

## OBJETIVO 19

**MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL**

*Para el año 2000, debería haber sistemas de gestión y recursos eficaces en todos los Estados Miembros para poner en práctica políticas sobre medio ambiente y salud.*

**José M<sup>a</sup> Ordóñez Iriarte**

*Jefe de Sección de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.  
Comunidad de Madrid*

**Antonio Avello de Miguel**

*Técnico de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid*

“Las armas las carga el diablo, pero las disparan los idiotas”.  
*Proverbio*

**1. INTRODUCCIÓN**

La sanidad ambiental se estructuró en nuestro país a partir del Decreto de 27 de noviembre de 1953, por el que se aprueba el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales (1). Farmacéuticos, veterinarios y, en menor medida, los médicos eran los agentes sobre los que descansaban las funciones de salud ambiental e higiene alimentaria (de forma genérica salud ambiental), en el ámbito de sus correspondientes partidos sanitarios.

La labor de los titulares, coordinados por el médico, se desarrollaba de forma bastante autónoma alejada de la estructura jerárquica y con pocas posibilidades de reciclado. Sus funciones no se concretaban en actividades definidas y se carecía de programas de actuación continuados en el tiempo (2). Los instrumentos legislativos eran muy básicos y estaban poco desarrollados.

Era una estructura sanitaria 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 distintos acontecimientos que provocarán una crisis y la necesidad de alumbrar otro modelo de gestión más adecuado. Entre estos sucesos podemos reseñar la aprobación en 1978 de la Constitución; el impacto social y administrativo que tuvo el Síndrome del Aceite Tóxico (SAT) de 1981; la definición de los 38 objetivos de Salud Para Todos en 1984 que permitió que emergiera la “nueva salud pública”, término que se acuñó para dar un giro de timón en la salud pública que se venía realizando en España, aunque algunos autores (3), no la consideran “tan nueva”; la aprobación, en 1985 del Acta Única Europea y el posterior trasvase de directivas al derecho interno; la promulgación de la Ley General de Sanidad (4) y la aprobación del Decreto de Estructuras Básicas de Salud (5), que sirvió para que las comunidades autónomas (CCAA) realizaran su mapa sanitario, mapa que rompió con las tradicionales demarcaciones de los partidos sanitarios.

La década de los 90 ha supuesto el tiempo para la salida parcial de la crisis, pero hay que encarar el siglo XXI.

**2. PLANTEAMIENTO DE FUTURO**

La sanidad ambiental del siglo XXI debe ser un servicio público que se ofrezca desde la salud pública con la vocación de gestionar el conjunto de problemas ambientales que tienen, o pueden tener, repercusiones en la salud de la población y donde se les preste especial atención a las emergencias ambientales.

Actualmente existe una gran inquietud social sobre las repercusiones sanitarias de los problemas ambientales (6). Como ejemplos más recientes e inmediatos tenemos el desastre de Aznalcóllar y el debate que se ha abierto sobre el cultivo y consumo de plantas transgénicas.

El que actualmente la sociedad haga hincapié en problemas medioambientales emergentes no significa que los problemas ambientales llamados “tradicionales” estén resueltos (6).

Lamentablemente la sanidad ambiental no está asumida de forma rotunda por los poderes públicos. Todavía planea entre los gestores sanitarios la duda y la dificultad de integrar la salud ambiental en los programas de salud pública y, por ello, los programas que se articulan en las distintas CCAA pivotan en torno a la higiene de los alimentos, a las aguas de abastecimiento y a las aguas recreativas. Poco más.

Curiosamente la Organización Mundial de la Salud (7) acaba de formular los “21 objetivos para el siglo XXI”. El objetivo 10 —“Un medio ambiente físico saludable y seguro”— plantea que *para el año 2015, la población de la Región Europea debe vivir en un ambiente físico más seguro, con exposición a contaminantes peligrosos para la salud a niveles que no excedan los patrones acordados internacionalmente*. Este enunciado debe conllevar un desarrollo más decidido de la salud ambiental del que hasta ahora se viene haciendo.

A la prestación de servicios de salud ambiental desde las direcciones generales de salud pública le ha salido un modelo alternativo: la agencia. Esta propuesta organizativa alternativa a las tradicionales significa “un cambio de la cultura y organización de los servicios de salud pública, un abrirse hacia sus clientes, más trabajo de campo, más interacción con la atención primaria y el resto de los agentes de salud, una estructura orientada hacia el exterior y no tanto hacia sus propios programas y hacia el trabajo de gabinete” (8). Son modelos que merece la pena explorar porque sugieren mejoras importantes en la gestión de la salud pública.

### 3. REDEFINICIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL

La salud ambiental, en su acepción más amplia, tiene que dejar de ser una asignatura pendiente del Sistema Sanitario Público. Todavía se soportan definiciones encorsetadas de la salud ambiental que impiden un abordaje profesional de los problemas. Por ello, se reivindica la definición propuesta por la OMS: “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”. Conviene llamar la atención sobre algunos aspectos de esta definición.

- “Área de la salud pública”, por lo que se entiende, en el contexto de nuestro país, que la sanidad ambiental forma parte de la salud pública.
- “Identifica, caracteriza y evalúa”, supone incorporar al acervo histórico de la sanidad ambiental cuyos programas han girado en torno a la vigilancia y el control, tres acciones adicionales que la complementan y la dinamizan. La identificación supone una actitud de alerta y de búsqueda de nuevos retos; la caracterización supone establecer gradientes de riesgo; la evaluación supone una actitud de medición del impacto que los factores de riesgo tienen en la población afectada. Todo esto obliga a incorporar nuevas disciplinas al hacer de la sanidad ambiental a la toxicología y la epidemiología.

### 4. CARTERA DE SERVICIOS DE LA SANIDAD AMBIENTAL

Lógicamente la cartera de servicios que debe proveer cada uno de los niveles administrativos de nuestro país debe ser coherente con su marco competencial. Corporaciones locales, comunidades autónomas y Estado deben asumir sus competencias y deben coordinarse de forma eficaz.

Desde un posicionamiento “central” entre los tres niveles administrativos, las CCAA deben lanzar una cartera de servicios común que, al menos y para el siglo XXI que se avecina, debe comprender los aspectos que se recogen en la Ley General de Sanidad, ya enunciados en el Informe SESPAS 1998 (6) y que se enumeran en el Cuadro 1. Esta cartera de servicios debe ser dinámica y acorde con el avance científico.

*Cuadro 1*

Cartera de servicios de sanidad ambiental

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Riesgos relacionados con el agua y actividades recreativas: aguas de abastecimiento, recreativas (piscinas, zonas de baño, parques acuáticos), campamentos, balnearios, reutilización de las aguas residuales y lodos de depuradoras, etc.</li><li>2. Riesgos relacionados con las sustancias químicas: plaguicidas y control vectorial, sustancias y preparados</li></ol> |
|---|

- químicos, accidentes mayores y otras contingencias, etc.
3. Riesgos relacionados con la calidad y contaminación del aire: contaminación atmosférica exterior, torres de refrigeración y similares, ambientes interiores, etc.
  4. Riesgos relacionados con el contacto con animales y su extensión con alimentos: higiene alimentaria, organismos modificados genéticamente, zoonosis clásicas y emergentes, granjas escuela y similares, etc.
  5. Riesgos derivados de la producción y gestión de residuos urbanos, peligrosos, citotóxicos y biosanitarios, etc.
  6. Riesgos ambientales físicos: radiaciones, ruido.
  7. Participación activa con instrumentos propios en la toma de decisiones de la Evaluación de Impacto Ambiental (E.I.A.), actividades calificadas, actividades sujetas a la normativa de accidentes mayores, procesos de ordenación territorial, etc.

## 5. PROGRAMAS DE SANIDAD AMBIENTAL Y ORGANIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

La cartera de servicios de sanidad ambiental debe estar estructurada en torno a programas. No se trata de redactar programas más o menos enjundiosos con unos objetivos y unas actividades propios de manual. Se trata, sobre todo, de dotar con recursos a esos programas, que deben incorporar e involucrar a todos los agentes externos a la Administración Sanitaria que pueden actuar a modo de “compañeros de viaje” en el objetivo de la salud, desde organizaciones no gubernamentales hasta sectores privados. En este sentido se pronuncia el objetivo 20 del ya citado “Los 21 objetivos de salud para el siglo XXI” (7).

## 6. REESTRUCTURACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

La estructura que existía (y todavía persiste en algunas CCAA) basada en los titulares ha quedado obsoleta. Arriba ya se indicaron algunas de las causas que generaron su crisis.

La reestructuración de los servicios sanitarios locales, en las CCAA, se ha ido realizando de forma mimética y corporativa. Mimética porque los decretos de reestructuración recogen las mismas funciones que el decreto de 1953. Corporativa porque se pretende 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, nuevas titulaciones,...) de otras tareas de la sanidad ambiental. Por otro lado resulta curioso cómo en algunos escritos sobre salud pública se equipara higiene alimentaria a veterinaria de salud pública. La higiene alimentaria conceptualmente es más que la veterinaria de salud pública.

El intento de asimilar higiene alimentaria a veterinaria de salud pública es, a todas luces, un 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.

A las incertidumbres de la reestructuración se les suma la complejidad que entraña la reconversión de la figura de los farmacéuticos titulares cuyas funciones van ligadas, por el ya citado decreto de 1953, a la obligatoriedad de la Oficina de Farmacia. La defensa de sus derechos históricos que les avala la oposición que en su día aprobaron, descuida una perspectiva de futuro que lastra cualquier iniciativa de mejora de su intervención en salud pública. Debe resolverse con prontitud este contencioso con los farmacéuticos titulares de la forma menos lesiva posible, pero que acabe de una vez con una situación que daña terriblemente a la sanidad ambiental.

Cualquier intento de monopolio corporativista de la salud ambiental entraña pobreza intelectual, impide encarar el nuevo siglo con amplitud de miras y pierde eficacia de acción (la reducción del problema a un solo ángulo profesional impide una respuesta institucional holística).

La salud ambiental es patrimonio de la salud pública y, por tanto, de todos aquellos profesionales que se acrediten con capacidad técnica para dar respuesta a los problemas que le son propios, independientemente de su titulación universitaria.

## **7. LEGISLACIÓN, INSPECCIÓN, CONTROL, EPIDEMIOLOGÍA AMBIENTAL Y EVALUACIÓN DEL RIESGO COMO INSTRUMENTOS DE APOYO**

La actuación de la sanidad ambiental no puede quedar sumida en la vigilancia y control de los tradicionales factores de riesgo ambientales. Por contra, debe dar el salto hacia lo que se recoge en la definición de salud ambiental: identificar, caracterizar, vigilar, controlar y evaluar los efectos sobre la salud humana, de los distintos factores de riesgo ambiental.

A disposición de la salud ambiental existen otras herramientas distintas a la inspección y el análisis de calidad, sobre todo si que quiere también "identificar, caracterizar y evaluar" los factores de riesgo. Se trata de responder a las siguientes preguntas: ¿Estamos ante un factor de riesgo? ¿Cuál es el valor, cualitativo y cuantitativo, de este riesgo? ¿Qué impacto produce? Para ello, se debe recurrir a la epidemiología, la toxicología y la evaluación del riesgo. Esto no es una utopía. Existen experiencias en nuestro país sobre el uso de estas disciplinas: EMECAM (9), normativa de suelos en el País Vasco (10), etc.

## **8. FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS RECURSOS**

Nuevos retos, nuevas herramientas obligan a un reciclado de los recursos. Las escuelas de salud pública deben pensar en este reto, que, por otra parte, les debe ser propuesto desde las estructuras sanitarias, aunque no deben dejar escapar un cierto liderazgo en esta materia.

## **9. NORMAS EUROPEAS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMBIENTAL**

La nueva frontera de la salud pública en general es la de la acreditación a unos criterios de calidad. Actualmente y para el control oficial de los productos alimenticios se exige (11) que los laboratorios de salud pública estén acreditados con arreglo a las especificaciones de las Normas Europeas 45.000 (12). Esta acreditación implica implantar unos sistemas de calidad con el fin de normalizar procedimientos, lo que está exigiendo unos esfuerzos importantes a la Administración, pero es urgente que se aborde porque sólo desde la prestación de servicios de calidad se estará a la altura de lo que los industriales inspeccionados y la sociedad en general demandan para el siglo XXI.

Si bien los laboratorios han comenzado a abordar este tema, no se puede olvidar que los que realizan las tomas de muestras son técnicos de salud pública. Pues bien, estos técnicos deberán ajustar su actuación de toma de muestras y de inspección a unos criterios que impliquen un sistema de calidad porque si no, de nada serviría la acreditación de los laboratorios. La acreditación de la inspección puede realizarse a través de la UNE 45.000-4 y permitiría que las direcciones generales de salud pública de nuestro país homogeneizaran sus actuaciones a unos patrones normalizados de hacer inspecciones en el ámbito europeo.

La acreditación a nivel de la inspección complementaría el proceso de la acreditación de los laboratorios y elevaría los niveles de calidad de las prestaciones que oferta la sanidad ambiental en nuestro país. Esta actuación lógicamente no estará exenta de dificultades pero podría servir para clarificar los problemas de recursos de las organizaciones de la salud pública.

Por otro lado, este es un reto que las administraciones deberán afrontar si quieren colocarse al nivel que las exigencias sociales les demandan. Algunas administraciones ya lo están haciendo: es el caso de la Sección de Inspección Alimentaria y Zoonosis del Ayuntamiento de Bilbao o la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente del Ayuntamiento de Barcelona.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores quieren manifestar su agradecimiento a D. Manuel Aparicio, del Servicio de Atención Especializada; a D. Emiliano Aránguez, del Servicio de Sanidad Ambiental y Antropozoonosis; a D. Manuel Oñorbe, del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud; y a D. Ángel Asensio y Dña. Vega Ramírez, del Laboratorio Regional de Salud Pública, todos ellos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; a D. Rafael Manzanera, del Consorci Sanitari de Barcelona; a D. Ricard Armengol, del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona; y a D. Alberto Mamolar, de la Sección de Inspección Alimentaria y Zoonosis del Ayuntamiento de Bilbao. A todos ellos gracias por sus consejos, por su ayuda y por habernos escuchado.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Boletín Oficial del Estado. Decreto de 27 de noviembre de 1953 por el que se aprueba el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales. B.O.E. nº 99, de 9 de abril de 1954.
2. Segura J. Los Sanitarios Locales, la Salud Pública y la Sanidad Ambiental. Madrid: Páginas de Salud de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid 1991;1:7-38.
3. Oñorbe M. Salud Pública hoy y mañana. Rev Adm San 1997;(I)2:13-7.
4. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. B.O.E. nº 102 de 29 de abril.
5. 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.
6. Ordóñez JM, Aparicio M, Aránguez E, Aldaz J. Nuevos retos en Salud Ambiental. En: Catalá F, Manuel E de (eds.). La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar: Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998:176-224.
7. World Health Organization Health 21- The Health for All Policy for the WHO European Region-21 Targets for the 21st Century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
8. Manzanera R, Segura A, Fernández JM. La organización de la salud pública: su reforma en las reformas. En: Catalá F, Manuel E de (eds.). La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar: Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998:93-119.
9. Ballester F et al. Presentación del Estudio Multicéntrico Español sobre Contaminación Atmosférica y Mortalidad (EMECAM). Libro de resúmenes del 1<sup>er</sup> Congreso Mundial de Salud y Medio Ambiente Urbano. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1998:191.
10. Alonso E, Cambra K, González de Galdeano L, Ibarlucea JM, Martínez T. Valores máximos admisibles en suelo para la protección de la salud. En: Calidad del Suelo. Propuesta de Plan Director para la Protección del Suelo. Bilbao: IHOBE SA; Departamento de Urbanismo, Vivienda y Medio Ambiente, 1994:69-120.
11. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1397/1995, de 4 de agosto, por el que se aprueban medidas adicionales sobre el control oficial de productos alimenticios. B.O.E. nº 246 del 14 de octubre de 1995.
12. Asociación Española de Normalización y Certificación. Criterios generales para el funcionamiento de los diversos tipos de organismos que realizan inspección UNE-EN 45004: 1995.