

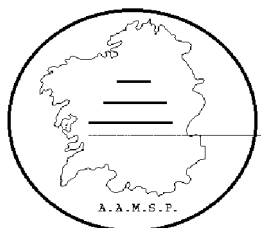
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 10

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Julio 96



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

NUEVOS HORIZONTES

Recientemente y como consecuencia del nombramiento como Ministro de Sanidad y Consumo de D. J.M. Romay Becaría, ha tomado posesión como Conselleiro de Sanidade e Servizos Sociais, el Dr. D. J.M. Hernández Cochón, profesional de reconocido prestigio en el campo de la Salud Pública, que ha desempeñado su labor profesional en diversos campos de la misma y en distintos puestos de responsabilidad política.

Así mismo ha sido nombrado como nuevo Director Xeral de Saúde Pública el profesor Dr. D. Juan Jesús Gestal Otero, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago.

Como Asociación de Alumnos y Master en Salud Pública de Galicia no podemos por menos que congratularnos por sus nombramientos dada su valía y capacidad demostrada a lo largo de sus dilatadas carreras profesionales y muy especialmente en el caso del profesor Gestal, ya que la mayoría de los Masters en Salud Pública y en Administración y Gestión Sanitaria de Galicia se han formado bajo su dirección.

Queremos de nuevo, dados estos cambios a nivel estatal y autonómico, exponer en estas páginas los distintos retos pendientes de resolución desde etapas anteriores, entre los que cabe destacar los siguientes:

-- A nivel Nacional: Financiación, cobertura, catálogo de prestaciones y provisión de servicios.

Hasta este momento, por diversas cuestiones de tipo político-electoralista no ha habido un claro posicionamiento en estos temas, creemos que, dada la situación de endeudamiento progresivo que puede cuestionar al Sistema Sanitario actual, es hora de dar una respuesta a todos esos problemas, por lo que es necesario afrontar la reforma de la Ley General de Sanidad.

En cuanto a la financiación creemos que debe ser pública tipo Sistema Nacional de Salud y la cobertura universal; e n cuanto al catálogo de prestaciones deberían retomarse algunos de los puntos del Informe Abril y con respecto a la provisión de servicios debe ir hacia un tipo mixto, favoreciendo la competencia y la libre elección del usuario.

SUMARIO

EDITORIAL.....pág. 1

Estancia hospitalaria materna Galicia 1989-1991.....pág. 3

Carrera profesional de enfermería (SATSE).....pág. 5

Últimas acciones que nos acercan a un ambiente saludable.....pág. 7

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS. Libros recomendados.....pág. 10

*La satisfacción de los usuarios o...*pág. 11

La profesión quiropráctica (II)...pág.17

CONGRESO Galego-Cubano.....pág. 24

CURSOS/CONGRESOS.....pág. 24

ATENCIÓN PRIMARIA.....pág. 25

Exploración de los pares craneales.....pág. 27

-- A nivel Autonómico:

- En Atención Primaria, nos encontramos con un modelo (EAP) que después de más de 10 años desde su comienzo, hoy por hoy sólo cubre al 25 % de la población y que ha sido cuestionado, incluso en aquellas Comunidades que se han tomado como referencia, ya que encarece el sistema, no supone un incremento en la calidad, no es eficiente y difícilmente podrá ser competitivo con un sistema de provisión mixto o con modelos, como el catalán, que introducen las cooperativas.

- La Atención Especializada, carece de auténtica autonomía económica, la gestión se ve muy reducida, existe una falta de liquidez que permita negociar con los proveedores, hay un desconocimiento real de coste por proceso y falta de jerarquía empresarial profesionalizada. Todo ello ha llevado a una ineficiencia de los hospitales públicos, que unido a un insuficiente número de camas por habitante, ha motivado que se recurra al apoyo de la sanidad privada, principalmente para reducir las listas de espera. Habrá que tener en cuenta, cuando se habla de listas de espera, que no sólo son las de intervención quirúrgica, sino que además hay otras como las de tratamientos no quirúrgicos, las de diagnóstico, y que actualmente, las listas de espera de primera consulta por parte del especialista de los pacientes remitidos desde la Atención Primaria, están sufriendo un importante incremento con la consiguiente inquietud por parte de los usuarios, ante la incertidumbre del diagnóstico y la dilatación del tratamiento.

Y por último, creemos que la Salud Pública debe ocupar el lugar que le corresponde ante la importancia que están volviendo a tomar enfermedades infecto-contagiosas que se consideraban controladas como la tuberculosis, E.T.S., meningitis, difteria, fiebre hemorrágica viral, etc., y la aparición de nuevas patologías como el SIDA, Encefalopatía Espongiforme Bovina, etc.; y que en determinadas zonas del planeta las enfermedades transmisibles aún siguen teniendo unas elevadas tasas de prevalencia e incidencia. Como dijo el Dr. Hiroshi Nakajima (Director General de la OMS), en la XILIX Asamblea Mundial de la Salud, "en la actualidad, una epidemia puede adquirir carácter mundial, en breve plazo pasando de un país a otro y de un continente a otro, debido al flujo enorme y constante de personas y mercancías".

La Salud Pública debe constituir el apoyo científico y técnico de la planificación sanitaria, promover y realizar estudios epidemiológicos, aplicar los principios de la Medicina Preventiva a nivel Primario, Secundario y Terciario. Para todo ello es necesario contar con los recursos materiales y humanos necesarios y unas estructuras coordinadas, tanto a nivel Nacional como Autonómico, por ello creemos que en cada Comunidad Autónoma además de una Dirección General de Salud Pública con responsables en las Direcciones y Delegaciones Provinciales debería existir en cada Área Sanitaria, al menos, un responsable de Salud Pública, dependiendo funcional y jerárquicamente de la misma, todos ellos integrados en una Red de Vigilancia Sanitaria.

Así mismo en cada Comunidad Autónoma debería existir un Laboratorio Epidemiológico de referencia y otros especializados de acuerdo a las necesidades epidemiológicas de dicha Comunidad. Para garantizar una continuidad y futuro en la investigación y formación en Salud Pública, consideramos fundamental contar con un Instituto Gallego de Salud Pública, en el cual participen la Administración Sanitaria y la Universidad.



La ruta de acceso, para los internautas, es: <http://mrsplx2.usc.es>.

APUNTES DE SALUD PÚBLICA®
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.
Julio 1996 N° 10

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

EDITA: A.A.M.S.P.
Aptdo. Correos nº 139 -SANTIAGO-
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
Resto: Tórculo S.A.
DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
ISSN: 1134-055X
Tirada: 180 ejemplares

"APUNTES DE SALUD PÚBLICA" no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados, que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

ESTANCIA HOSPITALARIA MATERNA. GALICIA 1989-1991.
Visión desde una encuesta

Ceinos Rey M.E., García Cepeda J.R. y Col.

OBJETIVO: Conocer la estancia media en un centro especializado, durante el período del parto y determinar si existen diferencias cuantitativas debido a factores medio-ambientales y socio-culturales.

DISEÑO: Estudio de prevalencia, descriptivo analítico, basado en una encuesta realizada a 1.219 mujeres gallegas que han sido madres entre 1987-1991.

RESULTADOS: Con una confianza del 95% se puede afirmar que la estancia media en un centro especializado, de las mujeres gallegas que han sido madres entre 1987 y 1991 ha sido de 4 días.

CONCLUSIONES: La estancia media no difiere del resto del Estado Español, pero es casi la mitad de los países de nuestro entorno y sin embargo las cifras de morbi-mortalidad materno-infantil son muy similares, pensamos que la estancia debería incrementarse para poder preparar a la madre en el cuidado, higiene y alimentación del recién nacido.

INTRODUCCIÓN:

La estancia media es uno de los mejores indicadores sanitarios, por este motivo nos hemos planteado conocer cual es la estancia media de las madres durante el período del parto en los centros sanitarios (fundamentalmente públicos) de nuestra Comunidad Autónoma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Previa búsqueda bibliográfica, siguiendo las estrategias de búsqueda propuestas por Martín Moreno, hemos diseñado una encuesta que se le ha pasado a 1.219 mujeres gallegas que han sido madres entre 1987 y 1991.

El método de muestreo ha sido aleatorio polietápico, siendo el ámbito del mismo la Comunidad Autónoma Gallega.

El análisis estadístico realizado ha sido el siguiente, para las variables cualitativas se han obtenido las diferentes proporciones y se analizaron 2 variables mediante la prueba Chi cuadrado, Pearson, Likelihood Ratio e índices de asociación.

Para el análisis de las variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de centralización, dispersión y de simetría y se analizaron dos variables mediante

los coeficientes de correlación de Pearson Kendalls y Spearman. Para el análisis de más de 2 variables se realizó un análisis multifactorial. Y finalmente cuando existían diferencias significativas se han obtenido los intervalos de confianza correspondientes.

RESULTADOS:

De las 1.219 mujeres han dado a luz en el domicilio 7 (0.57%), en el transporte hacia el centro especializado 21 (1.72%), en un centro privado 92 (7.55%) y en un centro público 1.098 (90.15%).

De las 1.219 mujeres, 1.121 (92.11%) han tenido un parto vaginal y 96 (7.89%) mediante cesárea.

Con una confianza del 95% se puede afirmar que la estancia media, debida al parto y puerperio, en un centro especializado, de las mujeres gallegas que han sido madres entre 1987 y 1991, está situada entre 4.24 y 4.61 días, con una desviación estándar de 3.27.

Si lo analizamos por procedencia:

Promedio	Urbano	Rural	Costero
Estancia media	4.18	4.62	4.46

No existiendo diferencias significativas.

Se ha analizado, si en la estancia media ha influido el nivel socio-económico de la madre y del padre, sexo del recién nacido, estudios de la madre y del padre y nº de hijos, no encontrándose diferencias significativas, si bien hay que hacer constancia que hemos encontrado un diferencia entre primíparas (estancia media de 4,68 días) y múltiparas (3.93 días), pero no era significativa.

CONCLUSIONES:

La estancia media no difiere del resto del Estado Español, pero es casi la mitad de los países de nuestro entorno (7 días de estancia media en los países de C.E) y muy inferior a los países nórdicos (11 días), sin embargo las cifras de morbi-mortalidad materno-infantil son muy similares. Pero la morbilidad y nº de consultas en el primer año de vida es superior a la de estos países por lo que pensamos que la estancia debería incrementarse para poder preparar a la madre en el cuidado, higiene y alimentación del recién nacido, tal como sucede en los demás países, especialmente los nórdicos.

BIBLIOGRAFÍA (más relevante)

- WHO. 27 World Assembly Official Records. Ginebra 1974 1: 217-225.
- Negreira Cepeda S. "Aspectos sanitarios y sociales de la lactancia en Galicia". Rev. San. Hig. Pub. 1975. 49:865-907
- Barbazian P. "Salud materna e infantil". Anales Nestle. 1978. 48-69.
- Sainz de los Terreros C. Abad JM. "Documento de la Sección de la Salud Materno-infantil". Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. 1981.
- WHO "Contemporary pattern of breast-feeding". WHO Ginebra. 1981.
- American Academy of Pediatrics. Policy statement based on task force report. Pediatrics. 1982. 13:403.
- Ceinos Rey ME. "Lactancia en Galicia. Evolución y relación con factores socio-culturales". Tesina licenciatura. Fac. Medicina. Univ. de Santiago. 1985.
- Gil JM. Muriel M. Nieto I. Ramos JM. "Programa de educación para la salud infantil en el medio familiar y social". In. Premios Ordesa 1986 a la Investigación Pediátrica. Ed. Ordesa Madrid. 1986. 247-305.
- Bahl L. Kaushal RK. "Infant rearing practices & beliefs in rural inhabitants of Himachal Pradesh". Indian Pediatr. 1987.24:903-6.
- Ballabriga A. Rey J. "Weaning: Why, What and Whens?". Nestle. Nutricion. Raven Press. NY. 1987.
- Ballabriga A. Schmidt E. "Actual trends of the diversification of infant feeding in industrialized countries in Europe". Nestle. Nutricion. Raven Press. NY. 1987.
- Briend A. Wojtyniak B. Rowland MG. "Arm circumference and other factors in children at high risk of death in rural Bangladesh". Lancet. 1987. 26. 2:725-8.
- Daga SR. Shinde SB. "Mothers' participation in neonatal intensive care and its impact". J Trop Pediatr. 1987. 33:274-7.
- Hewat RJ. Ellis DJ. "A comparison of the effectiveness of two methods of nipple care". Birth. 1987. 14:41-5.
- Narayanan I. Saxena M. Tarafdar S. Scindi A. Murthy NS. Singh S. "Adolescent girls' perspectives on breastfeeding pointers for health education". Indian Pediatr. 1987. 24: 927-32.
- Rutledge DL. Pridham KF. "Postpartum mothers' perceptions of competence for infant care". J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1987. 16:185-94.
- Tanaka PA. Yeung DL. Anderson GH. "Infant feeding practices: 1984-85 versus 1977-78". Can Med Assoc J. 1987. 1. 136: 940-4.
- Weggemann T. Brown JK. Fulford GE. Minns RA. "A study of normal baby movements". Child Care Health Dev. 1987. 13: 41-58.
- Coates MM. Riordan J. "Who me? Do research?". J Hum Lact. 1988. 4:164-6.
- Donne A. "Time was--mothers and infants, nurses and nursing". 1859. J Hum Lact. 1988. 4: 170-2.
- Habicht JP. DaVanzo J. Butz WP. "Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality". Pediatrics. 1988. 81: 456-61.
- Prentice AM. Lucas A. Vasquez-Velasquez L. Davies PS. Whitehead RG. "Are current dietary guidelines for young children a prescription for overfeeding?". Lancet. 1988. 5. 2: 1066-9.
- Dewey KG. Heinig MJ. Nommsen LA. Lonnerdal B. "Dietary guidelines for infants". Lancet. 1989. 4. 1:504
- Grant JG. Adamson P. Adamson L. "The state of the world's children". Oxford University Press. UNICEF. London. 1989.
- García Algar O. Álvarez García T. "Educación para la salud en el Servicio de Pediatría de un Hospital Comarcal". An Esp. Pediatr. 1990 6:44.
- Soriano A, Meliveo A., Uris J., Serramia A., Ibañez M., Ortíz A. "Valoración de algunos indicadores de funcionamiento del programa de salud del lactante". An Esp Pediatr. 1990. 10: 123.
- W.H.O. "Vital statistics world". WHO. 1990.
- Aquer Blanc A. Gil MF. "Programa de formación de puericultura para la embarazada". An Esp. Pediatr. 1991. 35 S45:43.
- W.H.O. "Breastfeeding: The technical basis and recommendations for action". WHO. Ginebra. 1993.
- Dossier "Como es el escenario familiar". Minusval. 1994. 22-24.

(Un Resumen de este trabajo, se presentó como comunicación en el I Congreso Autonómico y Simposio Internacional de Obstetricia y Ginecología, celebrado en Santiago en Noviembre de 1995)

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

SATSE

PROPÓSITO

Satisfacer una doble necesidad, de una parte la que hace referencia al grado de cumplimiento de los objetivos previamente establecidos en las áreas asistenciales, docente e investigadora (efectividad) y de otra parte, los efectos o resultados finales alcanzados en términos de implicación del sistema (eficiencia).

OBJETIVOS

Generales:

- Servir de instrumento de negociación con las empresas empleadoras (administración, sector privado, ...) para la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales.
- Elaborar un documento base que colme las aspiraciones de los profesionales.

Específicos:

- Dar respuesta a las expectativas y aspiraciones profesionales.
- Estar abierta a todo el colectivo y responder a los cambios del sistema sanitario.
- Elaborar un documento en términos comprensibles para los profesionales y fácilmente transmisible para la empresa empleadora (administración, sector privado, ...).

DEFINICIÓN

Carrera profesional única, abierta y flexible, basada en la promoción profesional y orientada a la consideración de la competencia profesional.

RANGO / NORMATIVA

Rango legal de carácter básico (art. 149.1.16 CE).

- Estatuto Marco.
- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Todos los ATS/DUE que desempeñen funciones asistenciales por cuenta propia o ajena, en el sector público o privado y que su promoción profesional no esté regulada por legislación específica a tal efecto.

NIVELES / CATEGORÍAS

4 Categorías: I, II, III y Consultor/a.

ACCESOS Y MÉRITOS

Acceso: Por convocatoria pública:

- CCAA para las categorías I, II y III.
- Ministerio de Sanidad para categoría de Consultor/a.

Convocatoria anual.

Méritos:

Baremo general y básico elaborado por una Comisión Estatal, con representación de todas las CCAA, creada al efecto.

Experiencia + Currículum:

- Asistencial.
- Docente.
- Investigación.
- Gestión.

EVALUACIÓN, HOMOLOGACIÓN Y ACREDITACIÓN

Evaluación a través de 3 Comisiones:

- . Autonómicas, para las categorías I, II y III.
- . Estatal para la categoría de Consultor/a.

Composición según el ámbito:

- Administración.
- Organizaciones sindicales.
- Organizaciones profesionales.
- Organizaciones científicas.
- Otras.

Los miembros son ATS/DUE.

Homologación a través de la Comisión estatal.
Acreditación a través de diploma expedido por la Administración Pública competente.

REGISTRO

Las categorías acreditadas quedarán registradas en:

- Registro Autonómico.
- Registro Central.

Envío de copia al interesado.

CONSOLIDACIÓN

Categorías:

- . Permanentes.
- . Utilización en todo el territorio nacional.

APLICACIÓN

A los 3 años desde la entrada en vigor quedará totalmente implantada.

Las CCAA, para las categorías I, II y III y el Ministerio de Sanidad para la de Consultor/a, publicarán una convocatoria única y especial para ATS/DUE que a la entrada en vigor de la carrera reúnan los requisitos para adquirir la categoría correspondiente.

EFFECTOS

Reconocimiento:

- Social.
- Profesional.
- Personal.

Incentivos:

- . Las categorías acreditadas se valorarán para la concesión de becas, ayudas, ...
- . Cada categoría podría conllevar una cuantía económica independiente a los demás conceptos retributivos.

Vinculación:

- Podrán valorarse las categorías para acceder a ciertos puestos de gestión



Diplomatura de Postgrado

Diseño y Estadística

para la investigación en Ciencias de la Salud

Laboratori d'Estadística Aplicada
Universitat Autònoma de Barcelona
Apartado, 40 - 08193 Bellaterra
Tel: (93) 581 16 32 (9 a 15 h)

ÚLTIMAS ACCIONES QUE NOS ACERCAN MÁS A UN AMBIENTE SALUDABLE

Maceiras L.¹ / Fernández C.¹ / Aguiar MR¹ / Montes A¹ / Smyth E¹ / Barros-Dios J.M.^{1,2} / Gestal J.J.^{1,2}

Nos ha sorprendido gratamente, a principios de este curso académico, la Dirección de Cercanías de RENFE, anunciando que había decidido sustituir el gas freón, empleado para la refrigeración de algunos de sus trenes, por el R-134a, que no contiene hidrocarburos clorofluorados (CFCs) y resulta inocuo para la capa de ozono.

Esta decisión va a afectar a un total de 918 equipos de refrigeración, repartidos en 134 trenes, contruidos todos ellos antes de 1990, cuando el freón era el único gas que se comercializaba para la refrigeración de equipos industriales; los trenes cuya construcción es posterior a 1991 cuentan ya con gases que no contienen CFCs. La medida, que implica una readaptación de todos esos equipos de refrigeración, va a suponer una inversión de 175 millones de pesetas. La sustitución estará totalmente concluida en 1998.

Nos alegra el proceso evolutivo de España y el esfuerzo en adaptarse al cumplimiento de las normativas, al mismo nivel que el conjunto de la Unión Europea (UE). El Protocolo de Montreal intenta hacer del ozono un protagonista medioambiental más controlado y protegido, fomentando las actuaciones que impidan el deterioro de la, muy nombrada últimamente, capa de ozono; los países desarrollados se comprometieron a ir sustituyendo los CFCs por otros gases que no causen perjuicios. Es reconfortante enterarse de que no queda todo siempre en buenas intenciones, todo lo más, escritas en papel reciclado...

Por otro lado, vemos un incremento del tema ambiental en las reuniones internacionales; sin ir más lejos, el primer trimestre de este curso (y último de 1995) tuvieron lugar los Consejos Europeos de Medio Ambiente, la Conferencia Paneuropea de Sofía, la Conferencia Euromediterránea de Barcelona, la Conferencia de las Partes del Convenio de Biodiversidad en Yakarta, la 7ª Reunión de las Partes del Protocolo de Montreal en Viena...; amén de varias reuniones preparatorias de la 3ª Conferencia de las Partes del Convenio del Cambio Climático...

Y todo esto adobado con la Presidencia Española (PE) de la UE, que acabó con el año. El 7 de septiembre de 1995 comparecía ante la *Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor* del Parlamento Europeo, el entonces Presidente en ejercicio del Consejo de Medio Ambiente, (Ministro Español de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente), José Borrell. La revista *Información de Medio Ambiente* del Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente (MOPTMA), en su nº 38 decía de ello: "*Cooperación para el desarrollo sostenible: Su intervención puso de relieve la necesidad de una mayor cooperación institucional en la elaboración de las políticas ambientales de la UE, buscando un proceso armónico de integración entre medio ambiente y desarrollo. Para ello señaló la necesidad de nuevos enfoques de gestión ambiental, que pasen de la corrección de la contaminación a la gestión integral de los residuos conjuntamente con los recursos naturales*".

El objetivo del Programa de Trabajo de la PE en Medio Ambiente fue avanzar en la integración del desarrollo con el medio ambiente, reforzando los lazos de prosperidad económica y social con la gestión ambiental mediante la creación de empleo en una economía ecológicamente sostenible. Una parte importante de este programa se dedicaba a la cooperación, indispensable tanto dentro de la UE como entre la Unión y sus interlocutores, teniendo en cuenta que los problemas ambientales son cada vez más globales.

Las prioridades de este Programa de Trabajo fueron:

- a) *Apartado Comunitario*: instrumento financiero Life; política comunitaria sobre las aguas; gestión integrada del litoral; evaluación de impactos sobre el medio ambiente de los grandes proyectos públicos y privados; vigilancia y control de transporte de residuos; comercialización de productos biocidas; intercambio de información y datos sobre contaminación atmosférica; acidificación.

b) *Apartado Internacional*: cooperación paneuropea en materia de medio ambiente (Conferencia de Sofía); cooperación regional en el Mediterráneo (Conferencia Euromeditarránea de Barcelona); estrategia comunitaria sobre el cambio climático; protección de la capa de ozono, Protocolo de Montreal (Conferencia de las Partes en Viena); protección de la Biodiversidad (Conferencia de las Partes en Yakarta).

Además de estos temas, existía la preocupación de la PE por la desertización, entendiéndola como un asunto de interés comunitario, que afecta a extensas áreas del sur de la UE y, en general, de la cuenca mediterránea. La PE se planteó también impulsar otros asuntos, como son: el Reglamento CITES (sobre comercio de especies de fauna y flora), la directiva SEVESO (accidentes graves relacionados con el uso de sustancias peligrosas), la directiva IPPC (sobre control integrado de la contaminación) y la directiva marco sobre la calidad del aire.

El Centro Temático del Suelo y otros

La Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) contrata con instituciones u organismos lo que se llama *Los Centros Temáticos Europeos*, para llevar a cabo el Programa de Trabajo Multianual sobre Medio Ambiente, que es compartido por la Red EIONET, red europea de información y observación sobre el medio ambiente.

En marzo de 1996, la Administración de la AEMA adjudicó el Centro Temático del Suelo. España promovió una candidatura para conseguirlo, cosa que al final logró. La encabezaba el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), que será el organismo contratante con la AEMA, tenía también un papel activo la Empresa Nacional para la Gestión de Residuos Industriales, y estaba formada por un consorcio de siete organismos científicos, pertenecientes los otros seis a Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Irlanda y Reino Unido (que retiraron sus propias candidaturas); contaba también con la colaboración del Joint Research Center (JRC), dependiente de la Dirección General XII de la EU. La candidatura fue presentada por el MOPTMA. Dentro de este Consorcio, Irlanda tiene un papel relevante como socia principal, compartiendo con España las funciones de los órganos de gestión y coordinación de las actividades a desarrollar.

Una vez más "la unión ha hecho la fuerza", con todo lo que tiene de positivo el trabajo en equipo internacional.

El programa es amplio. El primer año está centrando su actividad en los siguientes temas:

- Los aspectos políticos, la legislación y los acuerdos nacionales de la UE sobre la calidad y la contaminación del suelo.
- Revisión de las redes de control del suelo existentes y proyectadas, así como las bases de datos relacionadas con ellas.
- Definición de los parámetros e indicadores del suelo para una futura red de control.
- Aspectos de la degradación del suelo, situación, tendencias, aspectos de gestión, estrategias de control, etc.
- Lugares contaminados, recopilando información comparable a nivel europeo.

Los otros Centros Temáticos que ya están designados son:

- *Aguas Continentales ETC/IW*. Lo lidera el Water Research Centre (WRC) de Inglaterra. De España participa el Centro de Estudios Hidrográficos del CEDEX (MOPTMA).
- *Aguas Marinas y Protección Costera ETC/MW*. Lo lidera el Marine Research Environment Centre (ENEA) de La Spezia, Italia. De España participan el Instituto Español de Oceanografía y el Centro de Estudios de Puertos y Costas del CEDEX.
- *Naturaleza ETC/NC*. Lo lidera el Museum Nationale d'Histoire Naturelle (MNHN) de París, Francia. De España participan la Dirección General de Conservación de la Naturaleza (MAPA) y el Museo Nacional de Ciencias Naturales (CSIC).
- *Calidad del Aire ETC/AQ*. Lo lidera el Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieugehygiene (RIVM) de Bilthoven, Holanda.
- *Emisiones Atmosféricas ETC/AEM*. Lo lidera la Umweltbundesamt (UBA) de Berlín.
- *Ocupación de Suelos ETC/Landcover*. Lo lidera la Swedish Space Corporation (SSC) de Suecia. De España participa el Instituto Oceanográfico Nacional.
- *Catálogo de Fuentes de Datos ETC/CDS*. Lo lidera el Niedersächsisches Umweltministerium de Alemania. De España participa el Centro de Documentación de la Subdirección General de Información y Documentación Ambiental (MOPTMA).

La imprescindible búsqueda bibliográfica

Debe de ser por eso del intercambio de información y datos por lo que el Centro de Documentación de Medio Ambiente de la Dirección General de Información y Evaluación Ambiental del MOPTMA tiene preparado ya un nuevo CD-Rom que actualiza y amplía el publicado hace poco más de un año. Este CD-Rom pone a disposición del usuario no sólo el conjunto de bases de datos correspondientes a los fondos documentales existentes en el Centro de Documentación, sino que incluye además el Tesoro Multilingüe de Medio Ambiente, herramienta documental que permite la indización, recuperación e intercambio de información.

Las bases de datos incluídas son: BIBLIOMA, con referencias de libros y artículos de revistas; LEMA, con referencias de disposiciones legislativas de la UE, Administración del Estado y Comunidades Autónomas; REMA, con referencias de títulos de publicaciones periódicas; AUDIMA, con referencia de los vídeos disponibles; PIMA, con proyectos de investigación, desarrollados o en curso, que sobre medio ambiente promuevan diversos organismos; EMA, con referencias de estudios de la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Vivienda, en su mayoría no publicados.

Las búsquedas en las distintas bases de datos, una vez instalado el software de consulta (incluido en el propio CD-Rom) pueden realizarse por distintos conceptos: autores (personales y corporativos), títulos, materias genéricas, descriptores específicos (palabras clave), series, etc. Cada búsqueda realizada puede visualizarse en pantalla, trasladarse al disco del ordenador o grabarla en ASCII; la salida de la información puede obtenerse en diferentes formatos, en función de las necesidades del usuario. Prácticamente la totalidad de los documentos referenciados en el CD-Rom están disponibles para consulta en el Centro de Documentación.

Como ya hemos dicho arriba, en esta edición se incluye el Tesoro Multilingüe de Medio Ambiente, que contiene un vocabulario controlado de términos sobre medio ambiente en cuatro idiomas: español, francés, inglés y alemán, que permite una mayor precisión en las búsquedas e intercambio de información. Se puede realizar la consulta de los

descriptores en cada uno de los cuatro idiomas citados mediante varias posibilidades: índice de microtesauros (grandes temas), lista jerárquica, lista alfabética de términos con todas sus relaciones (notas de alcance, sinónimos o *cuasi* sinónimos, genéricos, específicos, relacionados, etc.), índice KWOC, índice multilingüe ordenado alfabéticamente por el idioma que se desee...

La Junta de Andalucía ha diseñado una guía informática dirigida a los técnicos en Sanidad Ambiental, utilizando el lenguaje Basic, interactiva, con animación (formato Flic) y sonido (formato Sng). Los resultados han sido dos programas autónomos entre sí, pero al mismo tiempo ejecutables entre sí:

@ *El programa GUÍA*. Está diseñado como un árbol que permite cambiar de tema de forma rápida o introducirse en la frondosidad del que interese consultar. Está dividido en tres partes: *El técnico en Sanidad Ambiental y la administración* (donde se puede consultar toda la legislación existente que se refiere a la relación de estos técnicos con la administración del Estado y Autonómica), *Sanidad Alimentaria* (dispone de la legislación alimentaria) y *Sanidad Ambiental* (referencias a la Sanidad Ambiental). Cada una de las partes dispone de menú de ayuda, para cada tema en particular y para el grupo general. Se puede consultar toda la legislación por niveles (CEE, España y Andalucía) y por categorías de las normas (Ley, Decreto, Orden...). El programa se puede ir actualizando.

@ *El programa BÚSQUEDA*. Es un ejecutable potente, capaz de buscar temas de forma rápida y de situar a los técnicos que necesiten un conocimiento profundo de un tema determinado en el programa GUÍA, en el lugar donde se trate ese tema.

Tenemos también información sobre Sanidad Ambiental en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), a través de su Servicio de Recursos de Promoción de Salud, en diversos materiales, entre ellos la muy útil información de la Red de Actividades de Promoción de Salud (RAPS) con edición informatizada.

Y en el Institut Valencià d'Estudis en Salut

Publica (IVESP), con diversos materiales y colecciones, entre ellos una edición informatizada de *Promoción de Salud: Experiencias* y el Banco de Datos de los Municipios de la Red de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana.

Bibliografía publicada recientemente

1. Dirección General de Política Ambiental. *Calidad del aire en España 1991*. Madrid: Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente (MOPTMA).

2. Dirección General de Información y Evaluación Ambiental *Medio Ambiente en España 1994*. Madrid: Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente (MOPTMA), 1995.

3. Dirección General de Política Ambiental. *Dioxinas y furanos. Problemática ambiental y metodología analítica*. Madrid: Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente (MOPTMA), 1995.

4. Junta de Castilla y León. *II Jornadas de Educación Ambiental en Castilla y León*. Valladolid: Junta C. y L., 1995.

5. Sociedad Española de Sanidad Ambiental. *Libro de Comunicaciones del IV Congreso Nacional de Sanidad Ambiental: 'La Sanidad Ambiental en la Salud Pública'*, 1996 May 8-10; Santiago de Compostela. Madrid: SESA, 1996.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela /

²Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago



Libros recomendados Díaz de Santos:

-- MANUAL DE MEDICINA CLÍNICA. Diagnóstico y Terapéutica, de B. Muñoz, L.F. Villa y Col. Hospital Universitario de Alcalá. Clínica Puerta de Hierro. Editorial Díaz de Santos. 1996.

Este Manual contiene un conjunto de protocolos muy útiles para el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades médicas, a las que el facultativo se enfrenta en su quehacer diario.

Constituye una guía rápida de consulta de gran utilidad tanto en la consulta como en la planta de hospitalización o urgencias.

-- MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA, de R. Ruíz de Adana y Col. Editorial Díaz de Santos. 1996.

Este Manual pretende ofrecer de una manera clara, con un enfoque práctico, paso a paso, el método diagnóstico y terapéutico para el abordaje de los problemas de salud que más frecuentemente son atendidos por los profesionales que trabajan en Atención Primaria y aportar aspectos esenciales para facilitar la coordinación con la Atención Especializada.

librería científico-técnica
DÍAZ DE SANTOS, S.A.
Rosalía de Castro, 36 • 15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléf. (981) 59 03 00 • Fax (981) 59 03 70

Aquí podrás atopar os libros de texto nestas e outras titulacións

- FARMACIA
- MEDICINA E ODONTOLOXÍA
- BIOLOXÍA
- QUÍMICA
- BIBLIOTECONOMÍA E DOCUMENTACIÓN
- FÍSICA
- DEREITO
- ECONÓMICAS E EMPRESARIAIS
- VETERINARIA
- INFORMÁTICA
- MATEMÁTICAS

Somos especialistas en libros científico-técnicos e dicionarios

La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. cómo se encuentra después de...?

Maceiras L.¹ / Barros-Dios J.M.^{1,2} / Fernández C.¹ / Fraga JM.³ / Montes A.¹ / Smyth E.¹ / Gestal JJ.^{1,2}

Medir la satisfacción de los usuarios con los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos es uno de los métodos que se pueden utilizar para evaluar la calidad de la atención que ofrecemos. Pero también es una forma de participación de los usuarios en el Sistema Sanitario, al expresar su percepción y valoración de los servicios.

La definición que nos da el *Diccionario de la Lengua Española* de 'satisfacción', palabra que proviene de la latina *satisfactio*, en su acepción 6ª es "cumplimiento del deseo o del gusto", y de 'insatisfacción' es "falta de satisfacción".

Aunque hay diversidad en la conceptualización de la satisfacción, en los ámbitos de aplicación, en las metodologías y, por lo tanto, en los instrumentos de medida, entendemos como *satisfacción* la diferencia entre lo que se espera recibir del sistema sanitario (expectativas existentes antes de utilizarlo) y la percepción del servicio recibido de él (después de su utilización). Si lo que el usuario percibe es igual o mejor de lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor, quedará insatisfecho.

Del conjunto de componentes que constituyen la satisfacción, las expectativas son el aspecto que más influye en ella, de tal manera que, cuando lo que ocurre se percibe como acorde con las expectativas (lo que se esperaba que ocurriese), se produce satisfacción. La diferencia existente entre lo esperado y lo recibido, es lo que nos da el nivel de satisfacción.

El concepto de satisfacción es multidimensional, es decir, el grado de satisfacción es variable con respecto a una serie de dimensiones que componen la atención sanitaria. Los modelos teóricos en los que se sustentan la mayor parte de los estudios sobre la satisfacción, identifican cinco dimensiones, que influyen en las expectativas, y por lo tanto en la satisfacción, de los usuarios: relación médico-paciente, competencia profesional, accesibilidad y organización de los servicios, tiempo de espera para ver al profesional, y tiempo pasado en la consulta¹.

Aunque se han realizado estudios de satisfacción con cuestionarios que pretenden medir la satisfacción global como un todo, lo más usual es que se utilicen instrumentos que contengan ítems referidos a las diferentes dimensiones de la satisfacción que hayan sido definidas en el marco teórico de cada estudio.

Se ha comprobado en numerosos estudios que la satisfacción del paciente se relaciona causalmente con algunas conductas del mismo que afectan a la salud. Los hallazgos más comunes han sido que la satisfacción afecta a la continuidad de los cuidados, de forma que, al decrecer ésta, aumenta la probabilidad de que el paciente decida cambiar de médico. También se ha encontrado que, al aumentar la satisfacción, se produce un incremento de la adherencia de los pacientes a las recomendaciones terapéuticas del médico, entre ellas el tratamiento con fármacos o el mejor seguimiento de las citas dadas por el médico. Algunos autores incluso han señalado que existe una relación positiva entre la satisfacción del paciente y el éxito o fracaso del tratamiento².

Por otra parte, la medida de la satisfacción de los usuarios proporciona una información valiosa sobre la prestación de servicios (difícil de obtener a través de otras fuentes) y útil para mejorar aquellos aspectos de los mismos que deben ser modificados para adaptarlos mejor a las necesidades de los usuarios.

Problemas para medir la satisfacción de los usuarios

A la dificultad para conceptualizar el término satisfacción, aunque ahora hay ya mucho consenso sobre él, hay que añadir la dificultad para hallar los parámetros mediante los cuales podamos medirla. Y a esto, añadir las *prevenciones*, aún existentes, de muchos investigadores ante todo lo que sea *medida cualitativa* y no cuantitativa.

Creemos que, a estas alturas, el binomio cuantitativo/cualitativo no tiene sentido como dicotomía, y nos remitimos a otros autores que lo enuncian muy bien:

"Para enfocar de manera adecuada la disyuntiva entre información cuantitativa y cualitativa, vamos a asumir que la realidad por la cual estamos interesados sólo nos permite una aproximación, más o menos certera, pero no total, a su conocimiento. Asumamos también que cada realidad, por simple que parezca, presenta varias facetas que, en conjunto, pueden ofrecernos una idea de la totalidad. Podemos, por tanto, plantearnos la utilización de distintos métodos de acercamiento a estos distintos aspectos. La diferenciación entre información cuantitativa y cualitativa, en cuanto a paradigmas, metodologías y técnicas, no se entiende así como enfrentamiento, sino como complementariedad en el objetivo común de conocer la realidad. No cabe duda de que ambos acercamientos, cuantitativo y cualitativo, son diferentes. Es precisamente esta distinción la que confiere una mayor potencia a la complementariedad de ambos. Los inconvenientes de uno se fortalecen con las ventajas del otro y viceversa.

Podemos identificar algunas de las características de cada aproximación utilizando un ejemplo. Supongamos que un científico se interesa por conocer el mar. Toma varias muestras de agua marina, en distintas épocas y lugares, y mide la temperatura, separa los diferentes componentes, aísla los elementos químicos de los productos biológicos y determina su composición. Para completar su estudio, lleva a cabo el mismo proceso con muestras de agua dulce, compara los resultados y establece las diferencias. De esta manera, y si ha sido riguroso, nuestro científico dispone de una serie de mediciones exactas, no sesgadas, que le han proporcionado datos numéricos, cuyo análisis estadístico ha dado lugar a resultados generalizables. La comparación con un grupo control confiere una mayor potencia a sus hallazgos. Se podría decir que cualquier otro científico llegaría a los mismos resultados si siguiera los mismos pasos. El investigador ha sido muy cuidadoso en el control de aquellos factores *extraños* que pudieran interferir en sus determinaciones, y especialmente en los que dependen de su propia observación, manteniendo en todo momento la independencia entre el observador y lo observado. En definitiva, consideraría todo un éxito si su estudio pudiera merecer el calificativo de *objetivo*.

Sin embargo, nuestro protagonista sospecha que el mar no es sólo lo que arrojan los resultados de su estudio. Desea conocer otras facetas de esa realidad, cada vez más apasionante. Decide sumergirse en el mar, dispuesto a anotar todas las experiencias que el baño le proporcione. Nota así que el agua moja su piel, que se mueve con las olas, que resulta agradablemente tibia, y que estas sensaciones le parecen placenteras y relajantes. Probablemente esta experiencia, difícil de describir, no sería la misma para otro científico que intentara proceder del mismo modo.

¿Será el hidrógeno o el oxígeno el responsable de esta sensación? Realmente, esa no es la cuestión. La cuestión es que así ha podido comprender mejor lo que es el mar.

Nuestro científico ha accedido a una información rica y detallada, obtenida en las condiciones reales y concretas en las que ocurre el fenómeno. Para comprender mejor sus hallazgos tendríamos que conocer un poco más de cerca a nuestro científico, ya que se encuentra inmerso en el propio objeto de su investigación y nos refiere sus experiencias, con la perspectiva del que está implicado en esa realidad. Necesitaríamos saber algo más de las circunstancias en las que se ha desarrollado su baño, con qué experiencias previas contaba, cuáles eran sus expectativas. En definitiva, elementos del contexto dentro del cual se sitúa su estudio, un contexto al cual no sólo no pretende sustraerse, sino que resulta esencial para comprender el tipo de información cualitativa que nos ofrece"³.

Orientación al cliente

De un tiempo a esta parte, empresarios españoles, pertenecientes a diversos sectores, se han pronunciado públicamente sobre qué es lo que les hace perder el sueño en sus negocios. Sorprendentemente, suelen decir que "mejorar la atención al cliente". De esto nos hablan gestores, administradores, encargados de la mercadotecnia de empresas y servicios, profesionales y todo un compendio de personal que trabaja en eso que se viene llamando *empresas excelentes* o *empresas en busca de la excelencia*.

¿Por qué no nos acercamos a la salud lanzando una visión amplia sobre la importancia que puede tener para los servicios sanitarios el incorporar una mayor sensibilidad en la atención a sus usuarios?

La orientación al cliente debe constituirse en uno de los *puntos fuertes* de la necesaria reorientación de los servicios sanitarios que debe producirse; reorientación de los centros de salud y los hospitales, así como de los programas asistenciales y de la incorporación de atención preventiva y de promoción de salud, a los mismos.

El cambio necesario en la atención al cliente se debe manifestar sobre todo en el hecho de que sea posible establecer relaciones fluidas y próximas entre los profesionales y los pacientes. Pero se debe concretar también en aspectos tales como que las personas conozcan qué servicios se prestan en su hospital y en su centro de salud, o que se encuentren unas áreas de recepción agradables y con un personal que dé una información clara y correcta, con un lenguaje sencillo y un trato amable. Debe evidenciarse igualmente en que, en los centros sanitarios, los procedimientos administrativos sean escasos y simples, los formularios sean sencillos de rellenar o los indicativos orientadores sean claros y faciliten la circulación^{4,5}.

Pero no todo debe acabar en esto. Son diversas las medidas que podemos adoptar para atender mejor a los pacientes y familiares que acuden a los centros sanitarios. Para ello, es necesario conocer las preferencias y expectativas de las personas que acuden, o incluso que no acuden, a nuestros servicios.

Esto nos permitirá adaptar los horarios de las consultas, facilitar el acceso a grupos más desfavorecidos, mejorar la limpieza de los centros, incorporar la información procedente del sistema de sugerencias y reclamaciones para mejorar la gestión, eliminar las barreras, contar con salas de espera confortables y espacios para que los niños puedan jugar, mejorar la relación interpersonal entre el personal y el usuario, empezando por el telefonista y el celador, y terminando por el enfermero, el médico y el director-gerente. Este conjunto de medidas, cuya aplicación dependerá de características tales como recursos humanos y materiales existentes o grado de motivación del personal, deben contribuir a que los usuarios no tengan la sensación de ser pelotas de tenis dentro del centro sanitario y a que todo el personal esté dispuesto a ayudarles con coherencia y sinceridad en la resolución de sus problemas³.

Las formas de participación de los usuarios en los servicios sanitarios pueden ser diversas. Fundamentalmente se dividen en dos grupos⁶:

- a) *activas*: elección de los profesionales por los que desean ser atendidos, quejas y reclamaciones, asociaciones de usuarios y consumidores, Consejos de Salud y otros órganos de participación comunitaria en salud;
- b) *requeridas por el sistema sanitario* encuestas de satisfacción, opinión y expectativas, grupos focales, informadores clave y otras técnicas de investigación cualitativa, e informes de los usuarios.

Todas estas acciones deben tener su reflejo en algo más que en declaraciones de buenas intenciones. Esta orientación debe traducirse en medidas palpables para los usuarios que acuden a nuestros centros de salud u hospitales, en un cambio en las *maneras* en que son atendidos, en la búsqueda de la *excelencia*.

Relación médico-paciente

Hemos dicho al principio que la relación médico-paciente es la primera dimensión (entre las cinco más influyentes) que salta a la vista en prácticamente todos los estudios hechos, como mediadora y medidora de la satisfacción de los usuarios.

¿De qué hablamos cuando hablamos de relación médico-paciente? En su sentido más estricto, nos referimos a un determinado profesional de la medicina, a un paciente y a la relación que se establece entre ambos.

Pero el paciente no tiene por que ser un enfermo, puede ser también un usuario, cliente o consumidor sano, que se va a hacer una prueba o revisión rutinaria, una embarazada, una pareja que solicita consejo contraceptivo, un anciano que necesita que le escuchen, etc.

Un profesional sanitario, tampoco tiene por que serlo de la medicina, puede serlo de la

enfermería, trabajo social, auxiliares, administrativos, etc.

¿Y qué decir de la *relación*? ¿Estamos incluyendo varias, muchas, cosas, aún cuando no seamos capaces de darle un nuevo nombre más adecuado a su actual contenido, y que al mismo tiempo siga evocando la riqueza que se intuye en esa expresión?³ Hablamos de la *comunicación* que se establece entre dos o más personas.

En una ocasión teníamos un examen parcial de unos 350 folios. Después de una breve y anodina introducción nos encontrábamos con un texto así: "El utrículo está adosado a la fosa oval; el sáculo está debajo, es más pequeño y redondo y está adosado a la fosa hemisférica. Entre ambos está la cresta falciforme. Están unidos por unos canales, que se unen a su vez formando un conducto: ductus endolinfático, que asciende al endocráneo y entra por el orificio succiforme hasta la fosita ungueal, en donde forma el saco endolinfático". Y el resto de los folios eran del estilo... Nos hemos acostumbrado a esta terminología como al aire que respiramos y, utilizándola, nos relacionamos con los usuarios, que antes tenían menos conciencia crítica y menos información, y decían: "¡Qué bueno debe de ser este médico, cuánto sabe que no se le entiende nada!", pero hoy miran con mala cara y, o se callan y hacen los comentarios después fuera, o nos sueltan ya directamente algo así como: "¿Y se puede saber *eso* que es?", con aires de "le pago a la S.S. para que Vd. me lo explique".

Así que volvemos a nuestra pregunta: ¿de qué hablamos cuando hablamos de relación médico-paciente?, o, dicho de otra forma, entre los distintos estilos de relación médico-paciente ¿hay algunos que se puedan inscribir más fácilmente que otros en el marco de la promoción de la salud y no sólo de la curación de la enfermedad, y que se ganen más la confianza de los usuarios en el *buen hacer* de los profesionales?

Creemos que sí. Una relación no paternalista, basada en el respeto y la confianza mutuos; con suficiente calidez pero sin intromisiones; que sepa utilizar el *saber* de ambas partes para facilitar al paciente la toma de sus propias decisiones, respetándolas y prestando la ayuda necesaria para su puesta en práctica; que evite tanto la injustificada complacencia como el autoritarismo médico.

Una relación planteada como el encuentro entre dos o más personas, situadas en un mismo nivel, pero con distintos *papeles* que desempeñar, y con el objetivo de mejorar la salud y las circunstancias relacionadas con ella mediante un trabajo en equipo, pactado de mutuo acuerdo³.

Seguramente conseguir todo esto es una difícil hazaña, pero si nuestro ideal de relación médico-paciente es éste, y nos vamos aproximando a él en nuestra actividad cotidiana, estaremos trabajando en la línea de la Carta de Ottawa: "El papel del sector sanitario debe avanzar cada vez más en el sentido de promover la salud, extendiendo su responsabilidad más allá de la mera prestación de servicios clínicos y asistenciales. La función de los servicios sanitarios debe abarcar un campo muy extenso, en el que son imprescindibles la sensibilidad y el respeto hacia las distintas necesidades culturales. Entre sus cometidos debería contarse la defensa de una política sanitaria multisectorial que respalde a individuos y comunidades en la expresión de sus necesidades para adoptar modos de vida sanos...

... La promoción de la salud contribuye al desarrollo individual y colectivo, proporcionando información y educación para la salud y potenciando las habilidades personales. De este modo, incrementa el número de opciones de que dispone la gente para ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre su entorno y para elegir alternativas favorables a la salud.

Es esencial capacitar a las personas para aprender a lo largo de toda la vida, para prepararse a afrontar todas sus etapas y a enfrentarse con enfermedades y lesiones..."⁷.

Además, no hay que perder de vista que la relación médico-paciente es la relación sistema sanitario-usuario.

Es obvio que, para lograr esto, también hay que tener en cuenta a los profesionales, creando con ellos canales de comunicación, dándoles información sobre las decisiones que se toman en la organización, y fomentando sus iniciativas y su mejor formación⁸.

A partir de los años 70 (en España más tarde), los valores de la autonomía y el respeto a las libertades del ciudadano hacen acto de presencia en la relación médico-paciente (o enfermo-sanitario, en general), entrándose en lo que algunos autores han denominado como la época del consentimiento informado^{9,10}.

El enfermo deja de ser parte pasiva en la relación con el médico y exige el respeto a sus derechos como ciudadano autónomo, capacitado para participar en las decisiones clínicas que le afectan. Aparecen en esta época las primeras cartas de derechos del paciente, que consagran el principio de autonomía del enfermo como pilar fundamental en el que debe basarse la relación médico-enfermo¹¹.

El grado de satisfacción del usuario, y también el del personal sanitario, y sus valoraciones, deben ser contempladas como una herramienta útil y evaluativa para toda institución o equipo de salud. Hay que obtener y utilizar estos resultados, aunque sabiendo siempre que sólo son parte de un todo.

Bibliografía

1. Rodríguez C. La satisfacción de los usuarios como producto de salud. *Libro de Ponencias del VI Congreso ESPAS/XIII Reunión Científica SEE: 'Salud, Equidad y Satisfacción: productos de la atención sanitaria'*. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Sociedad Española de Epidemiología, 1995; 38-9.
2. Irigoyen J. Mecanismos de Participación Comunitaria. *Libro de Ponencias de las IV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1989.
3. Escuela Andaluza de Salud Pública (ed). *Nuevas perspectivas en Promoción de Salud*. Granada, 1993.
4. Peters T, Waterman RH. *En busca de la excelencia*. Barcelona: Folio, 1984.
5. March JC. Con vibraciones hacia la incorporación del marketing en los servicios sanitarios. *Rev Sanid Hig Publica* 1992; 66: 177-8.
6. Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la Evaluación y Mejora de la Calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Publica* 1995; 69: 169-75.
7. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: Primer Congreso Internacional de Promoción de la Salud, 1986.
8. Hoffman K, Ingram T. Creating customer-oriented employees: the case in home health care. *J Health Care Marketing* 1991; 11: 24-32.
9. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad, 1989.
10. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 100-2.
11. Latour J. El informe Abril, la ética tradicional y la epidemiología clínica. En: Porta M, Álvarez-Dardet C (eds). *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona: Masson, 1993.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública,³ Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela / ²Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública,³ Departamento de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago



PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

(Apdo. de Correos nº 139. 15701 Santiago)

Requisitos para la publicación:

- 1.- Que el tema esté relacionado con la Salud Pública en cualquiera de sus variantes (prevención, epidemiología, demografía, medio ambiente, productos de consumo, gestión/administración sanitaria, residuos, tratamiento de aguas, investigación, educación sanitaria, etc...).
- 2.- Trabajos escritos a máquina a doble espacio, con un máximo de 6 carillas (incluidos dibujos, tablas o gráficos), o bien (preferentemente), en disquete de 3.5" en cualquiera de los procesadores de texto habituales o bien en el editor del MS-DOS®.
- 3.- Los trabajos han de venir firmados, nombre, apellidos y nº de DNI.
- 4.- La Dirección de la Revista se reserva el derecho a la publicación o no del artículo, comunicando por escrito, en caso de no publicarse, las razones de tal determinación.
- 5.- Los artículos o colaboraciones deberán estar escritos en gallego, castellano o portugués.

LA PROFESIÓN QUIROPRÁCTICA (II)

Silva Couto A., Silva Heidemann A.*

Estudios de satisfacción del paciente con el tratamiento quiropráctico

Otros estudios han evaluado el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento quiropráctico. Conociéndose la eficacia clínica de este tratamiento, estos estudios pretenden reflejar las percepciones del paciente sobre el proceso y resultados del tratamiento recibido, lo que añade el aspecto de la calidad del servicio prestado a la evaluación de los resultados de cualquier tratamiento¹³¹. Estos estudios son llevados a cabo mediante la utilización de cuestionarios, y además de reflejar la calidad del tratamiento recibido, las percepciones del paciente sobre este y sobre los facultativos, proporcionan importante información para analizar y predecir el comportamiento de los pacientes.

Estos estudios revelan un alto grado de satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento quiropráctico. En 1989 se publicó en el *Western Journal of Medicine*¹³² un estudio comparando la satisfacción del paciente, así como sus impresiones, con el tratamiento médico y quiropráctico para el dolor lumbar. De los 457 pacientes que participaron en el estudio, el porcentaje de pacientes quiroprácticos que estaban muy satisfechos con el tratamiento recibido fue tres veces superior que el de los pacientes sometidos a tratamiento médico (66% versus 22%, $P < 0.001$). Así mismo, los pacientes quiroprácticos percibieron a los facultativos quiroprácticos como más competentes en el tratamiento de su problema y como con mayor preocupación con el problema del paciente. Otro estudio, publicado en el *Lancet*¹³³, revela también que el paciente quiropráctico está más satisfecho con las explicaciones proporcionadas por su facultativo quiropráctico, que aquellos que reciben tratamiento médico. Los resultados de estos estudios, y otros similares¹³⁴⁻¹³⁶, se consideran como una consecuencia directa de la eficacia clínica del tratamiento quiropráctico, reflejando en la población lo que los estudios de eficacia clínica revelan. Consecuentemente, se aboga por la cooperación interprofesional y el tratamiento por facultativos

quiroprácticos de los pacientes con dolores músculoesqueléticos para tratamiento quiropráctico¹³⁷.

Estudios sobre la relación costo-eficacia del tratamiento quiropráctico

Los estudios sobre el costo-eficacia de los tratamientos para el dolor lumbar han ganado importancia debido a la necesidad de encontrar estrategias de contenimiento de costos, y tratamientos más efectivos en el plano económico. En los Estados Unidos, entre los años 1971 y 1982, la incapacidad debida a problemas lumbares ha crecido un 168%, comparado con un incremento de la población del 12.5%¹³⁸. Los gastos directos e indirectos que esto genera se han estimado en 60 billones de dólares anuales¹³⁹. Así, el dolor lumbar representa la segunda causa de incapacidad física tras las enfermedades cardiovasculares, y está creciendo más rápidamente que ninguna otra incapacidad crónica¹⁴⁰. Al igual que las investigaciones científicas han puesto de manifiesto la eficacia clínica del tratamiento quiropráctico en el tratamiento del dolor lumbar, los estudios sobre su eficacia económica también revelan amplios beneficios en su utilización.

En 1992, Ebral¹⁴¹ realizó un estudio retrospectivo comparando el tratamiento quiropráctico y médico de los casos de dolor lumbar mecánico en el ámbito laboral tratados en el periodo de un año en Victoria, Australia. Los resultados revelaron que bajo tratamiento quiropráctico, un número significativamente menor de pacientes precisaron baja laboral, comparado con los pacientes médicos. De aquellos que precisaron baja laboral, la duración de esta para los pacientes quiroprácticos fue de 6.26 días de media, mientras que para los pacientes médicos la media fue de 25.56 días. Igualmente, la tendencia a la progresión hacia la cronicidad de los casos fue del 1.9% en los pacientes quiroprácticos y del 11.6% en los pacientes médicos. Finalmente, la media del gasto por compensación fue cuatro veces menor con el tratamiento quiropráctico.

Otros estudios retrospectivos similares a éste, realizados en los Estados Unidos, indican también la eficacia en términos económicos del tratamiento quiropráctico^{142,143}.

Estudios de costo eficacia que comparan los tratamientos médico y quiropráctico, para grupos de pacientes con los mismos diagnósticos, según la International Classification of Diseases de la OMS¹⁴⁴(códigos ICD9), producen los mismos resultados. Jarvis et al.¹⁴⁵, en un estudio publicado en el Journal of Occupational Medicine, halló que el costo era significativamente (valores $p < 0.001$) mayor para los casos médicos que para los casos quiroprácticos con los mismos diagnósticos. En 1993, Stano et al. analizaron cerca de 2 millones de casos de compañías de seguros, con el propósito de generar una base de datos apropiada para propósitos investigativos. 395.641 pacientes fueron clasificados de acuerdo a diferentes categorías diagnósticas (ICD9) con una base de 8.928 pacientes, Stano halló que los costos totales a las aseguradoras fueron substancialmente mayores para los casos tratados médicamente. La media de gasto fue de 573 dólares para los casos quiroprácticos, y de 1.112 dólares para los casos médicos^{146,147}. Según la evidencia proporcionada por estos y otros estudios¹⁴⁸⁻¹⁵⁰, el tratamiento quiropráctico proporciona mayores beneficios terapéuticos a costos más económicos que el tratamiento médico, habiéndose propuesto éste como una medida efectiva en la reducción de gastos de los sistemas nacionales de salud¹⁰⁴¹¹².

EDUCACION DEL DOCTOR EN QUIROPRÁCTICA

La mayor parte de los facultativos quiroprácticos ha sido educados en los Estados Unidos, encontrándose allí el mayor número de facultades quiroprácticas. Así pues, y no habiendo facultades quiroprácticas en España, debemos describir la educación quiropráctica bajo ese sistema, aun siendo diferente al español. La educación quiropráctica goza de unos altos estándares, habiendo universidades quiroprácticas acreditadas en los Australia, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, y Sudafrica. Esta acreditación se refiere al proceso mediante el cual una institución y su programa educativo son evaluados, reconocidos, y sus cualificaciones y estándares comparados con otros predeterminados. La acreditación es llevada a cabo por los Consejos de

Acreditación Institucional, y los Consejos Acreditativos Especializados. Los primeros actúan evaluando todas las instituciones educativas de grado superior, y toda universidad en los Estados Unidos ha de estar acreditada institucionalmente. Los Consejos Acreditativos Especializados son específicos para cada profesión, y centran su atención en los programas educativos específicos de cada universidad.

Estos consejos especializados determinan los mínimos educacionales para cada carrera, asegurando la preparación profesional de los graduados universitarios. En los Estados Unidos, el consejo acreditativo es el Council on Chiropractic Education, existiendo otros consejos para la región australoasiática, Canadá, y Europa, participando todos de los mismos estándares y gozando de acuerdos de reciprocidad. El Council on Chiropractic Education es miembro del Consejo de Agencias Acreditativas de los Estados Unidos, está reconocido por el United States Office of Education's Division of Eligibility and Agency Evaluation, por el Consejo de Acreditación Post-Secundaria, y el Ministerio de Educación (U.S. Department of Education). Así, el Council on Chiropractic Education establece los estándares educativos mínimos para que las facultades quiroprácticas puedan otorgar el título de Doctor en Quiropráctica, y este sea reconocido como facultativo de atención primaria.

Currículum quiropráctico

La educación quiropráctica se divide en tres partes fundamentales: la educación pre-quiropráctica, educación quiropráctica, y educación post-grado. Al igual que ocurre con la medicina, para acceder a las facultades quiroprácticas es necesario satisfacer unos pre-requisitos previos establecidos por los Consejos de Acreditación. Estos pre-requisitos pueden ser satisfechos en cualquier universidad acreditada, y representan 900 horas de contacto (60 créditos) principalmente en materias obligatorias de las ciencias básicas, y otras optativas. En el caso del sistema educativo español, estos pre-requisitos estarían ya incluidos en la carrera médica propiamente dicha.

Tras satisfacer los requisitos pre-quiroprácticos, se puede acceder a la educación profesional propiamente dicha en facultades quiroprácticas. Estas facultades pueden ser privadas, como en el

caso de EE.UU., Canadá, e Inglaterra, o integrada s en el sistema universitario nacional como en Australia. Siendo estas facultades reconocidas y acreditadas, las materias, y el número de créditos/horas de contacto, así como la profundidad con la que la materias son tratadas, coincide con lo requerido para la educación de otros facultativos de atención primaria . Esto hace que las materias sean homologables, y los créditos transferibles a cualquier otra universidad acreditada. El curriculum quiropráctico se puede dividir en tres componentes básicos: ciencias básicas, ciencias clínicas, e internado. Las ciencias básicas cubren áreas de estudio como la anatomía, bioquímica, histología , microbiología, fisiología celular, etc. Las ciencias clínicas proporcionan los conocimientos necesarios para emitir un correcto juicio clínico, diagnóstico y tratamiento. Materias como roentgenología, geriatría dermatología, obstetricia y ginecología, pediatría, psicología, ortopedia, etc. son impartidas dentro del grupo de ciencias clínicas, así como materias específicas de la practica quiropráctica. Finalmente, el periodo de internado representa la aplicación práctica y supervisada de los conocimientos adquiridos. Aparte de las 900 horas de contacto requeridas en los pre-requisitos, la educación quiropráctica supone como mínimo 4.200 horas de contacto, según las directrices de los Consejos de Acreditación, aunque en la actualidad la mayoría de las facultades quiroprácticas supera esta cifra, y está más cercana a las 4.700 horas de contacto ^{151,152}.

Al finalizar el programa educativo, se concede el título de Doctor en Quiropráctica, reflejando un a educación acreditada y reconocida por las agencias y estamentos educativos y gubernamentales pertinentes, como facultativo de atención primaria con capacidad de diagnóstico ¹⁵³. La facultades quiroprácticas también ofrecen la posibilidad de continuar con estudios post-grado en áreas de interés específico como ortopedia, neurología, radiología , etc., así como masters ¹⁵⁴. Además, para obtener la licencia que habilita a cualquier facultativo (ya se a médico o quiropráctico) para el ejercicio profesional, se han de superar varios exámenes nacionales y estatales. Finalmente, para mantener su licencia de ejercicio profesional, el facultativo quiropráctico ha de satisfacer los requerimientos anuales de educación continuada establecidos.

Diversas investigaciones gubernamentales e investigadores independientes afirman que la

educación quiropráctica es equivalente a la médica en todas las materias preclínicas ¹⁵⁵. Una de las investigaciones gubernamentales más profundas sobre la quiropráctica fue llevada a cabo por el gobierno de Nueva Zelanda, con investigaciones tanto en ese país como en los Estados Unidos , Australia, e Inglaterra. Tras dos años de estudio, las conclusiones de la comisión investigadora sobre la educación del facultativo quiropráctico señalan que los doctores en quiropráctica son los únicos facultativos necesariamente preparados por su educación para llevar a cabo la terapia manipulativa: De la misma manera, reconoce la capacidad de diagnóstico del facultativo quiropráctico ¹⁵⁶. Unos años más tarde, otra ¹⁵⁷ investigación gubernamental realizada en Australia corroboró los hallazgos de la comisión investigadora de Nueva Zelanda. Ya en Europa, otra investigación llevada a cabo por el gobierno sueco, e incluyendo a representantes académicos quiroprácticos, y médicos, estudió detalladamente la educación quiropráctica. Las conclusiones de la investigación indican que la preparación universitaria de los doctores en quiropráctica es equivalente a la educación médica sueca, que los facultativos quiroprácticos tienen capacidad de realizar diagnósticos diferenciales, y que estos deben ser regulados como facultativos de atención primaria ¹⁵⁸. En conclusión, las facultades quiroprácticas acreditadas e integradas en los sistemas educativos de sus respectivos países, proporcionan una educación especializada, que caracteriza a la profesión, centrándose en el diagnóstico diferencial y tratamiento conservador de afecciones y disfunciones del sistema neuro-músculo-esquelético.

DESARROLLO DE LA PROFESIÓN QUIROPRACTICA EN EL MUNDO

Desde sus inicios en el siglo pasado, la quiropráctica se ha desarrollado como profesión a distintos ritmos en distintos países del mundo. El desarrollo inicial de la profesión quiropráctica tuvo lugar en los Estados Unidos, donde en 1913, en el estado de Kansas, fue adoptada la primera legislación específica para la quiropráctica. Diez años más tarde, la quiropráctica estaba regulada legalmente en 25 estados, y en la provincia de Alberta, Canadá ¹⁵⁹. Los primeros facultativos quiroprácticos llegaron a Europa en los años previos a la Primera Guerra Mundial, fundándose en 1932 la

European Chiropractors' Union, asociación que agrupa a las distintas asociaciones quiroprácticas de los distintos países europeos. Conjuntamente con la World Federation of Chiropractic, y la Federación Latinoamericana de Quiropráctica, la European Chiropractors' Union representan a la profesión a nivel internacional. Estas están formadas por las distintas asociaciones quiroprácticas que a nivel nacional representan los intereses de los facultativos quiroprácticos en sus respectivos países.

En términos de su situación legal, la profesión quiropráctica muestra gran diversidad en distintos países del mundo, ejemplificando los distintos ritmos de desarrollo de la profesión. Así, hay países donde no existe legislación alguna que regule y reglamente la práctica de la profesión, países (especialmente aquellos regidos bajo la influencia de la Ley Común) donde aún sin existir legislación específica, la práctica profesional quiropráctica es legal. Y finalmente, aquellos países donde existe legislación específica para la profesión quiropráctica y su ejercicio. Países con una larga tradición quiropráctica, como los Estados Unidos, Canadá, y Suiza, han establecido marcos legales para la profesión en la década de los años veinte y treinta, mientras que, en otros países, como Inglaterra, Noruega, Dinamarca, etc., este proceso es más reciente.

Australia	Liechtestein
Belice	México
Canadá	Namibia
Chipre	Nueva Zelanda
Dinamarca	Noruega
Estados Unidos *	Panamá
Gran Bretaña	Suecia
Hong Kong	Suiza
Islandia	Suráfrica
	Zimbabue

* Incluye Islas Vírgenes, Guam, y Puerto Rico.

Países con legislación quiropráctica específica

El primer país europeo en reconocer legalmente la profesión quiropráctica fue Suiza (cantón de Lucerna), en 1937. Hoy en día, la profesión quiropráctica está reconocida en diversos países, siendo su ejercicio legal (bajo la Ley Común) en otros. En el resto de los países europeos, cuyo sistema legal se basa en el derecho romano, la actividad de los facultativos quiroprácticos se lleva a cabo bajo consentimiento tácito, existiendo grandes

vacíos legales en lo que respecta a la regulación de la actividad profesional quiropráctica. Estas diferencias en marcos legales entre distintos países se hace más dramática en el seno de la Unión Europea. En diversos Estados Miembros, como Dinamarca, noruega, etc., la profesión está reconocida legalmente, los facultativos quiroprácticos son considerados facultativos de atención primaria, y sus servicios están incluidos en las prestaciones de los sistemas nacionales de salud. Al mismo tiempo, en otros países de la Unión Europea, al no existir todavía legislación específica, el ejercicio profesional no es considerado legal.

Esta situación conlleva una doble problemática: la existencia de marcos legales conflictivos en el seno de la Unión Europea contraviene lo dispuesto en el Tratado de Roma en lo que se refiere al libre movimiento de personas, servicios, y trabajo, ya que se dificulta o impide el ejercicio de una profesión en un Estado Miembro, mientras que este es legal en otro. De la misma manera, la inexistencia de legislación y reglamentación dificulta el mantenimiento de altos estándares profesionales, facilita el intrusismo, y el ejercicio profesional por personas sin los mínimos de preparación necesarios para realizar las funciones debidas a un facultativo. Esto puede representar la aplicación de tratamientos innecesarios, inapropiados, o la omisión o demora de los tratamientos apropiados, lo que representa un riesgo para el enfermo. Ante la necesidad de una unificación de criterios, y armonización de las legislaciones sanitarias de los Estados Miembros, el Parlamento Europeo está considerando soluciones a esta problemática.

CONCLUSION

En cien años de desarrollo, la profesión quiropráctica se ha convertido en una disciplina sanitaria integrada en los sistemas sanitarios de diversos países, formada por facultativos de atención primaria, con una educación universitaria reconocida, aportando un tratamiento efectivo, seguro, y reconocido científicamente. Debido al escaso número de facultativos quiroprácticos ejerciendo en España, y a la falta de una normativa legal que regule el ejercicio profesional y proteja la titulación, en España todavía es una profesión desconocida, o mal interpretada.

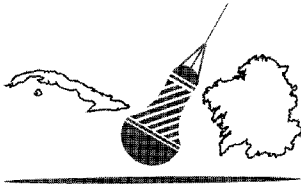
BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chapman-Smith D. "The Chiropractic Profession". The Chiropractic Report, 1993, Vol. 7, N°3. Toronto.
- 2.- Stano M. "The Chiropractic Services Market: A Literature Review", en Rossiter LF., Schaeffler RM., eds. Advances in Health Economics and Health Services Research, Greenwich, CT, USA. JAY Press 1992;13:191-204.
- 3.- Silva Couto A. La profesión Quiropráctica: Bases Científicas Descripción Madrid, MAPFRE, 1994:140.
- 4.- Schmoel G. Junghans H. The Human Spine in Health and Disease. 2ª ed., New York, Grune and Staton, 1971, pp.22,37,148,198.
- 5.- Gatterman MI. Chiropractic Management of Spine Related Disorders. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990:45.
- 6.- Lewit K. The contribution of clinical observation to neurologic mechanisms in manipulative therapy. In: Korr Y, de. The Neurobiologic Mechanisms in Manipulative Therapy. New York: Plenum Press 1978:43-52.
- 7.- Salter RB. Textbook of disorders and injuries of the musculoskeletal system. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1970.
- 8.- Bogduk N, Engel R. The menisci of the lumbar zygapophyseal joints: A review of their anatomy and clinical significance. Spine 1984;5:454.
- 9.- Giles LGF, Taylor JR. Intra-articular synovial protrusions in the lower lumbar apophyseal joints, Bull Hosp J Dis Orthop Int 1982;12:248-255.
- 10.- Kos J, Wolf J. Les Menisque Intervertebraux et leur rôle possible dans les blocages vertebraux. Annals de Medicine Physique 1972;15:203-217.
- 11.- Giles LGF. Lumbosacral and cervical zygapophyseal joint inclusions. Manual Medicine 1986;2:89-92.
- 12.- Giles LGF, Taylor JR. Human zygapophyseal joint capsule and synovial fold innervation. Br J Rheumatol 1987;26:993-998.
- 13.- Giles LGF, Taylor JR. Innervation of lumbar zygapophyseal joint synovial folds. Acta Orthop Scand 1987;58:43-46.
- 14.- Giles LGF, Harvey AR. Immunohistochemical demonstration of nociceptors in the capsule and synovial folds of human zygapophyseal joints. Br J Rheumatol 1987;26:362-364.
- 15.- Kraft GL, Levinthal DH. Facet synovial impingement: A new concept in the etiology of lumbar vertebral derangement. Sur Gynec Obstet 1951;93:439-443
- 16.- Kirkaldy-Willis WH. The relationship of structural pathology to the nerve root. Spine 1984;9:49-52
- 17.- Duncan W, Hoen T. A new approach to the diagnosis of herniation of the intervertebral disc. Surg Gynec Obstet 1942;75:257-267.
- 18.- Sandoz R. Newer trends in the pathogenesis of spinal disorders. Ann Swiss Chiro Assoc 1971;V:93.
- 19.- Farfan HF. A reorientation in the surgical approach to degenerative lumbar intervertebral joint disease. Orthop Clin North Am 1977;8:9-21
- 20.- Stokes Y, Wilder D, Frymoyer J, Pope M. Assessment of patients with low-back pain by biplanar radiographic measurement of intervertebral motion. Spine 1981;6:233-240
- 21.- White AA, Panjabi MM. The basic kinematics of the human spine. A review of past and current knowledge. Spine 1978;3:12-20
- 22.- Panjabi MM, Krag MH, Dimnet JC, Walter SD, Biland RA Thoracic spine centre of rotation in the saggittal plane. J Orthop Res 1984;1:387-94.
- 23.- Pearcy MJ, Bogduk N. Instantaneous axis of rotation in the lumbar intervertebral joints. Spine 1988;13:1033-41.
- 24.- Penning L. Normal movements of the cervical spine. Am J Roentgenol 1978;130:317-26.
- 25.- Penning L. Nonpathologic and pathologic relationships between lower cervical vertebrae. Am J Roentgenol 1964;4:591-5.
- 26.- Panjabi MM, Krag M, Chung T. Effects of disc injury on the mechanical behavior of the human spine. Spine 1984;9:707-713
- 27.- Adams M, Hutton W. The mechanical function of the lumbar apophyseal joints. Spine 1983;8:327-330.
- 28.- Jirout J. The effect of mobilization of the segmental blockade on the saggittal component of the reaction on lateral flexion of the cervical spine. Neuroradiology 1972;3:210
- 29.- Lehmann TR, Spratt KF, Tozzi JE, et al. Long term follow up of lower lumbar fusion patients. Spine 1987;12:97-104
- 30.- Wike DB. The neurology of the joints. Ann R Coll Surg Eng 1967;25:50
- 31.- Schaible HG, Schmidt RF. Responses of fine medial articular nerve afferents to passive movements of knee joint. J Neurophysiol 1983;49:1118-26
- 32.- Haldeman S. The neurophysiology of spinal pain syndromes. En Haldeman de. Modern Developments in the Principles and Practice of Chiropractic. New York, Appleton-Century Crofts 1980;119-42
- 33.- Wike BD. The neurology of facial pain. Br J Hosp Med 1968;Oct:45-46.
- 34.- Spencer JD, Hayes KC, Alexander JJ. Knee joint effusion and quadriceps reflex inhibition in man. Arch Phys Med Rehabil 1984;65:171-77
- 35.- Farel WR, Nade S, Newbold PJ. The interaction of neuronal discharge, intra-articular pressure, and joint angle of dog knee. J Physiol 1986;373:353-65
- 36.- Wall PD, Woolf CJ. Muscle but not cutaneous C-afferent input produces prolonged increases in the excitability of the flexion reflex in the rat. J Physiol 1984;356:443-58
- 37.- Steinmetz JE, Cervenka J, Dobsn J, Romano AG, Patterson MM. Central and peripheral influences on retention of postural asymmetry in rats J Comp Physiol Psychol 1982;96:4-11
- 38.- Steinmetz JE, Cervenka J, Dobsn J, Romano AG, Patterson MM. Fixation of spinal reflexes in rats by a central and peripheral input J Comp Physiol Psychol 1981;95:458-555
- 39.- Patterson MM, Steinmetz JE. Long lasting alterations of spinal reflexes: A potential basis for somatic dysfunction. Manual Medicine 1986;2:38-42
- 40.- Hoheisel U, Mense S. Long term changes in discharge behavior of cat dorsal horn neurons following noxious stimulation of deep tissues. Pain 1989;36:239-47
- 41.- Woolf CJ, Wall PD. Relative effectiveness of C-primary afferent fibers of different origins in evoking a prolonged facilitation of the flexor reflex in rat. J Neurosci 1986;6:1433-42
- 42.- Woolf CJ. Long term alterations in the excitability of the flexion reflex produced by peripheral tissue injury in the chronic decerebrate rat. Pain 1984;18:325-343
- 43.- Kimmel DL. Innervation of spinal dura mater and dura mater of the posterior cranial fossa. Neurology 1961a;11:800-9
- 44.- Rausching W. Spinal anatomy: The relationship of structures. en Haldemann S. Principles and Practice of Chiropractic, 2ª de. Appleton & Lange 1992;63-64.
- 45.- Rydevik BL. The effects of compression on the physiology of nerve roots. J Manipulative Physiol Ther 1992;1:62-6
- 46.- Larmon WA. An anatomic study of the lumbosacral region in relation to low back pain and sciatica. Ann Surg 1944;119:892-6
- 47.- Magnuson PG. Differential diagnosis of causes of pain in the lower back accompanied by sciatic pain. Ann Surg 1944;179:878
- 48.- Rydevik B, Brown MD, Lundborg G. Pathoanatomy and pathophysiology of nerve root compression. Spine 1984;9:7-15
- 49.- Sharpless S. Compression of spinal roots. en Goldstein M. ed The Research Status of Manipulative Therapy. Bethesda NINCCS 1975, 15.
- 50.- Howe JF, Loeser JD, Calvin WH. Mechanosensitivity of dorsal root ganglia and chronically injured axons: A physiological basis for the radicular pain of nerve root compression. Pain 1977;3:25-41.
- 51.- Giles LGF, Kaveri MJP. Some osseous and soft tissue causes of human intervertebral canal (foramen) stenosis. J Rheumatol 1990;17:1474-81.
- 52.- Hoyland JA, Freemont AJ, Jayson MIV. Intervertebral foramen venous obstruction. A cause of periradicular fibrosis? Spine 1989;14:558-568.
- 53.- Rydevik BL, Myers RR, Powell HC. Pressure increase in the dorsal root ganglion following mechanical compression: Closed compartment syndrome in the nerve roots. Spine 1989;14:574-576
- 54.- Chrisman OD, Gervais EF. Oological manifestations of the cervical syndrome. Clin Orthop 1962;24:34-39
- 55.- Davis D. Respiratory manifestations of dorsal spine radiculitis simulating cardiac asthma. Ann Int Med 1950;32:645-647
- 56.- Morris WT. Spinal nerve compression: A cause of claudication New Zeal Med J 1978;88:101-103
- 57.- Smith DR, Raney FL. Radiculitis distress as a mimic of renal pain. J Urol 1976;116:269-276
- 58.- Heilbrun MP, Davis DO. Spastic paraplegia secondary to cord constriction by the dura. J Neurosurg 1973;39:645-647
- 59.- Davis D. Spinal nerve root pain (radiculitis) simulating coronary occlusion: A common syndrome. Am Heart J 1948;35:70-80

- 60.- Sato A, Swenson R. Sympathetic nervous system response to mechanical stress of the spinal column in rats. *J Manipulative Physiol Ther* 1984;7(3):141-147
- 61.- DeBoer K, Schultz M, McKnight ME. Acute effects of spinal manipulation on gastrointestinal myoelectric activity in conscious rabbits. *Manual Medicine* 1988;3:85-94
- 62.- Sato A, Sato Y, Shimada F, Torigata Y. Changes in gastric motility produced by nociceptive stimulation of the skin in rats. *Brain Res* 1975;87:151-159
- 63.- Sato A, Teru N. Change in duodenal motility caused by noxious stimulation of the skin in rats. *Neurosci Lett* 1979;2:189-193
- 64.- Sato A. The somatosympathetic reflexes: Their physiological and clinical significance, en Goldstein M., de. *The research Status of Spinal Manipulative Therapy*. NINCDS monograph 15. Washington DC Department of Health, Education and Welfare 1975;163-172
- 65.- Schaible HG, Schmidt RF. Responses of fine medial articular nerve afferents to passive movements of knee joint. *J Neurophysiol* 1983;49:1118-26
- 66.- Thabe H. Electromyography as a tool to document diagnostic findings and therapeutic results associated with somatic dysfunction in the upper cervical spinal joints and sacroiliac joints. *Manual Medicine* 1986;2:53-58
- 67.- Stauffer ES. Rehabilitation of the spinal cord injured patient. En Rothman & Simeone Eds. *The Spine*. WB Saunders Co. Philadelphia, 1982.
- 68.- Freman MAR, Wyke B. Articular reflexes at the ankle joint: An electromyographic study of normal and abnormal influences of the ankle joint mechanoreceptors upon reflex activity in the leg muscles. *Br J Surg* 1967;54:990-1000
- 69.- Panjabi M, Abumi K, Duranceau J, Oxland T. Spinal stability and intersegmental forces. A biomechanical model. *Spine* 1989;14:194-200
- 70.- Triano JJ, Schultz AB. Correlation of objective measure of trunk motion and muscle function with low back disability ratings. *Spine* 1987;12:561-565
- 71.- Triano JJ, Davis BP. Reactive muscles: Reciprocal and crossed reciprocal innervation phenomenon. Proceedings of the 7th Annual Biomechanics Conference on the Spine. Boulder, University of Colorado. 1976.
- 72.- Esaki K. Morphological study of muscle spindle in atrophic muscle induced by immobilization. *Nagoya Med J* 1966;12:185-201
- 73.- Maier A, Eldred E., Edgerton V. The effects on spindles of muscle atrophy and hypertrophy. *Exper Neuro* 1972;37:100-123
- 74.- Adams MA, Hutton WC. The effect of posture on diffusion into the lumbar intervertebral discs. International Society for the Study of the Lumbar Spine Meeting. Montreal 1984 (Abstract)
- 75.- Krämer J, Kolditz D, Gowin R. Water and electrolyte content of human intervertebral discs under variable load. *Spine* 1985;10:69
- 76.- Bishop PB. Pathophysiology of the intervertebral disc. En Haldemann S. *Principles and Practice of Chiropractic*. 2^a ed. Appleton & Lange 1992;185-194
- 77.- Gritzka TL, Fry LR, Cheesman RL, LaVigne A. Deterioration of articular cartilage caused by continuous compression in a moving rabbit joint. *J Bone Jt Surg* 1973;55-A:1968-1720
- 78.- Giles LGF. Pressure related changes in human lumbo-sacral zygapophyseal joint articular cartilage. *J Rheumatol* 1986;13:1093-1095
- 79.- Howel D, et al. A view on the pathogenesis of osteoarthritis. *Bull Rheum Dis* 1978/79;29:996
- 80.- Wright V, Johns JJ. Physical factors concerned with the stiffness of normal and diseased joints. *Bull John Hopkins Hosp* 1960;106:215-231
- 81.- Akeson WH, Amiel D., Violette D. The connective tissue response to immobility: A study of the chondroitin-4 and 6-sulfate and dermatan sulfate changes in periarticular connective tissue of control and immobilized knees of dogs. *Clin Orthop Related Res* 1967;51:183-198
- 82.- Bland JH. The reversibility of osteoarthritis: A review. *Am J Med* 1983;74:16-26
- 83.- Glyn LE. Primary lesion in osteoarthritis. *Lancet* 1977;1:574-575
- 84.- Radin EL, Rose RM. Role of subchondral bone in the initiation and progression of cartilage damage. *Clin Orthop* 1986;213:34-40
- 85.- Gracovetsky S, Farfan H. The optimum spine. *Spine* 1986;11:543-544
- 86.- Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. *Journal of Bone and Joint Surgery* 1990;72-A(3):403-408
- 87.- Coste J, Paolaggi JB, Spira A. Reliability of interpretation of plain lumbar spine radiographs in benign, mechanical low back pain. *Spine* 1991;16(4):426-428
- 88.- Kaplan DM, Knapp M, Romm FJ, Velez R. Low back pain and x-ray films of the lumbar spine: A prospective study on primary care. *Southern Medical Journal* 1986;79:811-814
- 89.- Buirsky G. The investigation of sciatica and low back pain syndromes: Current trends. *Clinical Radiology* 1987;38:151-155
- 90.- Commission of Inquiry into Chiropractic: Chiropractic in New Zealand. Davenport, Iowa. Reprinted by Palmer College of Chiropractic 1979:144-147.
- 91.- White AA, Gordon SL, eds. *American Academy of Orthopaedic Surgeons Symposium on Idiopathic Low Back Pain*. St. Louis. CV Mosby 1982;46-51
- 92.- Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *New England Journal of Medicine* 1988;318:219-300
- 93.- Nachemson A. Towards a better understanding of low back pain. *Scand J Rehabil Med* 1979;11:143-147
- 94.- Dillane JB, Kalton G. Acute back syndrome-A study from general practice. *British Medical Journal* 1966;82-84
- 95.- Rupert RL, Wagnon R, Thompson P, Ezzeldin MT. Chiropractic adjustments: Results of a controlled trial in Egypt. *ICA Rev Chiro* 1985(winter):58-60
- 96.- Postachini M, Pelieri P. Efficacy of various forms of conservative treatment in low back pain. A comparative study. *Neuro Orthop* 1988;6:28-35
- 97.- Bronfort G. Chiropractic versus general medical treatment of low back pain: A small scale controlled clinical trial. *Am J Chiropractic Med* 1989;2:145-150
- 98.- Hsieh CY, Phillips RB, Adams AH, Pope MH. Functional outcomes of low back pain: Comparison of four treatment groups in a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1992;15(1):4-9
- 99.- Waagen GN, Haldeman S, Cook G, Lopez D, DeBoer KF. Short term trial of chiropractic adjustments for the relief of chronic low back pain. *Manual Med* 1986;2:63-67
- 100.- Waagen GN, DeBoer K, Hansen J, McGee D, Haldemann SA. Prospective short and long term comparative trial of general practice medical care, chiropractic manipulation and sham manipulation in the management of chronic low back pain. *International Society for the Study of the Lumbar Spine*, (abstract) 1991
- 101.- Meade TW, Dyer S, et al. Low back pain of mechanical origin. Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *Br Med J* 1990;300:1431-1437
- 102.- Assendelft WJ, Koes BW, Van der Heijden JM, Bouter LM. The efficacy of chiropractic manipulation for back pain: Blinded review of relevant randomized clinical trials. *J Manipulative Physiol Ther* 1992;15(8):487-494
- 103.- Brunarski DJ. Clinical trials of spinal manipulation: A critical appraisal and review of the literature. *J Manipulative Physiol Ther* 1984;7(4):243-249
- 104.- Anderson R, Meeker WC, Wiric BE, Mootz RD, Kirk DH, Adams A. A meta-analysis review of clinical trials of spinal manipulation. *J Manipulative Physiol Ther* 1992;15(3):181-194
- 105.- Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, Hurwitz EL, Park RE, Philips RB, Brook RH. The appropriateness of spinal manipulation for low back pain: Indications and ratings by multidisciplinary expert panel, 1991. RAND, Santa Monica, California. Monograph n° R-4025/2
- 106.- Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, Hurwitz EL, Brook RH. Spinal manipulation for low back pain. *Annals of Internal Medicine* 1992;117(7):590-598
- 107.- Common diagnostic procedures of the lumbosacral spine. North American Spine Society's Ad Hoc Committee. *Spine* 1991;16(10):1161-1167
- 108.- Shekelle PG, Adams AH, et al. The appropriateness of spinal manipulation for low back pain: Project overview and literature review. 1991 RAND, Santa Monica, California. Monograph n° R-4025/1
- 109.- Manga P, Angus D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of chiropractic management of low back pain. *Pran Manga and Associates, University of Ottawa, Canada*. 1993:11
- 110.- Chrisman D, Mittnach A, Snook GA. A study of the results following rotatory manipulation in the lumbar intervertebral disc syndrome. *J Bone Jt Surg* 1964;46:517-524
- 111.- Mathews JA, Yates DAH. Reduction of lumbar disc prolapse by manipulation. *Br Med J* 1969;3:696

- 112.- Nwuga VCB. Relative therapeutic efficacy of vertebral manipulation and conventional treatment in back pain management. *Am J Phys Med* 1982;61:273-278
- 113.- Mathews JA, et al. Back pain and sciatica: Controlled trials of manipulation, traction, sclerosant and epidural injections. *Br J Rheumatol* 1987;26:416-423
- 114.- Cassidy JD, Haymo WT, Kirkaldy-Willis WH. Side posture manipulation for lumbar intervertebral disc herniation. *J Manipulative Physiol Ther* 1993;16:96-103
- 115.- Carrick FR. Cervical radiculopathy: The diagnosis and treatment of pathomechanics in the cervical spine. *J Manipulative Physiol Ther* 1983;6:129-137
- 116.- Leach RA. An evaluation of the effect of chiropractic manipulative therapy on hypolordosis of the cervical spine. *J Manipulative Physiol Ther* 1983;6:17-23
- 117.- Hviid H. The influence of chiropractic treatment on the rotary mobility of the cervical spine: a kinesiometric and statistical study. *Ann Swiss Chirop Assoc* 1971;5:31-44
- 118.- Droz JM, Crot F. Occipital headaches. *Ann Swiss Chirop Assoc* 1985;8:127-135
- 119.- Stodolny J, Chmielewski H. Manual therapy in the treatment of patients with cervical migraine. *Manual Med* 1989;4:49-51
- 120.- Vernon H. Chiropractic manipulative therapy in the treatment of headaches: a retrospective and prospective study. *J Manipulative Physiol Ther* 1982;5:109-112
- 121.- Turk Z, Ratkolb O. Mobilization of the cervical spine in chronic headaches. *Manual Med* 1987;3:15-17
- 122.- Wight JS. Migraine: a statistical analysis of chiropractic treatment. *ACA J Chiropractic* 1978;15:28-32
- 123.- Boline PD, Kassak K, Bronfort G, Nelson C, Anderson AV. Spinal manipulation vs amitriptyline for the treatment of chronic tension type headaches: A randomized clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1995;18:148-154
- 124.- Bitterli J, Graf R, Robert F, Adler R, Mumenthaler M. Objectivating the effect of manual therapy of spinal related headaches. *Nervenarzt* 1977;48:259-262
- 125.- Parker GB, Tuplin H, Pryor DS. A controlled trial of manipulation for migraine. *Aust NZ J Med* 1978;8:589-593
- 126.- Sloop PR, Smith DS, Goldenberg E, Dore C. Manipulation for chronic neck pain: A double blind controlled study. *Spine* 1982;7:532-535
- 127.- Nordemar R, Thorner C. Treatment of acute cervical pain: A comparative group study. *Pain* 1980;10:93-101
- 128.- Brodin H. Cervical pain and mobilization. *Med Phys* 1983;6:67-72
- 129.- Howe DH, Newomber R. Manipulation of the cervical spine. *J R Coll Gen Pract* 1983;33:574-579
- 130.- Mealy K, Brennan H, Fenelon GCC. Early mobilisation of acute whiplash injuries. *Br Med J* 1986;292:656-657
- 131.- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 1988;260:1743-1748
- 132.- Cherkin DC, McCormack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors. *Western Journal of Medicine* 1989;150:351-355
- 133.- Kane RL, Olsen D, Leymaster C, et al. Manipulating the patient: A comparison of the effectiveness of physician and chiropractic care. *Lancet* 1974;1(7,870):1333-1336
- 134.- Warwell WI. The Connecticut survey of public attitudes toward chiropractic. *J Manipulative Physiol Ther* 1989;12(3):167-173
- 135.- Sanchez JE. A look in the mirror: A critical and exploratory study of public perceptions of the chiropractic profession in New Jersey. *J Manipulative Physiol Ther* 1991;14(3):165-176
- 136.- Sawyer CE, Kassak K. Patient satisfaction with chiropractic care. *J Manipulative Physiol Ther* 1993;16:25-32
- 137.- Cherkin DC. Family physicians and chiropractors: What's best for the patient? *The Journal of Family Practice* 1992;35(5):505-506.
- 138.- Deyo RA. Conservative treatment for low back pain: Distinguishing useful from useless therapy. *JAMA* 1983;250:1057-1062
- 139.- Deyo RA, Cherkin D, Conrad D, Volinn E. Cost, controversy crisis: Low back pain and the health of the public. *Annu Rev Public Health* 1991;12:141-156
- 140.- Waddell G. Simple low back pain: rest or active exercise? *Annals of Rheumatic Diseases* 1993;52:317-319
- 141.- Ebral PS. Mechanical low back pain: A comparison of medical and chiropractic management within the Victorian Workcare scheme. *Chiropractic Journal of Australia* 1992;22(2):47-53
- 142.- Johnson MR, Schultz MK, Ferguson AC. A comparison of chiropractic, medical and osteopathic care for work related sprains and strains. *J Manipulative Physiol Ther* 1989;12(5):335-344
- 143.- Johnson MR, Ferguson AC, Swank LL. Treatment and cost of back and neck injury - A literature review. *Research Forum* 1985, spring 68-78
- 144.- World Health Organization. *International Classification of Diseases. 9th ed.* World Health Organization 1991
- 145.- Jarvis KB, Phillips RB, Morris EK. Cost per case comparison of back injury claims of chiropractic versus medical management for conditions with identical diagnostic codes. *J Occup Med* 1991;33(8):847-852
- 146.- Stano M, Ehrhart J, Allenburg T. The growing role of chiropractic in health care delivery. *Journal of American Health Care Policy* 1992;2:39-45
- 147.- Stano M. A comparison of care costs for chiropractic and medical patients. *J Manipulative Physiol Ther* 1993;16:291-299
- 148.- Nyiendo J, Lamm L. Disabling low back Oregon Workers' Compensation claims Part I: Methodology and clinical categorization of chiropractic and medical cases. *J Manipulative Physiol Ther* 1991;14(3):177-184
- 149.- Nyiendo J. Disabling low back Oregon Workers' Compensation claims Part II: Time loss. *J Manipulative Physiol Ther* 1991;14(4):231-239
- 150.- Nyiendo J. Disabling low back Oregon Workers' Compensation claims Part III: Diagnostic and treatment procedures and associated costs. *J Manipulative Physiol Ther* 1991;14(5):287-297
- 151.- Catalog 1991-93. Parker College of Chiropractic. Dallas TX 1991
- 152.- Palmer College of Chiropractic : 1992-1993 Bulletin. Palmer College of Chiropractic. Davenport IA, 1992
- 153.- Accreditation procedures and standards for chiropractic education. European Council on Chiropractic Education. June 1993.
- 154.- McNamee KP. *The Chiropractic College Directory: 1992-93.* KM Enterprises, 3rd ed. 1992.
- 155.- Chapman-Smith D. *The Chiropractic Report Vol.2 n° 3, Ma 1988.*
- 156.- Report of the Commission of Inquiry. *Chiropractic in New Zealand Report.* PD Hasselberg, Government Printer, Wellington 1979
- 157.- Second report medicare benefits review committee. *CJ Thompson, Commonwealth Government Printer, Canberra, Australia. June 1986* Chapt. 10 (chiropractic).
- 158.- Commission on alternative medicine, Social Department of Legitimization for vissa Kiropraktorer, Stockholm, SOU (english summary) 1987
- 159.- Smallie P. *Encyclopedia Quiropráctica.* World-Wide Books Stockton, Ca 1990

* Dr. A. Silva Couto, B.S., D.C., C.C.S.P.
Dr. A. Silva Heidemann, B.A., B.S., D.C.



I CONGRESO GALEGO-CUBANO DE SAÚDE PÚBLICA

V ENCONTROS GALEGO-CUBANOS DE SAÚDE PÚBLICA

Santiago de Compostela, 20 e 21 de Setembro de 1996

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Prof. Dr. Juan J. Gestal Otero.

Vicepresidentes:

Dr. Jesús Gonzalez Comesaña.
Dr. Carlos Quintas Fernández.

Secretario:

Dr. Juan R. García Cepeda.

Vocales:

Dra. Ana Barreiro Carracedo.
Dra. Montserrat García Sixto.
Dr. Luis Geremias Carnero.
Dr. Alberto Losada Martínez.
Dr. Jesús Otero Molanes.
Dr. Luis Rodríguez Miguez.
Dr. Santiago Vázquez Argibay.

Secretaría Científica:

Cátedra de Medicina Preventiva
e Saúde Pública

Fac. de Medicina e Odont.

c/ San Francisco s/n

15.705 Santiago

☎ 981-581237

FAX: 981-572282

Secretaría Técnica:

“Viajes Atlántico”

Plaza de Fuenterrabía, 3

15.702 Santiago

☎ 981-572880

FAX: 981-572867

Distinguido lector:

Compráceme recordarle que os días 20 e 21 de setembro próximo imos celebrar na Facultade de Medicina e Odontoloxía o *I CONGRESO GALEGO-CUBANO DE SAÚDE PÚBLICA*, *V ENCONTROS GALEGO-CUBANOS DE SAÚDE PÚBLICA*, que organizan a Cátedra de Medicina Preventiva e Saúde Pública, os Antigos Alumnos da Maestría en Saúde Pública e Epidemioloxía de La Habana e a Asociación de Alumnos e Máster en Saúde Pública, coa colaboración da Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria, a Sociedad Española de Medicina General e a Federación Nacional de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública.

O Congreso estará adicado o estudio do manexo da Tuberculose e da SIDA, das vacinacións en Atención Primaria, e da formación en Saúde Pública, e polo tanto dirixido a tódolos profesionais de Atención Primaria e de Saúde Pública.

Inclúense como opcionais tres Talleres sobre metodoloxía epidemiolóxica de aplicación para a investigación en Atención Primaria (un vai incluído na taxa da inscrición no Congreso), e un curso sobre INTERNET, que consideramos son de gran interese e actualidade.

Declarado de interes sanitario pola Consellería de Sanidade, podense conquistar 9 créditos. Teremos Mesas de Comunicacións abertas a calquera tema relacionado coa Atención Primaria e coa Saúde Pública, nas que lle invitamos a participar presentando as súas experiencias. Teña presente que debe enviala, como data límite, antes do 31 de Agosto de 1996.

Na confianza de reencontrarnos cedo en Santiago de Compostela, recibe un cordial saúdo.

Juan Jesús Gestal Otero.

Cursos, Congresos y Jornadas:

- VIII Escola d'Estiu de Salut Pública. Llatzeret de Maó (Menorca) del 16 al 20 de Septiembre de 1996. Escuela de verano de Salud Pública. Centre de Salut Dalt Sant Joan. C/Fornells nº 107-07703 Maó. Fax nº 971-351895
- Simposio Satélite sobre Continuidad y Procesos de Cambio. Segovia del 21-22 de Agosto. Telefax nº 91-3559208.
- Curso sobre Envejecimiento, en Laredo (Cantabria) del 19 al 23 de Agosto. Telefax: 942-201103

ATENCIÓN PRIMARIA EN GALICIA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

INTRODUCCIÓN

La Comunidad Autónoma de Galicia tiene alrededor de 2.800.00 habitantes, siendo beneficiarios del Sistema Nacional de Salud el 98%.

El traspaso de las funciones del INSALUD a la Comunidad Autónoma de Galicia, se llevó a cabo el 1 de Enero de 1991, mediante el R.D. 1679/1990.

La Consellería de Sanidad y Servicios Sociales es el órgano de la Administración Autónoma de Galicia responsable de la superior dirección y de control del desarrollo de las funciones y competencias en materia de sanidad interior, asistencia sanitaria y servicios sociales.

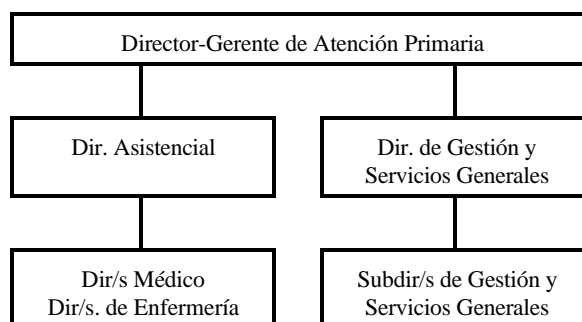
El SERGAS, es un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y adscrito a la Consellería de Sanidad que ejerce la dirección y control del mismo. Tiene como finalidad la gestión de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia y la coordinación integral de todos los recursos existentes en el ámbito de sus competencias.

El presupuesto para Atención Primaria, correspondiente al año 1995 fue de 82.000 millones de pesetas.

La asistencia sanitaria, en Atención Primaria, se organiza mediante las Gerencias de Atención Primaria de Salud, que de acuerdo con el D. 252/1994, son 5:

- Gerencia de Atención Primaria de Coruña-Ferrol, que comprende las Áreas de Salud de A Coruña y Ferrol.
- Gerencia de A. Primaria de Santiago, que comprende el Área de Salud de Santiago de Compostela.
- Gerencia de Atención Primaria de Lugo, que comprende las Áreas de Salud de Lugo, Monforte y Cervo.
- Gerencia de Atención Primaria de Ourense, que comprende las Áreas de Salud de Ourense, y O Barco.
- Gerencia de Atención Primaria de Pontevedra-Vigo, que comprende las Áreas de Salud de Pontevedra y Vigo.

La estructura directiva es la siguiente:



DIAGNÓSTICO

La Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia padece una enfermedad crónica degenerativa, de origen multicausal, que afecta a todos sus órganos y sistemas. Su evolución cursa con un deterioro progresivo del organismo, que afecta a todas sus funciones.

Este diagnóstico está basado en la clínica y en determinadas pruebas complementarias, que veremos a continuación.

CLINICA

-- Mediante la inspección, se observa que la planificación de los 5 últimos años no ha alcanzado mínimamente sus objetivos, y en los últimos meses da la impresión o parece haber un cierto consenso en no hacer nada, como si se estuviese esperando las primeras medidas que se tomen en Madrid.

-- Al explorar su sistema organizativo, administrativo y de gestión, observamos que no existe una clara división territorial, existe de hecho (pero no de derecho) un mapa sanitario incompleto, que impide el funcionamiento de auténticas estructuras independientes, capaces de dotar al sistema de la eficiencia y calidad que el mismo requiere. Nos encontramos además que en los últimos años el tejido jerárquico ha metastatizado, así por ejemplo el de la Gerencia de Santiago de Compostela se ha duplicado y los problemas también, lo que cuestiona el cambio de la antigua dirección.

-- Asi mismo nos encontramos con una falta de coordinación entre la Atención Primaria y Especializada, llegando incluso al bloqueo de ambas ramas en determinadas Áreas Sanitarias.

--El estudio anatómico-patológico de la biopsia del tejido económico, nos revela un crecimiento tipo tumoral del gasto, pese a las medidas tomadas para reducirlo en su aspecto farmacológico, sustituciones, etc.; y que amenaza seriamente con desbordar la capacidad del sistema.

-- El estudio del tejido productivo nos revela que no es homogéneo, ni en su composición (tanto el Personal Médico como el de Enfermería, por sus funciones, se puede clasificar en 3 grandes categorías: APD, de Zona y de EAP.) ni en su distribución, que debería estar de acuerdo a la población cubierta (p.e en La Estrada existe más del doble de personal de enfermería de EAP que APD, sin embargo la población cubierta es la casi la misma por ambos colectivos), los EAP cubren al 25% de la población gallega con una dotación de recursos humanos y materiales a años luz del sistema clásico.

-- Siguen existiendo los ambulatorios, en 2 horas y media se atiende entre 50 y 100 pacientes y sobra tiempo (sin comentarios).

-- Los profesionales se encuentran con una jornada laboral que en el mejor de los casos (EAP) no baja de 60 horas semanales y que deben disponer de automóvil propio para desempeñar sus funciones laborales (asumiendo sus costes).

-- Los clientes o usuarios del sistema se encuentran con un sistema rígido, masificado y muy burocratizado que les obliga a ir de puerta en puerta, a esperas innecesarias y en general a una insatisfacción sobre su funcionamiento.

PRONÓSTICO

De no tomar medidas inmediatas este organismo va hacia el colapso económico y funcional, sus tejidos se anquilosan, y si tuviesen que competir con la provisión privada, tan sólo subsistirían los más aislados y con poca cobertura (no rentables), siempre y cuando los profesionales siguiesen siendo fieles a su empresa.

TRATAMIENTO

1.- Establecer una división territorial de Galicia (mapa sanitario), definiendo el ámbito territorial de cada Área Sanitaria y su Centro de referencia de Asistencia Especializada.

2.- Definir y posibilitar los mecanismos de relación entre la Asistencia Primaria y Especializada.

3.- Establecer unas Gerencias de Área, de Atención Primaria, que sean verdaderos centros de gasto, con una estructura jerárquica siguiendo los principios empresariales y con un personal capacitado para las funciones encomendadas.

4.- Estructurar el Área Sanitaria en unidades más pequeñas (p.e. Zonas Sanitarias de Atención Integrada), dotadas de cierta independencia y finalmente establecer los mecanismos de coordinación de los Centros de Salud dependientes de dicha Zona.

5.- Reforma del funcionamiento y estructura de los Centros de Salud, ya que el modelo de EAP es económicamente insostenible y choca frontalmente con la libre elección de médico y que sea competitivo con empresas privadas.

6.- Establecer una jornada laboral de 40 horas semanales, para lo cual es imprescindible la creación de Servicios de Urgencias, totalmente integrados en las Zonas correspondientes (se evitará así que se "contrate" a profesionales ajenos al Sistema para hacer las guardias).

7.- Dotar a los Centros de adecuadas dependencias y recursos materiales para hacer frente a sus funciones.

8.- Establecer verdaderos mecanismos capaces de reflejar el gasto farmacéutico, imputándose a quien lo prescribe y no a quien lo receta. Diseñar estrategias para evitar la medicina de complacencia y la medicina defensiva.

9.- Posibilitar que en los Centros de Atención Primaria se lleve una contabilidad analítica, que permita saber en todo momento el coste de cualquier actuación y poder pasar factura de aquellas prestaciones que no asume el Sistema (accidentes de tráfico, laborales, agresiones, consulta de pacientes que no son beneficiarios, etc.).

10.- En definitiva planificar un Sistema basado en el modelo empresarial capitalista, que sea competitivo y eficiente, para hacer frente a las demandas de nuestra sociedad y de nuestro tiempo.

EXPLORACIÓN DE LOS PARES CRANEALES

I par craneal: Nervio olfatorio. Su función es sensorial, la olfacción o percepción de olores.

Exploración: Debe hacerse en cada fosa nasal por separado y con los ojos tapados, utilizaremos sustancias aromáticas familiares (café, limón, licores, etc..) evitando irritantes. Si existe anosmia debe pensarse en: obstrucción nasal, secuelas de traumatismos craneales y tumores de fosa posterior u otros tumores invasivos localizados en el lóbulo frontal.

II par craneal: Nervio óptico. Su función es sensorial, la visión.

Exploración: Se basa en 5 puntos fundamentales:

- Agudeza visual: Valorar cada ojo por separado utilizando optotipos.
- Visión de los colores: Valorar cada ojo por separado utilizando laminas u objetos específicos.
- Reactividad de la pupila: El reflejo fotomotor debe explorarse en un ambiente con poca luz, la iluminación de la retina con luz intensa debe provocar una midriasis bilateral.
- Campimetría: Podemos realizarla mediante confrontación para cada ojo por separado.
- Fondo de ojo: Mediante oftalmoscopio, valorar retina, árbol retiniano y nervio óptico.

III, IV y VI pares craneales: Nervio motor ocular común (III), nervio patético (IV) y nervio motor ocular externo (VI). Su función es motora: oculomotora.

Exploración: Los síntomas que orientan hacia una lesión de estos nervios son trastornos de la motilidad ocular (explorar cada ojo por separado), pudiendo aparecer estrabismo y referir el paciente diplopía.

V par craneal: Nervio trigémino. Su función es sensitiva (piel y mucosas de la cara) y motora (masticación).

Exploración: Presencia de algias faciales paroxísticas, exploración mediante algodón de sensibilidad corneal y explorar los músculos masticadores (abrir y cerrar la boca, reflejo maseterino y trismus).

VII par craneal: Nervio facial. Su función es sensitiva y motora (músculos de la cara, cuello y estribo).

Exploración: Se manda al paciente fruncir el ceño, cerrar los ojos, hinchar las mejillas, silbar, reír y enseñar los dientes y se observa si hay disminución de la secreción salival y lacrimal.

VIII par craneal: Nervio estado-acústico. Su función es sensitiva: el equilibrio y la audición.

Exploración: Consta de 2 partes:

- Exploración del equilibrio mediante pruebas específicas dinámicas y estáticas.
- Exploración de la audición: Cada oído por separado mediante la emisión de sonido o bien mediante diapason, pruebas de Rinne y Weber.

IX par craneal: Nervio glossofaríngeo. Su función es motora (músculos de la faringe, velo del paladar) y sensitiva (las mucosas gustativas y de sensibilidad general).

Exploración: Búsqueda de dificultad para la deglución, dolor paroxístico faríngeo, insensibilidad del velo del paladar y abolición del reflejo nauseoso.

X par craneal: Nervio neumogástrico o vago. Su función es sensitiva y motora, inerva todas las vísceras de cuello, tórax y abdomen.

Exploración: Buscar dificultad para la deglución, voz bitonal, afonía o trastornos del velo del paladar.

XI par craneal: Nervio espinal. Su función es motora, unido al vago forma el sistema vago-espinal, inerva los músculos esternocleidomastoideos y trapecios.

Exploración: Mandar al paciente rotar la cabeza y elevar los hombros.

XII par craneal: Nervio hipogloso mayor. Su función es motora, inerva a los músculos de la lengua.

Exploración: Mandar al paciente que saque la lengua, ver si se desvía y si hay atrofia.