

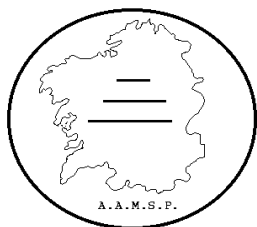
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 12

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Enero 97



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

YA ES HORA DE SOLUCIONES

Ha transcurrido más de medio año desde la llegada al Ministerio de Sanidad de los nuevos responsables de llevar la sanidad a buen puerto. Sin embargo, por lo acontecido en materia sanitaria hasta la fecha, podemos afirmar que la política sanitaria ha variado poco desde la toma de posesión de los actuales responsables del Ministerio de Sanidad.

Todavía se está discutiendo sobre la financiación, catálogo de servicios, eficiencia, provisión de servicios,... entre otros temas. Todo indica que dentro de un año nos encontraremos en el mismo punto, ya que el rebrote de la crispación en la vida política, la necesidad de pactar con los partidos nacionalistas, el endeudamiento de la sanidad catalana,..., determina que el Ministerio de Sanidad no haya aún definido la política sanitaria a seguir en los próximos años. Esta indefinición ha propiciado, hasta la fecha, una política caracterizada por la emisión de globos sonda, inconcreciones, slogans del tipo "alcanzar un mayor nivel de salud", "más eficiencia" o "equidad", cuestiones todas estas que están en la mente de cualquier ciudadano con un mínimo de sentido común, pero lo único conseguido hasta ahora ha sido generar incertidumbre en la ciudadanía y en los profesionales sanitarios.

Todo esto nos lleva a pensar que la actuación en política sanitaria de los actuales responsables es una continuidad de la mantenida por los anteriores gobernantes. No sabríamos decir si es consecuencia de la carencia de programa, o de hallarse en una situación derivada del actual panorama político de pactos necesarios con los nacionalistas.

Esta situación ha dado lugar a que empiecen a elevarse las primeras voces discrepantes, incluso dentro del propio partido gobernante, en contra del máximo responsable del Ministerio de Sanidad.

SUMARIO

EDITORIAL.....pág. 1

Programa Gallego de Prevención y Control de la Tb.....pág. 3

Tb.: Tratamientos directamente supervisados.....pág. 13

Potenciación de la Salud Pública desde un viejo modelo de A.P.....pág. 21

Gestión de los Residuos Sólidos Urbanos.....pág. 25

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS. Libros recomendados.....pág. 26

La satisfacción de los usuarios o... ¿Y Vd como se encuentra.....pág.27

Gripe: Morbilidad y ciclo epidémico Galicia 1985-1996.....pág. 31

Como ciudadanos, creemos que ya ha llegado el momento de que nuestros gobernantes definan las directrices necesarias para resolver problemas tan importantes como la financiación, catálogo y provisión de servicios, libre elección de centros y profesionales, etc...

Como profesionales de la Salud, pedimos que se clarifiquen cuestiones tan importantes como la homologación de titulaciones, jornada laboral, incompatibilidades, modelo retributivo, estatuto jurídico, acreditación de centros, modelo de Hospital y Centro de Salud, estrategias en Salud Pública, planificación hacia una convergencia europea, etc..

Aunque es verdad que en este país estamos acostumbrados a dejar que las cosas transcurran como estaban, y dejar las propuestas de soluciones para las campañas electorales.

Esta situación de indefinición, lleva a que determinados colectivos se posicionen demandando soluciones interesadas, que cada vez van adquiriendo mayor fuerza entre los ciudadanos al no darse respuesta por parte de la administración a los problemas pendientes, por lo que es el momento adecuado para que se adopten las medidas necesarias para solucionar los problemas pendientes y que de no llevarse a cabo se llegaría a una situación de enquistamiento de muy difícil solución.

Este panorama condiciona que en nuestra Comunidad no se pueda planificar a medio y largo plazo, generando por una parte una paralización en la planificación de determinadas actuaciones sanitarias, por otra parte la incertidumbre de seguir desarrollando modelos que están fuertemente cuestionados y finalmente tener que resolver determinados problemas basándose en la improvisación y premura de tiempo.



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

APUNTES DE SALUD PÚBLICA[®]
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.
Enero 1997 N° 12

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA
CEPEDA.

REDACTORES-JEFE:
MONTSERRAT GARCÍA SIXTO
LOURDES MACEIRAS GARCÍA

COMITE CIENTÍFICO:
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY
CARLOS FERNÁNDEZ
GONZÁLEZ.
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN.

DIR. INTERNET: AGUSTÍN MONTES
EDITA: A.A.M.S.P.

Aptdo. Correos n° 139 -SANTIAGO-
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
Resto: Tórculo S.A.

DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
ISSN: 1134-055X
Tirada: 200 ejemplares

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

PROGRAMA GALLEGO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Dra Emma Fernández Nogueira. Xefa da sección de Enfermidades Crónicas. Dirección Xeral de Saúde Pública.

META

La meta del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis, en adelante PGTB, es reducir la mortalidad, morbilidad y transmisión de la enfermedad hasta niveles que no constituyan un problema de salud en la Comunidad Autónoma Gallega.

OBJETIVO GENERAL

Partiendo de que nuestra tasa actual estimada de enfermedad tuberculosa es de un 72/100.000 y que la tendencia registrada entre los años 1983 y 1993 ha mostrado un incremento anual cercano al 10%, el PGTB debería lograr en un plazo no superior a 6 años, el inicio de una reducción promedio anual de 10% en la incidencia de los casos pulmonares. De igual manera debería reducir la tasa actual de mortalidad de un 3,1/100.000 en un 0,5% en el mismo periodo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Constatar la curación bacteriológica de al menos el 90 % de los casos confirmados por bacteriología.
- 2.- Conseguir una cobertura diagnóstica superior al 70% de la incidencia estimada de casos de tuberculosis.
- 3.- Realizar las prácticas adecuadas de diagnóstico que permitan la detección de nuevos casos e infecciones recientes, como mínimo al 70% de los contactos íntimos y convivientes de los casos considerados contagiosos, captados por el PGTB y censados en la D.A.
- 4.- Conseguir que, en al menos el 60% de las pautas de quimioprofilaxis instauradas, se documente su correcta cumplimentación al final de la misma.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.

ESTRATEGIA 1. Establecimiento de dos

niveles de ejecución del Programa:

El análisis del grado actual de implantación de las actividades de prevención y control de la tuberculosis en la comunidad Autónoma, pone de manifiesto que las actividades de diagnóstico e instauración del tratamiento se realizan de manera adecuada en los diversos niveles asistenciales, pero con escasa coordinación entre ellos.

No se pueden asegurar otras actividades fundamentales para la consecución de los objetivos de prevención y control, como son el seguimiento de la efectividad de los tratamientos con constatación de su resultado final y la protección de los infectados. Estas actividades, en caso de que se realicen, se encuentran enormemente dificultadas y se llevan a cabo de una manera desigual, descoordinada, no protocolizada y sobre todo es imposible su control.

Estas dificultades, hacen imposible la implantación de una actuación eficaz de prevención y control de la enfermedad y han planteado la necesidad de la existencia de un segundo nivel de ejecución de las actividades del PGTB, creándose para ello, las Unidades de Prevención y Control de la Tuberculosis (UTB). Estas Unidades tienen unas claras funciones en la coordinación de niveles asistenciales en lo que se refiere a la tuberculosis, el control de la adecuada ejecución de las actividades del PGTB y presentan además una vertiente asistencial, constituyéndose en Unidades de referencia y alternativa de derivación de enfermos e infectados para todos los niveles asistenciales.

De esta manera, los niveles de ejecución del PGTB, se establecen de la siguiente manera:

Primer nivel: Todos aquellos profesionales del sistema sanitario, públicos o privados, susceptibles de captar, diagnosticar y tratar una enfermedad o infección tuberculosa.

Segundo nivel: Las Unidades de Prevención y Control de Tuberculosis.

ESTRATEGIA 2.: Priorización clara de las actuaciones destinadas a la prevención y al

control de esta enfermedad.

El eje básico del PGTB, consiste en interrumpir la transmisión, mediante la localización de las fuentes de infección y su tratamiento efectivo.

Las principales medidas de intervención no han variado y son clásicas ya en los Programas de Control existentes en diversos países. Muchos de estos programas obtienen éxitos limitados en el cumplimiento de sus objetivos y una de las razones de su relativa eficiencia, puede ser la falta de una clara priorización de las estrategias de intervención.

El PGTB ha optado por la alternativa de establecer un ordenamiento de prioridades para las estrategias de control. En este sentido, se ha priorizado la estrategia de conseguir una alta efectividad y calidad de los tratamientos antituberculosos: todo enfermo diagnosticado debe recibir un buen tratamiento y su probabilidad de curar debe sobrepasar el 90%. La base del éxito de esta actuación radica en una excelente organización de los programas de tratamiento en los Centros Sanitarios. El abastecimiento de fármacos antituberculosos no constituye un problema en nuestra Comunidad, si exceptuamos quizá la dificultad para conseguir algún tipo de fármaco, de utilización limitada para retratamientos y resistencias que no se encuentra comercializado en el estado español.

Logrado este grado de efectividad, se debe afrontar la necesidad de localizar y diagnosticar la mayor proporción posible de la incidencia de casos contagiosos (> 70%). No tiene sentido realizar este esfuerzo de captación, si no existe capacidad para tratar con éxito a los pacientes que se diagnostican en la forma habitual.

Alterar las prioridades, concediendo una mayor importancia a la captación de casos, antes de establecer los programas adecuados de tratamiento capaces de asegurar la curación de los casos existentes, puede contribuir a la permanencia del problema, ya que los abandonos y fracasos de tratamiento aumentarán los casos crónicos y resistentes.

Por último, debemos afrontar la protección, mediante quimioprofilaxis de los infectados que se descubren a través de las actuaciones anteriores, como medida capaz de reducir el reservorio de la

enfermedad, generador de futuras fuentes de infección.

ESTRATEGIA 3. Aumento de la calidad y efectividad de los tratamientos instaurados, mediante la supervisión y control de la evolución bacteriológica de los casos inicialmente positivos y del cumplimiento de los tratamientos en todas las tuberculosis:

De acuerdo con la priorización anteriormente establecida, el primer objetivo específico del PGTB puede enunciarse de la siguiente manera:

Constatar la curación bacteriológica de al menos el 90% de los casos confirmados por bacteriología.

Dentro de estos presentan una prioridad absoluta los casos confirmados con baciloscopia positiva (examen directo positivo) sobre los casos confirmados sólo por cultivo positivo.

En los casos no confirmados por bacteriología, la curación se constatará mediante criterios clínicos, analíticos y radiológicos en al menos el 80% de los mismos.

Hemos partido de la base de que los dos grandes desafíos y obstáculos del programa de prevención y Control de la Tuberculosis serán, por un lado, la oportunidad del diagnóstico, es decir la temprana captación de los casos, y por otro lado, de manera especial, asegurar un tratamiento efectivo a todos los casos captados. A los efectos que nos interesan, definimos efectividad del tratamiento, como la relación entre los que inician tratamiento antituberculoso, y los que finalizan la pauta como curados, por lo tanto, un programa de tratamiento efectivo es aquel capaz de mantener a los enfermos bajo tratamiento hasta su curación.

Existe un tratamiento eficaz para la tuberculosis (proporción de curados, sobre el total de enfermos que han completado el tratamiento), al menos bajo condiciones de control. Las pautas de 6 o 9 meses han mostrado alcanzar unas tasas de respuesta inicial del 100%, con unas tasas de recidivas de sólo un 1-4% en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible a los fármacos habituales. Las tasas de éxito en las condiciones reales son muy inferiores y presentan graves consecuencias. Las altas tasas de fracasos en el tratamiento y las recidivas de la enfermedad, amenazan la salud de los pacientes y los mantienen en situación de seguir provocando nuevas

infecciones.

El riesgo de adquirir resistencias secundarias afecta no sólo a estos pacientes, sino a aquellos a los que subsecuentemente, este ha infectado. Las consecuencias individuales, sociales, económicas y epidemiológicas de los fracasos de tratamiento y las recidivas, la complejidad y coste de los sucesivos y frecuentemente infructuosos intentos de nuevo tratamiento de estos casos, determinan que se considere necesario asegurar el éxito de todos los tratamientos instaurados.

El principal problema que afecta a la efectividad y eficiencia (relación entre el coste del tratamiento, el número de personas curadas, muertes e incapacidades evitadas y número de años de vida ganados), está constituido por las altas tasas de abandono del tratamiento. Los tratamientos ambulatorios y la integración de las actividades de diagnóstico y tratamiento a los servicios de la red asistencial general hacen teóricamente accesible el tratamiento a la gran mayoría de los enfermos. Sin embargo los resultados esperados se ven frecuentemente disminuidos por la irregularidad e incumplimiento del tratamiento y/o el frecuente abandono del mismo. Este aspecto negativo ha determinado niveles de eficacia inferiores al 70%, lo que puede contribuir poderosamente al deterioro de la situación epidemiológica si no se logra superar este hecho.

Las actuaciones que el PGTB se plantea para caminar hacia la consecución del objetivo propuesto, son las siguientes:

3.1.- Incrementar la capacitación de los profesionales sanitarios para que puedan llevar a cabo las actividades de control de los tratamientos instaurados:

A.- Aumentando la disponibilidad de documentación técnica que contribuya a la difusión de conocimientos y protocolos de manejo de la enfermedad, a través de la distribución del Manual de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en Atención Primaria.

-- La primera medida para lograr una efectividad suficiente en el tratamiento, es la instauración de pautas eficaces.

Las pautas estándar recomendadas para el tratamiento de las tuberculosis pulmonares iniciales y no complicadas se encuentran descritas

en el Manual de Prevención y control de la tuberculosis en Atención Primaria. Cualquier otra situación precisará de una evaluación por parte del nivel especializado y requerirá un test previo de sensibilidad a fármacos que ayudará a definir la nueva pauta de tratamiento.

-- La segunda medida consiste en la monitorización de la evolución bacteriológica y de la adhesión al tratamiento por parte del paciente durante todo el ciclo del tratamiento.

Los objetivos, periodicidad y contenido de las consultas de control del enfermo tuberculoso, se encuentran asimismo definidas en el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis en Atención Primaria.

Es importante, en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS), tener en cuenta los criterios de derivación al nivel especializado durante el seguimiento del enfermo tuberculoso. Las siguientes circunstancias determinan la posibilidad de existencia de abandonos, fracasos o resistencias a los tratamientos, por lo que es preciso reevaluar cuidadosamente estos casos.

Reproducimos a continuación estos criterios, completando así los establecidos en el Manual de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en Atención primaria:

- Cuando los cultivos se mantienen positivos al segundo mes de tratamiento.(posible mala cumplimentación ó resistencia farmacológica)
- Cuando tras la negativización inicial de los cultivos, reaparece un nuevo cultivo positivo.(posible fracaso)
- Cuando resulte positivo el cultivo correspondiente a la finalización del tratamiento.(fracaso)
- Cuando en el curso del seguimiento aparezcan procesos que requieran evaluación o tratamiento especializado: Diabetes inestable, insuficiencia renal o hepática, etc.
- Cuando en el curso del seguimiento aparezcan procesos agudos intercurrentes o se descompensen los procesos crónicos ya existentes.
- Siempre que se detecte o sospeche un abandono.
- Siempre que al cabo de 15 días de tratamiento correcto, con una pauta estándar, el enfermo no solo no mejora, sino que es evidente que está empeorando (posible

resistencia a los fármacos).

- Siempre que exista un antecedente de que el enfermo ha estado en contacto con otro paciente diagnosticado de tuberculosis resistente. (posibles resistencias farmacológicas).

-- En tercer lugar, es necesario constatar el resultado final del ciclo terapéutico. Los criterios de curación y la necesidad o no de la realización de controles posteriores tras el tratamiento se exponen también en el citado Manual.

B.- Desde el PGTB se impulsarán programas de formación continuada en materia de control de tuberculosis, dirigidos a los profesionales sanitarios en colaboración con el Servicio de Formación e Investigación de la Subdirección de Atención Primaria, los Colegios Profesionales, etc.

3.2.- Aumentar la accesibilidad de la Atención Primaria a los medios de control de la evolución bacteriológica.

Ya que la prioridad máxima es la curación de los casos bacilíferos, el control del tratamiento debe realizarse a través de la monitorización de su cumplimiento, pero fundamentalmente a través del control de la evolución bacteriológica, constatando la negativización de los esputos que fueron inicialmente positivos.

Esta actividad requiere incrementar la disponibilidad de la realización de exámenes bacteriológicos de esputo: baciloscopias y cultivos a los médicos encargados del seguimiento de los pacientes. Se establecerá la posibilidad de que a través del sistema de recogida periférica de muestras, los profesionales de la APS tengan acceso a dichas analíticas sin que ello implique excesivos desplazamientos de los pacientes, facilitando de esta manera la extensión de estas actividades de control.

Esto es especialmente importante de cara al cumplimiento del objetivo priorizado por el PGTB de constatar la curación bacteriológica de al menos el 90 % de los casos inicialmente confirmados por bacteriología. Para la evaluación de su cumplimiento se precisa la notificación de que se cumplen los criterios de curación bacteriológica. Ello supone la necesidad de que se constaten al menos dos resultados bacteriológicos negativos separados en el tiempo.

3.3.- Establecer un sistema de control activo y supervisión del seguimiento de los tratamientos por parte del segundo nivel de ejecución.

Las Unidades de Tuberculosis ejercerán un control activo sobre el grado de seguimiento de los tratamientos en el primer nivel de ejecución del PGTB, a través del Sistema de Información de Tuberculosis (SIT) y concretamente a través de la mecanización y análisis de los datos de la Declaración Ampliada de Tuberculosis.

La UTB tiene como función prioritaria, la de asegurar que el seguimiento de los tratamientos instaurados se está llevando a cabo. Además debe contar con la información sobre el resultado de los mismos al final de la pauta, como instrumento de evaluación de su efectividad.

El sistema de información de tuberculosis, permitirá a la UTB saber en todo momento el número de casos que se encuentran a tratamiento, el tipo y duración de las pautas instauradas y los datos del profesional sanitario encargado del seguimiento de cada caso. A través del SIT se obtendrá la información sobre el grado de cumplimentación de cada paciente, sobre su evolución bacteriológica, la presencia de posibles efectos secundarios a la medicación y fundamentalmente, sobre el resultado final de todos los tratamientos instaurados en la Comunidad Autónoma.

Los médicos que se encargan del seguimiento del enfermo tuberculosos, deben enviar periódicamente estas hojas debidamente cumplimentadas a las UTB y en estas unidades se establecerá un protocolo de supervisión de las actividades del primer nivel.

3.4.- Establecer el segundo nivel de referencia y apoyo al primer nivel encaminado a aumentar la calidad y efectividad de los tratamientos instaurados.

Tal como se ha mencionado anteriormente, las UTB se constituyen en Unidades de referencia y alternativa de derivación para ambos niveles asistenciales, tanto para el diagnóstico de enfermos e infectados como para la instauración de tratamientos y su control. Por ello, siempre que el médico que diagnostique un caso de tuberculosis, no asuma la realización de todas las actividades que supone un adecuado control y seguimiento del tratamiento instaurado, debe derivar al paciente a la UTB.

Esta Unidad se encargará de que el caso sea debidamente controlado a través de su propia estructura, o a través de su coordinación con otros recursos del sistema sanitario.

Además las UTB cumplen un papel fundamental en cuanto a la recaptación de posibles abandonos de tratamiento, de tal manera que siempre que un profesional sanitario detecte o sospeche su existencia, debe comunicarlo a la mayor brevedad posible a la UTB.

3.5.- Dotar a los dos niveles de herramientas que ayuden a un mejor control del seguimiento del tratamiento.

A.- Calendario de consultas de seguimiento de tuberculosis para el médico.

La mayor parte de los pacientes que no cumplen el tratamiento se descubren porque no acuden a las revisiones programadas. Por tanto, es de gran importancia contar con un sistema adecuado de registro de visitas programadas, que se recomienda sean mensuales, a fin de identificar a los pacientes bajo tratamiento que no acudan a las revisiones.

B.- Tarjeta de tratamiento para el paciente.

Para facilitar el control de la toma de medicación al paciente, se le entregará una Tarjeta de Tratamiento. Se le darán instrucciones concretas sobre la manera de apuntar las dosis ingeridas diariamente. Todo tratamiento intermitente debe ser directamente supervisado, por lo que la tarjeta de tratamiento se entregará en las pautas diarias autoadministradas.

3.6.- Conseguir una mejor información y motivación de los enfermos tuberculosos para que aumente su adhesión a los tratamientos antituberculosos.

Se elaborará y distribuirá material con información asequible y rigurosa, dirigida a los enfermos y a sus contactos, seleccionando la información específica y el contenido de los mensajes en función de las conductas que se pretenden promocionar.

El personal sanitario constituye uno de los elementos naturales de la Educación para la Salud. su relación y proyección en este aspecto es no sólo con los enfermos sino con la comunidad en general y, por lo tanto, requiere una adecuada preparación.

Estas materias deben formar parte de los contenidos de las actividades encaminadas a mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en materia de tuberculosis.

Por otra parte, es muy importante la incorporación de contenidos de Educación para la Salud en tuberculosis, a los programas de Educación para la salud ya existentes en la Comunidad Autónoma (Programa de EpS en la escuela, etc.).

3.7.- Ampliar progresivamente la extensión de la instauración de los tratamientos directamente supervisados (TDS):

El TDS es un método que asegura la cumplimentación del tratamiento. De hecho es una herramienta que aumenta considerablemente la efectividad de los tratamientos antituberculosos y hoy en día se considera que es necesario extenderla o incluso universalizarla. El TDS, se refiere a la práctica de proporcionar directamente a cada paciente sus dosis de medicación y observar cómo son ingeridas.

Numerosos estudios demuestran que un tercio o más de los pacientes no cumplimentan adecuadamente el tratamiento y que los profesionales sanitarios no son capaces de predecir o distinguir a priori, los pacientes que tomarán correctamente la medicación de aquellos que abandonarán el tratamiento.

Al beneficio de disminuir los fracasos de tratamiento y las recaídas, debidos fundamentalmente a los abandonos, se añade otro beneficio no menos importante, que es la disminución de la aparición de resistencias. En un paciente con una modalidad de tratamiento directamente supervisado, cuando abandona, se interrumpe toda la medicación, evitándose la toma irregular de algunos fármacos, como suele ocurrir en los tratamientos autoadministrados. Las recaídas subsecuentes, en estas circunstancias, se producen por los mismos bacilos sensibles iniciales. Los CDC de Atlanta (Centers for Disease Control), recomiendan universalizar esta práctica en las zonas o países en los que el porcentaje de enfermos que completan adecuadamente las pautas terapéuticas es inferior al 90% o no se conoce dicho porcentaje. Un programa en el que, de manera rutinaria, se utilice esta modalidad de tratamiento, presentará unas tasas de cumplimentación del 98%.

Aunque los TDS, precisan recursos adicionales para su puesta en marcha, está demostrada su buena relación coste-efectividad respecto a los regímenes autoadministrados.

Según los criterios de los CDC de Atlanta, nuestra Comunidad debería plantearse la extensión de la utilización de los TDS. Por lo tanto, en aquellos casos en los que se sospeche una falta de colaboración en el cumplimiento terapéutico, se recomienda el tratamiento directamente supervisado (con todas las reservas, se pueden mencionar a los adictos a drogas por vía parenteral, VIH (+), personas sin lugar de residencia fija, personas con problemática social o económica, alcohólicos, etc.). Además deben ponerse en tratamiento directamente supervisado todos los retratamientos, incluyendo los fracasos; los casos previamente tratados durante más de un mes; las recidivas y los abandonos recuperados.

Cuando se instaura un TDS, el método debe ser específicamente definido para cada paciente, basándose en la valoración de sus necesidades, sus condiciones de vida y de trabajo y sus preferencias.

Esta es una función que el Programa Gallego de Prevención y Control de Tuberculosis reserva a la U.T.B., estableciéndose así un segundo nivel encargado de la operativización de todos los TDS que se instauren, bien a través de su propia estructura, bien mediante su coordinación con otros estamentos socio-sanitarios más cercanos al paciente.

Por otra parte, se posibilitará, la existencia y disponibilidad de un stock de fármacos antituberculosos en estas Unidades del segundo nivel de ejecución, para la administración directa (a través de la propia Unidad) o indirecta (a través de otros estamentos socio-sanitarios) de estos tratamientos. En cualquier caso, las UTB se encargarán de la gestión y control del stock de los fármacos destinados a los TDS.

3.8.- Se diseñará un sistema de vigilancia y control de resistencias a los fármacos antituberculosos, a través de los Servicios de Microbiología, estableciendo para ello, un protocolo de resistencias.

ESTRATEGIA 4. Localización de fuentes de infección: Aumentar la captación de enfermos tuberculosos.

De acuerdo con la priorización anteriormente establecida, el segundo objetivo específico del PGTB puede enunciarse de la siguiente manera:

Conseguir una cobertura diagnóstica superior al 70% de la incidencia estimada de casos de tuberculosis.

La consecución de estos dos primeros objetivos (de tratamiento y de captación), determinará que cada 6 u 8 años se reduzcan a la mitad las tasas de morbilidad tuberculosa.

Las actuaciones que el PGTB plantea para lograr este objetivo son las siguientes:

4.1. Potenciar la búsqueda pasiva de casos a través de la sospecha diagnóstica entre los consultantes que acuden al sistema sanitario.

La metodología de localización de casos consiste en:

- Mantener un alto grado de sospecha de enfermedad tuberculosa e iniciar el procedimiento diagnóstico en todos aquellos sujetos que acuden a consulta por síntomas respiratorios de más de tres semanas de evolución.
- Indagar sobre la existencia de síntomas respiratorios en aquellas personas de edades comprendidas entre los 15-35 años y que acuden al sistema sanitario consultando por otros motivos, iniciando en ellos el procedimiento diagnóstico, si los presentan.
- Plantearse la posibilidad de enfermedad tuberculosa, a pesar de que la sintomatología presente sea de tipo general o inespecífico, en los casos en que la concurrencia de ciertos factores en un individuo aumenten su riesgo de padecer enfermedad tuberculosa.
- Iniciar el procedimiento diagnóstico también en aquellos pacientes en los que, en el curso de una exploración radiológica llevada a cabo por otros motivos, se descubren imágenes pulmonares compatibles con tuberculosis.

La localización de casos debe realizarse en todos los niveles sanitarios, pero es fundamentalmente responsabilidad de la Atención Primaria de Salud, ya que siendo el primer eslabón de la cadena asistencial y primer contacto de la población con el sistema sanitario, es la única que

puede desarrollar esta actividad, sin menoscabo de que puedan también identificarse sospechosos en la asistencia hospitalaria entre los enfermos derivados por otras patologías.

De cara a la búsqueda pasiva de casos, se deberá:

4.1.A.- Incrementar la capacitación de los profesionales sanitarios para que puedan llevar a cabo las actividades de sospecha, captación y diagnóstico de los enfermos tuberculosos.

La Atención Primaria puede y debe, en principio, asumir el diagnóstico de las tuberculosis pulmonares iniciales y no complicadas, debiendo derivar a la Atención Especializada o a la U.T.B. a todos los pacientes que no se encuadren en esta categoría.

4.1.B.- Aumentar la accesibilidad de los medios diagnósticos a la Atención Primaria: Incrementar la posibilidad de realización de exámenes bacteriológicos de esputo a través del sistema de recogida periférica de muestras, ya que, además, un aumento de la cobertura diagnóstica va a conllevar necesariamente, un aumento de la solicitud de pruebas bacteriológicas.

4.1.C.- Crear un segundo nivel de referencia y derivación para el diagnóstico de los posibles casos detectados en el primer nivel:

Las UTB actuarán también como centros de referencia para el diagnóstico de los enfermos que por sus características no puedan ser adecuadamente manejados en la Atención Primaria. Se constituyen además en alternativa de derivación para el diagnóstico respecto a los dos niveles asistenciales.

4.2.- Establecer una metodología de búsqueda activa de casos.

Esta actuación se realizará a través de:

4.2.A.- Búsqueda activa de posibles casos no declarados utilizando para ello otros registros y documentos ya existentes y el Sistema de Información de Tuberculosis (SIT).

Las UTB tienen una misión de búsqueda activa de posibles casos no declarados que captará a través de las siguientes fuentes:

- *Laboratorio de microbiología:* Se considera la fuente más importante de información de casos no declarados.

Se deberán recoger todos los resultados positivos de las baciloscopias y cultivos de muestras clínicas, así como

la información sobre el médico que realizó la petición analítica, el Servicio o Centro al que corresponde y cualquier dato que pueda ser útil para su localización y la localización del caso.

- *Servicios de Anatomía Patológica:* La finalidad es asimismo la recogida de los datos de todos los estudios histológicos que resulten positivos en relación a la Tuberculosis, con las mismas consideraciones que se exponen en el apartado anterior.

Aún no siendo prioritaria la búsqueda de casos en esta fuente, ya que las tuberculosis que constituyen una prioridad para el programa de prevención y control son aquellas en las que se determina su capacidad de eliminar bacilos y por lo tanto de ser transmisoras, la recogida de datos en los servicios de Anatomía Patológica ayudará a aumentar el número de enfermos captados por el registro para su control.

- *Servicios o Consultas de Atención Especializada,* sobre todo en el área de Pediatría, cuyos casos pueden escapar de la captación a través de los Laboratorios de Microbiología o del Servicio de Anatomía Patológica, ya que en los niños es más frecuente el diagnóstico de tuberculosis a través de la utilización de criterios clínicos, debido a la dificultad que presentan los casos para su confirmación bacteriológica. En la medida en que los recursos de las UTB lo permitan, podrá ampliarse esta búsqueda a otros servicios de Atención Especializada con la finalidad de identificar posibles casos no detectados por las otras fuentes. Merecen especial atención las Unidades de seguimiento de VIH/SIDA, aunque este punto se desarrolla más ampliamente en el apartado sobre grupos de especial riesgo.

Deberán asimismo recogerse los datos sobre el médico responsable del diagnóstico y de identificación y localización del paciente.

- *Registros de altas hospitalarias:* Se tratará de identificar los informes en los que aparezca la tuberculosis como diagnóstico principal o secundario. Se identificará como en los casos anteriores, el médico responsable del diagnóstico y se recogerán los datos de identificación y de localización del paciente

- *Subsistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)* del Sistema de Vigilancia Epidemiológica: La Dirección General de Salud Pública pondrá en marcha el circuito que posibilitará que toda declaración nominal de tuberculosis (obligatoria en nuestra Comunidad Autónoma), bien sea bajo sospecha o confirmada mediante analítica, sea puesta en conocimiento de la UTB. Toda declaración nominal de tuberculosis debe ser investigada para determinar su inclusión como caso confirmado o su exclusión si los estudios adicionales descartan la enfermedad.

4.2.B.- Búsqueda activa de casos a través de los estudios de contactos.

La investigación de los contactos íntimos y convivientes presenta dos objetivos: el de

descubrir posibles recién infectados, que son los que presentan un mayor riesgo de enfermar, para tratarlos preventivamente a fin de evitar que con el paso del tiempo sufran una tuberculosis y el otro objetivo, más importante y prioritario y que es el que nos ocupa en esta estrategia: la captación activa de casos para su tratamiento.

En este sentido, el objetivo específico que se plantea es:

Realizar las prácticas adecuadas de diagnóstico que permitan la detección de los posibles casos existentes como mínimo, en el 70% de los contactos íntimos y convivientes de los casos considerados contagiosos, captados por el PTB y censados en la D.A.

Para la captación de casos a través de los estudios de contactos, el médico que realiza el diagnóstico del caso índice deberá confeccionar un censo de contactos íntimos y convivientes que deben ser investigados dentro del marco de la Declaración Ampliada de Tuberculosis. Dicho censo será mecanizado en un Registro de Contactos, formando parte del SIT. A partir de aquí se emitirán unas Fichas de Estudio de Contactos a fin de que estos contactos puedan ser investigados. Los resultados de dicha investigación, así como la posible instauración de quimioprofilaxis será asimismo mecanizada por las UTB.

4.2.C.- Búsqueda activa de casos a través de estudios en colectivos y detección de posibles microepidemias que puedan producirse.

La situación de riesgo de enfermedad que sufren las personas que, internas en instituciones penitenciarias, asilos de ancianos, hospitales de discapacitados físicos o psíquicos, lugares de acogimiento para personas sin vivienda, etc., comparten su dormitorio con fuentes de infección, es similar a la que sufren los contactos íntimos y convivientes de los casos índices no institucionalizados.

Aunque muchos de estos contactos pueden ser clasificados como íntimos y convivientes, al afectar a colectivos más amplios, su investigación será responsabilidad de las UTB.

A pesar de que en general el estudio de contactos en el trabajo o con encuentros ocasionales ha demostrado niveles muy bajos de transmisión, muy próximos a los observados en la población general, existen circunstancias en el medio laboral o en algún otro entorno en que esté

integrado un caso índice que determinan un riesgo de transmisión para los contactos laborales o de otro tipo, similar al que sufren los contactos íntimos y convivientes (hacinamiento, contacto muy prolongado en habitáculos pequeños, cerrados o mal ventilados, etc.). Estas circunstancias deben ser valoradas individualmente mediante un interrogatorio al paciente en el momento del diagnóstico.

El censo y el control de la investigación de contactos en colectivos escolares, laborales o instituciones es responsabilidad de la UTB, que se encargará de la realización de las investigaciones a través de la propia Unidad o en coordinación con otros profesionales del sistema asistencial.

ESTRATEGIA 5. Potenciar el adecuado control de los infectados recientes, captados a través de alguna de las actuaciones anteriores:

Los recursos disponibles en nuestra Comunidad permiten simultanear las actividades encaminadas a la interrupción de la transmisión con aquéllas que se dirigen a la protección de los infectados captados a través de las actividades de localización de casos, a fin de evitar que sean los futuros enfermos.

En este sentido, se plantea el objetivo específico siguiente:

Conseguir que en al menos el 60% de las pautas de quimioprofilaxis instauradas se documente su correcta cumplimentación al final de la misma.

Para ello, el PGTB plantea las siguientes actuaciones:

5.1.- Incrementar la capacitación de los profesionales sanitarios en la instauración protocolizada de quimioprofilaxis y su adecuado manejo y control hasta la finalización de la pauta.

5.1.A.- Se aumenta la disponibilidad de documentación técnica que contribuya a la difusión de conocimientos y protocolos de instauración y de control de las quimioprofilaxis a través de la distribución del Manual de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en Atención Primaria.

La indicación básica consiste en atenerse estrictamente a los protocolos de instauración de

quimioprofilaxis y destinar los esfuerzos necesarios para conseguir su correcta cumplimentación.

5.1.B.- Estas materias deberán formar parte de los programas de formación continuada teórico-práctica que se impulsarán en colaboración con el Servicio de Formación e Investigación de la Subdirección de Atención Primaria, los Colegios Profesionales, etc.

5.2.- Dotar a los dos niveles de ejecución del Programa de herramientas adecuadas que ayuden en el control de las quimioprofilaxis.

Para ello, se establece en la Ficha del estudio de contactos, un apartado destinado al control de las quimioprofilaxis instauradas. El médico que instaure una quimioprofilaxis es también el encargado de su supervisión, y debe documentar a través de la Ficha del estudio del contacto, el grado de su cumplimentación al finalizar la pauta. Estos datos formarán asimismo parte del Registro de Contactos del SIT.

5.3.- El segundo nivel de ejecución del PGTB establecerá un sistema de control activo y supervisión del cumplimiento de las quimioprofilaxis.

5.4.- Conseguir una mejor información y motivación de los infectados en tratamiento preventivo para que aumente su adhesión a las quimioprofilaxis.

Al igual que en el caso de la motivación para el cumplimiento de los tratamientos de la enfermedad tuberculosa, se diseñará material con información asequible y rigurosa dirigida a los contactos en los que se indique quimioprofilaxis, seleccionando la información específica y el contenido de los mensajes en función de las conductas que se pretenden promocionar y a las características de la población objeto a que vayan dirigidas.

Por otra parte, es muy importante la incorporación de contenidos de Educación para la Salud en tuberculosis en los programas de Educación para la salud ya existentes en la Comunidad Autónoma (Programa de EpS en la escuela, etc.).

ESTRATEGIA 6. Implantación progresiva de subprogramas dirigidos al control de los

Grupos de Especial Riesgo: Búsqueda activa de enfermos e infectados entre estos grupos.

- . Infección por VIH.
- . Adicción a drogas por vía parenteral.
- . Institucionalización: Penitenciarias, Asilos de ancianos, Hogares de acogida para personas sin lugar de residencia fija, Hospitales de larga estancia, etc.
- . Pobreza, falta de accesibilidad al sistema sanitario, etc.
- . Ser inmigrante de un país de alta endemia de tuberculosis.

La presencia de estos factores en un individuo aumentan su riesgo de padecer una tuberculosis. A este problema se añade también el riesgo de mala cumplimentación terapéutica asociado a la presencia de estos factores, lo que determina una mayor probabilidad de aparición y propagación de resistencias en estos grupos y al resto de la sociedad.

Últimamente se ha reconocido en EE.UU. la gravedad que plantea el problema de la Tuberculosis multirresistente, ya que la propagación de estas cepas bacterianas han sido la causa de brotes de tuberculosis en cárceles, asilos y hospitales diversos. La enfermedad causada por estas cepas resulta especialmente difícil de prevenir y de curar, presentando unas altas tasas de mortalidad.

La actuación que se propone para el abordaje del problema en estos grupos de riesgo alto es la de búsqueda activa de los casos estableciendo una estrecha colaboración con Centros e Instituciones que captan o acogen a estos colectivos, para llevar a cabo en ellos la búsqueda activa de enfermos e infectados y su tratamiento efectivo: Unidades de seguimiento de VIH-SIDA, Unidades de Atención a los Drogodependientes, Instituciones cerradas, especialmente penitenciarias, etc.

ESTRATEGIA 7. Establecer un Sistema de Información de Tuberculosis, como herramienta fundamental del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis.

OBJETIVOS DEL SIT:

- 1.- Profundizar en el conocimiento de la

tuberculosis como problema de salud en el marco de la comunidad Autónoma.

2.- Posibilitar un seguimiento y evaluación de la evolución del problema de salud a lo largo del tiempo. (Evaluación de resultados)

3.- Control de las actividades que desarrolla el Programa, a fin de evaluarlas e introducir las correcciones necesarias en su caso. (Evaluación de la gestión)

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO:

El Sistema se escalona en correspondencia con los niveles de ejecución, de coordinación y de evaluación en que se estructura el PGTB.:

PRIMER NIVEL DE EJECUCION: Funciones de desarrollo operativo: genera y remite la información al segundo nivel de ejecución.

SEGUNDO NIVEL DE EJECUCION: Las U.T.B. Tienen funciones de desarrollo operativo: genera información derivada de su vertiente asistencial y funciones de control, supervisión y apoyo a todas las actividades del Programa; recibe

la información, la procesa y la analiza para su área de actuación. Esto le debe permitir tomar las decisiones de tipo táctico necesarias para la mejora de las actividades y resultados del Programa.

Asimismo emitirá la información pertinente al primer nivel de ejecución del Programa y al nivel de coordinación.

NIVEL DE COORDINACION: Servicios Centrales de la Consellería de Sanidade. Recibe la información del segundo nivel de ejecución, realiza el análisis conjunto y emite a su vez la información pertinente a los niveles de ejecución y de evaluación. Participa con el nivel de evaluación en el seguimiento, evaluación y reformulación de las actividades del programa.

NIVEL DE EVALUACION: Constituida por el comité de seguimiento del PGTB. Recibe la información sobre resultados del PGTB, que se constituye en la base de toma de decisiones para la mejora del mismo.



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.

TRATAMIENTOS DIRECTAMENTE SUPERVISADOS

Dra. Victoria Túñez Bastida. UTB da Área de Saúde de Santiago

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis continua siendo un importantísimo problema de salud pública a las puertas del año 2000. (En 1.993, la OMS declaró a la Tuberculosis problema de emergencia Mundial). Esta enfermedad produce anualmente tres millones de muertes y nueve millones de casos nuevos, el 80% de los cuales se presentan en personas que están en las edades más productivas de la vida (15-59 años). Si bien la mayoría de estos casos se producen en países en vías de desarrollo, la evolución de esta enfermedad en muchos países industrializados no presenta el declive previsto.

La situación epidemiológica de España con respecto a la tuberculosis es una de las peores de todos los países desarrollados, según diversas estimaciones la tasa de incidencia anual de tuberculosis variaría entre 40-50/100.000 h., de los que aproximadamente el 40% son contagiosos (bacilíferos), esto supone que cada año en nuestro país se producen de dieciséis mil a veinte mil nuevos casos, siendo casi diez mil contagiosos. Nuestras tasas son de tres a ocho veces más elevadas que en la mayoría de los países desarrollados de nuestro entorno.

En Galicia tras la puesta en marcha del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis (PGTB), desde finales del año 1.994, hemos obtenido los primeros datos que situarían a la incidencia de la tuberculosis en nuestra comunidad en 78/100.000 h.

En Noviembre de 1.994, fue creada la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis (UTB), del Complejo hospitalario Universitario de Santiago, da cobertura una población de 386.248 habitantes. Partiendo de los casos registrados por la UTB en el año 1.995, hemos calculado una incidencia en nuestra área de 73/100.000 h.. Incidencia tuberculosis pulmonar 51/100.000 h. e incidencia de casos bacilíferos 31/100.000 h..

La incidencia de la tuberculosis se mantiene en cifras muy altas que no están de acuerdo con nuestro nivel de desarrollo económico y sanitario.

Tratamientos directamente supervisados

Diversos estudios a escala mundial identifican a los factores relacionados con el comportamiento, tanto a las deficiencias médicas en cuanto al manejo de la tuberculosis como al abandono del tratamiento por parte del propio paciente, como los factores causantes de la falta de control de la enfermedad.

Se han puesto de manifiesto importantes y repetidas incorrecciones en las prácticas médicas en cuanto al tratamiento, estos fallos han dado lugar a retrasos en el diagnóstico, riesgo de transmisión de la enfermedad, tratamientos inadecuados y aparición de resistencias. Pero es el abandono del tratamiento por parte del paciente el que se ha mostrado como el problema más serio para el control de la tuberculosis y el mayor obstáculo para la eliminación de la enfermedad. La acción sanitaria más importante para acelerar el declive de la tuberculosis y conseguir el control de la misma es el tratamiento precoz de todos los enfermos y la correcta cumplimentación de la pauta terapéutica instaurada.

Con los tratamientos actuales podemos garantizar la curación de la enfermedad en prácticamente el 100% de los casos, pero se ha estimado que es usual que entre un 20-50% de los pacientes tomen de forma incorrecta o no completen el régimen terapéutico prescrito. El riesgo de incumplimiento es mayor después de la fase inicial del mismo, transcurridas las primeras 6-8 semanas. Los fallos en la cumplimentación del tratamiento, conllevan a fracasos terapéuticos y aparición de resistencias secundarias.

El tratamiento de la tuberculosis, exige la realización de un exhaustivo seguimiento para evitar posibles abandonos. Es ampliamente aceptado en la actualidad que la quimioterapia de la tuberculosis debe basarse en dos importantes consideraciones bacteriológicas: 1) la asociación de fármacos para prevenir la aparición de resistencias por parte del *Mycobacterium tuberculosis* y 2) la necesidad de mantener durante largo tiempo la quimioterapia con el fin de evitar

recidivas.

Para garantizar la cumplimentación terapéutica deberíamos intentar conseguir la instauración de un porcentaje creciente de Tratamientos Directamente Supervisados (TDS), tal y como recomienda la OMS, que incluso preconiza su universalización.

El Tratamiento Directamente Supervisado es un método de administración de tratamiento que garantiza la adhesión al mismo y requiere que un trabajador sanitario u otra persona designada para ello, presencie la ingesta de la medicación por parte del paciente.

Los TDS se pueden establecer en régimen diario al igual que las pautas autoadministradas o bien para facilitar la administración en régimen intermitente 2 ó 3 veces por semana.

La idea de supervisar los tratamientos de tuberculosis, surge en la década de los 50, concretamente en 1.958, cuando se realizan los primeros ensayos con pautas diarias en Madrás y posteriormente en Hong Kong, a pesar de las malas condiciones socioeconómicas de los dos países donde se realizó el estudio, los resultados fueron favorables. A partir de este momento la investigación se dirige a buscar pautas de tratamiento más cortas y regímenes más fáciles de supervisar, de esta forma desde 1.974 estudios clínicos controlados realizados en diversas partes del mundo demuestran la eficacia de las pautas de tratamiento intermitentes.

En 1.986 la American Thoracic Society (ATS) y los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta en recomendaciones conjuntas, indican que “hay pruebas positivas de que la administración intermitente de dosis convenientemente ajustadas de los fármacos, tras una fase inicial de tratamiento diario producen resultados iguales a los de la administración diaria”.

La terapia intermitente se fundamenta en que cuando se utilizan fármacos de primera línea frente al *Mycobacterium tuberculosis*, se inhibe su multiplicación durante periodos entre 3 y 9 días, por lo que no es imprescindible en el tratamiento de la enfermedad la administración diaria de fármacos. A parte de que los resultados son similares a las pautas de tratamiento diario, no se han descrito mayor porcentaje de efectos secundarios. La dificultad del empleo de estos

regímenes de tratamiento intermitente radica en que siempre es necesaria su supervisión.

Existen grandes dificultades para reconocer a los pacientes “cumplidores” de los “no cumplidores”, debido a los múltiples factores de índole individual, familiar, socio-laboral o incluso sanitarios que pueden estar implicados en el complejo tema de la cumplimentación terapéutica. Por este motivo deberíamos actuar con rigidez en cuanto a los criterios que indican la necesidad de supervisión de un tratamiento. Puesto que probablemente sea la única forma de controlar la enfermedad y lograr su erradicación.

El Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis, plantea la instauración progresiva de Tratamientos Directamente Supervisados en los siguientes casos:

- Todos los retratamientos: Se incluyen los fracasos de tratamiento, las recidivas, los casos previamente tratados durante más de un mes y todos los abandonos recuperados.
- Pacientes con factores asociados que hacen sospechar un mayor riesgo de abandono de tratamiento. Se recomienda la instauración de TDS a: usuarios de drogas por vía parenteral, personas VIH +, personas sin lugar de residencia fija, personas con problemática de tipo social y/o económica, alcohólicos etc.
- Todos los pacientes con resistencia a la Isoniacida y/o Rifampicina.
- Todos los pacientes con pautas de tratamiento intermitentes.
- Todos los pacientes con pautas de tratamiento autoadministrado, que no han acudido a la consulta de seguimiento evolutivo y de control de adhesión al tratamiento.

Las pautas de tratamiento aconsejadas en los casos iniciales serán las mismas que cuando se instaura un tratamiento autoadministrado. Siguiendo las recomendaciones de la Unión Internacional contra la Tuberculosis (UICT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la British Thoracic Association (BTA) y la American Thoracic Society (ATS), actualmente deben darse

preferencia a los regímenes de seis y nueve meses administrados diariamente o de forma intermitente.

PAUTAS DIARIAS

<i>Pautas</i>	<i>Duración</i>
2IRZ + 4IR	6 meses
2IRZE + 4IR	6 meses
2IRZS + 4IR	6 meses
2IRE + 7IR	9 meses

I: Isoniacida, R: Rifampicina, Z: Piracinamida,
E: Etambutol, S: Estreptomicina

En cuanto a las pautas intermitentes, se han ensayado múltiples posibilidades, con probada eficacia. El programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis recomienda:

PAUTAS INTERMITENTES

<i>Pauta</i>	<i>Duración</i>
8 sem. IRZ dd + 16 sem. IR 2s o 3s	6 meses
2 semanas IRZS o IRZE dd + 6 sem. IRZS o IRZE 2s + 16 sem. IR 2s	6 meses
6 meses IRZS o IRZE 3s	6 meses

dd: dosis diaria, 2s: 2 veces/semana, 3s: 3 veces/semana

En los retratamientos, deberá realizarse siempre previo a la instauración de tratamiento: antibiograma, en caso de aparición de resistencias a fármacos de primera línea, el tratamiento deberá ser siempre en régimen diario y cuando no pueda utilizarse Isoniacida y/o Rifampicina deberá durar al menos 12 meses.

En nuestro medio cuando se utilicen regímenes autoadministrados diarios en casos iniciales y debido a las bajas resistencias primarias a la Isoniacida < 4%, están indicadas las pautas de tratamiento de 6 meses con tres fármacos (IRZ) en la fase inicial del tratamiento y dos (IR) en la fase de consolidación.

Cuando se instauren pautas intermitentes probablemente deberíamos añadir un cuarto fármaco al tratamiento puesto que al tratarse de pacientes en los que se sospecha posible incumplimiento, cuando son tratados con 4 fármacos y se produce abandono de tratamiento sus posibilidades de estar curado y de no recaer son mayores que en los pacientes tratados durante el mismo tiempo con 3 fármacos.

La supervisión de los tratamientos es más fácil si se utilizan 4 fármacos, ya que se puede utilizar pauta intermitente desde el principio de la terapia. Aunque no sospechemos resistencias, la conversión del esputo se realiza más precozmente cuando se utilizan 4 fármacos en la fase inicial.

La mayor efectividad en los ensayos clínicos la presenta la pauta que mantiene 4 fármacos durante 6 meses, pero todas han demostrado alto grado de efectividad.

En países subdesarrollados debido al elevado coste de la Rifampicina, se podrán usar otras pautas. Una de las más habituales es la administración diaria 2 meses de Isoniacida, Estreptomina y Tiacetazona, seguida por la administración 2 veces a la semana de Isoniacida y Tiacetazona, hasta completar 12 meses de tratamiento.

Cuando se instauran regímenes intermitentes se debe ajustar la dosis de la mayoría de los fármacos, a excepción de la Rifampicina en el adulto que mantiene las mismas dosis que en las pautas diarias.

Los tratamientos intermitentes se deben utilizar, siempre que se pueda usar la asociación Isoniacida-Rifampicina. Si por cualquier motivo (toxicidad, intolerancia etc), no se puede emplear alguno de ellos, la medicación se administrará a diario durante un mínimo de 12 meses según la pauta que se haya instaurado.

DOSIFICACIÓN TRATAMIENTO INICIAL DE LA TUBERCULOSIS:

<i>Fármaco</i>	<i>Dosis Diaria</i>		<i>2 veces/ semana</i>		<i>3 veces/ semana</i>	
	<i>Niños</i>	<i>Adultos</i>	<i>Niños</i>	<i>Adultos</i>	<i>Niños</i>	<i>Adultos</i>
Isoniacida	10-20 mg/Kg Máx.. 300 mg.	5 mg/Kg Máx. 300 mg	20-40 mg/Kg Máx.. 900 mg.	15 mg/Kg Máx. 900 mg.	20-40 mg/Kg Máx. 900 mg.	15 mg/Kg Máx. 900 mg.
Rifampicina	10-20 mg/Kg Máx. 600 mg.	10 mg/Kg Máx. 600 mg	10 mg/Kg Máx. 600 mg.	10-20 mg/Kg Máx. 600 mg	10-20 mg/Kg Máx. 600 mg	10 mg/Kg Máx. 600 mg
Piracinamida	15-30 mg/Kg Máx. 2 g.	15-30 mg/Kg Máx. 2g	50-70 mg/Kg Máx. 4 gr.	50-70 mg/Kg Máx. 4 gr.	50-70 mg/Kg Máx. 4 gr.	50-70 mg/Kg Máx. 4 gr
Etambutol	15-25 mg/Kg Máx. 2,5 g	5-25 mg/Kg Máx. 2,5 g	50 mg/Kg Máx. 2,5 gr.	50 mg/Kg Máx. 2,5 gr.	25-30 mg/Kg Máx. 2,5 gr	25-30 mg/Kg Máx. 2,5 gr.
Estreptomina	20-30 mg/Kg Máx. 1 g.	15 mg/Kg Máx. 1g	25-30 mg/Kg Máx. 1,5 gr.	25-30 mg/Kg Máx. 1,5 gr.	25-30 mg/Kg Máx. 1 gr.	26-30 mg/Kg Máx. 1 gr

Debemos de garantizar la viabilidad de todo tratamiento directamente supervisado. Para ello antes de la instauración de un régimen de tratamiento de este tipo.

Se requerirán al menos los siguientes requisitos:

- Han de formar parte de un programa global de tratamiento de la tuberculosis, dirigido a grupos de población con especiales dificultades para seguir un tratamiento autoadministrado.
- Se debe informar al paciente sobre las características de su enfermedad, tratamiento de la misma y de la importancia de que complete la pauta terapéutica.
- Se valorará cada caso individualmente, domicilio, trabajo, necesidades, etc.
- Se establecerá un contacto fluido entre el médico y el paciente, evitando barreras burocráticas.
- Es fundamental contar con personal suficiente y especialmente entrenado, que conozca las necesidades e idiosincrasia de la población que atiende.
- Ha de existir un perfecto control de faltas en la toma de la medicación, que permitan recaptar al paciente lo antes posible, para ello debe contarse con el personal necesario.

Los tratamientos directamente supervisados, pueden ser administrados en diferentes estamentos: En las propias UTB, médicos o enfermería de atención primaria, servicios de medicina preventiva hospitalaria, asilos, penitenciarias, centros escolares, asistentes sociales etc.

En casos de instauración de regímenes intermitentes, estos se administrarán siempre como tratamientos directamente supervisados, en ningún caso estos tratamientos serán autoadministrados.

TRATAMIENTOS DIRECTAMENTE SUPERVISADOS:

(Experiencia de la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.)

El Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis, establece que es función de las Unidades de Tuberculosis el control de los pacientes en los que se ha instaurado Tratamiento Directamente Supervisado. Desde Noviembre de 1.994 a Diciembre de 1.995 han sido registrados por nuestra Unidad 350 casos, de los cuales cumplían criterios de tratamiento directamente supervisado 77 (22%).

Hemos instaurado durante el primer año de funcionamiento de la Unidad, tratamiento directamente supervisado en 20 casos, lo que supone el 26% de los que cumplían criterios de supervisión. En 18 casos (90%) eran varones y mujeres en 2 casos (10%). La edad media 35,9 años (entre 5-59 años).

<i>Tipo Tuberculosis</i>	<i>%</i>	<i>♂</i>	<i>♀</i>	<i>Total</i>
<i>Inicial</i>	45	9		9
<i>Abandonos</i>	30	4	2	6
<i>Crónicos/fracaso</i>	25	5		5

La localización de la tuberculosis fue

pulmonar en 19 casos (95%), en 1 caso (niño 5 años) fue tuberculosis primaria (5%). En dos casos con coinfección VIH la localización pulmonar se asoció a la ganglionar.

El diagnóstico se confirmó bacteriológicamente en 17 casos (85%). No se pudo confirmar en 2 niños y una paciente que había recibido varios tratamientos anteriores.

En 5 casos (25%) presentaban resistencia secundaria a uno o varios fármacos.

En 12 casos (60%) se asociaban a algún factor de riesgo:

Factor riesgo	♂	♀	Total
<i>Alcoholismo</i>	6		6
<i>Trastorno mental</i>	2		2
<i>VIH (+) y ADVP</i>	2		2
<i>ADVP</i>		1	1
<i>Gastrectomía</i>	1		1

CRITERIOS DE SUPERVISIÓN

Criterio Supervisión	Nº Pacientes (n=20)	%
<i>Abandono Tratamiento</i>	8	40
<i>Tuberculosis Crónica</i>	4	20
<i>Social/familiar</i>	3	15
<i>Sin Hogar</i>	2	10
<i>Hábitos Tóxicos</i>	2	10
<i>Trastorno mental</i>	1	5

Observación/administración del tratamiento	
<i>Unidad de Tuberculosis (UTB)</i>	8 (40%)
<i>Centro de Atención Primaria:</i>	8 (40%)
<i>Unidad de Drogodependencias:</i>	2 (10%)
<i>Centro Escolar:</i>	2 (10%)

PAUTAS DE TRATAMIENTO

PAUTA	Nº Pacientes
2IRZ + 4IR	3 (15%)
2IRZE dd +4IR 2s	1 (5%)
2IRZE + 4IR	7 (35%)
2IRE + 7IR	1 (5%)
2IRZE + 10IR	2 (10%)
Otras (Resistencias 2^{arias})	6 (30%)
* Z+E+Cipro+PAS	* 4 (20%)
* 2HRZE + 7RE	* 2 (10%)

I: Isoniacida, R: Rifampicina, E: Etambutol, Z: Pirazinamida, Cipro.: Ciprofloxacino. PAS: ac. Paraaminosalicilico, dd: Dosis diaria, 2s: dos veces/semana

El tratamiento se ha administrado en régimen diario en 19 casos (95%), tan solo en 1 (5%) caso se ha administrado de forma intermitente. La medicación en todos los casos de Tratamiento Directamente Supervisados es suministrada por la farmacia hospitalaria

La administración y observación directa de la toma del mismo, fue realizada por diferentes estamentos sanitarios y no sanitarios y coordinados siempre por la UTB. El 40% de los tratamientos fueron administrados en la propia UTB y el 60% (Centros de Atención Primaria, Unidades de drogodependencias e incluso en el propio Centro Escolar, en este último caso la farmacia hospitalaria dispensó la medicación en dosis/diaria para facilitar la administración por el Centro Escolar). En todos los casos esta Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis encontró la máxima colaboración.

APROXIMACIÓN AL COSTE DEL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON RÉGIMEN DE TRATAMIENTO DIRECTAMENTE SUPERVISADO.

Se realizó un estudio económico retrospectivo de estos pacientes, para lo cual se calculó el coste consulta médica UTB, consulta de enfermería UTB, coste estancia hospitalaria y coste de medicación (expresado en coste de adquisición de medicamentos por la farmacia hospitalaria). Se excluyen los costes de las pruebas diagnósticas realizadas extrahospitalariamente.

	Coste Total pts
Estancia Hospitalaria	29.822
Consulta Médica UTB	4.067
Consulta enfermería UTB	1.036

ESTIMACIÓN COSTE TRATAMIENTO DIRECTAMENTE SUPERVISADO
(Pautas 6 meses)

Pauta	Medicación	Supervisión	Total
<i>Diario (2 meses IRZ + 4 meses IR)</i>	17.430 pts	152.789 pts	170.219 pts
<i>Intermitente (8 semanas IRZ dd + 16 semanas IR 2s o 3s)</i>	(2s) 9.790 pts (3s) 11.310 pts	78.736 pts 91.168 pts	88.526 pts 102.478 pts
<i>Intermitente (2 semanas IRZS o IRZE dd + 6 semanas IRZS o IRZE 2s + 16 semanas IR 2s)</i>	(S) 7.579 pts (E) 6.788 pts	84.413 pts 84.413 pts	91.992 pts 84.419 pts
<i>Intermitente 6 meses IRZS o IRZE 3s</i>	(S) 12.571 pts (E) 10.380 pts	103.061 pts 103.061 pts	115.632 pts 113.441 pts

dd: diario, 2s: 2 veces/semana, 3s: 3 veces/semana, (S): Pauta con Estreptomina, (E): Pauta con Etambutol.

Tratamiento Directamente Supervisados en casos: Tipo Inicial

Hemos instaurado TDS en 9 casos, todos varones (2 niños menores de 6 años) .La edad media : 35,1 años. En 6 (66,7%), el diagnóstico se realizó durante su ingreso hospitalario y el TDS se instauró en el momento del alta hospitalaria y en los 3 restantes (33,7%), el diagnóstico se realizó ambulatoriamente y se instauró TDS.

De los 6 pacientes que necesitaron ingreso hospitalario, el motivo de ingreso en 5 casos fue síndrome general y en 1 expectoración hemoptoica. La media de días/ ingreso fue de 24 y la duración media del tratamiento de 6 meses.

Situación final del caso (1 Julio 1.996):

- * Curación 7 (77,7%): - Tratamiento Completado 6, Curación bacteriológica 1.
- * Prolongación tratamiento por abandono recuperado 1 (11,1%).
- * Perdida enfermo 1 (11,1%).

COSTE TRATAMIENTO CASOS INICIALES (Costes medios pts.)

<i>Coste Ingreso Hospitalario (N=6)</i>	<i>Coste Medicación Extrahospitalaria (N=9)</i>	<i>Coste Supervisión Extrahospitalaria (N=9)</i>	<i>TOTAL</i>
* 715 (d.s. 399)	* 17 (d.s. 12)	* 178 (d.s. 87)	* 655 (d.s. 478)

* Costes expresados en miles de pesetas

Tratamientos Directamente Supervisados en casos: Abandonos recuperados

Total 6 casos: 4 varones, 2 mujeres. Edad media 33,2 años. En 5 (83,3%) pacientes se precisó ingreso hospitalario. Media de ingresos/paciente 1,3. Media días hospitalización/paciente 39,2 días. Media días/ingreso 22,7. La duración media del tratamiento fue de 8,8 meses.

Situación final del caso (1 Julio 1996):

- * Curación 4(66%): Curación bacteriológica 1. Tratamiento completado 3
- * Prolongación del tratamiento por abandono recuperado: 1(16,6%)
- * Muerte por otras causas 1(16,6%).

COSTES CASOS: ABANDONOS TRATAMIENTO (Costes medios pts)

<i>Coste Ingreso Hospitalario (N=5)</i>	<i>Coste medicación Extrahospitalaria (N=6)</i>	<i>Coste Supervisión (N=6)</i>	<i>TOTAL</i>
* 1.169 (d.s.962)	26 (d.s.17)	* 254 (d.s.91)	* 1.228 (d.s.951)

* Costes expresados en miles de pesetas.

Tratamientos Directamente Supervisados en casos: Crónicos/Fracaso

Total de casos: 5 varones. Edad media 40,4 años. En 4 pacientes se realizó ingreso hospitalario. Media de ingresos/paciente 2,6. Media días/hospitalización paciente 125,5 días. Media días ingreso/paciente 38,4. Desde el primer diagnóstico de tuberculosis hasta la instauración de un tratamiento directamente supervisado ha transcurrido un tiempo medio de 8 años.

Situación final del caso (1 Julio 1.996):

- * Curación 1(20%). Curación bacteriológica 1
- * Muerte por tuberculosis: 1 (20%)
- * Perdida enfermo 1 (20%)
- * Prolongación tratamiento 2 (40%)

COSTES TRATAMIENTOS CASOS CRÓNICOS/FRACASOS (Costes medios pts)

<i>Coste Ingreso Hospitalario (N=4)</i>	<i>Coste Medicación Extrahospitalaria (N=5)</i>	<i>Coste Extrahospitalario (N=5)</i>	<i>TOTAL</i>
* 3.712 (d.s. 1.786)	* 168 (d.s.113)	* 477 (d.s.326)	* 3.447 (d.s. 2.306)

* Costes expresados en miles de pesetas.

Las diferencias del coste de casos crónicos con respecto a los casos iniciales son estadísticamente significativas, las otras comparaciones probablemente debido al reducido numero de casos no evidencian diferencia significativa.

Aunque el porcentaje de casos supervisados por nuestra Unidad por el momento no es todo lo satisfactorio que desearíamos, sí podemos asegurar que es necesario aumentar los regímenes terapéuticos de este tipo, para limitar los ingresos hospitalarios, número de estancias e impedir la diseminación intrahospitalaria de la tuberculosis, los reingresos y la aparición de resistencias secundarias. Disminuyendo de esta forma los costes por la enfermedad y realizando un mejor control de la misma. Además al calcular los costes por tuberculosis, debemos tener en cuenta no sólo los que se refieren a la propia enfermedad del paciente, sino también a los contactos a los que ha podido infectar y a los denominados coste intangibles (horas de trabajo perdidas, invalideces y/o incapacidades profesionales, así como problemas familiares o sociales relacionados con enfermos crónicos, etc.).

El primer objetivo del PGTB es: “constatar la curación bacteriológica de al menos el 90% de los casos confirmados por bacteriológica.” Solo se puede conseguir certificando la adhesión al tratamiento en todos los casos. Consideramos indispensable para lograr este objetivo implantar progresivamente mayor número de tratamientos directamente supervisados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sumartojo E. When Tuberculosis Treatment Fails. Am Rev Respir Dis. 1.993; 147: 1311-1320.
- 2.- Iseman MD. Treatment of Multidrug-resistant Tuberculosis. N Engl J Med 1.993; 329:784-791.
- 3.- Iseman MD, Cohn DL, Sbarbaro JA: Directly observed treatment of tuberculosis. We can't afford not to try it. N Engl J Med.1.993; 328: 576-578.
- 4.- Cuneo WD. Enhancing Patient Compliance with Tuberculosis Therapy. Clin Chest Med.1.989; 10, 375-380.
- 5.- Sbarbaro JA, Sbarbaro JB. Compliance and Supervision of Chemotherapy of Tuberculosis. Semin Respir Infect.1994; 9: 120-127.
- 6.- Caminero Luna JA. Medidas basicas para el control de la tuberculosis en una comunidad. Med Clin (Barc) 1.994; 102: 67-73.
- 7.- Caminero Luna JA. Situación actual de la tuberculosis en España. Arch. Bronconeumol. 1.994; 30: 371-374.
- 8.- Ministerio de Sanidad y Consumo . Grupo de trabajo sobre tuberculosis. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc)1.992; 98: 24-31.
- 9.- Enarson DA, Gosset J et al. El desafío de la tuberculosis: manifestaciones acerca de su prevención y control globales. The Lancet (ed. Esp.) 1.995; 28: 44-55.
- 10.- Bayer R, Wilkinson D. Directly observed therapy for tuberculosis: history of an idea. The Lancet 1.995; 345: 1545-1548.
- 11.- Gavira R, et al. Seguimiento del tratamiento antituberculoso. Revista Clinica Española 1.994; 194: 31-35.
- 12.- Vidal Pla R, March Ayuela P. Tratamiento de la Infección y de la enfermedad tuberculosa. Monografías clínicas en Neumología. Edit. Doyma S.A. 1992.
- 13.- Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis. Documentos Técnicos en Salud Pública: Serie A. Nº 13. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Xunta de Galicia.
- 14.- Hotchkiss RL, Directly observed treatment of tuberculosis . N England J Med. 1.993; 329: 135.
- 15.- Sbarbaro MD. TB Control is Indeed an Exercise in Vigilance. Public Health Reports.1.996; 1: 32-33.
- 16.- Sumartojo E. When Tuberculosis Treatment Fails. Am Rev Respir Dis 1.993; 147 1311-1320.
- 17.- Richard J. Drug- Resistant Tuberculosis: Etiology; Management and Prevention. Seminars in Respiratory Infections 1.994; 9: 104-112.



POTENCIACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA DESDE UN VIEJO MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. López Rodríguez, F. Bacariza Piñón, A. Asensi Pernas, J.M. Rábade Cacharrón.
Centro de Salud de BEGONTE (Lugo).

INTRODUCCIÓN

Es generalmente asumido que los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente como objetivo principal, sino único, la enfermedad [1]. No obstante, a partir de la conferencia de la OMS en Alma-Ata (1978) [2] dicho aspecto se ha modificado, experimentando un giro cualitativo y cuantitativo hacia la salud como objetivo.

Paralelamente los conceptos modernos de organización del trabajo supusieron, de modo progresivo, el abandono del aislamiento laboral individual para tender a un ejercicio de actividades grupal, en el que priman los puntos de interés profesional común [3].

Y con la pretendida finalidad de articular todos los aspectos de cambio mencionados, amén de sus procesos dinámicos inherentes, se promulgaron la Ley General de Sanidad y, posteriormente, el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud. Todo ello iniciaba la Reforma de la Atención Primaria de Salud (APS) que, de modo fundamental, contemplaba modificaciones de la organización sobre la base de la medicina general hasta entonces imperante.

Se echaron en falta, no obstante, aspectos todavía hoy insuficientemente contemplados, que implicaran actuaciones sobre los recursos humanos. Por tal motivo presentamos los datos de un trabajo realizado en un Centro de Salud de los clásicos, que se concibió con los siguientes objetivos:

1.- Poner en entredicho las razones de un cambio estructural como único motivo de avance.

2.- Detallar los logros conseguidos en materia de Salud Pública (SP) con la voluntad de los profesionales únicamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo elaborado a partir de un sistema de registro de las actividades emprendidas en un Centro de Salud rural tradicional.

La técnica de muestreo seguida fue la sistemática, incluyendo todas las acciones acometidas, en el lugar de trabajo descrito, durante el periodo de un año natural.

Los actos específicamente contemplados fueron los que presentaban una clara relación con las actividades de Salud Pública:

- Promoción de la salud
- Educación Sanitaria
- Potenciación de la acción sanitaria:
 - . Formación
 - . Investigación

Concluida la recogida de variables y datos se efectuó un análisis de las mismas, elaborando las tablas correspondientes.

RESULTADOS

Las acciones encaminadas a la promoción de la salud se recogen en la tabla I, junto con sus características más sobresalientes.

En lo que se refiere a las variaciones introducidas destacan la de la atención continuada, y la de la presencia física en el punto en el que se presta asistencia extraordinaria (la que excede el horario laboral habitual: de 14.30 a 10.00 am del día siguiente, en días laborables; de 10.00 am a 10.00 am del día siguiente, en días no laborables).

Por lo que respecta a la atención en servicio ordinario se obtuvieron los siguientes tiempos de referencia: T. medio de consulta: 4h 45', de consulta por paciente: 10' y global de atención ordinaria: 6 horas.

Datos de interés derivados de la consulta ordinaria, y de una práctica laboral motivada son los siguientes:

- Consulta programada: 51.5%
- Consulta a demanda: 48.5%
- Patologías más frecuentes:
 - . Cardiovascular: 18%
 - . Pulmonar: 7.4%
 - . Osteoarticular: 7.3%
 - . Psiquiátrica: 5%
- Inmunización antitetánica correcta, en viejos: 42.3% (valorada mediante encuesta)
- Inmunización antigripal, en viejos: 68% (valorada mediante encuesta)

La educación sanitaria se llevó a cabo, fundamentalmente, en la propia consulta, en cada acto médico. Otro tipo de actividad formativa se puso en marcha por medio de charlas en los colegios del entorno, durante el periodo escolar, con una periodicidad trimestral.

La potenciación de la acción sanitaria se contempló en tres apartados diferentes:

- Formación .- Con las actividades específicas que se reflejan en la tabla II.
- Investigación.- Llevada a cabo a través de múltiples y variados proyectos de investigación (tal y como refleja la tabla III), en diferentes fases de desarrollo.

TABLA I.- ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Tipo	Características
A.- SERVICIO EXTRAORDINARIO	Horario permanente Atención continuada Presencia física.
B.- SERVICIO ORDINARIO (Consulta)	Mixta (demanda/programada) Demanda abierta. 4h 45' de media en consulta. 10' por consulta. 6h de media global de actividad
C.- ACTIVIDAD DE CONSULTA	Programada: 51.5%. A demanda: 48.5%.

TABLA II.- ACTIVIDADES DE FORMACIÓN	
Tipo	Características
1.- SESIONES CLÍNICAS	Periodicidad semanal. Tema libre, de interés práctico. Rotación de ponentes.
2.- RECENSION BIBLIOGRÁFICA	Periodicidad semanal. Tema libre, de interés práctico. Comentario fundamentado. Lectura crítica.
3.- TALLERES	Frecuencia variable. Autodirigidos y coparticipados. Tema de interés práctico. Elección consensuada.
4.- SESIONES DE VIDEO TEMÁTICO	Frecuencia variable. Tema de interés práctico.
5.- Asistencia a congresos y reuniones científicas	Coparticipación diferida. Participación activa

TABLA III.- ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN	
Tipo de estudio	Características
1.- EPICARDIAN	Descriptivo, en población vieja. Factores de riesgo cardiovascular. Prevalencias (demencia, HTA, etc.)
2.- SINDROME PLURIMETABOLICO	Descriptivo, en población adulta. Factores de riesgo cardiovascular. Prevalencia de Diabetes Mellitus.
3.- OMS-AGE ASSOCIATED DEMENTIA PROJECT	Observacional, descriptivo. Casos de demencia del Epicardian. Causas de muerte
4.- EUROSTROKE II	Observacional, descriptivo. Casos y controles. Individuos del Epicardian con ACVA.
5.- RICARDIN	Descriptivo, en población escolar Factores de riesgo cardiovascular Antropometría
6.- PROYECTOS LOCALES	

- Actividades complementarias.- Englobando aquí todas aquellas actuaciones que no siendo clasificables en los apartados anteriores tienen clara relación con la SP y la actuación profesional (tabla IV).

TABLA IV.- ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	
Tipo de actividad	Relación
1.- REGISTRO DE CONSULTA	Sistema de autocontrol para evaluación. Elaboración de trabajos. Identificación patologías prevalentes
2.- REGISTRO DE CONSULTA EXTRAORDINARIA	Sistema de autocontrol para evaluación Detección de deficiencias. Desarrollo del programa
3.- NOTIFICACIÓN E.D.O.	Consellería de Sanidade
4.- NOTIFICACIÓN R.A.M.	Servicio Gallego de Farmacovigilancia
5.- REGISTRO ACTIVIDADES INTERNAS	Sistema de autocontrol para evaluación. Mantenimiento de programas. Elaboración de trabajos

DISCUSIÓN

El carácter de la continuación en la asistencia, más allá de la mera actuación ante la demanda puntual es un argumento que se viene indicando, de modo explícito, desde los inicios de la reforma de la APS que mencionábamos, y que tiene autores [1,3,4] que la defienden como una parte esencial de la nueva concepción de la medicina general. No obstante es obvio, para cualquier profesional motivado, que en la clásica concepción de la medicina faltaban aspectos como el aquí mencionado, y ese fue el planteamiento que nos ha llevado a la puesta en práctica de una operatividad diferente. Que duda cabe que todo lo indicado lleva a la lógica suposición de que las guardias, o el periodo de atención de urgencias, ha de ser realizado de presencia física.

Otro aspecto de connotaciones similares a las anteriores es el que concierne a la consulta ordinaria. Es indudable que toda actuación médica implica un contacto con el paciente, y que vendrá definida por una relación médico-individuo que debe ser lo más adecuada posible de cara a lo que el paciente espera del profesional. Por tal motivo habrá de ser todo lo

dilatada en el tiempo que ambos agentes consideren de interés, pero nunca un breve contacto; esta actitud es la señalada asimismo por otros autores [5], y supondrá un duración siempre superior a la de una mera consulta administrativa. En tal sentido, el periodo medio aportado en nuestro trabajo no deja de ser una mera referencia, la cual viene refrendada, en su bondad, por el volumen de consultas programadas: 51.5%.

La educación sanitaria es el apartado que menos hemos desarrollado, no por menos importante, ya que como hemos indicado, coincidiendo con otras referencias [6,7], forma parte inherente de todas las acciones de salud. La razón del menor grado de actividad a este nivel es la necesidad de un periodo de tiempo considerable para poner en marcha actividades adecuadas, estructuradas y con objetivos precisos en el campo de la educación sanitaria. Adicionalmente, nos hemos encontrado con la dificultad de acceso a la educación en las escuelas, por cuanto que se tiende a que toda la actividad formativa en dicho nivel corresponda únicamente a los educadores, del propio sistema de docencia. Por todo ello nos hemos planteado la necesidad de arbitrar nuevos cauces para dicha

formación educativa y, de este modo, tenemos en proyecto editar una publicación periódica destinada a nuestros pacientes que conduzca mensajes pertinentes más allá del contacto de la consulta, y que abarque a toda la población del entorno del Centro de Salud, y no sólo a los enfermos.

Las actividades formativa y de investigación han cobrado un auge notable en tan breve periodo de tiempo (un año), consiguiendo que el Centro esté presente de algún modo en cinco importantes proyectos de investigación (amén de otros varios de menor entidad), al tiempo que se ha desarrollado una prolija y activa participación en actividades formativas ajenas, físicamente, al propio centro. Todo ello se corresponde con el anhelo de la formación continuada sentida por todos los profesionales, y mencionada por otros autores [8].

Además de lo indicado, y al margen de la expresión de logros alcanzados, hemos identificado algunos problemas de salud de nuestra comunidad, como son una insuficiente tasa de inmunización antigripal, y una muy baja tasa de inmunización antitetánica correcta.

Se mantienen, asimismo, otras actividades que redundan en beneficio de nuestra práctica habitual, y nos conciencian de la necesidad de medir y registrar aspectos de la profesión, como son: La notificación de las enfermedades de declaración obligatoria, la notificación de reacciones adversas a medicamentos, y un grupo de registros de actividades locales.

Cabe precisar que por la actividad desarrollada no se percibe, en nuestro caso, incentivo contable alguno, en cualquiera de sus modalidades, y son tan sólo la autoestima, el afán de superación, y la voluntad de servicio los que determinan nuestra actividad profesional diaria, con las características que de este trabajo se derivan.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha sido presentado y defendido como Comunicación Oral en el I Congreso Galego Cubano de Saude Pública, celebrado en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

1.- La potenciación de la Salud Pública puede, y debe, hacerse desde cualquier sistema sanitario con independencia de la estructura subyacente.

2.- La mejora en la labor de la ocupación es competencia exclusiva (aunque no excluyente) de cada profesional implicado.

3.- Los resultados conseguidos en una evaluación final son la mejor demostración de la eficacia de un equipo (y probablemente de la eficiencia del mismo).

BIBLIOGRAFIA

1.- Martín A, Cano JF. Atención Primaria de Salud. En: Martín A, Cano JF (eds.): Manual de Atención Primaria. Ediciones Doyma SA, Barcelona; 1989: pp 3-11.

2.- OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata, Ginebra; 1978.

3.- Martín A, Palet X, Solé C. El equipo de atención primaria. En: Martín A, Cano JF (eds.): Manual de Atención Primaria. Ediciones Doyma SA, Barcelona; 1989: pp 29-39.

4.- Gómez LI, Pinedo A, Fernández-Crehuet R. Niveles de atención sanitaria: Atención primaria de salud. En: Piédrola G, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, Sáenz MC, Gómez LI, Fernández-Crehuet J, Salleras L, Cueto A, Gestal JJ (eds.): Medicina Preventiva y Salud Pública. Salvat Editores SA, Barcelona; 1988: pp 1087-1099.

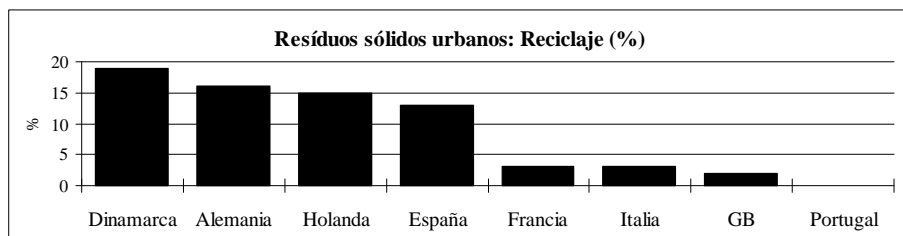
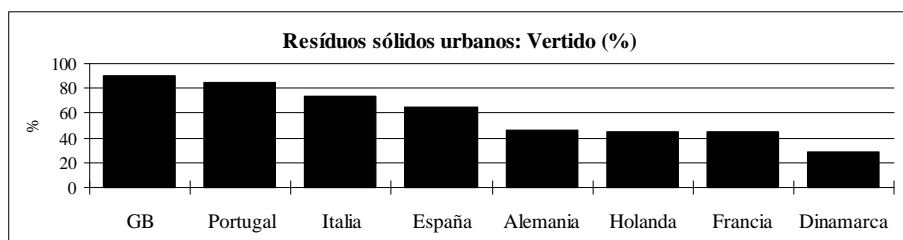
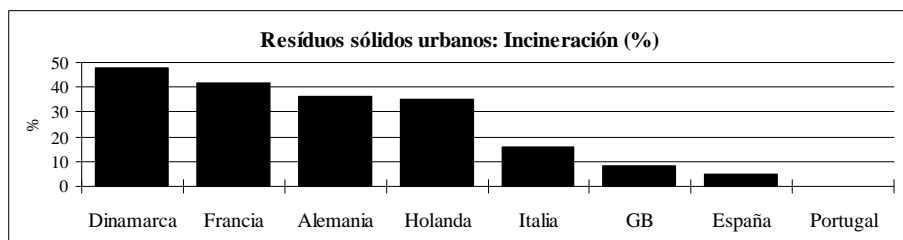
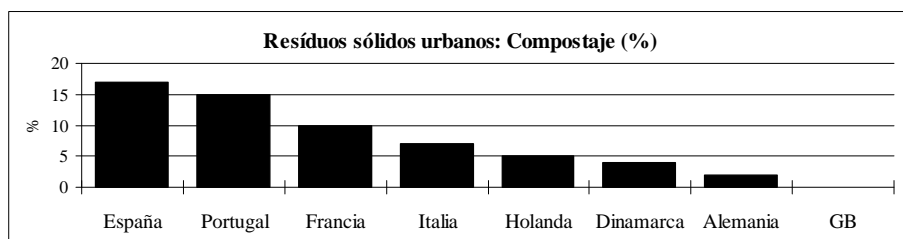
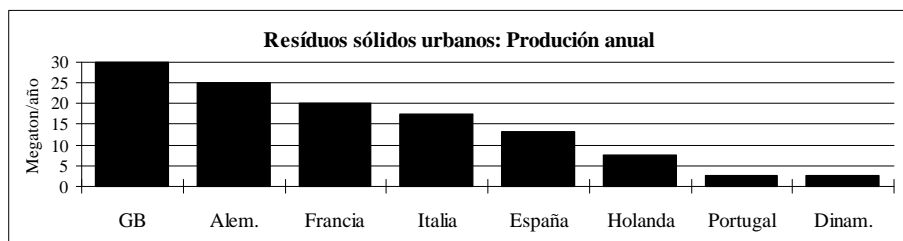
5.- Barker LR. Características distintivas de la medicina ambulatoria. En: Barker LR, Burton JR, Zieve PD (eds.): Principios de Medicina Ambulatoria y Familiar. Masson SA, Barcelona; 1995: pp 3-13.

6.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; 1985.

7.- Salleras L. Educación Sanitaria. Bases científicas. En: Piédrola G, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, Sáenz MC, Gómez LI, Fernández-Crehuet J, Salleras L, Cueto A, Gestal JJ (eds.): Medicina Preventiva y Salud Pública. Salvat Editores SA, Barcelona; 1988: pp 849-860.

8.- Martín A, Cano JF. La formación en atención primaria. En: Martín A, Cano JF (eds.): Manual de Atención Primaria. Ediciones Doyma SA, Barcelona; 1986: pp 81-93.

Gestión de residuos sólidos urbanos en diferentes países



Libros recomendados Díaz de Santos:

-- Probabilidad y Estadística en Medicina, de Pedro Juez Martel y Francisco Javier Diez Vegas. Editorial Díaz de Santos. 1997.

Este libro no pretende dar una visión exhaustiva de la teoría de la decisión ni de la estadística, sino de los conceptos y técnicas matemáticas más útiles en la medicina de hoy en día, partiendo desde cero y utilizando numerosos ejemplos, tomados casi todos ellos del mundo de la sanidad.

Se explica como aplicar cada método estadístico mediante el programa informático SPSS.

El libro está dividido en 2 grandes partes, la primera de probabilidad, donde se explica la teoría de la probabilidad, redes bayesianas, teoría de la decisión y estimación subjetiva de la probabilidad. La segunda parte corresponde a la estadística, donde se incluye una introducción, tablas de contingencia, regresión logística, análisis discriminante, análisis de supervivencia, análisis conjunto y test no paramétricos.

-- PRINCIPIOS DE GESTIÓN SANITARIA, de Francisco Errasti, Editorial Díaz de Santos. 1997.

En un lenguaje asequible se ofrece una visión de los nuevos enfoques con los que se está afrontando los problemas sanitarios desde un punto de vista empresarial, tanto en el fondo como en las formas, ya que la eficacia en la asistencia sanitaria no puede quedar disociada de la eficiencia en el empleo de los recursos.

*

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

Aquí podrás atopar os libros de texto nestas e outras titulacións

FARMACIA
MEDICINA E ODONTOLOGÍA
BIOLOGÍA
QUÍMICA
BIBLIOTECONOMÍA E DOCUMENTACIÓN
FÍSICA
DERECHO
ECONÓMICAS E EMPRESARIAIS
INFORMÁTICA
VETERINARIA
MATEMÁTICAS

Somos especialistas en libros científico-técnicos e dictionarios

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)

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

Maceiras, L., Barros-Dios, JM., Fernández, C., Fraga, JM., Montes, A., Smyth, E., Gestal, JJ.

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 SESPAS/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.



GRUPE: Morbilidad y ciclo epidemiológico en Galicia 1985-1996

TEMPORADA (semanas 33-32)	Nº CASOS Totales	8 Semanas "pico"		
		Semanas (nº)	Nº	%
85-86	199.013	52-7	91.583	46,02
86-87	151.441	3-10	68.072	44,95
87-88	163.329	6-13	64.803	39,68
88-89	193.856	49-4	90.841	46,86
89-90	188.429	52-7	87.596	46,49
90-91	157.167	52-7	70.669	44,96
91-92	106.382	52-7	39.578	37,20
92-93	115.871	6-13	37.710	32,54
93-94	120.907	50-5	42.807	35,40
94-95	152.114	2-9	60.475	39,76
95-96	148.498	50-5	57.332	38,61

