

consumo y salud

LA COLMENA

Salud Pública entre milenios



Pedro García Ramos

Director General de Consumo y Salud Comunitaria

A partir de la asunción de competencias en materia sanitaria, se produjo el reencuentro de dos hermanas separadas. La salud pública había sido transferida hacía unos años y de nuevo se reunía con la asistencia sanitaria tras haber vivido en casas separadas. El haber tenido tutores diferentes hizo que su relación no fuera siempre fácil. La salud pública transferida había cedido la autoridad y la planificación sanitaria a las Comunidades Autónomas, pero el auténtico poder, el económico, se mantenía en el INSALUD. La salud pública era entendida como algo menor y como la prenda que el poder central había cedido a las CA que accedieron a su autonomía vía artículo 143 de la Constitución. En este desencuentro, sus profesionales eran considerados como apéndices de otra administración,

a las plantas de tratamiento de las aguas, a las actividades que interfieren con el medioambiente y a la observación y vigilancia de la aparición de modificaciones en la ecología de los microorganismos, de riesgos y de enfermedades.

Para desarrollar este papel, la salud pública debía dotarse de instrumentos similares que ya tenían muy bien desarrollados los sistemas asistenciales, en donde además había una cultura de empresa diferente. La gestión de una cartera de servicios era un elemento clave de normalización de la salud pública. Para conseguir definir tanto los servicios como los indicadores precisos se contó con profesionales, sociedades científicas, grupos de trabajo multidisciplinares. Su trabajo, condensado en la definición de 62 servicios de salud pública, atiende a criterios de pertinencia, efectividad, factibilidad, expectativas de los usuarios y profesionales. Se sustenta en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, consiguiendo así la definición de un producto, cuantificado y diferenciado, capaz de garantizar de una forma ordenada las prestaciones de Salud Pública integradas en la red del sistema sanitario público.

Con la gerencia única se sitúa a la Salud Pública en un lugar preeminente

con tareas incomprensibles para los asistenciales, cuya presencia dificultaba la disposición de espacios en los centros de salud. El resultado produjo una separación no sólo física, sino organizativa. Tal vez esta dicotomía haya sido uno de los elementos clave para explicar el escaso o nulo desarrollo de algunos artículos de la Ley General de Sanidad, en la que nos miramos en los últimos 25 años.

La necesidad de integrar los recursos comenzó a evidenciarse a partir de sucesivas crisis sanitarias, Síndrome Tóxico por el aceite de colza desnaturalizado, brotes de meningitis meningocócica por serogrupo C, dioxinas, clombuterol, encefalopatía espongiiforme bovina... que manifestaban que las estructuras asistenciales no eran suficientes ni apropiadas para acometer estos desafíos, cuyos escenarios estaban muy alejados de los centros de salud y hospitales, quedando éstos como meros receptores de sus consecuencias.

Las transferencias sanitarias de 2002 permitieron ese reencuentro e integración para el que nos estuvimos preparando años antes.

El sistema sanitario debe proporcionar una adecuada atención, no solo a la enfermedad, sino fundamentalmente a la prevención del riesgo y el daño. Por esto entendimos la necesidad de trasladar una parte de sus recursos fuera de sus clásicos escenarios, a los sucesivos eslabones de la cadena alimentaria,

Este modelo necesita un nuevo sistema de información. Tras haber construido el instrumento, es necesario afinarlo, y para ello el Proyecto Jara es una pieza esencial. Por primera vez en nuestro país, la salud pública quedará integrada en un sistema, donde no solo incorpora información del resto de los actores, sino que nutre de información a todo el conjunto, al incorporar al mismo, los registros y las actividades de esos determinantes de la salud que a la gestión clínica se le escapaban.

Con independencia de la integración de los modelos organizativos, lo que ha supuesto el definitivo espaldarazo a la integración orgánica y funcional ha sido la apuesta por la Gerencia Única de Área, que no solo ha paliado los problemas de desintegración de distintos niveles de atención y ha dado cumplimiento a la Ley General de Sanidad, sino situado a la salud pública en un lugar preeminente en el cuadro de mando a través de la Dirección de Salud.

Hoy estamos mucho mejor preparados que antes de las transferencias sanitarias para hacer frente, por ejemplo, a una pandemia de gripe, a una toxoinfección alimentaria o a la búsqueda de un Virus del Nilo Occidental, pero lo que es más importante, estamos mejor dispuestos para prevenir y predecir aquello que nos amenaza. La noticia es para la salud pública la mejor de las noticias.

Más garantía en la protección del consumidor

La Seguridad Alimentaria ha experimentado un gran auge en Extremadura, donde se toman importantes decisiones a nivel nacional

En enero de 2002 la Comunidad Autónoma de Extremadura recibió del gobierno central las transferencias sanitarias. La fecha indicada marcará un antes y un después en la planificación, organización y gestión de las actividades de salud Pública en este territorio.

En el área de actuación de la Seguridad Alimentaria se ha logrado elevar la garantía de protección de los consumidores aprendiendo de la experiencia (crisis alimentarias) sobre todo en el tema de la Gestión y la Comunicación de Riesgos. Efectivamente, se ha mejorado e incrementado la relación con las asociaciones de consumidores y usuarios, con los operadores económicos relacionados con los diversos sectores alimentarios y la coordinación con otros estamentos institucionales (ayuntamientos, diputaciones, administración general del estado).

Así, se colabora en la edición de artículos de divulgación sobre la prevención de riesgos alimentarios para revistas editadas por Asociaciones de Consumidores. Se ha establecido un programa de control medioambiental denominado *Ciudades Saludables* financiando y colaborando estrechamente con los ayuntamientos de la Región para la mejora del medioambiente urbano. Se han desarrollado cursos de Formación para Manipuladores de alimentos, ofreciendo a más de 20.000 personas la posibilidad de conocer los procedimientos para prevenir toxoinfecciones alimentarias, incluso se ha legislado una norma para que los manipuladores pudieran realizar los cursos a distancia, dada la gran extensión territorial de nuestra Comunidad Autónoma, tratando en todo momento de acercar la formación a la población.

MÁS Y MEJORES SERVICIOS

Entendiendo que la Salud Pública es un servicio a los ciudadanos, las



Reunión celebrada en octubre en Badajoz, donde se aprobaron las líneas estratégicas del Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria.

Autoridades Sanitarias se han preocupado por ofrecer más y mejores servicios. Podemos citar la ampliación de los horarios de los profesionales del control oficial durante los fines de semana y festivos en el campo de la Seguridad Alimentaria.

Actualmente, alrededor de un 15% del total de los efectivos de control oficial (en Extremadura hay unos 200 veterinarios oficiales) realizan de forma sistemática las Guardias de Atención Continuada, lo que supone una garantía de vigilancia y control alimentario y una tranquilidad para los consumidores. Este es un logro del Sistema Sanitario Público de Extremadura porque es la primera vez en España que una Comunidad Autónoma apuesta decididamente por la atención continuada en el campo de la Seguridad Alimentaria.

La experiencia nos ha enseñado a gestionar mediante la programación de nuestras actividades y a protocolizar nuestras actuaciones. De esta forma, respecto de las

Alertas de control alimentarias se ha agilizado su gestión mediante la puesta en marcha de un programa informatizado y un procedimiento normalizado de trabajo.

En definitiva, se ha mejorado en los últimos años la forma de afrontar los problemas relacionados con la exposición de riesgo a la contaminación de los alimentos, haciendo que la búsqueda sea mucho más activa y obteniendo resultados que garantizan la tranquilidad de los consumidores.

Por último, cabe resaltar el importante avance alcanzado en la lucha contra las Zoonosis. Enfermedades endémicas de esta tierra, como la Brucelosis o la Hidatidosis han quedado relegadas a incidencias residuales. Actualmente, los programas de vigilancia y control son anualmente reevaluados y se mantiene una actitud de alerta para posibles rebotes, lo que evidencia una inequívoca decisión de la Administración Sanitaria Autónoma por minimizar al máximo, incluso hacer desaparecer, estas enfermedades de origen animal.

Las repercusiones del alcohol y tabaco

Se estima que los productos alcohólicos son responsables del 9% de la carga total de enfermedad dentro del continente Europeo. Están relacionados con los accidentes y la violencia, y son responsables de un porcentaje considerable en la reducción de la esperanza de vida. La reduc-

ción del daño derivado del alcohol es una de las principales acciones de salud pública que los países pueden adoptar para mejorar la calidad de vida. En nuestra Comunidad es un importante reto para la salud pública donde la incorporación de jóvenes y adolescentes se ha

ido incrementando en los últimos años.

Las muertes atribuibles en exclusiva al consumo de tabaco en Extremadura en el periodo 1990- 2004 suponen un total de 20.848 personas, equivalentes a 1.383 fallecidos al año, cuatro fallecidos al día.