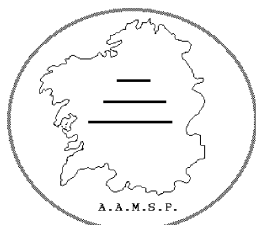


APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 0

Depósito lega l: C-1580-1993

Diciembre-1993



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MASTERS EN SALUD PUBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

UN NUEVO IMPULSO A LA SALUD PUBLICA

Una vez constituida la Asociación de Alumnos y Masters en Salud Pública hemos sentido la necesidad de disponer de una publicación que permita a los diversos profesionales interesados en estos temas expresar libremente sus puntos de vista.

En un momento como el actual, de debate sobre financiación, reestructuración y cobertura de las prestaciones sanitarias, creemos oportuno, ya que nos afecta a todos, sanitarios o no, que haya una publicación que de cabida a las distintas opiniones que existen en la actualidad.

Este Boletín no pretende ser solo el medio de expresión de la Asociación, sino también ser cauce de las distintas corrientes de opinión que coexisten en el campo de la Salud Pública y un medio para dar a conocer los trabajos de investigación que se están realizando en las diversas áreas de la Salud, no estando cerrado a otros campos de interés, para lo que esperamos contar con vuestra colaboración.

La expresión Salud Pública se utiliza hoy en sentido amplio y comprende los problemas que afectan la salud de una población, el nivel colectivo de salud del pueblo, los servicios de higiene general y de higiene del medio y la administración de los servicios de asistencia sanitaria.

SUMARIO

EDITORIAL.....	.pág. 1
LA FORMACIÓN MÉDICA DE PREGRADO.....	.pág. 3
CONCEPTO DE MEDICINA PREVENTIVA.....	pág. 7
HOMBRE, AMBIENTE Y SALUD.....	pág. 15
ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO.....	pág. 17
LA FIEBRE TIFOIDEA EN GALICIA.....	..pág. 21
CONGRESOS/CURSOS....	pág. 23
NOTICIAS DE LA ASOCIACIÓN.....	pág. 24

Para esta actuación se necesita una cooperación multidisciplinaria en la que participen médicos, ingenieros, ATS/DUE, trabajadores sociales, educadores de la salud, psicólogos, sociólogos, demógrafos, veterinarios, farmacéuticos, etc., íntimamente relacionados con los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada.

La formación de profesionales en el área de la Salud Pública es una tarea fundamental para conseguir mejores niveles de salud en la comunidad, y resulta prioritario en Galicia, en un momento como el actual en el que se acaba de publicar el Decreto de Reforma de la Atención Primaria.

Estos profesionales deben:

- Constituir el apoyo técnico y científico de la planificación sanitaria, promover y realizar estudios epidemiológicos.
- Desarrollar estudios de investigación sobre aquellos problemas de epidemiología desconocidos.
- Aplicar los principios de medicina preventiva en el nivel primario, secundario y terciario y su evaluación.
- Desarrollar funciones de planificación y evaluación.

Es de capital importancia para su desarrollo y aplicación la figura del Técnico en Salud Pública, que aparece esbozada en el Decreto de Reforma de la Atención Primaria de la Comunidad Gallega y que sin embargo no aparece definida.

No podemos finalizar esta primera editorial sin mostrar nuestro más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su interés, apoyo y trabajo han hecho posible la publicación de este Boletín.

BOLETÍN INFORMATIVO
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MASTER EN SALUD PÚBLICA.
DICIEMBRE 1993 ● N° 0

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA
COMITE DE REDACCIÓN:
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY
M^a MONTSERRAT GARCÍA SIXTO
COMITE ASESOR:
CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN

EDITA: A.A.M.S.P.
c/ Hórreo 174 -3ºF -SANTIAGO-
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
Resto: Tórculo S.A.
DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
ISSN: En trámite.
Tirada: 100 ejemplares

BOLETÍN INFORMATIVO no comparte necesariamente la s
opiniones vertidas en los artículos firmados, que son de l a

LA FORMACIÓN MÉDICA DE PREGRADO

Prof. Dr. Juan J. Gestal Otero

La universidad forma a los médicos en un ambiente técnico hiperespecializado, que no comprende con gran frecuencia los papeles respectivos del especialista y del médico general. No lo prepara para ejercer su independencia, para realizar elecciones y tomar decisiones, cosas todas que tendrá que hacer en la práctica corriente.

Este desfase producido en los últimos treinta años en la mayoría de los países entre la práctica diaria de la medicina y la enseñanza de la misma está condicionado, a juicio de la Dra. García Barbero¹, por tres factores:

a) El cambio en los patrones de las enfermedades y una mayor demanda social de la salud, condicionado a su vez por los cambios demográficos (envejecimiento de la población y descenso de la natalidad) y a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias.

b) El gran avance de los conocimientos científicos y tecnológicos que ha dado lugar al desarrollo de una medicina hospitalaria superespecializada y alejada de la medicina general. La enseñanza práctica de la medicina se lleva a cabo en los Hospitales Universitarios, los más avanzados en conocimientos y tecnología, por lo que el contacto que tienen los estudiantes con la medicina es con una medicina de alta especialización, que raramente van a ver o poder realizar durante su ejercicio profesional, salvo que realicen una especialidad.

c) El gran énfasis puesto en la salud comunitaria y en la medicina preventiva ha impulsado a las Escuelas y Facultades de Medicina a buscar soluciones al viejo conflicto de la filosofía de la educación (de una parte los seguidores de Platón y Aristóteles, que buscan el conocimiento por el conocimiento, y de otra los que siguen el pensamiento de Bacon y Dewey que postulan el conocimiento como instrumento de la utilidad), es decir, la obligada síntesis de teoría y práctica, según sus propios moldes históricos, sociales, culturales y económicos, que necesariamente han influido en que la síntesis se incline más unas veces hacia la teoría y otras hacia la práctica.

No existe un criterio uniforme respecto a como se debe enseñar a los futuros médicos. Las llamadas estrategias educativas de la formación médica moderna coinciden en señalar que lo esencial no es la información sobre hechos y conocimientos, sino una enseñanza orientada a la solución de los problemas que la práctica médica plantea continuamente.

Hoy es cada vez mayor el número de los que consideran que la educación médica reside más en el aprendizaje que en la enseñanza.

En términos generales las universidades que se crearon en el mundo con los patrones de la universidad inglesa postbaconiana, optaron en un principio y han ido desarrollando posteriormente el "modelo práctico" de la enseñanza médica. Los cambios se iniciaron en la década de los sesenta, fundamentalmente en las escuelas de medicina de EEUU, pasando de allí a Australia, Suráfrica, India, y a algunas universidades de otros países como Canadá, Japón, Israel, etc. En EEUU se desarrollaron dos grandes modelos, uno encabezado por la Western Reserve University que basa su nuevo curriculum en la reducción de tiempo dedicado a cursos obligatorios en favor de cursos optativos e integración de diversas materias con la eliminación de duplicaciones y contenidos accesorios o no pertinentes; y otro el modelo alemán del siglo XIX, desarrollado por la Johns Hopkins University, con dos años de ciencias básicas y dos años de estudio clínico realizados en un hospital perteneciente a la universidad.

En algunas Facultades de Medicina la adaptación de la enseñanza a las necesidades sociales y a los cambios producidos en la práctica médica consistió en la adaptación del sistema clásico de enseñanza basado en disciplinas a un sistema integrado (integración horizontal y vertical)². Variando esta integración de una a otra Facultad, pudiendo ir desde la coordinación de las distintas disciplinas en el tiempo o en el tiempo y los contenidos alrededor de un problema médico concreto (Facultad de Medicina de Alicante)³, a la desaparición total de las mismas como tales, tal es el caso de la Universidad de Limburg en Maastricht (Holanda) o la de NewCastle New South Wales (Australia), que han adaptado sus curriculos a la solución de problemas con la desaparición de las clases teóricas y la estructura docente rígida. O en el programa experimental desarrollado en la Escuela de Medicina de Albuquerque (Nuevo Méjico-EEUU) que engloba los dos primeros años de la carrera en los que los alumnos estudian ciencias básicas a través de problemas clínicos y del contacto con la medicina rural.

Finalmente tenemos aquellas facultades (Xochimilco-Méjico, Universidad Nacional Autónoma de Méjico, Beersheva-Israel) cuyos programas están orientados hacia la comunidad más que hacia los hospitales, y sus alumnos pasan parte del entrenamiento trabajando en la misma y viviendo los problemas de salud de la población⁴⁻⁵.

Otros países conservan modelos universitarios impregnados todavía, en mayor o menor medida, del espíritu medieval y renacentista de la universidad, y aunque han desarrollado en sus planes de estudio la enseñanza práctica, conservan un gran bagaje de enseñanza teórica. Debemos citar aquí nuestro país y gran parte de las universidades de Latinoamérica y, también, aunque solo hasta cierto punto, algunas de las escuelas de medicina de Italia, Francia y Alemania⁶.

En España el esquema inicial del curriculum se ha mantenido prácticamente inalterado a lo largo de este siglo, con la cíclica adición o retirada de disciplinas como física, química, biología y matemáticas, con orientaciones aplicativas más o menos definidas. Los primeros intentos de modificación del curriculum fueron emprendidos por las facultades de Medicina de Madrid (Complutense en 1966 y Autónoma en 1968) y más recientemente por la Facultad de Medicina de Alicante (1980)⁷.

El actual Proyecto de plan de Estudio⁸ hace hincapié en la enseñanza práctica, señalando que "los planes de estudio deben incluir un tiempo suficiente para que los estudiantes puedan adquirir ellos mismos la experiencia clínica que su función posterior de médicos precisa y asegurar que esa experiencia sea auténtica, es decir, adquirida en contacto directo con los pacientes sin la masificación que suponen los maniqués, supuestos clínicos y procedimientos similares".

Dicha experiencia clínica queda circunscrita preferentemente a los campos de la medicina general y social (Medicina de la Comunidad); de ahí que entre los recursos que el Estado puede poner a disposición de los "curricula" deben figurar, además de los hospitales, instituciones extrahospitalarias diversas.

Por ello en la organización general del curriculum deben tenerse en consideración los siguientes hechos:

- La necesidad, impuesta por la abundancia de la información existente, de enseñar a los estudiantes nociones conceptuales o de principio más que un conjunto de datos a menudo disperso y frecuentemente excesivo.*
- La conveniencia de estimular al autoaprendizaje y la adquisición de hábitos de estudio que los estudiantes deben conservar a lo largo de toda su vida profesional.*
- El establecimiento de una ordenación o secuencia temporal lógica entre los diferentes contenidos docentes, tanto teóricos como prácticos, tratando de conseguir que entre las partes iniciales y finales del curriculum exista un nivel de correspondencia o conexión adecuado.*
- El tratamiento uniforme o compartido de los objetivos de la enseñanza, de manera tal que las partes de diferentes disciplinas que versan sobre los mismos fenómenos se impartan de forma coordinada. La coordinación de la enseñanza, mediante la definición de unidades o bloques docentes en el curriculum y la creación por las Universidades de los instrumentos precisos (Jefatura de estudios, Comisiones de Curriculum, Ciclos, Cursos, etc.), tiene múltiples ventajas, la principal de las cuales es que permite a los estudiantes una visión general de partes separadas del curriculum. La fragmentación de la enseñanza médica en disciplinas autónomas y múltiples, con poca o nula relación entre sí, queda, de esta forma, superada. Es importante recordar a este respecto que la coordinación de la enseñanza debe operar no sólo entre materias básicas y disciplinas clínicas, sino, muy particularmente, en el seno de unas y otras entre sí.*

-- La definición de módulos de enseñanza teórica y práctica adecuados, a fin de dar respuesta razonable al binomio conocimiento/experiencia clínica y procurar una base sólida a la actividad profesional ulterior de los estudiantes.

-- La formación clínica ofrecida durante el período de formación pregraduada debería ser organizada, por otra parte, conforme a las siguientes nociones:

- a) Debe ocupar una parte importante del programa de estudios.
- b) Debe cubrir las principales disciplinas y especialidades clínicas.
- c) Debe ser concebida de manera que se permita la obtención de un alto grado de cualificación y competencia clínica.
- d) Debe estar orientada hacia el desarrollo de hábitos profesionales adecuados y actitudes éticas admisibles en los estudiantes.
- e) El acento durante el proceso formativo debe ponerse en el trabajo personal.
- f) El número de estudiantes en formación debe adaptarse a los medios pedagógicos y clínicos disponibles.
- g) El potencial educativo de los diferentes dispositivos del sistema sanitario, se encuentren o no relacionados con la Universidad, debe ser plenamente utilizado.
- h) Teniendo en cuenta que, por razones de organización y estructura, los casos clínicos que predominan en los Hospitales Universitarios suelen ser difíciles y de menor incidencia, resulta imprescindible para la formación clínica de los estudiantes recurrir al concurso de otros Hospitales (regionales, comarcales o locales) donde los pacientes ingresados sufren, en general, enfermedades de las que deberán ocuparse preferentemente los futuros médicos generales.
- i) Idéntica consideración cabría hacer, por último, respecto a la necesidad y conveniencia de contar para la formación clínica de los estudiantes con los Centros de Atención Primaria que el Estado pueda poner a disposición de las Universidades.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- García Barbero M. Enseñanza de la medicina: modelos educativos. Jano 1986; 741: 5-11.
- 2.- Benor DE. Integración interdisciplinaria en la educación médica : teoría y método. Jano 1986; 741: 13-25.
- 3.- García Barbero M. La Facultad de Medicina de Alicante. Logros y problemas de una experiencia docente. Jano 1986; 741: 26-39.
- 4.- Duban S. Kaufman A. La experiencia de Albuquerque. Jano 1986; 741 : 41-50.
- 5.- Prywes M. La experiencia de Beersheva: integración de servicios y educación médica. Jano 1986; 741: 53-61.
- 6.- Portuga l Alvarez J. La Universidad y el médico. Tribuna Médica 1982; 933: 37 y 39.
- 7.- García Barbero M. La evolución de las facultades de medicina. Jan o 1986; 746: 27-28.
- 8.- Consejo e Universidades. Informe Técnico del Grupo de Trabajo nº IX: Título de Licenciado en Medicina y Cirugía. 1987.

CONCEPTO DE MEDICINA PREVENTIVA.

Prof. Dr. Manuel Domínguez Carmona.

Definir es llegar al conocimiento; supone apresar y fijar el contenido para poderlo transmitir por la palabra oral o escrita. Se expresa con palabras que no siempre reflejan fielmente las ideas de quienes las emiten y pueden ser interpretadas de modo diferente por quien las lee o escucha. No es pues extraño que Voltaire escribiera "Sí queréis conversar conmigo definid primeramente los términos que empleéis" o que Emerson dijera "Será para mí semejante a un Dios aquel que pueda definir (y dividir) con justificación" o que Disraeli proclamara "Odio a las definiciones". Además, las personas interesadas en hacer son poco proclives a definir. Sí es difícil definir cosas, res rei, mucho más difícil lo es definir abstracciones mentales como son las ideas y esta dificultad aún se multiplica si lo que hay que definir son dos palabras dotadas ambas de un amplio y por ello controvertido significado. Los conceptos pues, son lo que queremos que sean, supone acuerdo relativamente unánime sobre su contenido y límites, empleando para ello palabras cuyo significado debe ser muy claro para todos.

Asclepio, el Esculapio de los latinos, era hijo de Apolo, padre además de la Medicina, y de ahí su nombre de Itarón, de la poesía y de la música. Asclepio aprendió de su padre y del centauro Quirón de quien los cirujanos tomaron su nombre, medicina.

Asclepio tuvo con la ninfa Coronu dos hijas. Panacea que se ha constituido el símbolo de la Medicina curativa y su hermana Higieya, quien lo fue de la preventiva. A ella se debe el nombre de Higiene.

Como ejemplos de las múltiples definiciones de "Higiene" destacamos las siguientes: Presavin en su tratado la considera como el "Arte de conservar la salud y prolongar la vida o Tratado de higiene" impreso en 1800 traducido al español por el salmantino doctor Bartolomé José Gallardo definía a la Higiene como "La parte de la Medicina que tiene por objeto la conservación de la salud". Londe en "Nouveaux éléments d` Hygiène" París 1827 la considera como la "Ciencia que tiene por objeto dirigir los órganos en el ejercicio de sus funciones". Monlau la definió como la Ciencia que

se ocupa de todo aquello que es necesario para conservar la Salud, prolongar la vida y mejorar la especie". Roys en su "Manuel d'hygiène (1845) dice que es "El Arte de conservar la salud, prevenir las enfermedades y que aspira a perfeccionar la naturaleza humana". Becquerell en su "Traité élémentaire d'Hygiène" París 1874 dice que Higiene es el "tratado de la salud para conservarla y perfeccionarla".

Para Gómez Reig la Higiene sería "Una rama de las Ciencias médicas, la cual suponiendo conocido el hombre, que es su objeto útil, estudia todos los factores vitales o influyentes en la vida privada y social de dicho hombre, a fin de conocerlos y poderlos dirigir y gobernar en relación sobre el, de tal modo que en todo caso, la resultante sea la justa adecuación en provecho de la salud, de la vida y de la perceptibilidad humana". Proust dice que es "Conservar la salud, evitar la enfermedad y retardar la muerte". Letamendi, suegro de Forns, Catedrático de Higiene de Madrid, definía la Higiene como la disciplina esencialmente médica, cuyo objeto es prevenir la enfermedad y por fin conservar la salud y regenerar la especie".

Entre todas estas definiciones que hemos recogido de los clásicos destacamos la debida a Fleury quien en 1852 definió la higiene como "Ciencia y Arte que se propone por medio de los modificadores cósmicos e individuales, proteger y mantener al hombre sano y enfermo, aislado o en sociedad, en las condiciones óptimas para el desarrollo regular de su organización física, mental y moral". Esta magnífica y debemos decir, incluso moderna definición, nos expresa que la Higiene debe actuar sobre lo que hoy llamamos determinantes de la salud ya sean los ecológicos (modificadores cósmicos) como los individuales (constitución y genes), teniendo como sujeto de su acción tanto al hombre sano y enfermo, como persona individual y formando parte de grupos y añade el componente moral al cual la salud debe servir.

Las palabras, especialmente cuando se usan inadecuadamente se deterioran y sufren la erosión semántica.

Higiene pasó a significar solo dos actividades higiénicas que siguen siendo muy importantes, la limpieza corporal, el vestido, la alimentación, la higiene sexual y la mental como propias de la Higiene individual o privada y el saneamiento ambiental, como característico de la llamada Higiene pública. La Higiene pública se ocuparía del ambiente entendiendo este con Ryle (1974) como "la totalidad de las oportunidades de tipo nutritivo, ocupacional, educativo y psicológico".

Comprendería pues la Higiene el conjunto de actividades no clínicas dirigidas a lograr la Salud. Se consideró necesario modernizar la higiene o mas bien devolverle su espíritu original y se acuñó la expresión de "Medicina Preventiva" que pronto adquirió carta de naturaleza.

El espíritu de la Medicina Preventiva viene expresado por el aforismo de Jacquet que dice "Si las gentes se están cayendo en un precipicio, es mas humano y más barato colocar una defensa en la altura que construir un hospital perfectamente dotado en el fondo" o por lo que decía el emperador chino Huang Ti (2697-2597 a.J.) "No hay que tratar al que ya está enfermo, es mejor instruirlo para que no enferme, pues administrar medicinas para enfermedades desarrolladas es como empezar a cavar un pozo cuando se tiene sed, o empezar a repartir armas cuando ya se está comprometido en la batalla".

La Medicina Preventiva pretende la utopía de obtener la salud plena y para todos.

Ya decía Rosenau "Soñamos con una época en que todo hombre, de acuerdo con sus capacidades, asumirá su parte en el trabajo común y poseerá lo suficiente para las necesidades de su cuerpo y las exigencias de su salud. Soñamos con una época en que no habrá sufrimientos innecesarios, ni muertes prematuras y en la que el bienestar del hombre será la mas alta preocupación. Soñamos todas estas cosas con la satisfacción de ayudar a que se produzcan y en beneficio de los que han de vivir después de nosotros: Porque cuando los jóvenes son visionarios, los sueños de los viejos acaban convirtiéndose en realidad".

La Medicina Preventiva no es una Ciencia pura sino aplicada. Aprovecha la sabiduría que las Ciencias proporcionan para aplicarlas a la mejora y perfeccionamiento de la Salud. Por ello requiere conocimientos, y colaboración con todas las

Ciencias médicas especialmente con las etiológicas y con la fisiología y patología, pero además con la estadística, la física, la química, la demografía, la sociología etc.

La sustitución de la palabra Higiene por la de Medicina Preventiva restringe su contenido. Ateniendonos al significado de las dos palabras, sabemos que Medicina etimológicamente viene del latín "medere" el cual proviene del sánscrito "medh" que quiere decir ir hacia delante, maldecir o conjurar que parece emparentada con la palabra "yarayami" alejar, relacionada en el Rig Veda con "amira" (enfermedad o demonio causante de la misma que debe ser expulsado).

A la palabra medicina se la califica con la palabra preventiva (del latín providere de donde se pasó al español "prever" y "prudencia" formando un híbrido de curación y de profilaxis, palabra que proviene del griego "profulasso" que quiere decir "yo guardo". Sin embargo la Medicina sin ningún apelativo tiene ya un contenido preventivo. Así Galeno definía a la Medicina como el "Ars quae praest sanis victus ratione regendis, atque aegrotis curandis".

La Medicina Preventiva sería "El conjunto de conocimientos y quehaceres médicos dirigidos al hombre sano y al enfermo para proteger y mejorar su salud. Leavell y Clark (1953) la definieron como "La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y aumentar la salud y la eficiencia física y mental de la persona". Piédrola la define en unión de la Social como "Ciencia y Arte que utiliza todos los medios sanitarios y sociales a su alcance, para conservar, incrementar y restaurar al máximo la salud física, mental, social y moral del individuo, de la familia y de la nación, para así lograr el perfecto y continuado ajuste del hombre a su ambiente y el pleno goce de la vida misma individual y socialmente considerada". El concepto comprende el conjunto de actividades preventivas que el clínico efectúa en su quehacer cotidiano. Siempre que se trata a un enfermo se realiza la prevención de secuelas e invalideces.

Al explorar un enfermo para diagnosticar el proceso que justificaría los síntomas alegados puede encontrar otros procesos subclínicos.

Igualmente se ejercen actividades preventivas al prescribir penicilina-benzatina en un antiguo reumático o la inmunoglobulina antitetánica a un

herido o al efectuar educación sanitaria en hipertensos, en diabéticos o en sus familiares o bien cuando se efectúan reconocimientos sistemáticos de la embarazada o los que se realizan para vigilar el desarrollo infantil. La Medicina preventiva, actuaría como el brazo profiláctico de las acciones médicas. Sería lo que la Association of Teachers of Preventive Medicine Foundation de USA llamó Medicina Clínica Preventiva equivalente al Health Care inglés. Las llamadas "Luchas sanitarias" fueron el cauce por donde los clínicos actuaron en la prevención de la tuberculosis, de las enfermedades venéreas, de la mortalidad materno-infantil etc.

El desarrollo teórico de la Atención Primaria de Salud realizado en la reunión de Alma-Ata, se considera falaz la oposición entre curación y prevención, y se pretende unificar plenamente estas dos actividades y así Lalonde, ministro de Sanidad canadiense, presentó en 1974 a su Gobierno, un modelo de actuación en el campo de la salud que elimina la separación entre prevención y curación considerando que los campos de actuación deberían ser la biología humana, el medio, el estilo de vida y la Organización de los Servicios Sanitarios.

Sin embargo, creemos que hay acciones preventivas que exceden el ámbito existencial y que no pueden ni deben, incardinarse en la faceta curativa de la Medicina, especialmente en aquellas que requieren una especial relación médico-enfermo, entre las que incluiríamos el Saneamiento Ambiental, los Programas específicos por edad, sexo, función social, o los dirigidos a ciertos problemas como, las enfermedades venéreas, las drogas, el alcoholismo, etc.

En muchos de estos programas debe intervenir el clínico, por ej. en los Exámenes en salud. El contenido ampliado de la Medicina Preventiva la hace superponible al de la Higiene. Comprende la modificación positiva de los factores biológicos, ambientales y sociales, tanto primarios como secundarios y terciarios que la medicina sabe que influyen en la Salud. Actuarían en este campo médicos especialistas, preventivistas o mejor y más clásicamente, sanitarios, en unión de otros profesionales tales como ingenieros industriales, de caminos, agrícolas, etc., arquitectos, urbanistas, educadores, psicólogos y desde luego economistas, gestores y políticos.

Otros, en cambio, limitan la Medicina Preventiva a las actividades que son

responsabilidad directa del individuo en la prevención de la enfermedad y en la protección y en el fomento de la salud de uno mismo y de su familia (Smillie 1949).

También la expresión Medicina Preventiva se ha ido difuminando y por ejemplo Borrell, entonces Secretario de Estado de Hacienda, dijo en Sevilla "que no hay ninguna necesidad de adoptar medidas adicionales para enfriar la economía ya que la Medicina Preventiva que se aplico antes del verano sigue dando resultados". Razón tenía Horacio cuando escribió "Es lícito y siempre lo fue poner en circulación vocablos recién acuñados" y mas adelante "Del mismo modo que los bosques renuevan su follaje con la sucesión rápida de los años, así caen las viejas palabras y se ve según sucede con los jóvenes, como florecen y adquieren fuerza las últimas que han nacido". Por eso se han venido sucediendo y superponiendo una serie de términos que intenten superar los conceptos anteriores considerados obsoletos, pero incluso antes de que las nuevas expresiones hayan alcanzado carta de naturaleza, aparecen otras nuevas que hacen caducas a la neonatas. Así surgieron los términos de Medicina Social, el de Salud Pública, el de Medicina predictiva, el de Protección de la Salud o el de Promoción de la Salud y los de Salud y de Medicina comunitaria y la nómina continua abierta. Los conceptos se esgrimen y se emplean como dardos para atacar a los oponentes, destacando los nuevos y más modernos contenidos, connotaciones, sentidos y metas, o al menos eso se dice pretender. Muchos de estos nuevos conceptos han sido acuñados con fines no siempre desinteresados. En una carta dirigida por el Prof. Sohier de la Facultad de Medicina de Lyon, fechada el 15 de febrero de 1954, dirigida al Prof. D. Oscar Piñerua, en relación con el término Medicina Social decía lo siguiente: "En fait, il faut bien remarquer que ceux qui sont partisans de la création des nouvelles chaires, sont précisément ceux qui espèrent être les titulaires. C'est ce qui se passe á Lyon".

Cuando los problemas de Salud pueden resolverse con las actividades preventivas deben preferirse estas porque logran el objetivo antes, con menos riesgo, sufrimientos, molestias etc. para las personas y comunidades y con mucho menor empleo de recursos para cada objetivo concreto. La Medicina Preventiva sin embargo solo es barata si se evalúa un solo objetivo vg. la erradicación de la viruela, la disminución de la mortalidad por cardiovasculares, etc. Sin embargo como el éxito

de la prevención supone aumentar las expectativas de vida, con el consiguiente envejecimiento y con el aumento de la prevalencia de enfermedades cuya atención puede ser muy costosa. La prevención proporciona un éxito social importantísimo y aun siendo consciente de los problemas que suscita la Medicina Preventiva debe ser prioritaria en las políticas sanitarias.

El máximo desarrollo de la Medicina Preventiva tuvo lugar a partir de 1930 gracias a los enormes avances en el conocimiento de la etiología de las enfermedades especialmente de las transmisibles, a la introducción de la Educación Sanitaria como técnica de salud, a la mejora de la alimentación, a la Higiene materno-infantil, a los Exámenes en Salud, etc.

El conocimiento de los determinantes de la salud y de los factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas como el cáncer o la aterosclerosis, la diabetes, el parkinson etc. permitió dar nuevos objetivos a la moderna Medicina Preventiva. Por otra parte, el avance de las Ciencias sociales y políticas hizo posible su aplicación a la prevención.

La Medicina Preventiva puede actuar en tres niveles que Leavell y Clark (1965) esquematizaron en su célebre esquema de la Historia Natural de la Enfermedad. Esta se desarrollaría en un período prepatogénico, en el que actuarían característicamente los factores etiológicos. Otro patogénico en el que tendrían lugar los cambios morfológicos histológicos, celulares y subcelulares, y los signos y síntomas de la lesión producida.

1.- El nivel primario o Prevención primaria actúa en el período prepatogénico. Ya Galeno decía "Como sea que la salud precede a la enfermedad tanto en lo que respecta al tiempo como a la apreciación, debemos procurar en primer lugar conservar la salud y luego ver de curar las enfermedades". Pretende evitar la enfermedad modificando o suprimiendo los factores de riesgo intrínsecos (estado inmunitario, hormonal, nutricional, etc) o externos, o impidiendo que actúen aquellos sobre la persona. vg. vacunando o depurando el agua o evitando el hábito tabáquico, el sedentarismo o utilizando vestidos, máscaras y guantes protectores para evitar las acciones tóxicas de los productos químicos. Desde el punto de vista de la prevención un factor de riesgo es simplemente aquel que hace disminuir la incidencia de la enfermedad cuando se le modifica o elimina. Los factores de riesgo pueden ser físicos

(ruido, radiaciones de todo tipo, temperatura, humedad relativa, presión atmosférica, meteoros, etc) químicos como son los productos tóxicos del ambiente laboral o los que forman parte de los alimentos por adulteraciones, fraudes o contaminaciones o los mismos medicamentos o los que causan la contaminación ambiental los agentes biológicos especialmente los causantes de las enfermedades transmisibles. Los factores sociales tienen una gran importancia en la génesis de las enfermedades actuando en unos casos como factores primarios y secundarios o terciarios en otros. La Medicina Social es la parte de la Medicina Preventiva que se ocupa de los factores sociales que influyen en la presentación y distribución de las enfermedades (así como de la repercusión que la enfermedad y la medicina ejercen sobre el cuerpo social).

También forman parte de la prevención primaria las acciones dirigidas a mejorar la salud. La Medicina preventiva pretende hacer lo que se ha llamado Medicina predictiva identificando a las personas o a los grupos que por razones genéticas o de otra naturaleza son más susceptibles a determinados riesgos para evitarlos con más énfasis que al resto de los individuos. El descubrimiento de las personas con carga de riesgo para el padecimiento de una o varias enfermedades no debe suponer en ningún caso una carga ni una preocupación más, sin crear sentimientos de culpabilidad ni provocar la marginación de los así identificados.

Los factores de riesgo pueden ser primarios cuando actúan directamente sobre los mecanismos patogénicos. Evidentemente unos serán más primarios que otros a medida que los conocimientos se vayan ampliando. Los factores de riesgo secundarios son los que permiten actuar a los primarios sobre el organismo humano. Los terciarios serían los que facilitan la acción de los secundarios. Por ej. el bacilo de Koch es un factor primario para la tuberculosis, el hacinamiento o la malnutrición serían factores secundarios y la pobreza que no permite tener una vivienda suficiente y una alimentación correcta sería un factor terciario. El 3-4 benzopireno es un factor de riesgo primario para el cáncer pulmonar, o para el infarto; el cigarrillo sería un factor de riesgo secundario y la aceptación social, la propaganda etc. para el uso del tabaco constituirían un factor de riesgo terciario.

Los factores sociales en la génesis de las enfermedades tienen una gran importancia. De ello ha surgido el concepto de la Medicina Social como

la parte de la Medicina Preventiva que se ocupa de los factores sociales que intervienen en la presentación y distribución de las enfermedades (el otro aspecto es la repercusión social que la enfermedad y la medicina ejercen sobre el cuerpo social).

2.- La "Prevención secundaria" pretende minimizar las consecuencias de los procesos morbosos antes de que aparezcan síntomas, mediante su diagnóstico y tratamiento precoces. La herramienta básica son los Exámenes en salud iniciados de forma sistemática a partir de 1960. La evaluación de los Exámenes en Salud ha llevado a la conclusión de que deben abandonarse las pruebas exhaustivas, multifásicas para pasar a pruebas selectivas en grupos de población determinados bien por ser de gran riesgo, o porque las medidas a tomar en ellos van ser muy efectivas.

La prevención secundaria o terciaria de un proceso puede ser la primaria para otro. Así al tratar una faringitis estreptocócica o una escarlatina con penicilina (actuación terciaria frente a la estreptococia) se hace prevención primaria de la Fiebre reumática o de la Nefritis postescarlatinosa.

3.- La Prevención terciaria, se superpone con la medicina curativa y con la rehabilitadora, pues comprende el conjunto de acciones dirigidas a curar la enfermedad antes de que aparezcan secuelas e invalideces. Por ej. previniendo úlceras de decúbito o malposiciones en una poliomielitis. La prevención terciaria se hace necesaria cuando fracasa la prevención primaria y secundaria y cuando estas fallan indica que ha habido un fracaso social.

Los factores sociales constituyen un agente primario ya que intervienen en la formación de la personalidad, en el proceso que Rof llamo la "urdimbre" y como agente de frustración y de estres que influye en la hipertensión, en la ateromatosis, en la presentación de ulcus etc, pero también como factor secundario y terciario de una gran trascendencia.

La conducta humana que ahora se llama "estilo de vida" es igualmente un determinante de la salud y factor de enfermedad. Por ej. la obesidad, los excesos de alimentos grasos y de dulces, el sedentarismo y el hábito de fumar suponen un estilo de vida defectuoso. En todo problema de salud interviene siempre, aunque con diversa importancia, una conducta humana ignorante por no saber, negligente por descuidar o imprudente

por no importar, que en unos casos condicionará la presentación de la enfermedad y en otros dificultará o impedirá la curación.

El ganadero se preocupa mas de la salud de sus animales que de la suya propia. Ejemplos de lo que decimos lo tenemos con las enfermedades hídricas que se deben -aparte de a los microorganismos causales- a que contaminamos con nuestras excretas al medio y además que no nos preocupamos de tomar el agua y los alimentos seguros. MacMahon cuenta la historia del enfermo con cirrosis provocada por una hepatitis B contagiada por una jeringuilla que no estaba estéril (fallo de conducta del técnico que le puso la inyección), de penicilina para tratar una sífilis que había sufrido como consecuencia de un contacto sexual con una prostituta, otro problema de conducta.

El principal escollo para que la Medicina Preventiva tenga su máxima eficacia estriba en la poca demanda de la misma que existe y en las escasas molestias que estamos dispuestos a asumir para lograr la salud. Vacunamos a nuestros hijos pero mucho menos a nosotros, nos cuesta mucho dejar de fumar o mantener una dieta corecta, etc.

Esto contrasta con la gran demanda de atención curativa y con los sacrificios que hay que hacer para restaurar la salud cuando se ha perdido.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Committe of Inquiry into the futur development of the Public Health in England.-1988
- 2 World Health Organisation. Target for health for alls.-Copenhaguen.- WHO regional Office for Europe.- 1988
- 3 Mustard H.S., Stebbins E.L.- Introducción a la salud pública.- La Prensa Mexicana.-México. 1965
- 4 Last JM.- Scope and methods of prevention.-En "Last JM (Ed) Public Health and Preventive Medicine".- Ed.Appleton-Century Crofts.- Norwalk (USA) 1986
- 5 Vega L., Garcia H.-Bases esenciales de la salud pública. La Prensa Médica mexicana. México. 1965
- 6 Kohn R y White K.L.- Health care :an international study.- Ed. Oxford University Press. London
- 7 Lalonde M.- A new perspective on the health of Canadiens.- Ottawa. Government of Canada. 1974
- 8 Epp J.- Achieving health for all.A framework for health promotion. Ottawa: Supply and Services, 1986 .
- 9 Ashton J. y Seymour H.- La Nueva Salud Pública.- Version española de Alvarez-Dardet C., Colomer C y Piera C. Ed. Masson Barcelona. 1990.
- 10 Neumann S.- Die Offentliches Gesundheitsfleg und das eigenthum. Berlin. 1847
- 11 Clark EG.- Texbook of Preventive Medicine.- Ed. Tavistock.- London. 1953

12 Leavell HG. y Prevent Medicine for the Doctor in
his Community.-- Ed. McGraw Hill.- New York 1965.

HOMBRE, AMBIENTE Y SALUD.

Dr. Luis Rodríguez Míguez

Se viven tiempos de modas y las modas siempre encubren un vacío de algo. La moda, flor de un día, que desaparece con la rapidez de un relámpago, relumbra sobre un fondo de verdad que perdura a lo largo del tiempo. El fondo de verdad, lo que menos brilla, permanece y permite el progreso.

De un tiempo a hoy, y alegrémonos por ello, la ecología, la defensa del ambiente está de actualidad, está de moda, y el hombre a defender el ambiente se autodefende.

El organismo humano está dentro de la naturaleza pero el hombre puede decir "no" a la naturaleza y aún ir en contra de ella.

El hombre no "es" un organismo, sino que "tiene" un organismo que puede usar, incluso con fines antiorgánicos, p.e., automutilaciones, intoxicaciones. El ser humano es el resultado del conjunto de actividades bio-psicológicas al que se agregan las costumbres, actitudes y valores emocionales con sus respectivos patrones culturales.

Hombre y ambiente constituye un "círculo cerrado" que no se agota en su faceta física, y a que el ser humano hace y experimenta lo social y lo histórico siendo al mismo tiempo actor y espectador en el escenario de su mundo y en el

drama de su vida.

Resulta muy difícil intentar separar los factores biopsíquicos de los sociales, pues en puridad, pertenecen a una misma realidad. Con los mismos orígenes, el mismo entorno, la misma alimentación, los mismos educadores, las mismas compañías pueden suscitarse individuos diversos y aún contrarios. Ahí está la maravilla antigregaria de la humanidad.

Los factores ambientales pueden estar relacionados con los problemas de salud, positiva o negativamente, tanto como factores causales directos o como factores indirectos.

Las nociones de salud y enfermedad se expresan en relación a la interdependencia del individuo y el ambiente.

El Ministro de Sanidad de Canadá, M. Lalonde, analizó, en 1974, la cuestión de los **determinantes de la salud**, y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico en Salud Pública. El nivel de salud de una comunidad viene determinado por la INTERACCIÓN de cuatro variables:

- La biología humana (genética, envejecimiento).
- El ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- El estilo de vida (conductas de salud).

- El sistema de asistencia sanitaria.

Pero, el fondo de verdad de la interrelación del ser humano y el ambiente, la ecología, nuevamente de actualidad ya la encontramos en la obra del Padre de la Medicina, Hipócrates, en su obra << De los aires, de las aguas, de los lugares >> que viene a ser propiamente un auténtico tratado de bioclimatología médica: <<quien quiera ocuparse de medicina debe examinar atentamente las estaciones y lo que cada una de ellas pueda causar...; después debe considerar los vientos, fríos o cálidos, dominantes en aquellos lugares, finalmente la cualidad de las aguas porque, tal como difieren en sabor y en peso, así también sus respectivos efectos son muy diferentes. Debe igualmente observar el modo de vivir de los hombres, lo que les gusta, lo que beben y lo que comen, si se dedican a los ejercicios físicos o si comen mucho y beben poco. Todo esto un médico debe saberlo exactamente, porque entonces no le serán desconocidas las enfermedades locales y no se sentirá cohibido en el tratamiento de una enfermedad >>.

Muchas veces los argumentos en pro de la defensa del ambiente fueron calificados de "emocionales". Hay una ley biológica que lleva a todo organismo a luchar contra su desaparición. Todo ser vivo precisa inexorablemente de la agresividad para subsistir, pues necesita enfrentarse al ambiente para obtener

alimentos. La agresividad al socializarse, al humanizarse, al cargarse de factores emocionales, intelectuales y volitivos, se convierte en violencia. La violencia es la humanización de la agresividad.

Mal ejemplo de esta lucha no viene de Alemania donde últimamente están de moda los prostíbulos "ecológicos", en los que el sexo se viste de verde para tratar de encubrir la plaga del siglo, el SIDA, que pone a los proxenetas al borde de la ruina. Las "trabajadoras del amor", en versión superficial de vegetarianas, consumen, en lugar de cubatas, zumos de frutas. Lo ecológico, lo verde vende al encubrir lo más verde; pero la difusión del SIDA no se va a detener porque las prostitutas simulen ser vegetarianas.

Otra cuestión es considerar el ser humano como la "unidad bío-social individual" resultado de la unión del "bíos" con el "producto de la sociedad y la cultura en que vive", de la experiencia social incorporada a su capital biológico, hecho que lo transforma en un individuo social. Compartir el pan y el conocimiento son las dos fuentes de la vida social.

Es de todo punto necesario, para salvarnos como individuos y como especie salvar el ambiente, ser ecologistas, como muy bien dice Ortega " Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo ".

ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO

Juan Ramón García Cepeda, José Carlos Salas Costas



INTRODUCCIÓN

Este artículo es un resumen de los aspectos más relevantes, de un trabajo realizado para el Master de Salud Pública 92-93 por J.R.G.C. y J.C.S.C..

Se toman como referencia la Ley General de Sanidad (14/1986), el R.D. 137/84, sobre estructuras básicas de Salud y el D. 55/1989, revisión del mapa sanitario de Galicia.

El Área Sanitaria de Santiago, establecida por el Decreto citado y hoy derogado, no se corresponde con la realidad ya de una parte está delimitada por el límite provincial, excluye a Lalín y La Estrada, y por otra parte no abarca la totalidad de Zona Sanitaria de Atención Integrada (Z.S.A.I.) de Santa Comba.

Actualmente no existe Mapa Sanitario de Galicia, por estar derogado el Decreto 55/1989, tan solo existe, sobre el papel aunque no funcionalmente, el Área del Salnés.

Este estudio se estructuró tres partes:

- 1.- Análisis de la A.P.
- 2.- Análisis de la A.E.
- 3.- Análisis del Área.

1.- Las variables estudiadas en A.P., por Ayuntamientos y posteriormente agrupadas por Z.S.A.I. y finalmente abarcando toda el Área han sido las siguientes:

- Distribución etárea y pirámide de población.
- Índice de Sundbarg.
- Padrón de 1986 y Censo de 1991, y diferencia porcentual.
- Superficie; densidad, N° y entidades de población.
- Tasa de mortalidad.
- Tasa de crecimiento.
- Recursos humanos sanitarios, S.N.U. y centros sanitarios.

OBJETIVOS: Conocer las características demográficas, recursos humanos sanitarios y las necesidades potenciales del Área Sanitaria de Santiago.

DISEÑO: Estudio descriptivo.

RESULTADOS PRINCIPALES:

- Entre 1986 y 1991 hay una disminución de la población (4%) y de la Tasa de Crecimiento Anual alrededor del -0,76%.

La población de mayores de 64 años en 1991 alcanza el 16%.

- En A. Primaria los EAP. no cubren el 20% de la población. Los recursos humanos son deficitarios: ATS/DUE (50%), médicos (25%) y matronas (7%).

- En la A. Especializada se observa un déficit de camas de agudos en torno al 50% y al 75% de camas de crónicos.

CONCLUSIONES: Es prioritario:

- Aplicar la Ley General de Sanidad, norma básica del Estado, haciendo incapie en los criterios de equidad, eficacia y eficiencia.
- La reforma estructural y funcional de la red de A. Primaria.
- Adecuada dotación de la A.E.
- Acreditación y clasificación de los hospitales.
- La Atención Domiciliaria.

Hoy la red sanitaria está masificada y la demanda desborda tanto la A.P. como la A.E. y de no tomar las medidas adecuadas se

== En Atención especializada:

- N° de camas (1991): 1.002
(2,36 camas/1000 hab.)

Estancia media: 14 días.

I. ocupación: 94 % (HGG-Gil)
66 % (H.P.)

- Quirófanos (1991): 19

- Actos quir. (1989): 11.310.

- Expl. radiol.(1989): 140.392.

- Expl. ECO (1989): 16.864.

- Analíticas(1989): 1.482.475.

- Ingresos (1989): 28.724.

- Urgencias (1989): 69.004.

Presión de Urgencias: 55 %

- I. médico/cama: 0,55 (HGG)
0,26 (H.P.)

- I. enferm./cama: 0,93 (HGG)
1,03 (H.P.)

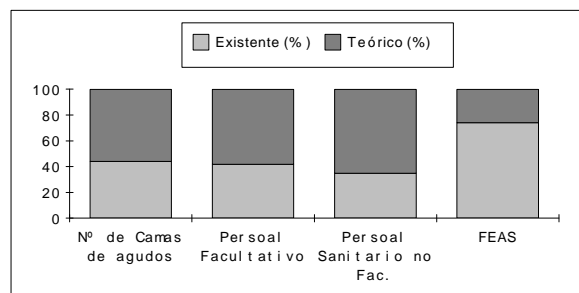
- I. sanitario/cama: 1,4 (HGG)
1,34 (HP)

- I. total pers/cama: 2,7 (HGG)
1,67 (HP)

- N° cons.ext.: 243.821 (Área)

N° consultas: 160 (Área)

- Salas de Rx : 20 (Área)



CONCLUSIONES

1.- GENERALES

I.- Para adaptarse a la legislación vigente, más concretamente, a la Ley General de Sanidad, es preciso hacer operativa el Área de Salud como la estructura fundamental del Sistema Sanitario, haciéndola responsable de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del SERGAS en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Es por lo tanto prioritario constituir los órganos de participación (Consejo de Saúde da Área), de Dirección (Consejo de Dirección da Área) y de Gestión (Xerente da Área), ya que de no hacerlo, el Área no existirá como tal y como consecuencia se observa:

= Falta de conexión entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, siendo auténticos reinos de taifas.

= Falta de participación comunitaria.

= Falta de directrices en la política sanitaria, no se estudian los problemas de salud específicos del Área (diagnóstico de salud del Área), por lo que no se pueden establecer prioridades y por lo tanto tampoco se puede hacer el "Plan de Saúde da Área" ni la "Memoria Anual da Area de Saúde".

= Una gestión y planificación disgregada y no coordinada que hace que los recursos se empleen en base a criterios "localistas" o "departamentales" sin tener en cuenta la globalidad del sistema.

II.- El análisis global de la Atención especializada nos revela una situación muy precaria, donde sigue imperando la improvisación, carencia de planificación y prioridades.

Los rasgos mas sobresalientes son:

= En este momento la Red pública da Área cuenta con 1.002 camas de agudos, lo que supone 2,1 camas/1.000 habitantes, que representa menos de la mitad de la media española y la tercera parte de la dotación de la Comunidad Autónoma Catalana. La O.M.S. ya estableció en el año 1989 un mínimo de 4 camas/1.000 habitantes.

= En cuanto a camas de crónicos la carencia es mucho mayor, similar al resto del Estado, excepto las Comunidades Autónomas más desarrolladas.

= En cuanto a los recursos humanos, tanto de personal sanitario como de personal no sanitario, los datos reflejan un 10-15 % por debajo de la media del estado.

= En lo que se refiere a las actividades asistenciales de la atención especializada, y teniendo en cuenta los recursos existentes es de reseñar que las cifras indican que están dentro de la media, aunque tengamos como principales problemas la masificación y un deterioro de la calidad asistencial cada vez mas grande.

= La calidad asistencial global es muy mala, supermasificación de las consultas externas con tiempos medios de espera mayores de una hora, supermasificación en urgencias, listas de espera en cirugía inmediata mayores de 3 meses (siendo infrautilizados los quirófanos existentes), habitaciones de ingresos con un número mayor de camas para las que fueron diseñadas, camas en los pasillos, etc..

= Y finalmente se observa una muy deficiente gestión y dirección, falta planificación, evaluación, establecimiento de prioridades de acuerdo con las necesidades reales de la población del Área cubierta, previsión de futuro y en definitiva un funcionamiento a demanda puntual.

III.- En cuanto a la Atención Primaria la situación es muy similar, se carece de un auténtico mapa sanitario y por lo tanto aún no están estructuradas y funcionando como tales las Zonas Básicas de Saúde (o Servicios de A.P.), y como consecuencia se observa:

= Una asistencia a demanda, donde no existe una planificación, una dirección por objetivos y una gestión incardinada con todo el sistema sanitario que le dé eficiencia.

= La mayoría del territorio carece de Centros de Salud que desarrollen de forma integrada y mediante trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, curación y rehabilitación.

= No existe una participación real de la Comunidad ni tampoco una investigación de los problemas reales de salud.

= No hay un entendimiento entre la Facultad de Medicina y el SERGAS que mantenga a los profesionales de A.P. "al día", mediante cursos de formación continuada, actualización, etc.

= Y finalmente la distribución de los recursos se hace de una forma arbitraria sin tener en cuenta las necesidades, ni las características geosociodemográficas de la Zona.

2.- POBLACIONALES:

La población del Área de Santiago está descendiendo y envejeciendo al mismo tiempo. Ello se pone especialmente de manifiesto en las Tasas de Crecimiento anual e Índices de Sundbarg.

De todo ello se deduce que la política sanitaria del Área Sanitaria de Santiago debe tener entre sus prioridades:

= Organizar y potenciar de forma inmediata la asistencia social y sanitaria domiciliaria, a enfermos crónicos y a personas de edad.

= Potenciar, incentivar y en su caso crear las plazas de asilo de acuerdo con las necesidades reales del Área.

= Incentivar la natalidad.

ESTUDIO DE LA FIEBRE TIFOIDEA EN GALICIA

Leopoldo García Médez, Santiago Vázquez Argibay

OBJETIVO. Estudio sobre la fiebre tifoidea en la Comunidad Gallega en los últimos años.

DISEÑO. Estudio descriptivo.

RESULTADOS PRINCIPALES. Se produce un descenso acusado de la incidencia declarada de la fiebre tifoidea tanto en Galicia como en España.

Este descenso es más notorio en Galicia que en España, ya que parte de una incidencia declarada notablemente superior, produciéndose en los últimos años tasas similares a la media española, si bien la provincia de Pontevedra sigue presentando tasas superiores.

INTRODUCCION. Distintos trabajos ponen de manifiesto que no existe predilección de la fiebre tifoidea por algún sexo; el 75% de los casos han aparecido en individuos menores de 30 años; que en los varones la incidencia disminuiría a partir de los 20 años, motivado, quizás, por la vacunación en el servicio militar; que en países donde es endémica no existe variación estacional. Sin embargo, en las áreas del mundo en que esta enfermedad sigue siendo endémica, predomina durante el verano.

En Galicia, y en particular la provincia de Pontevedra, presenta tasas superiores a la media de

Estado Español, y la provincia de Pontevedra viene siendo, hasta 1985, la provincia con mayor tasa de incidencia de la Comunidad Gallega.

Con este Trabajo, cuyos datos parten de 1984, se trata de ver la situación actual y la evolución que la fiebre tifoidea ha seguido en estos últimos años en Galicia.

MATERIAL Y DATOS. Los datos se han obtenido del Boletín Epidemiológico de Galicia, Boletín Epidemiológico Semanal, y Declaraciones Individualizadas, de las cuatro Delegaciones Provinciales de la Consellería de Sanidad.

Los datos relativos a la población proceden del Instituto Galego de Estadística.

RESULTADOS. Del estudio realizado sobre la fiebre tifoidea en la Comunidad Autónoma Gallega durante el período comprendido entre los años 1984-1992, concluimos que:

Se produce un descenso acusado de la incidencia declarada de la fiebre tifoidea tanto en Galicia como en España.

En el estudio no se observan diferencias notables en cuanto a la distribución por sexo de la incidencia declarada de la fiebre tifoidea en la Comunidad Gallega.

La distribución por grupos etáreos del año 1992 presenta una mayor tasa de declaración en el grupo de 0-4 años para ambos sexos, mientras que en el año 1991 la mayor incidencia en varones corresponde a los grupos de 5-9 y de 15-19 años, siendo los grupos de 20-24 y de 35-39 los de mayor incidencia en mujeres.

Para el año 1991 la máxima incidencia en varones corresponde al grupo de menos de 20 años y en mujeres al grupo de 20-50 años. La menor incidencia para ambos sexos es en el grupo mayores de 50.

En el año 1992 la máxima incidencia en varones se da en el grupo menores de 20 años y en las mujeres en el grupo de 20 a 50 años. Al igual

que en el año anterior las tasas inferiores aparecen en el grupo mayor de 50 años. s

Algunos autores mencionan que la incidencia a partir de los 20 años es superior en las mujeres que en los hombres por el posible efecto de la vacunación en el servicio militar. En nuestro trabajo se observa que en el año 1991 la mayor diferencia en la incidencia entre ambos sexos corresponde al grupo menos de 20 años.

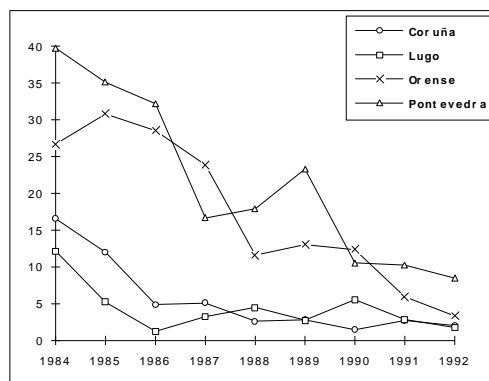
En el año 1992 la mayor diferencia en la incidencia entre ambos sexos corresponde al grupo de 20-50 años.

En la provincia de La Coruña en el período que comprende 1990-1991-1992, los meses que registran un mayor número de casos declarados son julio, septiembre y octubre.

En la provincia de Lugo en el período que comprende los años 1990-1991-1992, los meses que registran un mayor número de casos declarados son septiembre y junio.

En la provincia de Orense en el período que comprende los años 1990-1991-1992, los meses que registran un mayor número de casos declarados son mayo y agosto.

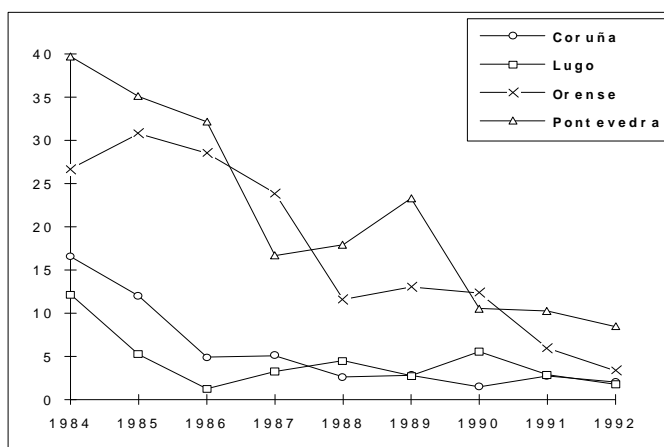
En la provincia de Pontevedra en el período que comprende los años 1990-1991-1992, los meses que registran un mayor número de casos declarados son agosto, septiembre y noviembre.



Comparación de las 4 provincias gallegas (1984-1992)

En el conjunto de las cuatro provincias gallegas en el período que comprende los años 1990-1991-1992, los meses que registran un mayor número de casos declarados son septiembre, agosto y julio.

Realizada la desestacionalización de los años 1990-1991-1992, observamos que en el año 1990 el mes que presenta un mayor índice es junio, en el año 1991 es también el mes de junio y en 1992 es diciembre.



Comparación España Galicia (1984-1992)

Cursos, Congresos y Jornadas:

- Master en enfermedades infecciosas. Información en el Hospital del mar, Paseo Marítimo 25-29, 2800 Barcelona, teléfono 221101 extensión 4610-1058. Desde enero a diciembre de 1995. 1 0
- El laboratorio de Urgencia en la práctica diaria, Madrid días 27 y 28, información AEBM, condado de Treviño 2 portal 2, 2803 Madrid, teléfono 3022212. 3
- II Curso Básico interdisciplinar sobre la Atención Sanitaria social del paciente anciano, Enfermos crónicos y terminales. En Valencia días 3 y 4 de febrero. Información en Hospital Dr. Moliner, teléfono 1600412. y .
- Administración de Servicios de Salud, del 17 de Enero a 5 de Febrero, 24 plazas, 180 horas, 250.000 ptas. solicitud hasta 17 de Diciembre de 1993. Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de la Cartuja, telef. 275044, fax 270551, apdo. de correos 2070, 18080 Granada. e
- Innovaciones en la Gestión de Servicios de Enfermería, de 21 a 25 de Febrero, 24 plazas, 30 horas, 85.000 ptas., solicitud hasta el 14 de Enero. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1
- Gestión estratégica de Recursos Humanos en las organizaciones sanitarias, del 14 al 18 de Febrero, 24 plazas, 30 horas, 85.000 ptas., solicitud hasta el 14 de enero. Escuela Andaluza de S.P: 0
- Economía de la Salud, de 21 al 25 de Febrero, 24 plazas, 30 horas, 75.000 ptas., solicitud hasta el 14 de enero. E.A.S.P. 0
- Innovaciones en la Gestión de Hospitales, del 21 al 25 de Marzo, 24 plazas, 30 horas, 85.000 ptas. solicitud hasta el 18 de Febrero. Escuela Andaluza de Salud Pública. .
- Epidemiología y estadística, 1ª parte del 11 al 29 de abril y 2ª parte del 3 al 21 de octubre, 24 plazas, 175 horas, 225.000 ptas, solicitud hasta el 18 de Febrero. E.A.S.P.
- Concepto y bases metodológicas del case-mix sanitario, del 16 al 20 de Mayo, 24 plazas, 30 horas, 80.000 ptas., solicitud hasta el 25 de marzo. E.A.S.P. 1
- Jornadas de Economía de la Salud "A Coruña 1994", del 8 al 10 de Junio. Escola Galega de Administración Pública. Santiago. telef. 981 121556 e

NOTICIAS DE LA ASOCIACIÓN

El 15 de Marzo de 1993 en la ciudad de Santiago de Compostela se constituyó la citada Asociación, levantándose el Acta Fundacional y aprobándose los estatutos correspondientes, remitiéndolos a Ministerio del Interior, para que fuese inscrita en los correspondientes Registros Públicos, quedando inscrita con el nº 119.875 con fecha de 18 de Junio de 1993.

Por lo que la Asociación de Alumnos y Masters en Salud Pública, y sus estatutos, están legalizados a todos los efectos de acuerdo con la legislación vigente.

Así mismo ha quedado inscrito y le corresponde el Depósito Legal : C-1580-1993, a este Boletín Informativo, estando en trámite el ISS N y el registro del anagrama.

El pasado 2 de Diciembre se ha celebrado la Asamblea General Ordinaria de la Asociación, en la que se ha elegido la nueva Junta Directiva, quedando integrada por:

PRESIDENTE: LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ	VICEPRESIDENTE: SANTIA GO VÁZQUEZ ARGIBAY
SECRETARIO: MONTSERRAT GARCÍA SIXTO	TESORERO: OBDULIA RAMOS MOSQUERA
VOCAL-1-: ADOLFO FILGUEIRAS	VOCAL-2-: JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA
VOCAL-3-: CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ	VOCAL-4-: CRISTINA BUENDIA GARCÍA

REQUISITOS PARA HACERSE SOCIO DE LA ASOCIACIÓN:

- Estar en posesión del título de Master en Salud Pública o estar matriculado en el curso completo del mismo y que este esté reconocido por alguna universidad española o de la U.E.
- Deberán solicitarlo por escrito al Presidente de la Asociación, que lo presentará a la Junta Directiva que resolverá sobre la admisión o no.
- Las solicitudes se remitirán al Apartado de Correos nº 139 de Santiago de Compostela, La Coruña.

REQUISITOS PARA PUBLICAR EN ESTE BOLETÍN:

- Que los artículos estén firmados y tengan relación con los fines descritos en la Editorial de este Boletín nº 0.
- Deberán remitirse mediante hoja mecanografiada o bien en disquette al Apartado de Correos nº 139 de Santiago de Compostela, La Coruña, o entrega en mano a alguno de los miembros del Comité de redacción o del Comité Asesor.
- Todos los artículos serán leídos por dichos Comités que decidirá o no su publicación, tratándose de respetar al máximo el formato y diseño del mismo, comunicándole al autor la decisión o no de su publicación.

ESPERAMOS VUESTROS ARTÍCULOS

Propuesta de Santiago para la Salud Pública

"O CAMIÑO DA SAÚDE 1993-1999"

Los profesionales de la Salud Pública reunidos en Santiago de Compostela, punto de encuentro de distintas lenguas, nacionalidades y culturas, acuerdan la siguiente propuesta:

1.- El Movimiento de Salud Pública Europeo implica un compromiso de cada uno de sus participantes, ciudadanos, profesionales e instituciones, en el desarrollo de la salud, tanto a nivel local, regional, nacional e internacional.

Para ello es necesario la existencia de un propósito común, aceptado por todos los participantes, expresado en objetivos de salud concretos y conseguido mediante acciones estratégicas específicas en Salud Pública.

2.- Este compromiso implica también el reconocimiento, aceptación y apoyo del papel que cada uno debe representar en el mismo.

3.- La efectividad y eficiencia de los sistemas de salud, que en este momento sufren cambios importantes en toda Europa, depende de como se lleve a cabo la función integradora de la Salud Pública que enlaza las demandas y necesidades de salud, la gestión de recursos, prestación de servicios y promoción de la salud en la comunidad.

4.- La situación actual y las perspectivas de desarrollo futuro de las funciones especializadas e integradoras en Salud Pública necesitan una revisión urgente.

5.- La formación en Salud Pública debe reorientarse para inculcar en los profesionales esta actitud integradora y facilitar la adquisición de las competencias necesarias para llevarla a cabo.

La calidad del proceso de aprendizaje debe garantizarse mediante la utilización de estrategias adecuadas con una fuerte vinculación entre aprendizaje, práctica e investigación en Salud Pública.

(I Congreso Internacional y VII Nacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias)