SITUACIÓN ACTUAL COMO CONSECUENCIA DE LA REESTRUCTURACIÓN

A. FARMACÉUTICOS:

En virtud de la aplicación del Decreto de Estructuras Básicas de Salud (16) la Comunidad de Madrid

Tabla 3
Partidos veterinarios (resumen)

ESTRATO (habitantes)	Nº PARTIDOS (VETERINARIOS)	Nº MUNICIPIOS	POBLACIÓN (habitantes)	%
< 1000	1	1	555	0,03
1000-5000	24	96	66679	3,79
5000-20.000	20	42	132099	7,51
20.001-50.000	7	14	198812	11,31
50.001-100.000	7	15	480658	27,35
>100.000	6	8	878602	49,99
TOTAL	65 (81)	176	1757405	

elaboró el Mapa Sanitario. A través del Decreto 19/1988, de 16 de marzo, se aprobó la zonificación sanitaria de forma provisional (19). Vistos el conjunto de alegaciones presentadas a este Decreto, se publicó el Decreto 117/1988, de 17 de noviembre, por el que se aprueba definitivamente la zonificación de salud de la Comunidad de Madrid (20).

La vigente zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid consta de 11 Áreas, de las cuales el Área IV y VII están constituidas exclusivamente por zonas de Madrid capital. El resto de Áreas, excepto la III, VIII, IX y X, contienen zonas de Madrid capital. Estas Áreas se subdividen en Distritos y éstos a su vez en Zonas Básicas. Dado que a efectos de este trabajo nos interesa conocer los cambios que se han producido en las zonas rurales que son en las que se asentaban los Partidos Farmacéuticos, obviare-

mos aquellos Distritos que se corresponde con Madrid capital.

Así pues a efectos de este trabajo existen 9 Áreas de Salud con 16 Distritos.

En la Tabla 4 se pueden apreciar algunos aspectos de la vigente zonificación sanitaria en lo relativo a número de municipios que contiene cada Área, población, número de farmacéuticos y la población atendida por farmacéutico. Como se puede observar existe una cierta similitud en la población cubierta por farmacéutico. Esto resulta coherente con la idea central de la zonificación sanitaria en la que se pretendía, entre otras cosas, establecer Áreas de Salud con una población homogénea en cuanto número

Tabla 4
Zonificación sanitaria (resumen)

ÁREA	Nº MUNICIPIOS	POBLACIÓN	Nº FARMACÉUTICOS	FARMA/POBLACIÓN
I	22	56868	8	1/7.108
II	4	101226	3	1/33.742
III	13	234685	5	1/46.937
V	65	198476	11	1/18043
VI	30	180674	13	1/13.988
VIII	19	351005	14	1/25.071
IX	2	287631	4	1/71.907
X	13	229174	6	1/38.195
XI	9	82401	7	1/11.771
TOTAL	177	1722140	71	

No obstante la tendencia a la homogeneidad se puede observar en la Tabla 4 que la ratio población asignada a cada farmacéutico está claramente en desventaja en el Área de Salud IX, con un valor de 71.907, seguido por las Áreas III, X y II con 46.937, 38.195 y 33.742 respectivamente. Por contra, las Áreas de Salud I y XI son las que presentan mejor ratio con 7.108 y 11.771 habitantes respectivamente.

La Tabla 5 pretende recoger datos comparativos entre la actual situación y la situación anterior de los Partidos Farmacéuticos.

La reestructuración de los farmacéuticos se estableció a través del Decreto 83/1989, de 27 de julio, por el que se reestructuran los Servicios Farmacéuticos dependientes de la Consejería de Salud (21). En este Decreto se establecen varios aspectos que conviene resaltar. Por un lado, se actualizan las funciones que deben realizar a la luz de los nuevos conceptos y de los nuevos retos que se le exige a la Salud Pública. Estas funciones se estructuran en tres campos: Salud Ambiental, Higiene Alimentaria y Promoción del Uso Racional del Medicamento. El segundo aspecto es que desaparecen los

Partidos Farmacéuticos como tales y los puestos de trabajo ligados a esos Partidos Farmacéuticos se adscriben en función de la nueva zonificación.

Para hacer posible la comparación entre la situación anterior a la reestructuración y la posterior, se han aceptado las siguientes consideraciones. En primer lugar hemos establecido que las cabeceras de Partido son las que pertenecen a las Áreas por lo que si algún municipio de un Partido pertenece a Área diferente a la cabecera de Partido lo computamos al Área a la que pertenece la cabecera del Partido. Esto produce pequeños desajustes poblacionales. La segunda consideración que se hace es que se establecen las ratio farmacéutico/población tomando como referencia la población que el año 1986 tenía cada una de las Áreas.

Como se puede observar en la Tabla 5 se produce una mejora sustancial en la ratio que se está empleando. Mejoran con la reestructuración de los farmacéuticos las Áreas de Salud II, III, VIII, IX y X. La que más mejora es el Área X pero también es la que parte de peor situación. El Área de Salud XI se queda como estaba. Empeoran las Áreas I, V y VI.

Tabla 5
Diferencias pre y post-reestructuración

ÁREA	PREREESTRUCTURACIÓN		POSTREESTRUCTURACIÓN	
	Nº PARTIDOS FTCOS.	FARMA/POBLACIÓN	Nº FARMACÉUTICOS	FARMA/POBLACIÓN
I	13	1/4.374	8	1/7.108
II	2	1/50.613	3	1/33.742
III	3	1/78.228	5	1/46.937
V	14	1/14.177	11	1/18.043
VI	15	1/12.044	13	1/13.988
VIII	10	1/35.100	14	1/25.071
IX	2	1/143.815	4	1/71.907
X	5	1/45.834	6	1/38.195
XI	7	1/11.771	7	1/11.771
TOTAL	71		71	

Las funciones que se deben desarrollar en las Áreas de Salud están “orientadas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria de los riesgos ambientales”. Para alcanzar estos objetivos, el Decreto desarrolla las funciones en tres áreas diferentes: Higiene Alimentaria, Sanidad Ambiental y Promoción del Uso Racional del Medicamento. Esta última área de la Salud Pública no se desarrolla en

este trabajo porque, afortunadamente no ha recaído su ejecución en los actuales Técnicos de Salud Pública quienes ya tienen con la Higiene Alimentaria y la Sanidad Ambiental saturada su agenda laboral.

En la Tabla 6 se recoge el conjunto de funciones que deben desarrollar en las Áreas de Salud los Técnicos de Salud Pública escala farmacéuticos.

Tabla 6
Funciones de los farmacéuticos

HIGIENE ALIMENTARIA (H.A.)	SANIDAD AMBIENTAL (S.A.)
1. Desarrollo de los Programas de H.A.	1. Desarrollo de los Programas de S.A.
2. Control de alimentos y bebidas, así como aditivos, coadyuvantes, materiales en contacto con alimentos, detergentes y desinfectantes y desinsectantes .	2. Vigilancia sanitaria de los abastecimientos de agua, incluyendo los análisis.
3. Inspección de los establecimientos alimentarios	3. Vigilancia sanitaria de piscinas, parques acuáticos y zonas de baño
4. Asesoramiento a los Ayuntamientos en materia de H.A.	4. Vigilancia sanitaria de aguas residuales
5. Asesoramientos a los Equipos de Atención Primaria en materia de H.A.	5. Vigilancia sanitaria de plaguicidas agrícolas y de salud pública
6. Todas las actividades que contribuyan a la vigilancia, evaluación y control del riesgo en materia de H.A.	6. Vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica, acústica y por radiaciones
	7. Vigilancia sanitaria de los residuos sólidos urbanos e industriales
	8. Inspecciones por denuncias relativas a riesgos ambientales
	9. Asesoramiento a los Ayuntamientos en materia de S.A.
	10. Asesoramientos a los Equipos de Atención Primaria en materia de S.A
	11. Todas las actividades que contribuyan a la vigilancia, evaluación y control del riesgo en materia de S.A.

Esta Tabla 6 de funciones desarrolla las que estaban establecidas en el Decreto del año 1953 y que se recogen en la Tabla 1. Como aspectos más relevantes con respecto a la referencia de comparación que es el Decreto del 1953 se pueden señalar los siguientes: a) se obvian los análisis de alimentos que pasarán a ser realizados lógicamente por un laboratorio de Salud Pública y b) se desarrollan los aspectos relativos a la Higiene Alimentaria de tal forma que queda más clara la intervención del Técnico Farmacéutico. Lo mismo ocurre con los aspectos de Sanidad Ambiental donde se concretan y actualizan los riesgos ambientales que deben ser encarados desde la perspectiva de la Salud Pública.

B. VETERINARIOS

El Decreto 89/1990 de 11 de octubre por el que se reestructura los Servicios Oficiales veterinarios de la Comunidad de Madrid (22) tiene por objeto reestructurar estos Servicios cuyas funciones estaban encomendadas a funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Veterinarios Titulares y transformarlos en puestos de trabajo de la Consejería de Salud.

En aplicación de este Decreto quedan suprimidos los Partidos Veterinarios, y los puestos de trabajo del Cuerpo de Sanitarios Locales Veterinarios quedan adscritos en función de la nueva zonificación sanitaria (20) a su Distrito correspondiente.

En la Tabla 7 se pueden apreciar algunos aspectos de la zonificación sanitaria en lo relativo a número de municipios que contiene cada Área, población, número de veterinarios por Área y la población atendida por veterinario.

Como en el caso de los farmacéuticos, se observa que existe una tendencia a la homogeneidad en el ratio de población asignada a cada veterinario por Área de Salud, aunque este ratio de población está claramente en desventaja en el Área IX, con un valor de 47.938, seguido por las Áreas III, VIII y X con 39.000, 39.114 y 38.195. Por contra, las Áreas de Salud I y V son las que presentan mejor ratio, con 18.956 y 22.052 habitantes respectivamente, aunque en estas Áreas se observa una mayor dispersión por agrupar a un número mayor de municipios, 22 y 65.

El resto de veterinarios, hasta 93, se repartieron entre los Servicios Centrales a donde fueron 16 dado que se decidió que la vigilancia y control de la Industria Alimentaria ubicada en el global de la Comunidad de Madrid, que incluía al municipio de Madrid fuese realizada desde el Servicio de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria. En ese momento se creyó conveniente que los equipos de Salud Pública de Área no asumieran dicha función.

Los Directores Técnicos Sanitarios de mataderos y adjuntos englobaron un total de 26 veterinarios, encargados de la inspección sanitaria de mataderos, que pasaron a depender funcionalmente del Servicio de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria de la Consejería de Salud.

Para poder hacer posible la comparación entre la situación anterior a la reestructuración y la posterior, se han seguido las mismas consideraciones señaladas en el apartado de farmacéuticos. La Tabla 8 pretende recoger datos comparativos entre la actual situación y la situación anterior de los Partidos Veterinarios.

Tabla 7
Zonificación sanitaria (resumen)

ÁREA	Nº MUNICIPIOS	POBLACIÓN	Nº VETERINARIOS	VETERI/POBLACIÓN
I	22	56868	3	1/18.956
II	4	101226	3	1/33.742
III	13	234685	6	1/39.114
V	65	198476	9	1/22.052
VI	30	180674	6	1/30.112
VIII	19	351005	9	1/39.000
IX	2	287631	6	1/47.938
X	13	229174	6	1/38.195
XI	9	82401	3	1/27.467
TOTALES	177		51	

Tabla 8
Diferencias pre y post-reestructuración

ÁREA	PRE		POST	
	Nº VETERINARIOS	VETE/POBLACIÓN	Nº VETERINARIOS	VETE/POBLACIÓN
I	11	1/3.316	3	1/18.956
II	3	1/33.742	3	1/33.742
III	10	1/27.973	6	1/39.114
V	15	1/8.035	9	1/22.052
VI	12	1/13.100	6	1/30.112
VIII	12	1/28.760	9	1/39.000
IX	5	1/57.762	6	1/47.938
X	6	1/15.327	6	1/38.195
XI	5	1/23.228	3	1/27.467
INSPECCIÓN VETERINARIA CENTRALES	5		16	
DTS MATADERO	7		21	
ADJUNTO MATADERO			5	
TOTAL	93		93	

Al comparar la pre y la post-reestructuración se aprecia que las ratio de veterinario/población en el global de las Áreas es superior que con respecto a la estructura de Partidos Veterinarios ya que se tuvieron que derivar recursos para cumplir con la obligación que tiene la Administración Sanitaria de dotar con D.T.S. a todos los mataderos y, por otro lado, de reforzar los recursos del Servicio de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria que había asumido el control y la vigilancia de la Industria Alimentaria, como se ha comentado.

El Decreto de reestructuración de los recursos veterinarios establece las funciones de los mismos estructurándolas en tres campos: Higiene Alimentaria, Sanidad Ambiental y Zoonosis, (Tabla 9) liberando a estos Técnicos de las funciones de control de la ganadería (propias de la Dirección General de Agricultura), de la inspección de industrias alimentarias y de la inspección sanitaria de mataderos.

Por último, concluir indicando que a la luz de la experiencia acumulada en 8 años de bagaje de la nueva estructura, en enero de 1.998 se transfirieron a las Áreas de Salud el control de la industria alimentaria ubicada en su territorio y 8 veterinarios se trasladaron de Servicios Centrales a las Áreas de Salud. No obstante esta circunstancia no se ha tenido en cuenta a efectos de este trabajo.

En las funciones de Control de las Zoonosis, algunas de las actividades, en concreto las descritas en los apartados 4 y 5 de la Tabla 9, son realizadas por la Dirección General de Agricultura de la Consejería de Economía. Por otra parte, la lucha antirrábica o la inspección de las reses de lidia son realizadas por el Colegio Oficial de Veterinarios de la Comunidad

de Madrid, actividades que están sujetas al Convenio de Colaboración entre dicho Colegio y la Consejería de Sanidad.

Como resumen de la actual situación (año 1999) en el ámbito de la Sanidad Ambiental (que como ya se ha dicho contempla en su propia definición a la Higiene Alimentaria), la Tabla 10 recoge el conjunto de recursos farmacéuticos y veterinarios (de forma conjunta Técnicos de Salud Pública TSP) por cada una de las Áreas objeto de este estudio y la ratio poblacional.

Las Áreas I, V, VI y XI tiene las ratio poblacionales mejor ajustados. Por contra las Áreas III, IX y X presentan las peores. No obstante estas cifras hay que leerlas en su contexto. Ya se ha comentado que las comparaciones se han realizado para los Distritos "rurales" de las Áreas donde en ningún momento se han incluido los Distritos que corresponden a Madrid capital. Por ello, hay que reseñar que las Áreas VIII, IX y X no tienen ningún Distrito de Madrid capital, por lo que estas ratio se corregirían si incorporáramos la población correspondiente a los Distritos de Madrid capital, incorporación que para algunas tareas ya se está haciendo. Por contra parece razonable también empezar a contar con los recursos municipales, sobre todo con los de las Juntas de Distrito Municipales de Madrid en las actividades de los distintos Programas de Sanidad Ambiental y de Higiene Alimentaria implementados por la Dirección General de Salud Pública.

DISCUSIÓN:

La Comunidad de Madrid ha sido una de las primeras CCAA que abordó el problema de la reestructuración de sus recursos farmacéuticos y veterina-

Tabla 9
Funciones de los veterinarios de las áreas sanitarias

HIGIENE ALIMENTARIA (H.A.)	SANIDAD AMBIENTAL (S.A.)	CONTROL DE ZOOZOSIS
1 Desarrollo programas de H.A.	1-Desarrollo de los programas de S.A.	1 Desarrollo de los programas de zoonosis.
2 Inspección de los establecimientos alimentarios	2 Vigilancia sanitaria, evaluación y control de la contaminación por plaguicidas, pesticidas y otros	2 Vigilancia y control sanitario de animales agresores.
3 Control de alimentos, carnes y despojos, productos cárnicos, reses de lidia, aves, huevos y derivados, productos de la caza.	3 Vigilancia de los riesgos sanitarios de los trabajadores de la industria y demás actividades de control veterinario.	3 Lucha antirrábica y antihelmíntica
4 Inspección sanitaria de las reses porcinas sacrificadas en régimen de matanza domiciliaria.	4 Vigilancia y control de roedores y insectos	4 Ejercer la vigilancia sanitaria de cuadras, paraderos de ganado, mercados de ganado, albergues de animales, establos, etc
5 Asesoramiento a los Ayuntamientos en materia de H.A.	5 Inspección por denuncias relativas a riesgos ambientales para la salud.	5 Realizar periódicamente la inspección sanitaria de las industrias de aprovechamiento de cadáveres animales y otros residuos procedentes de los mismos, como medida preventiva de los riesgos que pudieran derivarse en la transmisión de enfermedades y el impacto sanitario.
6 Asesoramiento a los E.A.P. en materia de H.A.		6 Asesoramiento técnico a los Ayuntamientos y E.A.P. del distrito en temas relacionados con la zoonosis .
7 Todas las actividades que contribuyan a la vigilancia, evaluación y control del riesgo que en materia de alimentaria puedan afectar a la salud de la población.		7 Todas aquellas actividades que contribuyan a la vigilancia, evaluación y control de los riesgos ambientales para la salud.

rios. La reestructuración no es tarea fácil. En el caso de los farmacéuticos el problema se agrava por el hecho de tener que compatibilizar la Oficina de Farmacia con las funciones de Salud Pública a tiempo completo. Los farmacéuticos que tenían la plaza en propiedad (o pendiente de destino) tenían la obligación de abrir Oficina de Farmacia. Lógicamente resulta harto difícil compatibilizar la atención al público en la Oficina de Farmacia con las actividades de inspección, toma de muestras, etc. a que obliga la implementación del conjunto de Programas en las Áreas de Salud. ¿Cómo hacer posible estas dos obligaciones?. Parece lógico pensar que es difícil mantener la posición de que el ex -Titular se deba solamente a la Oficina de Farmacia obviando el conjunto de tareas a que le obliga el Decreto de 1953 o el Decreto de 1989 de la Comunidad de Madrid por el cual se reestructuran sus funciones. Sin embargo también resulta difícil mantener lo contrario. Una solución de compromiso debe pasar por la aceptación tanto de

los Farmacéuticos Titulares como de la Administración de que los tiempos han cambiado y que es necesario adecuarse a los nuevos intentando, en lo posible, respetar los marcos de referencia.

Una hipótesis de trabajo que parece acertada es la de plantear los cambios en clave económica. La situación económica de los ex-Titulares debía cambiar adecuando sus retribuciones a la de los Técnicos de Salud Pública que realizan sus funciones en el marco de la Consejería de Sanidad. Por otro lado, obligarle al Farmacéutico con Oficina de Farmacia a que cumpla con la legislación vigente en materia de Oficinas de Farmacia, como es el Real Decreto 909/78 (23) por el cual "la presencia y actuación profesional del farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos y especialidades farmacéuticas", por lo que deben poner al frente de la Oficina, y mientras desarrollan las funciones de Salud Pública a que

Tabla 10
Resumen de la reestructuración de farmacéuticos y veterinarios

ÁREA	POBLACIÓN	FARMAS	VETES	TOTAL TSP	TSP/POBLACIÓN
I	56868	8	3	11	1/5.170
II	101226	3	3	6	1/16.871
III	234685	5	6	11	1/21.335
V	198476	11	9	20	1/9.923
VI	180674	13	6	19	1/9.509
VIII	351005	14	9	23	1/15.261
IX	287631	4	6	10	1/28.763
X	229174	6	6	12	1/19.098
XI	82401	7	3	10	1/8.240
TOTAL	1722140	71	51	122	1/14.116

viene obligados, a un Farmacéutico sustituto. El incremento económico compensa el gasto de la contratación del nuevo farmacéutico.

Por otro lado, en la medida en que estos ex-Titulares se vayan jubilando, estas plazas quedan automáticamente reconvertidas en plazas de Técnicos de Salud Pública, escala farmacéuticos, y ya en plena sintonía con el Decreto 83/1989, es decir, sin obligación a tener Oficina de Farmacia. En un horizonte de años este problema queda resuelto, sin merma en el progresivo desarrollo de la Salud Pública.

La otra alternativa que lastra poderosamente a la Salud Pública y al despegue de la Sanidad Ambiental y la Higiene Alimentaria en algunas CCAA es el hecho de dejar que el problema se enquisté. A los Farmacéuticos Titulares no se les iguala económicamente con el resto de Técnicos de Salud Pública, manteniéndoles unos emolumentos más bien exigüos. Por contra, tampoco se les exige con el cumplimiento de un horario definido en materia de Salud Pública. Las plazas que quedan libres por jubilación (o cualquier otro motivo) se reconvierten en plazas de Salud Pública. Esta situación no satisface a nadie. Al farmacéutico porque no ve resuelta su participación decidida y profesional en el ámbito de la Salud Pública y porque ve que económicamente no se le retribuye lo que correspondería si realmente se implicase en esas tareas y, porque a la larga, la presencia del farmacéutico como profesional de la Salud Pública quedará progresivamente reducida dado que no existía voluntad por parte de la Administración de reemplazar las vacantes de los Titulares con farmacéuticos. A la Administración porque le impide lanzar con mayor enjundia los Programas de Salud Pública en materia de Salud Ambiental sustentados en estos recursos: . A la población porque ve reducida la vigilancia y el control de aquellas actividades que le afectan y le importan y preocupan cada vez con mayor interés.

Por ello, entendemos que lo más inteligente es la postura de encarar el problema, situación que es la

que se llevó a cabo en la Comunidad de Madrid. Por ello, destacamos la valentía que supuso poner en marcha este proceso.

Las posibilidades de reubicación de los recursos fueron limitadas porque solamente se podían mover aquellos recursos que estaban de forma interina ocupando las plazas. Por ello, aunque se logró un reajuste bastante bueno como se puede comprobar por las Tabla 4 y 8, fue limitado en su alcance.

Esto trae a colación un tema que es de actualidad. La reestructuración es un proceso dinámico. A 10 años de la publicación de la normativa por la que se procedió a la reestructuración de los farmacéuticos y veterinarios parece oportuno reconsiderar las desigualdades poblacionales que existen entre Áreas de Salud al objeto de equilibrarlas. Sin embargo, y esta es una limitación de este trabajo, no se debe avanzar en la reestructuración solamente en clave de población. Después de estos 10 años, las Áreas de Salud han adquirido un importante protagonismo sobre todo por la ejecución de las actividades definidas en los Programas y por poseer una información bastante precisa sobre los censos de las industrias, instalaciones etc. que son objeto de la Salud Ambiental e Higiene Alimentaria. Estos censos definirían unas cargas de trabajo que podrían ayudar a avanzar en la reestructuración, sin olvidar el aspecto poblacional. En este sentido merece la pena destacar otros análisis realizados por otros autores (24) que establecieron cargas de trabajo en base a los actuales censos de industrias alimentarias y otras actividades de los Programas de Higiene Alimentaria y de actividades sujetas a los Programas de Sanidad Ambiental.

La reestructuración ha llevado a una mejor atención poblacional. Actualmente ya no queda ningún municipio de la Comunidad de Madrid sin cobertura en materia de Salud Pública.

Algunas funciones que obligan a los veterinarios son realizadas por el Colegio Oficial de Veterinarios

de la Comunidad de Madrid, como ya se ha comentado, mediante la firma de un Convenio de Colaboración. Este aspecto merece la pena reseñarse dado que la Comunidad de Madrid ha sido pionera en la prestación de estos servicios (vacuna antirrábica, control de las canales de las reses de lidia, inspección de caza y matanza domiciliaria) a través de entidades de carácter privado.

El Decreto 83/1989 logró definir de forma más precisa las tareas que debían ser abordadas por los Técnicos de Salud Pública escala farmacéutica. A esta mejor definición contribuyó sin lugar a dudas la publicación de la Ley General de Sanidad y el debate abierto, en el seno de las Sociedades Científicas de la Salud Pública y entre los trabajadores en general de la misma, sobre lo que debía ser la Salud Pública y sus estrategias de actuación.

Un problema de tipo administrativo sirvió para racionalizar las funciones de los farmacéuticos. Como ya se ha comentado, las funciones de los farmacéuticos se estructuran en tres tipos diferentes: Sanidad Ambiental, Higiene Alimentaria y Uso Racional del Medicamento. Pues bien, las funciones de Sanidad Ambiental y de Higiene Alimentaria son objeto de la Dirección General de Salud Pública y las del Uso Racional del Medicamento son gestionadas desde la Dirección General de Sanidad. Por ello, parecía difícil asumir desde los recursos de la Dirección General de Salud Pública, recursos que ya estaban suficientemente saturados con sus propias funciones, las tareas propias de la promoción del uso racional del medicamento que eran funciones de otra Dirección General. Este hecho contribuyó a hacer factible la viabilidad del proyecto de reestructuración sin que se produjesen desbordamientos de tareas que a la postre, hubiesen colapsado las actuaciones de los Técnicos.

Hay un aspecto de la reestructuración que conviene reseñar. Los Decretos de reestructuración de farmacéuticos y veterinarios en la Comunidad de Madrid son corporativistas en favor sobre todo de los Veterinarios. De la lectura del Decreto 89/1990, de 11 de octubre, se puede inferir que lo que, desde el punto de vista administrativo se entiende por Higiene Alimentaria, recae básicamente en los veterinarios en detrimento de los farmacéuticos, quienes en su trayectoria profesional y curricular pueden acreditar y acreditan bagaje amplio en este ámbito de la Salud Pública. Por otro lado, desbordan de contenidos el apartado de Vigilancia del Medio Ambiente.

Si bien había transcurrido aproximadamente un año desde la publicación del Decreto 83/1989 y se había aprendido de este proceso, esto no se reflejó en la asignación de funciones que se le hizo al veterinario, a través del Decreto 89/1990, ya que se sobredimensionó su papel, el del veterinario, en detrimento de otros Técnicos.

La reestructuración de los Servicios Farmacéuticos y Veterinarios, se ha ido realizando de forma mimética y corporativa. **Mimética** porque los Decretos

de reestructuración segregan a los farmacéuticos de los veterinarios como el Decreto de 1953, en lugar de configurar una figura común en funciones (salvando las especificaciones a que de lugar como los mataderos o las Oficinas de farmacia). **Corporativa** porque cada vez se pretende más relegar al farmacéutico a una posición de segundo plano sobre todo en las funciones de Higiene Alimentaria y porque ambos, Farmacéuticos y Veterinarios, relegan a otros profesionales (Biólogos, Químicos, Geógrafos, Médicos, profesiones emergentes, etc.) de otras tareas de la Sanidad Ambiental.

Este intento de equiparar Higiene Alimentaria a Veterinaria de Salud Pública es a todas luces un error, un enorme y craso error, ya que en el mundo complejo en el que nos movemos nadie debe monopolizar las disciplinas y porque sólo desde la tan manida multidisciplinariedad se estará en disposición de afrontar con mayores posibilidades de éxito los retos que plantea la Sanidad Ambiental y la Higiene Alimentaria.

Se debe responder con contundencia a cualquier intento de monopolio corporativista de la Salud Ambiental y de la Higiene Alimentaria, porque entraña pobreza intelectual, lo que impide encarar el nuevo Siglo con amplitud de miras; porque se pierde eficacia de acción (la reducción del problema a un sólo ángulo profesional impide una respuesta institucional holística) y porque se hieren gratuitamente sensibilidades.

La Salud Ambiental es patrimonio de la Salud Pública y, por tanto, de todos aquellos profesionales que se acrediten con capacidad técnica como para dar respuesta a los problemas que le son propios, se llamen como se llamen.

Ya se ha comentado que la Comunidad de Madrid deberá proseguir en el dinámico proceso de la reestructuración, pero esta, si quiere ser de futuro, deberá tener otros puntos de mira diferentes a los corporativistas. Se deberá hablar de Técnicos de Salud Pública donde además de los farmacéuticos, veterinarios o médicos, puedan integrarse en igualdad de condiciones biólogos, técnicos alimentarios, químicos, geógrafos, toxicólogos, etc. sin necesidad de que tengan que acudir a oposiciones de plazas para "Ciencias Experimentales". Se deberá hablar de funciones de los Técnicos de Salud Pública, sin más apellidos. Salvo pequeñas excepciones, no se deberían segregar tareas de tal forma que en las Áreas de Salud se establezcan parcelas de trabajo diferenciadas entre los Técnicos. Los Programas de Salud Pública deberán ser implementados por igual por todos los Técnicos, sin permitir que haya cobertura legal para que se generen parcelas corporativistas exclusivas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Boletín Oficial del Estado. Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944. B.O.E de 26 de noviembre de 1944
2. Boletín Oficial del Estado. Decreto de 27 de noviembre de 1953 por el que se aprueba el Reglamento de Perso-

- nal de los Servicios Sanitarios Locales. B.O.E. nº 99, de 9 de abril de 1954
3. Díaz López N. Estudio de la reestructuración orgánica y funcional de los farmacéuticos titulares. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid, 1980
 4. Segura J. Los Sanitarios Locales, la Salud Pública y la Sanidad Ambiental. Páginas de Salud de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid 1991; 1: 7-38.
 5. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español. B.O.E. nº 248-253, correspondientes a los días 17 al 23 de octubre de 1967.
 6. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2414/1961, de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Actividades Molestas, Nocivas, Insalubres y Peligrosas. B.O.E. nº 292 de 7 de diciembre 1961.
 7. Tamames R. Introducción a la Constitución Española 3ª edición. Madrid: Alianza Editorial, 1985
 8. Anónimo. Síndrome Tóxico VII. Boletín Epidemiológico Semanal (BES), nº 1488.
 9. Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de Salud para Todos. Objetivos de la estrategia regional europea de Salud para Todos. Madrid: Oficina Europea de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
 10. Lalonde M. A New Perspective on the Health of the Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1974.
 11. Dever GEA. Epidemiological Model for Health Policy Analysis. Soc Ind Res 2:465
 12. McKeown T. Los orígenes de las enfermedades. Barcelona: Crítica, 1990.
 13. Oñorbe M. Salud Pública hoy y mañana. Rev Adm San 1997; (I) 2:13-17
 14. Boletín de las Comunidades Europeas. Acta Única Europea. Comisión. Comunidades Europeas Suplemento 2/86. Luxemburgo, 1986
 15. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. B.O.E. nº 102 de 29 de abril
 16. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. B.O.E. nº 27 de 1 de febrero de 1984
 17. Ordóñez J, Aránguez E. Una propuesta de actuación para la Salud Ambiental en España: Contribución para un debate pendiente. Gac Sanit 1996; 10:244-251.
 18. Ordóñez JM, Aparicio M, Aránguez E, Aldaz J. Nuevos retos en Salud Ambiental. En: Catalá F, de Manuel E (eds) La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar: Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998: 176-224
 19. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 19/1988, por el que se aprueba provisionalmente la actualización de la zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 52, de 16 de marzo.
 20. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 117/1988, de 17 de noviembre, por el que se aprueba definitivamente la zonificación de salud de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M nº 260 de 24 de noviembre.
 21. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 83/1989, de 27 de julio, por el que se reestructuran los Servicios Farmacéuticos dependientes de la Consejería de Salud. B.O.C.M. de 4 de agosto de 1989
 22. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 89/1990, de 11 de octubre, por el que se reestructuran los Servicios Oficiales Veterinarios de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M., nº 257, de 29 de octubre de 1990.
 23. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 909/78, de 14 de abril, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, sobre establecimiento, transmisión e integración de las Oficinas de Farmacia. B.O.E., nº 106, de 4 de mayo de 1978
 24. Martínez-Pardo P, Martínez J. Reorganización de los recursos humanos en materia de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (Memoria de graduación del IX Curso Superior de Administraciones Públicas). Instituto Universitario "Ortega y Gasset", Madrid, 1998

POSTSCRIPTUM:

Ese artículo ha pretendido reflejar el análisis de situación de la reestructuración de los Servicios Farmacéuticos y Veterinarios de la Comunidad de Madrid hasta el año 2000. En ese año, y como consecuencia de una Sentencia del Tribunal Supremo que estima el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Asociación Nacional de Farmacéuticos Titulares y la Asociación Nacional de Veterinarios de España contra el Decreto 83/1989, de 27 de julio, por el que se reestructuran los Servicios Farmacéuticos de la Comunidad de Madrid, y lo dejaba, en consecuencia sin efecto, se publicó el Decreto 189/2000, de 31 de julio, por el que se regula el régimen orgánico de los puestos de trabajo asignado al personal funcionario del Cuerpo de Administración Especial de Técnicos Superiores de Salud Pública, Escala Farmacia, de la Comunidad de Madrid, así como las funciones correspondientes a los mismos.

Si bien este nuevo Decreto 189/2000 no modifica la reasignación de puestos de trabajo, sí que modifica de manera sustancial las funciones que corresponden a los mismos y que está en sintonía con las que realizan los Técnicos de Salud Pública, Escala Veterinaria.