

OBJETIVO 18

DESARROLLAR E IMPLANTAR POLÍTICAS SOBRE MEDIO AMBIENTE Y SALUD

Para el año 2000 todos los Estados Miembros deberán haber desarrollado e implantado políticas en medio ambiente y salud que aseguren el desarrollo ecológicamente sostenible, la prevención y control efectivo de los riesgos ambientales para la salud y el acceso equitativo a un medio ambiente saludable.

Antonio Daponte Codina

Escuela Andaluza de Salud Pública

Pablo López del Amo

Escuela Andaluza de Salud Pública

Jordi Sunyer Deu

Unitat de Recerca Respiratòria i ambiental. INIM. Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

La OMS propone para la consecución del objetivo la revisión, adaptación y desarrollo de las políticas en salud ambiental a la luz de la Carta Europea de Salud y Medio Ambiente (1); la formulación e implantación de normativa, regulaciones e incentivos de carácter nacional, regional y local de acuerdo a lo anterior; y el establecimiento de mecanismos nacionales, regionales y locales para la participación de la población en el desarrollo e implantación de estas políticas.

La ausencia de indicadores específicos para este objetivo, sobre todo de tipo cuantitativo, impide realizar una evaluación similar a la de otros objetivos de la estrategia de la OMS, sin embargo, es posible analizar la dirección en la evolución de las políticas de nuestro país hacia la consecución del mismo, centrándola en los cambios producidos en las tres áreas en que tradicionalmente se conforma y organiza el espacio del medio ambiente y la salud en España: la higiene de los alimentos, la salud laboral y la sanidad ambiental. Para ello, se valoran tanto las políticas de la Unión Europea (UE) para el ámbito comunitario, como su implantación y desarrollo en el ámbito nacional y de las comunidades autónomas (CCAA).

El establecimiento en 1984 de la estrategia de la OMS de Salud Para Todos en el año 2000, coincide temporalmente en España con tres hechos fundamentales: el proceso de descentralización política a partir de la Constitución de 1978 y los estatutos de autonomía, la promulgación de la Ley General de Sanidad y la entrada de nuestro país en la Unión Europea, los dos últimos en 1986. Estos eventos son fundamentales para entender los cambios producidos en las políticas de medio ambiente y salud y sirven de referente para valorar el grado de alcance en la consecución del objetivo.

2. FACTORES DETERMINANTES EN LA EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS EN MEDIO AMBIENTE Y SALUD

El proceso de reforma política iniciado con la Constitución de 1978 configura un proceso descentralizador mediante el cual las CCAA adquieren responsabilidades y competencias en el ámbito de las políticas, la normativa y la gestión de servicios en grado variable. Sustancialmente, las CCAA asumen funciones en la ordenación del territorio, en el control de riesgos medioambientales y sanitarios y en la gestión y organización de servicios. El proceso descentralizador iniciado a partir de la Constitución está todavía inacabado en nuestro país.

En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad, que recoge plenamente los objetivos descentralizadores de la Constitución, estableciendo los derechos de los ciudadanos y las obligaciones de las administraciones en el ámbito de la atención sanitaria en general y, entre ellos, los relacionados con la sanidad ambiental, la higiene alimentaria y la salud laboral. En la práctica, la ley traspasa a las CCAA las competencias en salud pública y, entre otras, las funciones de control sobre los riesgos medioambientales para la salud y la organización y gestión de los servicios ambientales y sanitarios.

Por otro lado, la entrada de España en la UE ha supuesto una transformación sustancial que puede ser resumida en tres componentes principales: la adaptación de la economía española al mercado único, la aportación financiera europea para fomentar la convergencia socioeconómica y la adecuación de la normativa nacional a la europea.

- El estímulo de la creación del mercado interior ha supuesto un cambio espectacular para la industria española. Para la industria alimentaria, la posibilidad de ampliar sustancialmente su mercado a condición de cumplir la normativa europea relativa a la seguridad alimentaria y garantizar la puesta en el mercado europeo e incluso mundial de productos seguros y de calidad competitiva, ha supuesto la incorporación de nuevas tecnologías productivas y métodos más eficaces de gestión y autocontrol de la calidad, lo que obviamente ha redundado en una mejora general de la higiene y seguridad de los alimentos (2). El efecto de la incorporación al mercado único no ha sido tan visible en el ámbito de la prevención de los riesgos laborales y mucho menos en el de la sanidad ambiental.
- La política de convergencia europea en el ámbito medioambiental ha supuesto la transferencia de fondos comunitarios desde 1986 hasta la actualidad para la modernización de infraestructuras españolas como las relativas a la distribución del agua, al tratamiento de las aguas residuales y la eliminación de residuos sólidos, así como otros programas medioambientales que incluyen actividades educativas dirigidas sustancialmente a consumidores y trabajadores (3), todas ellas con impacto directo o indirecto en la salud.
- El otro impacto decisivo de la entrada en la UE ha sido la actualización de la legislación española mediante la transposición de la normativa europea que, en la inmensa mayoría de los casos, ha contribuido a aumentar el nivel de protección de la salud de los consumidores, ciudadanos y trabajadores. En el ámbito de la higiene alimentaria la legislación europea ha contribuido a establecer mejores patrones de calidad tanto para la producción y la distribución, como para el control por parte de las administraciones públicas. En el ámbito de la sanidad ambiental la entrada en la UE ha supuesto la introducción de normativa sobre riesgos para los que, o no había legislación nacional, o no estaba actualizada, haciendo que España tenga un repertorio legislativo actualizado relativo a accidentes mayores, calidad de las aguas, comercialización de sustancias peligrosas, riesgos físicos, etcétera.

En prevención de riesgos laborales la transposición de la normativa europea a través de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa de desarrollo —y particularmente las disposiciones relativas a la participación de los trabajadores— el derecho a la información, la evaluación de riesgos, el proceso de certificación, homologación y comercialización de máquinas y productos químicos, la responsabilidad del empresario, la universalización del derecho a la protección de la salud para todos los trabajadores con independencia de su pertenencia a empresas o administraciones y la obligatoriedad para toda empresa de contar con servicios de prevención, entre otras, apuntan hacia una mejora sustancial de la eficacia en la protección de la salud de los trabajadores en el futuro.

A lo anteriormente expuesto, debe añadirse la confluencia paulatina de la opinión pública española con la comunitaria en cuanto a la relevancia de la salud en su relación con el medio ambiente, la higiene de los alimentos o la salud laboral, reflejada entre otras circunstancias por el impacto en los medios de comunicación o por el desarrollo paulatino de organizaciones no gubernamentales.

3. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Tras pasado al nivel europeo, una parte sustancial del proceso político en salud pública, el normativo, los retos para nuestro país en sanidad ambiental, higiene alimentaria y salud laboral son similares a los europeos por una parte y específicos por otra. Las limitaciones y deficiencias más importantes se pueden centrar en la eficacia de los mecanismos de control de la UE, nacionales, regionales y municipales, su lenta adaptación y su expresión en la estructura organizativa nacional, regional y social.

En el ámbito de la higiene alimentaria, sucesos como la crisis provocada por la encefalopatía espongiforme bovina suponen, una vez más, la ruptura dentro de la UE de los principios del desarrollo sostenible, al considerarse la rentabilidad económica por encima de la protección de la salud. Similarmente, la reciente crisis de los piensos belgas contaminados con dioxinas ha puesto de manifiesto las deficiencias de los mecanismos de control, permitiéndose la entrada de productos de desecho, no aptos para la producción, en la cadena alimenticia, y más aún, la reciente crisis de la Coca-Cola nos hace ver las implicaciones del mercado global en la higiene alimentaria, ya que un fallo de gestión en los —a buen seguro— excelentes mecanismos de control de una prestigiada multinacional, ha generado una alarma en salud pública en todo el ámbito europeo.

La falta de desarrollo parejo del esfuerzo en el control de los riesgos alimentarios en las CCAA, generando inequidad territorial en el derecho a un medio ambiente saludable y causando un desarrollo desigual en el control de los riesgos alimentarios (2). A pesar de ello, iniciativas como la llevada a cabo en el País Vasco (4), evaluando la presencia de metales pesados y otros contaminantes en la dieta total, son indicadores de los avances conceptuales y metodológicos que, dentro del marco de la salud pública, se están dando en el ámbito alimentario. Por otro lado, la pérdida de confianza de los consumidores y los costes económicos para empresas y sectores en la industria alimentaria que generan las crisis periódicas, son factores que continuarán ejerciendo un efecto positivo en la mejora de la seguridad alimentaria.

En salud laboral, algunos indicadores muestran que en el período de entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa específica, más de un 50% de las empresas incumplen aspectos importantes de la misma (5), debido entre otras causas al retraso de más de 6 años en la transposición de la normativa europea. Otro factor importante que limita la eficacia de las políticas de salud laboral en España es la ausencia de métodos eficientes de internalización de los costes provocados por los daños a la salud de los trabajadores, estimados por el Ministerio de Trabajo entre el 2,9 y el 3% del PIB en el periodo 1992-1996 (6). Esta política de internalización está considerada entre las más eficaces en salud laboral (7) y su mecanismo principal son las primas de aseguramiento del riesgo en función de la eficacia de cada empresa en evitar daños. El mercado asegurador, mecanismo imprescindible en la internalización de los costes, no existe en España, siendo sustituidas sus funciones por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPS), entidades colaboradoras de la Seguridad Social inusuales en otros países.

La ausencia de internalización de los costes es uno de los motivos principales de la falta de apoyo del empresariado a las actividades de promoción de la salud, en contradicción con lo que ocurre en Norteamérica y Europa. Por último, se transfieren al gasto sanitario los costes de la asistencia sanitaria de las enfermedades relacionadas con el trabajo, ignorados por las administraciones en nuestro país. En otro ámbito, en el desarrollo de la salud laboral en las empresas tendrán un papel fundamental los representantes de los trabajadores, por lo que los sindicatos deberán aumentar sustancialmente su capacidad de apoyo técnico a los delegados de prevención, potenciar la formación continuada de los mismos y fomentar la investigación en salud laboral. Por último, se desconoce qué papel realizarán las administraciones sanitarias, por cuanto no se ha desarrollado la Ley General de Sanidad en su capítulo cuarto y tan solo en tres CCAA —Valencia, País Vasco, y Navarra (8)— existen líneas de actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral.

En cuanto a la sanidad ambiental, ahí es donde se observan las limitaciones más importantes en la consecución del objetivo. El avance se ha producido en los aspectos relacionados con las aguas de consumo, residuales y residuos sólidos (2), sin embargo los aspectos relacionados con el control de los riesgos químicos, radiaciones, accidentes mayores, contaminación atmosférica y otros resultan complejos y difíciles de organizar, debido entre otras causas a la dispersión de competencias entre las administraciones. El ejemplo reciente más conocido en este ámbito puede ser el accidente de la balsa de residuos tóxicos en Aznalcóllar. Se ha permitido que se generen residuos provenientes de actividades mineras financiadas públicamente y se viertan alrededor de 4,5 hectómetros cúbicos de lodos y aguas contaminadas con sustancias tóxicas, algunas consideradas cancerígenas y otras todavía no identificadas. Esto tuvo lugar a pocos kilómetros de la reserva natural más importante de Europa y con impacto potencial en zonas pobladas con economías ligadas a la agricultura, ganadería, pesca y turismo, y habiendo indicaciones de vertidos anteriores (9). Este hecho ha puesto de manifiesto la falta de coordinación en la adopción de los principios del desarrollo sostenible y de control de riesgos químicos entre cuatro niveles de las administraciones, la europea, la nacional, la autonómica y la municipal; la carencia de legitimidad de las administraciones frente a la opinión pública; y el enfoque reactivo más que preventivo con el que se aborda la sanidad ambiental desde las administraciones sanitarias y ambientales.

Otro elemento importante en el origen de las limitaciones de las políticas en sanidad ambiental es la falta de sistemas de información de calidad utilizables desde la salud pública, lo que impide realmente valorar el estado de la sanidad ambiental en nuestro país; además, la falta de perspectiva sanitaria es preocupante. Así, con frecuencia se vigila el riesgo pero no los daños a la salud en relación con este (10); los sistemas de información sobre los riesgos no se analizan conjuntamente con los sanitarios; se confunden los patrones normativos de calidad del aire o de las aguas de consumo con la protección de la salud, todo ello dificultando el avance de la normativa, el avance de los programas de prevención e incluso el avance en la protección de la salud.

Un ejemplo de la falta de una perspectiva adecuada en sanidad ambiental es el hecho de que la información de las redes autonómicas y municipales de contaminación atmosférica, junto con indicadores de salud disponibles, se haya analizado de forma coordinada entre grupos de investigación de diferentes

CCAA (11) y no como parte de las actividades rutinarias de vigilancia desde las administraciones sanitarias. Por otra parte, para poder cumplir los nuevos patrones europeos en contaminación atmosférica (12) o los requisitos o fechas impuestos por otras directivas en otros ámbitos del medio ambiente y la salud, España tiene y debe hacer un esfuerzo importante en cuanto a facilitar los recursos y articular los medios para su cumplimiento.

Finalmente, entre las deficiencias más importantes está la discrecionalidad de las CCAA a la hora de aplicar la normativa en sus respectivos territorios. Un buen ejemplo de la voluntad de superar las desigualdades entre las CCAA e incorporar la normativa europea, dentro de una perspectiva de salud pública, es la Red Nacional de Vigilancia, Inspección y Control de Productos Químicos (13), coordinada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el objetivo de controlar el ciclo en el mercado de las sustancias químicas peligrosas, la cual se complementa con una propuesta técnica para la realización de la vigilancia de la salud frente a estas sustancias (14).

4. CONCLUSIONES

Como conclusión se puede establecer que desde el período 1984-86, la descentralización política, la entrada en la UE y la Ley General de Sanidad, han promovido el avance hacia la consecución del objetivo de la estrategia de Salud Para Todos.

Entre las deficiencias —que deberán solucionarse de manera prioritaria en el futuro— destacan:

- La falta de desarrollo homogéneo del ámbito del medio ambiente y la salud en todas las CCAA.
- La limitada adaptación a las dinámicas que genera un mercado global.
- La deficiente implantación o utilización adecuadas —o ambas— de los sistemas de información, particularmente en salud laboral y sanidad ambiental.
- La falta de coordinación entre los niveles municipales, autonómicos, estatales y europeos en el control de riesgos.
- La lentitud en la transposición de las directivas europeas y en la articulación de los medios para su cumplimiento.

En resumen, en el ámbito de la higiene de los alimentos el avance en estos años ha sido muy importante; en salud laboral todavía es incipiente la aplicación de la normativa europea y en sanidad ambiental, sin embargo, existen problemas graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica. Carta Europea sobre Salud y Medio Ambiente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
2. Cátala F, Manuel E de (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
3. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. OCDE, análisis de los resultados medioambientales, España. Bruselas: OCDE, 1997.
4. Eguileor I, González de Galdeano L (directores). Vigilancia de la contaminación química de los alimentos en la Comunidad Autónoma del País Vasco 1990-1995. Vitoria: Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones, 1997.
5. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Encuesta nacional de condiciones de trabajo: avance de resultados (3ª, 1997). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997.
6. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de Estadísticas sociales y laborales (varios años) y Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996.

7. Dorman P. Internalizing the cost of occupational injuries and illnesses: challenge or chimera? En: Mossink J, Licher F (eds.). Cost and benefits of occupational safety and health. Amsterdam: NIA TNO, 1997:13-35.
8. Carlos-Carcoba A. Salud laboral y Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Rev Esp Salud Pública 1996;70(4):463-8.
9. Solé Arques R. Percepción de riesgos ambientales: estudio cualitativo realizado en la zona del vertido tóxico de Aznalcóllar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
10. Ballester F, Daponte A, Guillén JJ. La investigación del impacto de los riesgos ambientales en la salud y su control. Gac Sanit 1998;12:193-8.
11. Varios autores. Monográfico proyecto EMECAN. Revista Española de Salud Pública 1999;73(2):105-313.
12. Directiva 1999/30/CE, de 22 de abril de 1999, relativa a los valores límite de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y óxidos de nitrógeno, partículas y plomo en el aire ambiente.
13. Castillo O. Red nacional de vigilancia, inspección y control de productos químicos. Sistema de intercambio rápido de información. Competencias administrativas. Ponencia en la I Jornada de Seguridad Química; 1999 may 11-13; Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.
14. Daponte A, López del Amo P. Propuesta para la implantación del sistema de información sanitaria de sustancias peligrosas en España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.