

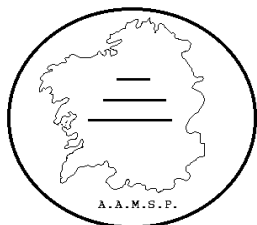
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 13

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Abril 97



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

HOMOLOGACIÓN

Parece que por fin se va a dar solución al conflicto generado por la aparición de la titulación de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y que cuestiona el título de médico general y del resto de especialistas sin titulación oficial, ya que recientemente en el Senado se ha aprobado una moción presentada por el Grupo Popular, basada en un texto del propio Ministerio de Sanidad, en el que se insta tanto al Ministerio de Educación como al de Sanidad a dar una solución a este problema que se viene padeciendo desde hace años en el colectivo médico.

Esta solución afectaría a todos aquellos licenciados que antes de 1995 no pudieron acceder a la titulación de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y resto de especialidades y sin embargo ejercían y/o ejercen como tales en el Sistema Nacional de Salud, con cualificación contrastada por el tiempo que llevan desempeñando su trabajo con plena satisfacción tanto por parte del usuario como por parte de las autoridades sanitarias, que ha llevado al país a alcanzar altas cotas de calidad sanitaria asistencial.

Se calcula que esta medida afectaría a unos 2.000 médicos que están ejerciendo en la Atención Especializada del Sistema Nacional de Salud, y a más de un 80% de los médicos de la Red de Atención Primaria del mismo.

Hay que destacar que la solución al conflicto creado no afectará por igual a los médicos especialistas sin título oficial que a los médicos generalistas de Atención Primaria, pues para los primeros se exigiría una acreditación de tiempo de formación suficiente en plazas de centros sanitarios de alguna de las administraciones públicas, instituciones sanitarias concertadas, u otros centros acreditados para la docencia, y a los médicos generalistas se les exigiría un tiempo de ejercicio en el Sistema Público o bien cursos de formación continuada y tiempo de ejercicio, aún por determinar. Este principio de acuerdo, alcanzado por la mayoría de los grupos parlamentarios, llega sin el consenso entre los representantes de las sociedades médico-científicas más representativas de Atención Primaria (Semfyc, SEMG y Semergen).

SUMARIO

<i>EDITORIAL</i>	pág. 1
<i>Ciudades saludables</i>	pág. 3
<i>Memorias de Río de Janeiro</i> <i>Leishmaniasis en Perú</i>	pág. 9
<i>NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS.</i> <i>Libros recomendados</i>	pág. 11
<i>CURSOS/CONGRESOS</i>	pág. 11
<i>Estudio sobre la caries dental en el</i> <i>municipio de Orense</i>	pág. 13
<i>El hospital nuestro de cada día</i> <i>Calidad percibida</i>	pág. 17
<i>Atención Primaria en Galicia</i> <i>Carta abierta</i>	pág. 19
<i>La fiabilidad de un test o prueba</i> <i>diagnóstica</i>	pág. 21
<i>Gerontología Preventiva</i>	pág. 23

Siempre nos hemos preguntado por las razones que impedían que se diera una salida digna a la situación creada desde hace años, y que ha llevado a un enfrentamiento entre los distintos colectivos médicos repercutiendo negativamente en el desarrollo y funcionamiento del modelo de Atención Primaria y en la Medicina Hospitalaria, entre las distintas razones, pueden citarse las siguientes:

- Falta de voluntad y dejadez por parte de los responsables (anteriores y actuales) de los Ministerios de Sanidad y Educación, que se basaron siempre en la falta de consenso entre los distintos colectivos implicados, para no dar una solución al problema.
- Politización del sistema sanitario, donde aún no está claro cual va a ser el modelo de Atención Primaria y Especializada, en definitiva el Sistema Nacional de Salud, ya que sólo parece existir un cierto consenso en que la Ley General de Sanidad hay que modificarla. Mientras tanto todas las miradas se dirigen a Europa, en espera de que se articule una política sanitaria común en toda la Unión Europea.
- Enfrentamientos entre los distintos colectivos del sector sanitario, cuyo principal objetivo fue en muchas ocasiones facilitar el acceso a sus asociados al escaso trabajo en detrimento de otros colectivos, siendo fomentado por las autoridades sanitarias tanto a nivel Ministerial como de los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, para así postergar otras reivindicaciones más importantes tanto para los propios profesionales sanitarios como para los usuarios del Sistema.

La Administración debe asumir su responsabilidad y dar solución a este problema, unificando las titulaciones, ya que no tiene ningún sentido que ante modificaciones posteriores de los planes de estudio y de formación, profesionales que están ejerciendo su profesión, vean cuestionado su título y su futuro profesional. La formación universitaria, en este caso de Medicina, no puede formar licenciados condenados al paro, por lo que debe crear un sistema que posibilite que haya tantas plazas como licenciados y que el acceso a las distintas especialidades no sea global. En una sociedad como en la que vivimos, el Estado no puede permitirse la financiación de futuros parados ni la financiación de las especialidades tal como hoy lo está haciendo a través de la vía MIR, ni tampoco dar soluciones parciales olvidándose de los licenciados posteriores a 1995.

No debemos olvidar, que como consecuencia de los agravios comparativos por parte de la administración han surgido enfrentamientos entre los distintos titulados y esto ha repercutido negativamente, en algunas ocasiones en la atención sanitaria.



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

APUNTES DE SALUD PÚBLICA[®]
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.

Abril 1997

Nº 13

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 nº 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.

Con la colaboración de la Dirección Xeral de Saude Pública y
la Consellería de Sanidade e Serviciós Sociais. Xunta de Galicia.

CIUDADES SALUDABLES

Un proyecto de la Nueva Salud Pública

Maceiras García¹, L., Barros Dios¹, JM., García Cendán², B., Gestal Otero¹, JJ.

La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició en 1986 un programa, el *Proyecto Ciudades Saludables*^{1,2,3,4}, que constituyó un intento de dinamizar a los gobiernos y habitantes de las ciudades europeas^{5,6} y de países desarrollados (Canadá, EE.UU. y Nueva Zelanda) en torno a objetivos de salud⁷. Hoy en día se está extendiendo ya a países en vías de desarrollo, adoptando en cada país sus propias peculiaridades; en Panamá se llama *'Municipios hacia el siglo XXI'*, en Venezuela *'Municipios hacia la salud'* y en Cuba *'Municipios por la salud'*.

Este proyecto pretendía ser un motor que activase las ideas de la estrategia *'Salud Para Todos en el año 2000'* de la OMS, y que pusiese en marcha lo que se venía llamando *'Nueva Salud Pública'*^{8,9,10,11}.

Al encontrarse en un nivel administrativo descentralizado, la ciudad puede ordenar los recursos necesarios en una amplia gama de responsabilidades y competencias, convirtiéndose en la opción eficaz ideal para apoyar un proceso intersectorial que conduzca a actuaciones creativas, efectivas y eficientes¹².

El marco urbano genera un tipo específico de relaciones personales, familiares, sociales y laborales. Se trata de hacer Promoción de la Salud para alcanzar una alta calidad de vida y salud para todos los vecinos de la ciudad^{13,14}.

"Una ciudad sana debe ofrecer no sólo un ambiente físico sano, sino también un ambiente psicosocial sano. Una ciudad sana no es sólo una ciudad exenta de epidemias infecciosas o crónicas, sino también una ciudad donde se puede vivir bien, donde la violencia y la criminalidad están ausentes, donde las diferentes comunidades sociales, étnicas, religiosas y culturales conviven en armonía, y en la que la base económica es sana y permite a cada uno ganar su vida. Esto representa una situación ideal, probablemente imposible de conseguir, pero hacia la que deben tender los esfuerzos comunitarios"¹⁵.

Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000)

Es una estrategia de la OMS para conseguir que "todos los habitantes de todos los países tengan el nivel de salud suficiente para que trabajen productivamente y participen activamente en la vida social de la comunidad en la que viven"¹⁶.

Principios clave de Salud Para Todos:

- 1.- Requiere la participación conjunta de los profesionales y la población.
- 2.- Depende de colaboraciones intersectoriales.
- 3.- Debe basarse en la Atención Primaria.

El programa europeo está orientado a conseguir un cambio en la concepción de los problemas de salud, desde una visión estrictamente médica hacia una mayor comprensión de los aspectos sociales de la salud, mediante la expansión de cinco áreas:

- 1.- *Autocuidados*: fomentando la capacidad de resolver problemas de forma autónoma sin tener que recurrir a los servicios asistenciales, disminuyendo así la dependencia de las personas hacia éstos.
- 2.- *Intersectorialidad*: integración de la atención médica con otras actividades relacionadas con la salud como educación, ocio, medio ambiente, cultura, servicios sociales, etc.
- 3.- *Integración* de la Promoción de la Salud con la medicina preventiva, la terapéutica y la rehabilitadora.
- 4.- *Cobertura* de las necesidades de los grupos desatendidos, evitando desigualdades.
- 5.- *Participación* de la comunidad.

Desde esta perspectiva, la Promoción de la Salud como medio hacia la Salud Para Todos en el año 2000, se plantea como un proceso de capacitación de la gente para aumentar su grado de control sobre su propia salud y para mejorarla. La salud se considera un recurso más para la vida cotidiana y no el fin último de la vida.

Muchos problemas de salud contemporáneos se ven más como sociales que como individuales; están marcados por opciones concretas de política nacional o local, que pueden modificarse desde los gobiernos municipales, por esto se plantea un programa dirigido a las ciudades¹⁷.

La Nueva Salud Pública

A partir de un informe gubernamental publicado en 1974 en Canadá por el entonces Ministro de Sanidad, Marc Lalonde, titulado *Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses*¹⁸, en el que cuestiona los determinantes de la salud, comienzan los esfuerzos por redescubrir la Sanidad en los países desarrollados. En él se dan los datos de los estudios epidemiológicos sobre las causas de los problemas de salud prevalentes. Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables: la biología humana (genética, envejecimiento...), contribuye a la salud en un 19%, el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), en un 27%, el estilo de vida (conducta de salud), en un 43%, el sistema de asistencia sanitaria, en un 11%. De estas cuatro variables, una apenas puede modificarse (la biología humana). Las otras tres sí son susceptibles de modificación.

Publica también la distribución de los gastos del Sector Sanitario, que, como se ve en los porcentajes adjuntos, no tiene en cuenta las prioridades marcadas por la epidemiología: a los factores biológicos o endógenos se les dedica un 79% de los gastos para la salud, a los factores ligados al entorno, un 16%, a los factores ligados al estilo de vida, un 15%, y a los factores ligados al sistema sanitario, un 89%

La Nueva Salud Pública busca dar un giro a las políticas de salud, actuando con más eficacia sobre los factores de riesgo y las causas desencadenantes de la enfermedad. Por ello:

- 1.- Pretende hacer prevalente la Salud sobre la enfermedad, y, así, a este modelo se le conoce con el nombre de '*Planificación para la Salud*'.
- 2.- Busca crear los mecanismos administrativos adecuados para tener en cuenta las cuestiones de salud en la formulación de las políticas de los sectores que no dependen directamente del

sector sanitario. Esto es, impulsar la intersectorialidad, dentro de un marco de equidad, para la creación de un medio ambiente, físico, social y estilos de vida, que conduzcan a la salud.

3.- Persigue estimular una auténtica política de Promoción de la Salud que haga que la participación ciudadana no se contemple sólo en términos individuales, sino también comunitarios. Para ello es fundamental conjugar los indicadores *objetivos* clásicos con indicadores *blandos*, que nos permitan conocer y responder a los problemas del Medio Interno (sociabilidad, estima, autorrealización...) que constituyen auténticas necesidades de los individuos y que están en la base de la prevalencia de los estilos de vida.

Para ello hay que centrar de forma clara el nivel de actuación y la línea de trabajo a seguir:

A.- Metas para una política de salud: Hacer que las personas puedan llevar una vida sana. Esto implica:

1.- La existencia de un medio ambiente que conduzca a la salud. Este Medio Ambiente se entiende tanto como Medio Físico (natural y construido) exento de riesgos importantes de naturaleza física, química y biológica, como Medio Social, en donde se minimicen los riesgos procedentes de los ambientes económicos, culturales y psicosociales.

2.- Equidad: Es decir, igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos a acceder a los servicios de salud preventivos y curativos.

3.- La política de Salud debe ir más allá de impulsar la intersectorialidad dentro de la administración. También debe construir una coalición de intereses con todos estos sectores, para la consecución de objetivos concretos de Salud a través del consenso y la negociación y, al mismo tiempo, estimular una auténtica política de Promoción de la Salud que faculte a los ciudadanos para tomar sus propias decisiones sobre su propia salud. Esta última tarea es fundamental, ya que poco puede cambiarse si no es con la aceptación y el

soporte de la sociedad.

4.- La Promoción de la Salud a nivel local es un elemento clave de esta política. Para conseguir la intersectorialidad se requiere un nivel importante de análisis previo y de coordinación de actividades, por lo que se hace necesario que los municipios se doten de los recursos suficientes para abordar esta tarea, dado que, como dicen algunos autores, "la asignación de recursos puede ser considerada como una forma concreta de establecimiento de prioridades"¹⁹. Tampoco hay que olvidar encauzar la colaboración con el personal del Servicio de Salud.

B.- Reorientación de los servicios sanitarios: El patrón de morbi-mortalidad ha cambiado de enfermedades infecciosas (a excepción de la situación provocada por el SIDA) a enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes; ante ellas, la asistencia sanitaria se hace ineficaz para mejorar sus tasas de incidencia y prevalencia. Frente a esta situación, se hace necesario reorientar las prioridades hacia la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad, sin descuidar, claro está, la calidad de la asistencia. Hay que incidir en los aspectos que capacitan y dan responsabilidad a los ciudadanos para controlar y mejorar su salud.

¿Tiene sentido un proyecto así?

Podemos encontrar ciudades en muy diferentes estados de desarrollo. En algunos sitios las ciudades recientes están aún estableciéndose y las más antiguas continúan creciendo o remodelándose. En otros, las ciudades que han sido grandes están en crisis y en estado de desintegración aparentemente rápido^{20,21}.

A pesar de las *profecías* de que las ciudades habían acabado su papel, se mantienen en vanguardia de la innovación y el cambio, continúan siendo el foco de las energías de los jóvenes y conforman muchos de nuestros sueños.

Hay ciudades que no están especialmente vapuleadas ni son insanas, como es el caso, por ejemplo, de Santiago de Compostela. Este proyecto, en este tipo de ciudades, tiene el sentido de mantener su buen estado de Salud y mejorarlo en lo posible. Aquí es totalmente aplicable la

definición: "Una ciudad sana es aquella que, de forma continua, está mejorando su ambiente físico y social, y potenciando aquellos recursos comunitarios que permiten a la población realizar todas las funciones de la vida y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo"^{22,23}.

Objetivo General del Proyecto Ciudades Saludables

Aplicar la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000^{24,25}:

- 1.- Fomentando la salud y el bienestar de los residentes en el área urbana.
- 2.- Desarrollando en la ciudad modelos operativos de Promoción de la Salud en la comunidad, que puedan servir como modelos de buena práctica, en lo concerniente a la salud en el contexto urbano.
- 3.- Realizando el seguimiento y planteando propuestas de investigación para evaluar rigurosamente la efectividad de las estrategias de promoción de la salud desarrolladas y las acciones emprendidas a nivel local para el fomento de la Salud Pública.
- 4.- Manteniendo contactos con otros proyectos de ciudades saludables, en el mismo país y en otros países, y con las redes internacionales, para intercambiar experiencias^{26,27,28,29}.

Objetivos Específicos del Proyecto Ciudades Saludables

- 1.- Asumir por consenso en pleno municipal las líneas directrices del programa. Es necesario el compromiso político municipal de adscripción al Proyecto.
- 2.- Elaborar el diagnóstico de situación. Uno de los elementos básicos para la realización de este diagnóstico es la participación comunitaria, por lo tanto la clave del mismo será la Encuesta de Salud que nos permitirá conocer las *necesidades sentidas* por la comunidad.
- 3.- Elaborar el Plan de Salud del municipio. Se dotará a la ciudad de un plan de actuación a la medida, que sirva de base y de marco para la Promoción de la Salud.
- 4.- Llevar a cabo en el municipio la estrategia que dimane del Plan de Salud.

5.- Fomentar en el ayuntamiento la intersectorialidad entre las diversas comisiones sectoriales del mismo (sanidad, educación, consumo, medio ambiente, urbanismo y obras públicas, tráfico y transporte, servicios sociales, juventud, deportes, cultura, participación ciudadana, etc.).

6.- Canalizar las demandas del municipio, fomentando la intersectorialidad entre las diversas instituciones implicadas (universidad, colegios profesionales, centros de salud, hospitales, asociaciones ciudadanas: de vecinos, culturales, juveniles..., organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, etc.). Es necesario crear un amplio debate público.

7.- Realizar el seguimiento y evaluación de las actividades.

8.- Asegurar los recursos económicos necesarios para desarrollar el Proyecto.

9.- Designar un responsable político y un responsable técnico que coordinen y dinamicen todas las actividades del Proyecto en el municipio, garantizando el interés y la viabilidad de sus objetivos.

10.- Crear la estructura de participación comunitaria necesaria, con el fin de dinamizar la resolución de los problemas que existan.

11.- Informar al resto de las ciudades de la Red sobre el desarrollo del Proyecto con el objeto de intercambiar experiencias para elevar el nivel de salud en las ciudades.

Los objetivos específicos se encuentran recogidos en el Programa de Actuación de la OMS, y están agrupados en ejes de trabajo anuales. Cada ciudad los enfoca después hacia un tema concreto^{30,31,32,33}.

Metodología de trabajo^{34,35,36}

1.- Recopilación de información y documentación sobre el Proyecto Ciudades Saludables. Elaboración de un pre-proyecto y cronograma³⁷.

2.- Promoción de la idea hacia dentro (dentro del propio ayuntamiento y personas que lo integran). (Responde a los Objetivos Específicos 1, 5, 8, 9 y 11)

3.- Realización del diagnóstico de salud: se subdivide fundamentalmente en dos grandes bloques: en una primera etapa se trata de conocer el nivel de salud de la ciudad, partiendo de la identificación técnica de los factores de riesgo y el estudio de sus interacciones como posibles

determinantes de enfermedad, es el diagnóstico del medio clásico, se lleva a cabo mediante la recogida de indicadores objetivos (epidemiológicos o duros) y su interpretación (*morbilidad objetiva*); en una segunda etapa se efectúa la encuesta de salud que recoge la percepción y definición que la población hace sobre su salud y la de su ciudad, mediante indicadores subjetivos (psicosociales o blandos), supone la integración de los elementos de *morbilidad sentida* por los ciudadanos. Análisis de datos y conclusiones^{38,39,40,41,42}.

Entendemos como factores de riesgo del medio todas aquellas variables sobre las que se puede actuar para mejorar la calidad de los elementos constituyentes del ámbito, tanto físico como social, y con ello disminuir los problemas de salud y del propio ambiente. (Responde al Objetivo Específico 2).

4.- Promoción de la idea hacia fuera (contactos con los distintos organismos, profesionales, organizaciones, etc., interesadas en el Proyecto). (Responde a los Objetivos Específicos 6 y 10).

5.- Elaboración de planes de actuación, concretados al máximo. Después de realizar la encuesta de salud, se está en condiciones de plantear recomendaciones sectoriales, así como de ofrecer una propuesta de priorización de problemas^{43,44,45,46}. Elaboración provisional de un Plan de Salud para el municipio y discusión del mismo entre las distintas partes implicadas^{47,48,49,50}.

Hay que tener en cuenta que el Plan de Salud se realiza a la medida de los resultados obtenidos en el diagnóstico y depende de las peculiaridades de la propia ciudad. Sin embargo debe de presentar las siguientes características:

a) *Participativo*: debe incluir a los distintos componentes de la vida municipal, así como a las distintas instituciones con capacidad de actuación en el medio.

b) *Dinámico*: en la medida que debe incorporar la nueva información generada y ser posible su adaptación a nuevos problemas.

c) Sometido a *seguimiento*.

d) Proporcionar *criterios de actuación sectoriales* para otros ámbitos municipales. (Responde a los Objetivos Específicos 3 y 4).

6.- Ejecución del Proyecto.

7.- Establecimiento de mecanismos de

seguimiento y criterios de evaluación. Congregar en sesiones de trabajo a los responsables del proyecto es positivo, tanto para el personal técnico como para los responsables municipales. El reunirse cada 15 días proporciona una visión de conjunto para readaptar ciertos contenidos del programa a la realidad diaria que se vive en el municipio. Este trabajo es una buena base para ir montando la estructura del programa.

(Responde al Objetivo Específico 7).

El equipo de trabajo

El equipo base de partida, tiene que ser un comité intersectorial que conste de diversas personas, unas técnicas y otras políticas, encargadas de la coordinación del arranque del Proyecto.

Este equipo debe ofertar especialización técnica. Estar capacitado para: elaborar el diagnóstico de salud de la ciudad y planes de actuación; supervisar y evaluar el programa de actuación; coordinar las actuaciones de los distintos sectores que deben participar en el proyecto, tanto dentro del ayuntamiento, como a nivel municipal interinstitucional y de la población, quién, en último término, tiene la palabra; recopilar información y documentación del 'Healthy Cities Project', de 'Health for All' y de las distintas ciudades integradas en el proyecto; difundir las actividades realizadas, intercambiar experiencias y facilitar la comunicación con las otras ciudades que están llevando a cabo el proyecto; en definitiva, integrar a la ciudad en la Red de Ciudades Saludables.

Pueden irse agregando, poco a poco, otras personas y entidades cuya colaboración sea indispensable para la realización del Proyecto.

Se trata, en suma, de crear el 'efecto piedra en el estanque': "si tiramos una piedra a un estanque provocamos una serie de ondas concéntricas sobre su superficie que se van ampliando y afectan poco a poco a toda la superficie, y también a los objetos y obstáculos que encuentren a su paso (una hierba, una barca, un sedal de pescar...), movilizándolos y obligándolos a entrar en contacto unos con otros o, cuando menos, a oscilar al unísono, y a salir de su soledad y quietud. Otros movimientos invisibles se propagan hacia la profundidad y en todas direcciones. Mientras la piedra sigue bajando, remueve algas, asusta peces, agita moléculas... y cuando por fin toca fondo, remueve el limo, golpea

otros objetos caídos anteriormente y que reposaban olvidados, tapando unos con la arenilla y destapando otros..."⁵¹

Referencias bibliográficas

1. Organisation Mondiale de la Santé. *Le projet Villes-Santé de l'OMS. La Santé pour tous. Stratégies d'action au niveau local*. Copenhague: OMS, 1986.
2. World Health Organization. *Healthy Cities Project: workshop on strategies; 1986 Oct 13-15; Gothenburg. Summary report*. Copenhague: WHO, 1986.
3. World Health Organization. *Healthy Cities Project: workshop on indicators; 1987 Mar 8-12; Barcelona*. Copenhague: WHO, 1987.
4. World Health Organization. *Healthy Cities Project: meeting of WHO project coordinators; 1988 Mar 21-23; Bremen*. Copenhague: WHO, 1988.
5. Declaración de Barcelona sobre la población y el futuro urbano, 1986 [información]. *Gas Sanit (Barc)* 1986; 29: 208-9.
6. Programa Healthy Cities - OMS. Reunión de ciudades españolas; 1986 Oct 26-28; Barcelona [información]. *Gas Sanit (Barc)* 1986; 30: 258-9.
7. Organización Mundial de la Salud. Coloquio sobre la ciudad sana. *Rev Sanid Hig Publica* 1987; 61: 145-8.
8. Ashton J. Una visión global del proyecto Ciudades Saludables. *Gac Sanit* 1989; 3: 433-6.
9. Costa J, Álvarez-Dardet C. Ciudades Saludables: un movimiento para la nueva salud pública [editorial]. *Gac Sanit* 1989; 3: 407-8.
10. Ashton J. *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva salud pública. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva salud pública*. Valencia: Consellería de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana/Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1990.
11. Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson, 1990.
12. Costa J, Colomer C. El Proyecto Healthy Cities en España. *Rev Salud Publica* 1989; 1: 159-73.
13. Comité Intersectorial de Ciudades Sanas. Declaración de Liverpool sobre el Derecho a la Salud. *Gac Sanit* 1989; 3: 585-7.
14. Ashton J. *Ciudades sanas*. Barcelona: Masson, 1993.
15. Giroult E. *Le projet OMS Cités-Santé*. Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé, 1988.
16. World Health Organization. *Global strategy for Health For All by the Year 2000*. Geneva: WHO, 1981.
17. Tsouros A (ed). *El proyecto Ciudades Sanas de la Organización Mundial de la Salud: un proyecto que ha llegado a ser un movimiento*. Valencia: Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública/Consellería de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana, 1991.
18. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
19. Antó JM. El uso de las encuestas de salud por entrevista en la planificación sanitaria. *Libro de ponencias de la V Reunión de la SEE*. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología, 1986.
20. AAVV. Ciudades saludables, municipios habitables. *Bando* 1991; 38-40.
21. Núñez A, Álvarez-Dardet C. Ciudades sanas, el futuro preferible. *Clin Rural* 1993; 397: 4-6.
22. Hancock T. *WHO Healthy Cities project. Five-year planning framework*. Copenhague: World Health Organization, 1988.
23. Duhl L. *A guide to assessing Healthy Cities*. Copenhague: World Health Organization, 1988.
24. Villalbí JR, Costa J, Ashton J, Cuervo JI. El proyecto internacional de Ciudades Saludables: bases conceptuales y perspectivas para su desarrollo en España. *Rev Sanid Hig Publica* 1989; 63: 15-24.
25. Álvarez-Dardet C, Colomer C. El movimiento de ciudades sanas. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 139-41.
26. Thebault P, Poligné J et al. *Rennes Ville Santé*. Rennes: Hôtel de

Ville, s.d.

27. Bassett WH. *Environmental health handbook. Exeter*. Exeter: City Council, s.d.
28. Gentle PH. *Better Health 1990. A Report on the health of people living in the Exeter Health District, and ways in which it can be improved*. Exeter: City Council, 1990.
29. Pereira A, Godinho F et al. *Seixal, Cidade Saudavel*. Seixal: Câmara Municipal, 1991.
30. Institut d'Ecologia Urbana de Barcelona. *Barcelona funciona. Ecologia d'una Ciutat*. Barcelona: Área de Sanitat, Salut Pública i Medi Ambient del Ajuntament de Barcelona, 1987.
31. Ayuntamiento de Sevilla. *Ciudades Saludables. Estrategias para la Promoción de la Salud*. Sevilla: Ayuntamiento, 1988.
32. Iglesias R. *Madrid Ciudad Saludable*. Madrid: Área de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, 1991.
33. Iglesias R. *Madrid Ciudad Saludable, 2*. Madrid: Área de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, 1991.
34. Federación Española de Municipios y Provincias. *Convenio de Ciudades Saludables (12 de diciembre de 1990)*. Madrid: FEMP, 1990.
35. Federación Española de Municipios y Provincias. *Reglamento de Régimen Interior de la Comisión de Seguimiento de la Red Española de Ciudades Saludables*. Madrid: FEMP, 1990.
36. Federación Española de Municipios y Provincias. *Normas de organización y funcionamiento de la sección de la red española de ciudades saludables*. Madrid: FEMP/M. de Sanidad y Consumo, 1991.
37. Maceiras L, Barros JM, Toxo L. El Proyecto Ciudades Saludables. *A tu salud* 1994; 5: 20-3.
38. Instituto de Salud Pública de Navarra. *Ciudades Saludables para Navarra: Comarca de Pamplona*. Pamplona: Servicio Regional de Salud del Departamento de Sanidad y Bienestar Social del Gobierno de Navarra, 1987.
39. Carbonell MC, Gascón ME. *Prioridades sanitarias en la Comunidad Valenciana: Un Estudio Delphi*. Valencia: Consellería de

Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana/Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1989.

40. García R, Astray J, Cambra K, Figuera M, Lezaun B, Zapata E et al. *Ciudades saludables. Margen izquierda*. Vitoria: Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco/Servicio Vasco de Salud, 1990.
41. Área de Sanidad y Acción Social. *Encuesta de Salud de Zaragoza. (Población mayor de 16 años)*. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza, 1991.
42. Forcada J, Casado MC, Corpas MT, Lapuerta P, Magaña A, Martínez R, Ros A, Urizar I. *Diagnóstico del medio de la Zona Básica de Cascante*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 1991.
43. Torres JP, Sánchez J, Arias A, Villán A. *Planes Municipales de Salud*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
44. Área de Sanitat, Salut Pública i Medi Ambient. *Programes d'Actuació*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1987.
45. García R, Astray J, et al. *Las ciudades saludables en Euskadi*. Vitoria: Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco/Servicio Vasco de Salud, 1990.
46. Colomer C, Núñez A. Ciudades Sanas. *Jano* 1994; XLVII: 52-9.
47. García C. *España Saludable*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
48. López JM, Aristegui JJ, Pares M, García C. *Entornos Saludables (Reto para los 90)*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
49. Red Andaluza de Ciudades Saludables. *Documento-Marco. Proyecto Ciudades Saludables. Andalucía*. Sevilla: RACS/Federación Andaluza de Municipios y Provincias, 1992.
50. AAVV. *Entornos saludables en el medio urbano. 2º Congreso de la Red Española de Ciudades Saludables*. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona/Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
51. Rodari G. *Gramática de la Fantasía*. Barcelona: Argos Vergara, 1983.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Odontología; ²Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; Universidad de Santiago de Compostela.



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.

Leishmaniasis y violencia política en La Quebrada (valle de Yanatile) - Cuzco, Perú.

Memorias desde Río de Janeiro.

Julio A. Wong Un. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Departamento de Enfermedades Endémicas Manuel Pessoa. Río de Janeiro - Brasil

Notas previas:

Me gusta pensar que los relatos, las memorias, los cantos, los poemas y todo aquello que despierta la sacramentalidad del mundo, esa propiedad de evocar y llevarnos a otras realidades, a otros tiempos, a otros sentimientos, son propiedad colectiva, se hacen de muchas voces y miradas a lo largo del tiempo, y que una vida personal no es nada sin los otros que nos amaron o nos odiaron o nos ignoraron o en los que aun, después de años, seguimos vivos en la memoria.

Me gusta creer que la objetividad soñada por los amantes de la ciencia es un sueño más entre los miles de sueños de coherencia y perfección (el paraíso como una máquina perfecta). Esa objetividad, mirada de cosas para cosas, a veces nos ciega. Es bueno tenerla como un polvo mágico más dentro de la alforja de mago.

Yanatile, igual que millares de valles en Latino América, aun enfrenta el aumento de ocurrencia de infecciones como malaria y leishmaniasis mucocutánea sin la preocupación de las autoridades sanitarias. Allí, como forma de creación y lucha por la sobrevivencia, crecen flores en medio del desierto: modos de hacer salud, modos de soñar justicia y promover sonrisas y fiestas entre los excluidos de los excluidos. El relato que sigue es una mirada sobre una de esas flores. Puede parecer mirada amarga, pero también es mirada esperanzada. Es bueno decir eso.

Comencemos entonces.

1. Río de Janeiro: de una selva a otra, el autor se siente huérfano e inicia evocaciones.

Hoy esta feo. Río esta plomo. "Cariocas nao gostam de días nublados..." Tal vez me he vuelto un poco carioca.

Crecí amando el "cielo sin cielo" de Lima. Y luego, al escapar de la capital, aprendí el cariño por los cielos helados y azulísimos de las alturas. Y aquí la tropicalidad me encantó, me hechizó. Ahora no me gustan los días nublados.

Así que, para contrarrestar el frío (frío tibio, siempre tibio) y la llovizna lenta y desanimante me decidí a dejarles otra memoria, otro pedazo de compartires. Un atardecer, soles bajando por montañas...

Saltemos prólogos y diré que hace unos seis

años trabajaba en Cuzco, Perú... y, entre muchas cosas buenas, hicimos un viaje --formalmente de supervisión--.

2. El valle negro en la espalda del Valle Sagrado de los Incas: aquello que es invisible no duele ni molesta. Esa madrugada, salimos de Cuzco los cinco, doblemente vestidos de lanas de alpaca y ponchos de oveja. El vehículo nos llevó en una hora al Valle Sagrado, al pueblo indio de Pisak, y a Calca, donde los helados parecen hechos de nieve de montaña. Ahí, en Calca, un descanso y tomar rutas no transitadas por turistas, ni por médicos, ni por nadie que no sea del lugar. Tal vez los únicos "fuereños" sean los curitas y misioneras

Subiendo, dejando atrás Calca y la sacralidad del Valle de Urubamba, atravesamos la cordillera hacia la selva hacia el Valle de Yanatile. Luego ingresamos por el lado más selva de Quillabamba; y retornamos por una carretera de tierra que pasa detrás de Machu Picchu y sale a Ollantaytambo. Es decir, hicimos un círculo invertido, un nado a contracorriente, un camino que --nos dijeron-- nadie hace por peligroso, loco, largo, etc. Nada turístico. Maravilloso y doloroso. Peligroso y motivador totalmente.

Yanatile... el valle Negro de esta memoria, esta escondido del cosmopolitismo y la andinidad de trekking, macoña y misticismos enlatados en que una parte de Cuzco vive. Yanatile es espacio de colonos, campesinos quechuas pobres que dejaron sus comunidades de altura para ir a lo que en Perú llamamos Ceja de Selva, es decir selva mezclada aun con montaña. Yanatile es también espacio de plagas: desnutrición, leishmaniasis, malaria, tuberculosis. El valle estrecho, caliente, húmedo e interminable, sujeta a duras penas algunas casitas de lata o barro, pequeños pueblitos que parecen campamentos mineros por la sensación que dan de improvisación, de plazos cercanos, de una temporalidad rápida que se quema como un fósforo.

Y, en esa época, 1991, Yanatile era un valle más pobre que los pobres valles del Cuzco Andino. Miseria dolorosa, golpeante. Mujeres pariendo en medio del camino que pasábamos en nuestra Land Rover (hechos unos suicidas, decían en Cuzco; hechos unos ingenuos desafiando la violencia). Y, en esa época, los vecinos molestos -- que siempre los hay -- eran tres: la guerrilla del movimiento Tupac Amaru; el batallón del ejército de Cuzco; y el batallón de Quillabamba. Los tres confluyendo en Yanatile. Los tres tomando el pueblo por asalto.

Las casitas, la iglesia, los pedazos de roca que aun la selva respetaba, estaban todos llenos de marcas -recuerdos, actualidades- molestas: huecos de balas. Y con las balas, ese aire pesado de los lugares sin paz. Ese miedo que tocaba la espalda, esa paranoia explicada casi físicamente.

Ahí pasamos tres días, avanzando y retrocediendo, parando y caminando, aprendiendo (escuchando - mirando), y ayudando en lo que podíamos: menos -mucho menos- de lo necesario, siempre mucho menos.

El río amarillo llevaba barro y se estancaba en pequeñas lagunas calientes que dejaban más pesado el mediodía. Nunca conté tantas marcas de picaduras en mi cuerpo. Ese era el espacio de mi memoria de hoy.

3. Control de leishmaniasis entre tres ejércitos: el trabajo de la parroquia de Yanatile.

En La Quebrada, un pueblito al medio de ese valle negro, el más importante del Valle, hay (o había?) una parroquia con un padrecito. El padrecito era, a mis ojos, como muchos; es decir, humano, imperfecto, lleno de bondades y defectos. Pero dejemos de enjuiciarlo y veamos: este padrecito era terco y creía que lo importante era hacer algo por el bienestar. Y lo hacía, en sus sermones, en sus caminatas por días y días "adentro" como decían, con cierto orgullo justo, los de su equipo de trabajo. Terquedad del amor; que en los padres y monjitas que conocí se expresaba de muchas formas diferentes, a veces contradictorias. Como sucede también en nosotros, terrenos, mortales, mágicos, irrepetibles. No hay héroes ni arquetipos en salud comunitaria: la dialéctica nos acompaña. El sueño de muchos es que esa dialéctica de errores y aciertos nos lleve a alguna parte. "Mmmm..." decía yo, masticando un

pan de cebada, "bonito, interesante.... Y?"

Y... que el equipo pastoral (así se llaman los que trabajan para la parroquia en cuestiones sociales) trabajaba control de malaria y leishmaniasis mucocutánea... menudo reto. "Y, me dijeron, el Estado nunca está o sólo vienen para llevarse lo poco de medicinas que tenemos en el Centro de Salud para lugares que son más conocidos [es decir, pensaba yo, que hay una redistribución medio peliaguda de los recursos] y para prohibirnos tratar porque dicen que es cosa de especialistas; y como aquí no hay, ni va haber...". "Y, seguía Hipólita, promotora de salud, "gracias a la Parroquia, que me ayudó con mi hijito...", "cada tratamiento de uta (leishmaniasis) sale como 300 dólares. Y así, quién puede pagar?"

Y... hay otro y? "Si", me dijo el padrecito desconfiado pero queriendo confiar en ese médico chino que curioseaba todo exageradamente. Un último y... "dicen que soy subversivo, que me alié a los guerrilleros, me llevaron preso una vez, me destrozaron el frontis de la parroquia, vea", me dijo metiendo el pulgar en uno de los orificios de las balas de fusil automático del portón de metal de la parroquia.

Y así, cómo continua? "No sé. Me gusta aquí. Cualquier día se entera que me mataron por empecinarme en curar enfermos de malaria y leishmaniasis. Si hasta tuve que enterrar las cajas del Glucantime bendito porque el General lo quería para sus enfermos en la Selva... los Promotores de Salud llevan medicinas escondidas en el cuerpo, bajo las ropas que, como ve, no son muchas", me dijo, abanicándose con el periódico.

Sonreía el padrecito cuando por las noches reunía a los niños alrededor del televisor para ver una de Cantinflas, "no padre, esa del padrecito ya la vimos cien veces". Y se reía el curita cuando le agradecieron por llevar al doctor para que atiende el parto de Juana. El médico era yo ese día, pasaba solamente, una hoja flotando sobre el río arcilloso. Otro día sería otro... y muchos otros días ninguno.

"Planes? Ni pensar... ni queriendo se puede organizar algo más grande aquí. Ya ve cómo está el pueblo lleno de soldados y por las noches con ataques, borracheras, gritos."

"Capacitación? Conversamos en el camino, digo algo en la misa."

Y --este y último es mío-- ese día de la partida [nos íbamos dejando un poco de rabia y esperanza en La Quebrada] almorzamos en el único restaurante. Ahí [en medio de un caldo de gallina] nos cercaron soldados y oficiales con una rabia sin cara, con un miedo de peligros invisibles... el saloncito oliendo a cerdo frito se llenó de armas, caras pintadas, sudores y hambres. Uno sabía que yo era médico. "Quién te dijo?" El soldado campesino, de 17 años, rió y dijo bajito, sólo para mí: "usted la vio ayer a mi hijita en la Parroquia." "Cómo, le dije, ustedes no odian al curita?"

-- "Esa es pelea de blancos. Yo estoy aquí porque me obligaron. Mire mi herida..." Diagnóstico fácil, pensé --vanidad de médico-- Y al momento me dije: de que sirven mi vanidad, mis pobres saberes, si acierto en lo que ahora, aquí, no tiene remedio? Miré a Tomás, que así se llamaba --creo-- el soldado. Y él vió alguna cosa en mi cara porque me dijo:

-- No se ponga triste, doctor. Es caro. Yo ya vi cómo curarme más barato. Y salió junto con los otros, luego que vieron que éramos conejos, valientes pero conejos al fin... otra categoría de humanos, seres inferiores incapaces de matar o

pelear.

Antes de salir, me dijo: "Sabe? la mamá de mi hijita es la Promotora de Salud, Hipólita. Yo a veces le ayudo a curar... cualquier día me botan del ejército, jajaja!!!" Se fue silbando.

Fui a despedirme del curita que en ese momento venía de pelear con el Coronel por la libertad de un Promotor, encarcelado por llevar drogas (Glucantime, antileishmaniásico) sin informar al mando político-militar. Le conté de Tomás. "Por que no se cura con el Glucantime?"

El padre me dijo: "ellos dicen que primero son los otros que están con más necesidad y luego ellos que al menos comen todos los días. Son más tercetos que yo".

4. Hacia el próximo pueblecito.

Nos adentramos a la Selva un jueves por la tarde. El sol naranja ablandaba un poco la dureza del pueblo sitiado. Debajo de las prohibiciones y las guerras, como topos invisibles, los Promotores de Salud llevaban cursos, charlas y medicinas, a las aldeas aisladas, "adentro".

Esa noche, en el camino, Francisco, Rosa, Carlos y yo no hablamos por casi cuatro horas.



Cursos, Congresos y Jornadas:

--XII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. VIII Jornadas de Primavera de HIPATIA.

SALUD, ÉTICA Y SERVICIOS SANITARIOS. Granada 15 al 17 de Mayo de 1997. Escuela Andaluza de Salud Pública. Teléfono 958-161044. Fax: 958-161142.

-- II JORNADAS DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ALUMNOS DE SALUD PÚBLICA. "La Formación en Salud Pública". En la Facultad de Medicina de Madrid, los días 20y 21 de Junio de 1997. Teléfono 91-5642499, Fax nº: 91-4116696.

En estas Jornadas participa en la organización la Asociación de Alumnos y Masteren Salud Pública de Galicia, por lo que les rogamos a sus asociados que lo hagan constar al inscribirse y hacer su reserva de alojamiento.

-- Evaluación e investigación evaluativa en los Servicios Sanitarios. IVESP. Generalitat Valenciana. Valencia 9 al 25 de junio de 1997. Teléfono 96-3869369. Fax: 96-3869370

-- V Congreso Brasileiro de Saúde Colectiva. V Congreso Paulista de Saúde Pública.

Sao Paulo, 25-29 de Agosto de 1997 Tel/fax: 011-2224750. E-Mail: eventus@sp.dglnet.com.br

-- XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Reus, 21 al 24 de Octubre de 1997. Teléfono: 977-312228. Fax: 977-323690

Libros recomendados:

-- GUÍA TERAPÉUTICA PARA A ATENCIÓN PRIMARIA da Dirección Xeral de Atención Primaria Servicio Galego de Saúde. Xunta de Galicia. 1997

Preténdese que esta guía sexa un instrumento de axuda o traballo diario dos profesionais de atención primaria e se traduza efectivamente nunha mellora do servizo que se oferta ós cidadáns.

Se estrutura en 7 capítulos, a primeira parte de cada capítulo comenta os aspectos máis relevantes do tratamento das indicacións abordadas, recomenda uns fármacos e unhas estratexias terapéuticas. A segunda parte propoñe unha información fiable sobre aspectos prácticos (posoloxía, riscos, interaccións, etc..) Da farmacoloxía dos medicamentos recomendados. E na terceira parte recóllese toda a información necesaria para a súa prescripción (grupo terapéutico, presentacións, custos, etc..).

-- 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.

Una organización al servicio de la documentación especializada



22.000 volúmenes de libros científicos y técnicos

La librería especializada de Galicia

SALUD PÚBLICA, CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE, MEDICINA, FARMACIA, VETERINARIA, BIOLOGÍA, QUÍMICA, FÍSICA, MATEMÁTICAS, ESTADÍSTICA, ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES, DERECHO, INFORMÁTICA,.....

Rosalía de Castro, nº 36, Santiago de Compostela
Telf.: 590300 Fax: 590370

Nodo WWW: <http://www.diazdesantos.es>
TELNET: aib.diazdesantos.es (194.106.14.10)

Se le solicitará una identificación, a lo que tendrán que responder como sigue: USER ID: AIB (pulsar intro)
PASSWORD: (pulsar intro).

Y finalmente una clave, si no la dispone pulse intro.

E-MAIL: librerias@diazdesantos.es

*

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)

ESTUDIO SOBRE LA CARIES DENTAL EN LA POBLACIÓN DE 6 - 14 AÑOS DEL MUNICIPIO DE ORENSE

Carmen Vázquez Fernández (Médico odontólogo)

OBJETIVO: Conocer el estado de salud bucodental de la población infantil entre 6 y 14 años del Municipio de Ourense.

DISEÑO: Estudio descriptivo, basado en las 294 Historias Clínicas bucodentales de una muestra aleatoria representativa de la población diana, con una confianza del 99% y un error de precisión inferior al 5%.

CONCLUSIONES:

- El 86.73% de la población infantil de 6 a 14 años del Municipio de Ourense se cepilla al menos una vez al día los dientes.
- El Índice CAO de la población infantil de 6 a 14 años del Municipio de Ourense, es de 1.54, por lo que se considera baja (1.2-2.6).
- La prevalencia de la caries de la población infantil de 6 a 14 años del Municipio de Ourense, es del 72.8%, con un $IC_{95\%}$: 67.7-77.9%
- No se encuentran diferencias significativas en la prevalencia de caries distribuida por sexo.
- Un 47.6% tienen alguna pieza permanente cariada ($IC_{95\%} = 41.9-53.3\%$) y un 43.5% tienen cariada alguna pieza temporal ($IC_{95\%} = 37.9-49.2\%$).

INTRODUCCIÓN:

Las afecciones bucodentales, fundamentalmente las caries y las periodontopatías, constituyen un gran problema sanitario en nuestro país.

Los resultados de la Encuesta Pathfinder nacional realizada en 1994 indican una prevalencia del 88% de caries para la población adolescente de 15 años, siendo la caries a partir de esa edad un fenómeno universal en la población adulta española. Respecto a la enfermedad periodontal, sólo un 25% de la población de 15 años presenta ausencia de algún signo de periodontopatía, reduciéndose a cifras insignificantes en la población adulta.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Conocer el estado de salud bucodental de la población infantil entre 6 y 14 años del Municipio de Ourense.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aproximación al conocimiento en los hábitos de cepillado en la población infantil entre 6 y 14 años del Municipio de Ourense que acude a la Consulta Odontológica.
- Conocer el número de revisiones odontológicas anuales en la población infantil entre 6 y 14 años del Municipio de Ourense.
- Aproximación al conocimiento de la prevalencia de la caries en la población infantil entre 6 y 14 años del Municipio de Ourense.
- Aproximación al conocimiento del Índice CAO en la población infantil entre 6 y 14 años del Municipio de Ourense que acude a la Consulta Odontológica.
- Aproximación al conocimiento del Índice CAO en la población infantil entre 6 y 14 años del Municipio de Ourense que acude a la Consulta Odontológica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Como paso previo a la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica relativa a la Caries Dental, la búsqueda se ha llevado a cabo de forma sistemática por CD-ROM en la base de datos MED-LINE.

El diseño de este trabajo corresponde a un estudio descriptivo y la información se obtiene de la recopilación de las Historias Clínicas correspondientes a la población diana.

FUENTES DE DATOS:

- Censo oficial de la población del Ayuntamiento de Ourense correspondiente al año 1991.
- Historias Clínicas Odontológicas, correspondiente a la población diana.
- A Saude Buco-Dental nos escolares de Galicia. Xunta de Galicia 1996.

RECOGIDA DE DATOS:

Muestra calculada mediante el programa EPIDAT, considerando que la población del Municipio de Ourense entre 6 y 15 años es de 14.000 habitantes, que la proporción de la prevalencia de la caries es de un 87%, con un error en la precisión inferior al 5% y con una confianza del 99%, que de 294.

Características y determinación de la muestra:

- Universo o población diana: Población de 6-14 años del Municipio de Ourense.
- Unidad de análisis: Jóvenes de 6-14 años que acuden a la Consulta Odontológica.
- Trabajo de campo: Octubre-Noviembre de 1996.
- Método de muestreo: Elección al azar de las Historias correspondientes a cada uno de los puntos de muestreo.
- Tipo de muestreo: Aleatorio.
- Muestra teórica: 294
- Muestra real (tamaño muestral): 294
- Puntos de muestreo: 5, correspondientes a 5 Consultas Odontológicas privadas situadas en el municipio de Ourense.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS :

Se ha elaborado una base de datos mediante el programa Dbase, posteriormente se ha realizado un tratamiento estadístico mediante el programa SPSS y finalmente se ha integrado todo ello con el procesador Word Perfect, complementándose con gráficos de Hardward Graphics, Mapinfo y Excel.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

- Análisis de una variable cualitativa: Comparación de proporciones e intervalo de Confianza.
- Análisis de una variable cuantitativa: Medidas de centralización, dispersión, tendencia e intervalo de confianza.

RESULTADOS:

-- Distribución por edad de la población estudiada:

Edad	N	%
6-8	132	44,90
9-11	107	36,39
12-14	55	18,71
Total	294	100,00

-- Distribución por sexo de la población estudiada:

Sexo	N	%
♂	131	44,56
♀	163	55,44
Total	294	100,00

-- Distribución por número de veces que se cepilla los dientes la población estudiada:

Cepillado	N	%
0	39	13,27
1	117	39,80
2	99	33,67
3	39	13,27
Total	294	100,00

-- Distribución por número de revisiones odontológicas anuales la población estudiada:

Revisión	N	%
0	16	5,44
1	191	64,97
2	83	28,23
> 2	4	1,36
Total	294	100,00

-- Distribución por número de piezas cariadas en dentadura temporal de la población estudiada:

c	N	%
0	234	79,59
1	14	4,76
2	20	6,80
> 2	26	8,84
Total	294	100,00

-- Distribución por número de piezas obturadas en la dentadura temporal de la población estudiada:

o	N	%
0	211	71,77
1	21	7,14
2	16	5,44
> 2	46	15,65
Total	294	100,00

-- Distribución por índice co de la población estudiada:

co	N	%
0	166	56,46
1	27	9,18
2	32	10,88
3	11	3,74
4	15	5,10
> 4	43	14,63
Total	294	100,00

Índice co general de la población estudiada es de 2.08

-- Distribución por número piezas cariadas en dentadura permanente de la población estudiada:

C	N	%
0	238	80,95
1	20	6,80
2	18	6,12
> 2	18	6,12
Total	294	100,00

-- Distribución por número de piezas ausentes en dentadura permanente de la población estudiada:

A	N	%
0	275	93,54
1	8	2,72
2	6	2,04
> 2	5	1,70
Total	294	100,00

-- Distribución por número de piezas obturadas en dentadura permanente de la población estudiada:

O	N	%
0	190	64,63
1	25	8,50
2	31	10,54
> 2	48	16,33
Total	294	100,00

-- Prevalencia de la caries:

La prevalencia de caries en la población estudiada es de 72.8%, $IC_{95\%} = 67.7\% - 77.9\%$.

Un 47.6% tienen alguna pieza definitiva cariada ($IC_{95\%} = 41.9\% - 53.3\%$) y un 43.5% tienen cariada alguna pieza temporal $IC_{95\%} = 37.9\% - 49.2\%$.

La prevalencia de caries en varones es del 74% ($IC_{95\%} = 66.5\% - 81.6\%$) y en mujeres del 71.8% ($IC_{95\%} = 64.9\% - 78.7\%$). No encontrándose diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de caries distribuido por sexo.

La prevalencia de caries a los 6 años, en la población estudiada, es del 65.2% ($IC_{95\%} = 52.4\% - 76.5\%$) y a los 14 años es del 77.8% ($IC_{95\%} = 64.4\% - 88\%$). Encontrándose diferencias significativas, pudiendo afirmar con una confianza del 95% que hay entre un 6% y un 25% más de caries en el grupo etáreo de 14 años con respecto al de 6 años.

Índice general CAO de la población estudiada es de 1.54, por lo que se considera baja (1.2-2.6).

DISCUSIÓN

Para realizar este estudio hemos considerado establecer los puntos de muestreo en consultas odontológicas privadas ya que las consultas de la Seguridad Social se limitan a la extracción de piezas y no llevan registros o Historias Clínicas Odontológicas. Debido a ello la mayoría de la población acude con sus hijos a las Consultas privadas. Hemos establecido 5 puntos de muestreo porque debido a la bibliografía consultada nos ha parecido lo más recomendable, los 5 puntos de muestreo se encuentran distribuidos entre las distintas zonas de la ciudad de Orense, siendo 2 de la periferia y 3 de la zona centro.

Al comparar nuestros resultados en cuanto a higiene dental, nos encontramos que en el estudio epidemiológico de la salud bucodental en los escolares de Galicia de la Xunta de Galicia, un 74.5% de los escolares se cepillan los dientes al menos una vez al día desde hace 3 años, mientras que en nuestro trabajo encontramos que 86.73% se cepillan al menos una vez al día, pero no se establece desde cuando por lo que las cifras no se contradicen. De acuerdo con los estudios realizados por González Iglesias en los que pone de manifiesto que el 86.2% de los escolares españoles se cepillan al menos una vez al día, podemos concluir que dichas cifras no difieren mucho de las nuestras.

Al comparar en diversos estudios el Índice CAO y la prevalencia de la caries nos encontramos con las siguientes cifras:

Estudio	Lugar	Indice CAO	Prev. caries
Xunta de Galicia	Galicia	1,87	65.9
Gimeno de Sande	España	1.22-2.63	73.4
Carmona	Santiago	-	83
Piédrola	España	1.22-2.63	76
INSALUD	Madrid	-	83
Nuestro estudio	Ourense	1,54	72.8

A la vista de los resultados observamos que la prevalencia de la caries obtenida en nuestro estudio no difiere de manera importante de otros estudios, aunque se observa que el estudio llevado a cabo por la Xunta da una cifras menores que todos los demás autores, por lo que esto se justificaría por ser más reciente que los demás excepto el que nosotros hemos realizado, si bien en este caso hay que hacer la salvedad que el marco geográfico referencial de nuestro trabajo es Ourense, mientras que el de la Xunta es Galicia, teniendo en cuenta que Ourense es una de las provincias gallegas con menor desarrollo socio-económico y que la prevención y tratamiento de la caries no lo cubre la Seguridad Social, es lógico que un mayor desarrollo conlleve cifras de prevalencia de caries menores.

CONCLUSIONES.

- 1.- El 86.73% de la población infantil de 6 a 14 años del Municipio de Ourense se cepilla al menos una vez al día los dientes.
- 2.- El Índice co de la población infantil de 6 a 14

años del Municipio de Ourense, es de 2.08.

3.- El Índice CAO de la población infantil de 6 a 14 años del Municipio de Ourense, es de 1.54, por lo que se considera baja (1.2-2.6).

4.- La prevalencia de la caries de la población infantil de 6 a 14 años del Municipio de Ourense, es del 72.8%, con un $IC_{95\%}$: 67.7-77.9%

5.- No se encuentran diferencias significativas en la prevalencia de caries distribuida por sexo.

6.- Se encuentran diferencias significativas, pudiendo afirmar con una confianza del 95%, que hay entre un 6 y un 25% más de caries en el grupo etáreo de 14 años con respecto al de 6 años.

7.- Un 47.6% tienen alguna pieza permanente cariada ($IC_{95\%}$ = 41.9% - 53.3 %) y un 43.5% tienen cariada alguna pieza temporal ($IC_{95\%}$ = 37.9% - 49.2 %)

BIBLIOGRAFÍA (más relevante):

- .- Álvarez Arenal, A.; Álvarez Riesgo, J.A.; Rodríguez, M.A. et al: "Caries dental en la población adulta de la ciudad de Oviedo". Rev. Eur. Odontostoma. En-Feb 1995; 7(1): 37-44.
- .- Álvarez Arenal, A.; Álvarez Riesgo, J.A.; Villa Vigil, M.A. et al: "Caries dental en la población del Principado de Asturias" Arch.Odontostomat. Abril 1994; 10 (Suppl. 1): 201-9.
- .- Bravo Pérez, M.; Osorio, E.: "Identificación de escolares con riesgo de caries en primeros molares permanentes: análisis de regresión logística". Rev. Vasca Odontostoma. Mar-Abr 1994; 4(2): 82-92.
- .- Casañas, P.; Ballestin, M.; Villalbi, J.R.: "Prevalencia de la caries dental en los escolares: Un estudio transversal en la ciudad de Barcelona". Gac Sant 1992; 6: 13-8.
- .- Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. "A Saude bucodental nos escolares de Galicia". Xunta de Galicia 1996.
- .- Cortes, F.; Abad, F.J.: "Estudio epidemiológico de salud bucodental de la población escolar de Navarra de 9-14 años de edad (1987)". Arch Odont-Estom Prev y Comunit 1989; 1: 49-57
- .- Cuenca, E.; Batalla, J.; Manau, C.; Taberner, J.L., Salleras, L.: "Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña 1ª parte". Arch. Odont-Estom. Prev. y Comunit 1992; 4: 1-6.
- .- Cuenca, E.: "Encuesta de la OMS sobre salud buco-dental en España. Una aproximación personal". Arch. de Odontostomatología 1984; 2: 15-20.
- .- Cuenca, E.; Canela, J.; Salleras, L.: "Estudi de la prevalença de càries entre els escolars de Catalunya". Salut Catalunya 1988; 2: 60-3.
- .- "Curso de Actualización en Atención Primaria". Facultad de Medicina-UGT. Santiago 1990.
- .- "II. Estudio epidemiológico sobre las necesidades de atención bucodental en la población española". Rev Act. Odontostoma. Esp. Número monográfico 1995.
- .- Gimeno De Sande, A.; Sánchez, B.; Viñes, J.; Gómez, F.; Mariño, F.: "Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España". Rev San Hig Pub 1971; 45: 361-433.
- .- Gimeno De Sande, A.; Sánchez, B.; Viñes, J.J. y cols.: "Estudio Epidemiológico de la Caries Dental y Patología Bucal en España". Rev. Sanidad e Higiene Pública 45: 361-433, 1971.
- .- Gunay, H.; Ueberschar, M.: "Posibilidades para la profilaxis de la caries de la superficie radicular". Quintessence Mayo 1993; 6(5): 277-85.
- .- Hernán San Martín, Vicente Pastor. "Salud Comunitaria, Teoría y Práctica". 2ª edic. Edit. Diaz Santos. Madrid 1988.
- .- Hernán San Martín. "Salud Preventiva y Medicina Preventiva". 2ª edic. Edit. Masson, Madrid 1989.
- .- Manau, C.: "Epidemiología oral y odontología preventiva: Revisión de la literatura 1989". Arch. Odontostomat. Abril 1990; 6(4): 238-52.
- .- Noguero, B.; Sicilia, A.: "¿Está disminuyendo la caries en España?" Rev de Actualidad Odontostomatológica Española 1990; 398: 71-5.
- .- OMS: "Planificación de Servicios de Salud Bucodental". Publicación en Offset nº 53. Ginebra, 1981.
- .- OMS: "Normas para la notificación de Enfermedades y Alteraciones Dentales". Ginebra, 1962.
- .- Ortega, P.; Astasio, P.; Gordillo, E. et al: "Abordaje epidemiológico de la caries dental mediante regresión logística múltiple". Avances en odontostomat. Ag-Sep 1992; 8(7): 441-8.
- .- Piédrola G. y Col. "Medicina Preventiva y Salud Pública". 8ª ed. Ed.Salvat. Reimpr. 1990
- .- Pineault, R. La planificación sanitaria. Masson, Barcelona 1.987.
- .- Rioboo, R.: "Higiene y prevención en Odontología individual y comunitaria". Ed. Avances. Madrid, 1994.
- .- Servicio Vasco de Salud: "Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma Vasca". Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 2, Vitoria, 1990.
- .- Serra Majem, L.: "El estudio de Salud Dental de Gerona: Protocolo dietético". XXV Congreso Nacional de Odontología y Estomatología, Torremolinos, 5-9 Junio, 1989.
- .- Sicilia, A.; Cobo, J.; Noguero, B. y cols.: "Prevalencia de caries en los niños y jóvenes escolares españoles de siete, doce y quince a diecinueve años". Av. Odontost. 6: 323-330, 1990.

El hospital nuestro de cada día: la información dada → la calidad percibida

Maceiras¹, L., Barros^{1,4}, J., Cadarso², C., Fernández¹, C., Tato^{3,4}, F., Smyth¹, E., Montes¹, A., Aguiar¹, MR., Quintas^{1,5}, C., Gestal^{1,4}, JJ.

Entre los datos que proporcionan las diversas encuestas llevadas a cabo entre los usuarios de los servicios sanitarios, creemos importante destacar los que nos permiten conocer hasta qué punto estos usuarios son informados de los riesgos a los que están sometidos y cómo perciben ellos esa información.

En 1996 el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) realizó una encuesta entre las personas ingresadas en los hospitales públicos más grandes de Galicia¹.

En ella se indica que, a nivel gallego, el porcentaje global de personas que fueron informadas de riesgos quirúrgicos o de las pruebas a las que podían ser sometidas fue del 27,1%, sobre otro tipo de riesgos se informó al 12,2%, no se informó al 54,4% y no sabía o no contestó (NS/NC) el 6,3%. Por hospitales, podemos ver los datos de la información suministrada a los enfermos sobre los riesgos quirúrgicos, de pruebas, o de otro tipo, en la tabla siguiente.

Información sobre riesgos quirúrgicos, de pruebas, u otro tipo de riesgos, en los hospitales más grandes de Galicia del (SERGAS).

Hospitales	Información a personas		N
	operadas (%)	no operadas (%)	
Arquitecto Marcide (Ferrol)	70,0	15,6	251
Xeral-Cies (Vigo)	67,3	22,3	240
Meixoeiro (Vigo)	64,0	42,1	253
Xeral-Calde (Lugo)	61,4	23,1	274
Cristal-Piñor (Ourense)	57,4	43,6	239
Montecelo (Pontevedra)	57,0	17,1	222
Monforte	54,9	29,0	147
Juan Canalejo (A Coruña)	53,2	29,0	264
Da Costa (Burela)	40,9	39,0	170
Dr.Cabaleiro-S.M.Madre (Ourense)	36,8	23,8	167
Xeral Galicia (S. Compostela)	33,6	25,5	288
Valdeorras	21,0	11,0	126

Fuente: SERGAS.

Discusión

Los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad² recogen la *Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos*. En el punto 5 del artículo 10^o podemos leer que *todo* enfermo tiene derecho: "A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento". Otras leyes^{3,4}, decretos y órdenes refuerzan este enfoque.

¿Qué información se da?

Habitualmente menos de la que los enfermos y sus familiares desean^{5,6}. Los profesionales sanitarios suele infraestimar las necesidades de información de los enfermos en cantidad y en calidad^{7,8}, dejando, generalmente, insatisfechas las expectativas de los usuarios de los servicios sanitarios en este aspecto^{9,10}; incluso, a veces, se aduce falta de tiempo para esta información, no tanto en la atención a las personas hospitalizadas, como en las consultas cotidianas¹¹.

Es obvio que no es justificable alegar falta de tiempo. Y no vendría mal tener en cuenta que el estar informado es un *derecho* de *todo* enfermo,

sin pensar por ello que es una obligación por parte del personal sanitario, sino una forma de relacionarse más profesionalmente con esas personas que se tienen delante y a las que, por supuesto, se quiere atender lo mejor posible. Si observamos con detenimiento los datos de la tabla comprobamos que en nuestra comunidad autónoma es alarmante la falta de información existente en algunos hospitales, mientras que en otros, sin llegar aún al deseable "información para todos" (ya, no en el año 2000, aunque falte poco para él) es importante el nivel conseguido; conviene, de todas formas, reseñar que no sólo hay que informar a las personas que van a pasar por la cirugía o pruebas que necesiten de una información, es una norma de *buena práctica clínica* con cualquier usuario de los servicios sanitarios y la *calidad* de estos servicios depende también de esta información.

¿Cómo se da la información?

En teoría habría que darla "en términos comprensibles", en la práctica... frecuentemente no es así. En la encuesta del CIS que abordó este tema^{12,13} un 42% de los encuestados hospitalizados decían que entendían la información que se les daba "bien o muy bien" y un 41% "regular, mal o muy mal"; en atención primaria subía a un 45% los que creían que entendían "bien o muy bien", pero también subían a 43% quienes entendían "regular, mal o muy mal"; y en los servicios de urgencias un 44% estimaba la información como "buena o muy buena" y un 31% como "regular, mala o muy mala". Los porcentajes, como vemos, están bastante igualados, y ese es el problema: no hay diferencia suficiente entre quienes entienden la información dentro de la gama de los 'bien' y quienes lo hacen dentro de la de los 'mal'.

Por otro lado, en la encuesta nacional de post-hospitalización del INSALUD¹⁴, a la pregunta "¿Cómo cree que le informaron sobre su enfermedad?" respondieron "muy bien" el 30,1%, "bien" el 44,1%, "normal" el 17,3%, "mal" el 6% y "muy mal" el 2,5% (n=863). Nuestros datos de la encuesta de post-hospitalización sobre satisfacción de usuarios en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo¹⁷, son que, a la pregunta "¿Qué tal entendió Vd. y su familia lo que su médico le explicó sobre su enfermedad?", las respuestas

dadas por los pacientes han sido de "muy bien" el 41,9%, "bien" el 38,7%, "normal" el 16,1%, "mal" el 1,7% y "muy mal" el 1,6% (n=744). Con respecto a la encuesta nacional vemos que aumenta el porcentaje de personas que entienden "muy bien" o "bien" y disminuye el de las que entienden "normal", "mal" o "muy mal", pero entre las dos encuestas ha pasado un tiempo que ha podido dar lugar a una evolución en las formas de *relación médico-enfermo*¹⁵.

El *índice de satisfacción con la información recibida*, medido en una escala de 0 a 5, en la encuesta del INSALUD¹⁴ fue de 3,89 a nivel nacional (el índice medio); por comunidades autónomas, el de Galicia se situó en 3,93, con lo que fue superior al índice medio nacional; siendo el más bajo el de Canarias (3,53) y el más alto el del país Vasco (4,11). En Estados Unidos, el estudio piloto del *Patient Judgments of Hospital Quality*¹⁶, encuesta también de post-hospitalización, encontró un índice medio de satisfacción con la información de 3,25, obteniéndose en el Hospital que dio el índice más bajo un 2,34 y en el Hospital del más alto un 4,17. En la encuesta del C.H. Juan Canalejo¹⁷ el *índice de satisfacción con la información recibida* es 4,17.

Los datos son esperanzadores, aumentan las explicaciones dadas por el personal sanitario y la comprensión de ellas por parte de los usuarios, aunque también hay que tener en cuenta que no son datos de toda Galicia, sino sólo de un Complejo Hospitalario; a pesar de ello, todo parece indicar que estos aspectos cobran importancia para nuestros profesionales, y tampoco conviene perder de vista que los usuarios son cada vez más exigentes con la *calidad total* de los servicios que se les prestan.

De todos modos en todo estudio de opiniones de usuarios es peligroso hacer comparaciones de datos e índices, dado que una población más crítica puede dar resultados más bajos con una información y práctica clínica mejores, que otras poblaciones con peor información y práctica clínica, pero menos exigentes.

Referencias bibliográficas

1. Servicio Galego de Saúde. *Avaliación da calidade percibida polos pacientes ingresados nos hospitais do SERGAS*. Santiago de Compostela: SERGAS, 1996.
2. Cortes Españolas. *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril)*. *Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública (Ley 3/1986 de 14 de abril)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
3. Cortes Españolas. *Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE 24-7-1984)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
4. Parlamento de Galicia. *Estatuto Galego do Consumidor e Usuario. E normativa complementaria*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, 1987.
5. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad, 1989.
6. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
7. Simpson M, Buckman R, Stewart M *et al*. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991;303: 1385-7.
8. Marcos J. La relación médico-enfermo. *Quad Caps* 1992; 18: 27-33.
9. Sánchez M. La comunicación de la verdad al enfermo canceroso.

- Oncología (Madr)* 1992; 16: 366-9.
10. Astudillo W, Mendinueta C. Principios generales de los cuidados paliativos. *Cent Salud* 1994; julio: 541-8.
11. García-Olmos L, Villegas V, Martínez M, León M, Ballesteros A. Actitud del médico en la entrevista clínica. *Aten Primaria* 1991; 8: 510.
12. Centro de Investigaciones Sociológicas. La asistencia sanitaria en España (I). *Rev Esp Invest Soc* 1991; 53: 267-303.
13. Centro de Investigaciones Sociológicas. La asistencia sanitaria en España (y II). *Rev Esp Invest Soc* 1991; 54: 245-67.
14. Hernández JF. *Encuesta nacional de post-hospitalización. Estudio sobre la satisfacción de los usuarios de la hospitalización en la red del INSALUD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
15. Maceiras L, Barros JM, Fernández C, Fraga JM, Montes A, Smyth E, Gestal JJ. La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. cómo se encuentra después de...? *Apuntes de Salud Pública* 1996; 10: 11-6.
16. Meterko M, Nelson EC, Rubin HR *et al*. Patient Judgments of Hospital Quality. Report of a pilot study. *Med Care* 1990; 28 (supl).
17. Maceiras L. *Satisfacción de los usuarios ante la atención a la salud recibida en un hospital: el caso del Complejo Hospitalario 'Juan Canalejo' (A Coruña)* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1996.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, ²Departamento de Estadística e Investigación Operativa, ³Departamento de Farmacología; Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ⁵Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.



Atención Primaria en Galicia

Carta abierta

En relación a como está estructurada la Atención Primaria en Galicia, nos surgen una serie de preguntas, que vamos a plantear en esta carta abierta esperando que alguna vez alguien conteste.

A.- De política, gestión y administración sanitaria:

- 1.- ¿Sobre que mapa se estructura la futura planificación de la red asistencial sanitaria, cuales serán los centros de gasto y cuales serán sus competencias?.
- 2.- ¿Está prevista una articulación entre Atención Primaria y Atención Especializada?.
- 3.- ¿Para cuando la informatización y comunicación inter e intracentros?.
- 4.- ¿Quién tiene competencias en Salud Pública?.
- 5.- ¿Cual es el modelo de Centro de Atención Primaria y como será su funcionamiento?.
- 6.- ¿De verdad se sigue creyendo en “el médico orquesta”?.
- 7.- ¿Cual es la cobertura legal del personal sanitario?.
- 8.- ¿ILTs, gasto farmacéutico, pruebas complementarias, libre elección de médico, cobro per capita, calidad asistencial, confidencialidad, SE PUEDE HACER TODO ESTO A LA VEZ?.
- 9.- ¿Para cuando unos protocolos diagnósticos y terapéuticos avalados por los Colegios Profesionales, Administración Sanitaria y Jurídica, que eviten la Medicina defensiva?.
- 10.- Calidad, equidad y eficiencia ¿serán algún día compatibles en el Sistema Sanitario?.

B.- De los profesionales:

- 1.- ¿Cuál va a ser la jornada laboral (incluidas las guardias) y los honorarios? ¿Cuántos pacientes por médico?.
- 2.- ¿Está previsto que el personal sanitario, que está de guardia necesita medios para desplazarse, medios para atender las urgencias, medios eficaces para comunicarse, una local en condiciones que le permitan ejercer su trabajo, que disponga de las estancias adecuadas (con una iluminación, temperatura, suficientes) y unas estancias que le permitan hacer su guardia dignamente (aseos, duchas, dormitorios, comedor-sala de estar), está previsto que el personal sanitario también desayuna come y cena, está previsto que el personal sanitario que esté trabajando 24 horas seguidas necesita dormir?.
- 3.- ¿No se podría establecer un Concurso de Traslados anual o bianual?.
- 4.-¿Cuándo será posible trasladarse de un Servicio de Urgencias o del Servicio de Urgencias de un hospital a un Centro de atención Primaria o viceversa?
- 5.- ¿Se piensan corregir las diferencias en cuanto a dotación, horarios, honorarios, etc..que existen entre los distintos centros, pese a tener las mismas funciones?
- 6.- ¿De verdad se piensa que el personal sanitario, tiene que realizar funciones de celador, auxiliar de clínica, asistente social, personal administrativo y pasar la fregona (¡¡lo hacen también los de la Gerencia o los de la Dirección Xeral de Atención Primaria!!)?.
- 7.- ¿El paciente siempre tiene la razón y puede exigir, elegir, etc..?.
- 8.- ¿Se regulará alguna vez la atención domiciliaria?.
- 9.- ¿Las recetas de Tratamiento de Larga Duración (TLD) son reales?.
- 10.- ¿Medicamentos Utilidad Terapéutica Baja (UTB)? ¿Quién lo dice? ¿Si realmente se basan en estudios serios por qué los sigue financiando la Seguridad Social?.

C.- De los usuarios:

- 1.- ¿Para cuando unos locales con accesos bien señalizados, zonas para aparcar los vehículos, ventanilla de información y señalización interna clara, salas de espera cómodas, bien iluminadas y con una temperatura agradable?.
- 2.-¿De cuanto tiempo dispone el médico por paciente? ¿Cual cree la Administración sanitario que sería el idóneo?.
- 3.- ¿Por qué en mi pueblo no hay Servicio de Urgencias y en otros con menos población si lo tienen?.
- 4.- ¿Por qué no tengo una Historia Clínica única, de la cual se me facilitará una copia y a la cual sólo tenga acceso el personal sanitario?.
- 5.- ¿Por qué en la ciudad siguen existiendo los ambulatorios donde el médico tiene apenas 3 minutos por paciente?.
- 6.- ¿Cual es el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud?.
- 7.- ¿Cuándo tendremos todos la tarjeta sanitaria individual?.
- 8.- ¿De verdad se reducen las listas de espera?
- 9.- ¿Cuándo se podrán agilizar los trámites burocráticos y coordinar los Servicios, para que la realización de pruebas complementarias no suponga un verdadero peregrinaje, con demoras y múltiples desplazamientos?.
- 10.- ¿Cuándo el usuario recibirá una información asequible de su proceso, de su posible evolución y de las alternativas u opciones que tiene?.

LA FIABILIDAD DE UN TEST O PRUEBA DIAGNÓSTICA

Dr. García Cepeda, Juan Ramón

Con cierta frecuencia, al leer información sobre determinados test o pruebas diagnósticas, nos encontramos con conceptos como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y fiabilidad, dándole cada vez mayor importancia a este último.

Generalmente se define la fiabilidad como el porcentaje de casos en que el test o prueba da un resultado correcto. Pero este concepto nos puede llevar a establecer conclusiones erróneas, así:

Supongamos que tenemos una prueba con una sensibilidad del 98%, una especificidad del 96% y la fiabilidad del test es del 0.96 (96%), para una determinada enfermedad (E) en un espacio y en un tiempo.

Si una persona da positivo en el test anterior ¿Cual es la probabilidad de que tenga la enfermedad E?
Más del 90%, más del 80%, más del 70%,

¡ Por favor contesta ! ¿Cual es la probabilidad de que tenga la enfermedad?

La respuesta parece obvia, más del 90%, sin embargo la respuesta no es correcta, ya que con los datos que tenemos es imposible determinar la probabilidad. Para calcularla se necesita saber la prevalencia de la enfermedad E en la población estudiada.

Si la prevalencia de dicha enfermedad es el 1%, la probabilidad de que tenga la enfermedad habiendo dado positivo el test es de 2.4%, pese a la alta sensibilidad y especificidad del mismo, debido a la baja prevalencia de la enfermedad.

Prevalencia: Frecuencia con que aparece una determinada enfermedad en una población en un tiempo, se suele expresar en tantos por cien, por mil, etc..; esta frecuencia coincide con la probabilidad de que una determinada persona de esa población y en ese tiempo padezca esa enfermedad.

Si contestasteis más del 90%, sabed que es un error muy frecuente, incluso a veces, aparece en revistas médicas de gran prestigio nacional e internacional.

Vamos a recordar como se calculaban algunos de los parámetros más importantes relativos al análisis de un test o prueba, utilizando los datos del supuesto anterior

- Sensibilidad, probabilidad de que de positivo teniendo la enfermedad $P(+/E) = 0.98$
- Especificidad, probabilidad de que de negativo no teniendo la enfermedad $P(-\bar{E}) = 0.96$
- Prevalencia, frecuencia de la enfermedad en la población, del 1%; $P(E) = 0.001$
- La probabilidad de que este test de positivo, en la población estudiada, $P(+)$ =
 $= P(+/E)*P(E) + P(+/\bar{E})*P(\bar{E}) = (0.98*0.001) + (0.04*0.999) = 0.04$
- La probabilidad de que el test o prueba dé positivo estando enfermo, en la población estudiada
probabilidad de Verdaderos Positivos = $P(VP) = P(+/E)*P(E) = 0.98 * 0.001 = 0.00098$
- La probabilidad de Verdaderos Negativos = $P(VN) = P(-\bar{E})*P(\bar{E}) = 0.96 * 0.999 = 0.959$
- La fiabilidad del test, $P(VP) + P(VN) = 0.96$ (96%).
- La probabilidad de que tenga la enfermedad habiendo dado positivo este test, Valor Predictivo Positivo
 $= P(E/+) = P(E)*P(+/E) / P(+)$ = $0.00098/0.04 = 0.0245$ (2.4%)
- La probabilidad de que tenga la enfermedad habiendo dado negativo este test es =
 $P(E/-) = P(E)*P(-/E) / P(-)$ = $0.001 * 0.02 / 0.96 = 0.0002$ (2 por diez mil).

La mayoría de las veces, estos parámetros se calculan mediante tablas de contingencia 2X2, cuyo modelo es el siguiente:

	Test +	Test -	Total
Enfermo	Verdadero Positivo (VP)	Falso Negativo (FN)	Total Enfermos (TE)
No enfermo	Falso Positivo (FP)	Verdadero Negativo (VN)	Total No Enfermos (TNE)
Total	Total Positivos (TP)	Total Negativos (TN)	Total casos (N)

- Sensibilidad: Capacidad del test para reconocer como afectados a los realmente afectados, $S = VP/TE$
- Especificidad: Capacidad para reconocer como no afectados a los realmente no afectados, $E = VN/TNE$
- Valor Predictivo Positivo: Probabilidad de que un sujeto con test positivo, esté enfermo, $VPP = VP/TP$
- Valor Predict. Negativo: Probabilidad de que un sujeto con test negativo, no esté enfermo, $VPN = VN/TN$
- Prevalencia verdadera: Número de enfermos en relación a la población, $P = TE/N$
- Prevalencia del test: Número de positivos en relación a la población, $PT = TP/N$
- Odds Ratio: Comparación relativa, razón de ventaja o desigualdad relativa, $OR = VP*VN/FP*FN$
- Fiabilidad del test o Valor Global: Proporción de sujetos bien clasificados por el test, $VG = (VP+VN)/N$
- Malas Clasificaciones: Proporción de sujetos mal clasificados, $MC = (FP+FN)/N = 1-VG$

Vamos a ver un ejemplo:

Para un estudio de evaluación de la validez de determinada prueba diagnóstica, se han estudiado 1.000 casos, sabiendo que 250 padecen la enfermedad y que el test dio positivo en 325 casos, de los cuales 225 coincidían con enfermos.

Vamos a calcular los parámetros:

	Test +	Test -	Total
Enfermo	VP: 225	FN: 25	TE: 250
No Enfermo	FP: 100	VN: 650	TNE: 750
Total	TP: 325	TN: 675	N: 1.000

Sensibilidad =	$VP/TE =$	0,90	Especificidad =	$VN/TNE =$	0,87
V.P.Positivo =	$VP/TP =$	0,69	V. Predict..Negativo =	$VN/TN =$	0,96
Prev. verdadera =	$TE/N =$	0,25	Prevalencia del test =	$TP/N =$	0,33
OR =	$VP*VN/FP*FN =$	58,5	Riesgo Relativo =	$S / (FN/TN)$	24,30
Fiabilidad =	$(VP+VN)/N =$	0,88	Malas Clasificaciones =	$(FP+FN)/N =$	0,13

GERONTOLOGÍA PREVENTIVA O EL ARTE DE ENVEJECER

Se apoya fundamentalmente en los siguientes pilares:

- 1.- Decálogo para una buena ancianidad, dando más vida a los años y evitando la vejez prematura y achacosa.
- 2.- Alimentación del anciano.
- 3.- Estudio de los problemas más importantes y frecuentes de la salud en el anciano.
- 4.- Proxemia y vejez. Necesidad de actividad física y psíquica e interés para seguir viviendo y conviviendo con los demás.
- 5.- Prevención de accidentes: Caídas, intoxicaciones, medicamentos, alimentos, quemaduras, tráfico, barreras arquitectónicas, etc...
- 6.- Educación Sanitaria del anciano, de la familia y de la Comunidad.
- 7.- Preparación para la jubilación.
- 8.- Cartilla sanitaria para la tercera edad.

Debe presentar la siguiente asistencia:

- Asistencia médica específica en los Centros de Atención Primaria.
- Pensiones y ayudas económicas para el anciano y su familia.
- Ayuda social domiciliaria de acuerdo con sus limitaciones funcionales, sociales y económicas.
- Residencias específicas según las necesidades de la Comunidad.
- Centros geriátricos para la rehabilitación y terapia ocupacional.
- Centros de reunión social: Clubs, casinos, etc..
- Posibilitar excursiones, visitas, estancias vacacionales, estancias en balnearios, etc..
- Educación de la comunidad ante la problemática de las personas mayores.

DECÁLOGO PARA UNA BUENA Y LARGA ANCIANIDAD

- 1.- Cuidar que la alimentación sea la adecuada, en calidad y en cantidad.
- 2.- Realización cotidiana de ejercicios de mantenimiento y evitar el reposo excesivo.
- 3.- No abusar de bebidas alcohólicas, ni excitantes. No fumar.
- 4.- Mantenerse informado de lo que acontece a su alrededor, de su comunidad y en el mundo.
- 5.- Hacerse como mínimo un chequeo clínico y analítico anual.
- 6.- Vacunarse contra la gripe.
- 7.- Debe tener actividades de ocio y actividades sociales.
- 8.- Al menos debe pasear 1 Km al día.
- 9.- Participar en las actividades familiares y de la comunidad en la que vive.
- 10.- El reposo nocturno no debe ser inferior a 8 horas.