

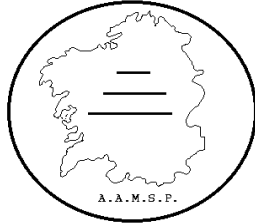
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Vol I Nº 16

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Enero 98



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD ACTUAL

Nos hallamos a las puertas del siglo XXI y la sociedad está inmersa en cambios continuos que afectan a la economía, cultura, fronteras territoriales, etc... a los que no son ajenas las distintas políticas sanitarias.

Hasta no hace mucho estas políticas iban a remolque de los acontecimientos, los ciudadanos demandaban una seguridad ante la enfermedad. Actualmente, las sociedades desarrolladas consideran la salud como un valor fundamental, los gobiernos al ser receptivos a esta demanda, tratan de diseñar políticas favorecedoras de los determinantes de la salud, como son: paz, cobijo, educación, alimentos, recursos económicos, ecosistema estable, infraestructuras, integración social, justicia y equidad, por lo que es previsible que se potencien políticas que tiendan a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad más que a la asistencia sanitaria, pero manteniendo el actual nivel de la misma.

Ante este marco la Salud Pública es una herramienta necesaria para que la sociedad pueda alcanzar mayores cotas de salud. La Salud Pública es un reflejo de los tiempos, de la cultura, del sistema social y del nivel de los conocimientos, se define como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a la promoción y restauración de la salud de los habitantes de una comunidad.

La Salud Pública busca en nuestra sociedad jugar el papel que se le ha asignado y que de acuerdo con sus funciones le corresponde, pero esta búsqueda se torna estéril cuando poco a poco observamos como se van recortando y disgregando sus recursos y no encuentra su sitio dentro del actual Sistema Nacional de Salud. Al analizar la salud desde un punto de vista colectivo, en el tiempo actual, observamos que el principal reto al que se enfrenta está constituido por los riesgos inherentes a la facilidad en la libre circulación de los ciudadanos, animales, plantas y mercancías en general, así como la intercomunicación e interdependencia existente entre las distintas comunidades.

Dada nuestra situación geopolítica, para hacer frente a este reto, la Salud Pública debe tener una estructura supranacional, cuyo ámbito de actuación sea la Unión Europea y que se ocupe principalmente de garantizar la seguridad sanitaria en el tránsito de seres vivos, alimentos y mercancías, así como establecer una red de vigilancia epidemiológica capaz de detectar y atajar aquellos problemas sanitarios que por su gravedad o importancia supongan un riesgo para la salud de los ciudadanos europeos. Esta estructura tendrá varios centros y/o laboratorios concertados o propios que garanticen una rápida actuación ante un problema específico y tendrá la capacidad legal de poder movilizar cualquier medio, público o privado, y efectivos (personal sanitario, protección civil, cuerpos de seguridad, etc..), que se precisen en un momento dado.

SUMARIO

<i>EDITORIAL</i>	pág. 1
<i>Accidentes de tráfico</i>	pág. 3
<i>Derechos y deberes de los usuarios del SERGAS</i>	pág. 5
<i>Estudios de casos y controles</i>	pág. 9
<i>Ludopatías en Europa</i>	pág. 13
<i>CURSOS/CONGRESOS</i>	pág. 14
<i>Indice por autores y por grupos del Vol. I Rev. Apuntes de S.P.</i>	pág. 15
<i>Borrador del estatuto marco del personal del S.N.S.</i>	pág. 21
<i>NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS.</i>	
<i>Libros recomendados</i>	pág. 26
<i>EPIDAT v.2.0.</i>	pág. 27

Para que no se vuelvan a repetir situaciones del pasado como por ejemplo el diseño de un modelo de asistencia sanitaria que no tuvo en cuenta la situación geopolítica de un entorno europeo y de un país económicamente desarrollado y del coste económico, que ha determinado que después de tantos años nos haya llevado a la actual situación y ya se estén introduciendo cambios tan importantes como competencia interna, externa, cooperativas de profesionales, separación entre financiación y provisión, etc..que hace que en realidad estemos hablando de otro modelo.

Para que esto no suceda en la Salud Pública y podamos disponer de una Salud Pública dinámica y eficiente, es necesario:

- 1.- Reestructurar la especialidad médica de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- 2.- Crear una nueva titulación de Salud Pública y Administración Sanitaria, que podría estar estructurada en tres ciclos (diplomatura, licenciatura y un tercer ciclo al que se podría acceder desde distintas licenciaturas y que los capacitaría para docencia, investigación o como expertos en determinadas áreas de Salud Pública, dentro de otras titulaciones).
- 3.- Crear a nivel de la Unión Europea un organismo único con competencias plenas en Salud Pública que sea capaz de afrontar los problemas de salud que supongan una amenaza para los países miembros o de asesorar cuando así lo requiera un país miembro ante un determinado problema o amenaza. Además, debe ser capaz de elaborar estrategias plasmadas en programas con objetivos concretos que aborden los diferentes problemas de Salud Pública a los que se enfrenta la Unión Europea.
- 4.- Coordinar Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales en la asunción de sus competencias y en cada uno de ellos unificar en un mismo departamento todas las competencias en materia de Salud Pública.
- 5.- Establecer una jerarquía y funciones que posibiliten la programación, planificación y ejecución, garantizando la eficiencia del sistema, evitando superposiciones, vacíos, contradicciones, etc.. Y al mismo tiempo recoger las necesidades y peculiaridades de cada Estado, Comunidad Autónoma o Corporación Local.
- 6.- Establecer unos mecanismos de comunicación y coordinación con Asistencia Sanitaria, que podría ser a nivel de Áreas de Salud, implicando tanto la Atención Primaria como la Especializada, definiendo cuales son sus funciones y responsabilidades en materia de Salud Pública, así como elaborar diferentes estrategias que permitan afrontar todos aquellos problemas o necesidades que se puedan presentar en un momento dado.



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

APUNTES DE SALUD PÚBLICA®
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.
Octubre 1998 N° 16

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: 250 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 Servizos Sociais. Xunta de Galicia.

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Dr. Juan Ramón García Cepeda

Como todos los años, por estas fechas, se realiza un balance de la morbi-mortalidad anual por accidentes de tráfico. Durante 1997 han ocasionado alrededor de 15 muertos por día, por lo que sigue constituyendo una de las causas principales de morbi-mortalidad evitables, siendo tristemente destacable por ser la primera causa de muerte en adultos jóvenes y la primera causa de grandes incapacitados. Más importante que entrar en el coste económico que todo esto implica, creo que se debería valorar el número de años de vida potencialmente perdidos o el número de años de vida plena potencialmente perdidos.

Para la Dirección General de Tráfico, máxima autoridad en esta materia, la causa principal de los accidentes es la imprudencia de los conductores, motivada muchas veces por el consumo abusivo de alcohol, estableciendo como remedio fuertes restricciones de la velocidad, controles de alcoholemia y sanciones fundamentalmente económicas a los infractores.

Como ciudadanos, basándonos en nuestra experiencia personal como conductores y como peatones, lo primero que nos llama la atención son los límites de velocidad, en autopistas la velocidad máxima es de 120 Km/h., sin embargo basta circular a esta velocidad para observar como somos rebasados por la mayoría de los vehículos (¿es un límite teórico?), lo mismo ocurre en autovías y en carreteras nacionales (cuyos límites de velocidad son inferiores). Un caso especial es el de las travesías urbanas, cuyo límite es de 50 Km/h, sin tener en cuenta nada más, lo que conlleva que en determinados casos esta velocidad nos parezca excesiva y en otros casos ridícula, incluso en un mismo punto, ya que el límite de velocidad es el mismo a cualquier hora, por ejemplo en una zona densamente poblada, con centros comerciales y colegios, a las 6 p.m. puede ser excesiva y sin embargo a las 6 a.m. puede ser ridícula.

Hoy en día, creo, que no es defendible que existan límites lineales, que no tienen en cuenta las características de la carretera, densidad de tráfico, condiciones meteorológicas, hora del día o de la noche, amanecer y ocaso, etc...

No se si es casualidad o no pero siempre que he visto realizar controles de alcoholemia, ha sido de madrugada en las proximidades de una conocida discoteca o zonas de "movida", quizá por ello las estadísticas nos indican que la mayoría de conductores que han dado positivo son adultos jóvenes, me gustaría que se publicase la distribución de los controles de alcoholemia, positivos y negativos, por edad, sexo, lugar y hora, así como la marca y modelo del vehículo. ¿Qué ocurriría si se estableciese un control *aleatorio* en las proximidades de conocidos restaurantes, justo cuando se sale de comer o cenar, los fines de semana y festivos?.

Evidentemente, todos estamos de acuerdo, que beber y conducir son incompatibles, pero no por ello podemos perder la cabeza y la objetividad. Que pensaríamos por ejemplo si mañana un individuo apuñala a otro y se condena a este último porque había consumido alguna droga ilegal. Por supuesto en un accidente puede haber varias infracciones e infractores, pero si está claro el responsable o causante del accidente, este lo es siempre, independientemente si alguno de los otros conductores implicados o no en el mismo da positivo en el control de alcoholemia. Hace poco se producía en Madrid un dramático accidente en el que lamentablemente perdían la vida unos jóvenes que saltándose el vallado de una autovía, procedían a cruzarla a pie siendo arrollados por un vehículo, cuyo conductor dio positivo, por lo que fue arrestado, encarcelado y acusado de matar a los jóvenes.

No se entiende muy bien, ¿por qué? el Código de Circulación no se aplica a motos, bicicletas y fundamentalmente a peatones, así no es raro ver como se cruza la calzada fuera del paso de peatones (a veces en diagonal y dando un paseo), como se cruza con el semáforo en rojo, como se cruza por zonas valladas o como determinados peatones cruzan sorteando el tráfico, etc... O como nos encontramos a ciclistas circulando en grupo, o motos sorteando el tráfico, adelantando en cualquier sitio o situación, etc...

Galicia es la primera Comunidad Autónoma por el número de atropello de peatones, quizá habría que tener en cuenta que la mayoría de estos atropellos se producen en carreteras sin arcén, generalmente en días lluviosos (por lo que los peatones prefieren caminar por la carretera en lugar de hacerlo por el arcén entre barro y charcos) o en zonas y a horas con poca visibilidad (por los que los peatones prefieren caminar por la carretera que dando trompicones por el arcén).

Otra de las cosas que nos llama la atención es que hay determinados puntos o lugares donde siempre se producen accidentes, día tras día, año tras año, lo que generalmente determina, como mucho, que se pongan nuevas señales limitando la velocidad, en lugar de investigar la causas reales (peraltes al revés, rotondas con doble carril imposibles de tomar por camiones y autobuses sin invadir los 2 carriles, asfaltos que cuando llueve (“cosa rara”) se convierten en auténticas pistas de patinaje, pasos de cebra en cambios de rasante, cruces sin visibilidad, carreteras sin pintar, pintadas de forma defectuosa o con pintura que cuando llueve no se ve, etc...).

Como profesional sanitario, hay fundamentalmente cinco situaciones implicadas en accidentes de tráfico que se repiten con demasiada frecuencia:

- Motoristas sin casco.
- Niños pequeños en la parte delantera del vehículo (bien en el colo de mamá o bien de papá enseñando a conducir al nené).
- Adolescentes pilotando ciclomotores (generalmente 2 en el mismo vehículo y sin casco o con este en el codo).
- Conductores o copilotos que quitan los reposacabezas (por que les molesta).
- Adolescentes de 18-20 años con vehículos pequeños pero con más de 100 caballos de potencia, careciendo el vehículo de medidas de seguridad activa y pasiva.

Sin ánimo de entrar en mayor profundidad y desde una perspectiva basada en el sentido común, me gustaría exponer una serie de preguntas, que creo, la mayoría de los ciudadanos nos hacemos:

1.- ¿Por qué no se piden responsabilidades a los titulares de la red vial (Estado, Comunidad Autónoma, Diputación, Ayuntamiento, etc..), cuando en el accidente ha intervenido de manera decisiva el estado de la calzada (firme inadecuado, peraltes al revés, quitamiedos inadecuados, etc..)? ¿Cuantos expedientes ha iniciado la Dirección General de Tráfico, por estas circunstancias?.

2.- ¿Por qué no se publica una relación de las marcas y modelos de vehículos implicados en los accidentes graves?. Y si realmente hubiese una relación entre la gravedad de las lesiones y modelo de vehículo, no se podría establecer una escala de impuestos en relación inversa a la dotación del vehículo en medidas de seguridad activa y pasiva.

3.- ¿Por qué no se obliga a peatones, motoristas y ciclistas a cumplir el Código de Circulación?.

4.- ¿Por qué no se adaptan los límites de velocidad a los condiciones de seguridad vial reales, en vez de establecer límites lineales?.

5.- ¿Por qué se es permisivo o tolera llevar un menor en la parte delantera con dos adultos; quitar el reposacabezas, ir sin cinturón de seguridad o llevar ruedas con cámara?.

6.- ¿Por qué se es permisivo o tolera circular a vehículos agrícolas (no habilitados para ello) y ganado por las carreteras nacionales?.

7.- ¿Por qué no se evalúan realmente los grandes dispositivos que establece la Dirección General de Tráfico con motivo de Navidades, Semana Santa, puentes y vacaciones de verano?.

8.- ¿Por qué no se emplea de forma masiva la nueva tecnología para dar información, facilitar la circulación y hacer más segura la red vial (por ejemplo con semáforos que brillen pese a estar en zonas soleadas, o que se pueda aumentar/disminuir el tiempo en que está cerrado o abierto, señales con paneles cambiantes, dispositivos sonoros y luminosos que se activen ante colapsos de tráfico, señales luminosas que indiquen cuando podemos incorporarnos a una carretera sin peligro, etc..)? ¿Solo se emplea de forma masiva la nueva tecnología para filmar y gestionar las infracciones?.

9.- ¿Por qué aún hay carreteras con paso a nivel sin barreras, carreteras principales sin arcenes y carreteras nacionales sin puestos de SOS?.

10.-¿Por qué el Código de Circulación no está en la escuela?.

ESTUDIO SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL SERGAS, 1997

García, J.R., García, M., García, L., Gontán, B., Estévez, D., Cid, E., Tato, A. y Savin, D.

OBJETIVO: Conocer el grado de conocimiento que tanto los usuarios como los profesionales sanitarios tienen de los derechos y deberes de los ciudadanos con respecto al Sistema Nacional de Salud.

DISEÑO: Estudio descriptivo, basado en 1.219 encuestas realizadas mediante entrevista personal, efectuadas de forma aleatoria-sistemática de una muestra representativa de la población diana, con un error absoluto de muestreo inferior al 3%, con una confianza del 99%

CONCLUSIONES:

.La mayoría de los gallegos, tanto usuarios como profesionales sanitarios, del Sistema Nacional de Salud desconocen sus deberes y derechos con respecto al mismo.

Palabras clave:

Deberes y derechos, calidad asistencial, Sistema Nacional de Salud.

Hemos elegido para realizar la encuesta los Municipios de O Rosal, Santiago y Boiro, por representar diferentes situaciones socio-económicas y culturales, que en su conjunto pueden ser representativas de la realidad de nuestra Comunidad Autónoma.

En este estudio nos hemos marcado los siguientes objetivos:

-- Objetivo general:

.- Saber el grado de conocimiento que tanto los usuarios como los profesionales sanitarios, tienen de los derechos y deberes del ciudadano con respecto al Sistema Nacional de Salud.

-- Objetivos específicos:

.- Conocer cual es la postura del ciudadano ante los costes de financiación del Sistema Nacional de Salud a los que debe hacer frente personalmente, y ver si hay diferencias significativas entre las variables, sexo, edad y titularidad.

-- Aproximarnos al conocimiento de que entienden los usuarios y los profesionales sanitarios por derechos.

-- Conocer que entienden tanto los usuarios como

I.- Introducción, justificación y objetivos:

Toda sociedad moderna y democrática regula y reglamenta el funcionamiento de los servicios que la administración pública pone a disposición del ciudadano. No ajeno a ello el Sistema Nacional de Salud se ve regulado y reglado por la ley que permite su creación (Ley 14/86 General de Sanidad, de 25 de abril), donde se especifican los derechos y deberes de los ciudadanos que acuden al Sistema Nacional de Salud.

Ya han pasado más de 10 años desde la aprobación de dicha ley y nos gustaría saber que grado de conocimiento tienen, tanto los profesionales sanitarios como los usuarios del Sistema, de los derechos y deberes, ya que es una cuestión muy importante tanto desde el punto de vista legal como del funcionamiento de la Asistencia Sanitaria.

los profesionales por deberes.

II.- Material y métodos

El diseño del trabajo corresponde a un estudio descriptivo, donde se analizan una serie de variables que nos van a permitir saber el grado de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios y usuarios, del Sistema Nacional de Salud de los deberes y derechos del ciudadano con respecto al mismo.

El estudio se basa en una encuesta llevada a cabo personalmente por los profesionales sanitarios.

Características y determinación de la muestra:

-- Universo o población diana: Población de la Comunidad Autónoma Gallega.

-- Unidad de análisis: Usuario del Sistema Nacional de Salud, mayores de 16 años.

-- Fecha de trabajo de campo: Febrero-Agosto de 1997.

-- Método de muestreo: Elección al azar de 5 adultos, entre los usuarios que acuden al Centro de Salud, para lo cual se han seleccionado aleatoriamente 3 días de cada semana.

-- Tipo de muestreo: Aleatorio sistemático.

-- Muestra teórica: 1.219.

$$n = z_{\alpha}^2 * \frac{p*(1-p)}{e^2} = (1,96)^2 * \frac{0,6*0,4}{(0,0275)^2} = 1.219$$

En este caso se ha establecido un riesgo (α) = 0.05; lo que implica de $z_{\alpha} = 1,96$

Y una precisión (e) = 0,0275 (error absoluto del muestreo es $\leq 2,75\%$).

-- Muestra real (tamaño muestral): 1.219

-- Puntos de muestreo: 7

Recogida de datos:

Se entrevistaron a 1.219 adultos mayores de 16 años, mediante una encuesta protocolizada y codificada. La encuesta se ha realizado siguiendo escrupulosamente la selección sistemática y aleatoria de los pacientes y días que debía realizarse.

Tratamiento de los datos:

El tratamiento de la información se ha llevado a cabo mediante soporte informático, una vez obtenidos los datos, se han codificado e introducido en una base de datos, posteriormente se ha llevado a cabo un tratamiento estadístico y finalmente se ha integrado todo utilizando un procesador de textos.

III.- Resultados

La distribución de la muestra, aplicando las variables, sexo, edad media, activo/pensionista, titularidad y usuario/personal sanitario, distribuidas en Atención Primaria (municipios de El Rosal, Boiro y Santiago), en Atención Especializada y en su globalidad fue la siguiente

Variable	A.P.						A.E.		TOTAL		
	El Rosal		Boiro		Santiago		Galicia				
Sexo		31	31,3	92	32,5	129	33,0	152	34,1	404	33,1
		68	68,7	191	67,5	262	67,0	294	65,9	815	66,9
	total	99	100,0	283	100,0	391	100,0	446	100,0	1219	100,0
Edad media	55 años		48 años		51 años		43 años		47 años		
Pensionistas	67	67,7	175	61,8	246	62,9	263	59,0	751	61,6	
Titulares	43	43,4	133	47,0	184	47,1	205	46,0	565	46,3	
P. Sanitario	5	5,1	16	5,7	23	5,9	26	5,8	70	5,7	

La distribución de acuerdo con lo que opinan de lo que pagaban a la Seguridad Social, fue:

Variable	A.P.						A.E.		TOTAL		
	El Rosal		Boiro		Santiago		Galicia				
Pago Seguridad Social	Poco	6	6,1	8	2,8	24	6,1	34	7,6	72	5,9
	Bien	51	51,5	189	66,8	251	64,2	322	72,2	813	66,7
	Muc	16	16,2	20	7,1	40	10,2	31	7,0	107	8,8
	Exc	4	4,0	15	5,3	17	4,3	10	2,2	46	3,8
	ns/nc	22	22,2	51	18,0	59	15,1	49	11,0	181	14,8
	total	99	100,0	283	100,0	391	100,0	446	100,0	1219	100,0

La distribución de acuerdo sobre lo que opinaban sobre el coste de los medicamentos, fue:

Variable		Total	
		N	%
Coste medicamentos	Bien	36	3,0
	Mucho	811	66,5
	Exces.	277	22,7
	ns/nc	95	7,8
	total	1219	100,0

La distribución de acuerdo si opina que la cobertura de la SS es completa o parcial, fue:

Variable		Total	
		N	%
Cobertura S.S	Comp	775	63,6
	Parc.	383	31,4
	ns/nc	61	5,0
	total	1219	100,0

Los que opinan que tienen derecho a leer toda su Historia Clínica, se distribuyeron así:

Variable		Total	
		N	%
Leer la H ^{ic} Clínica	Si	728	59,7
	No	389	31,9
	ns/nc	102	8,4
	total	1219	100,0

Los que opinan que tienen derecho a tener un resumen de su Historia Clínica, se distribuyeron así:

Variable		Total	
		N	%
Resumen de la H ^{ic} Clínica	Si	1014	83,2
	No	161	13,2
	ns/nc	44	3,6
	total	1219	100,0

Los que opinan que tienen derecho a exigir las recetas que estimen oportuno, se distribuyeron así:

Variable		Total	
		N	%
Recetas	Si	451	37,0
	No	694	56,9
	ns/nc	74	6,1
	total	1219	100,0

Los que opinan que tienen derecho a exigir las pruebas diagnósticas que estimen oportuno, se distribuyeron así:

Variable		Total	
		N	%
P. Diagnósticas	Si	768	63,0
	No	412	33,8
	ns/nc	39	3,2
	total	1219	100,0

Los que opinan que tienen derecho a exigir los resultados de las pruebas diagnósticas, se distribuyeron así:

Variable		Total	
		N	%
Resultado P. Diagn.	Si	903	74,1
	No	291	23,9
	ns/nc	25	2,1
	total	1219	100,0

Los que son capaces de enunciar al menos un deber, se distribuyeron así:

Variable		Total	
		N	%
Deberes	Si	86	7,1
	No	98	8,0
	ns/nc	1034	84,9
	total	1218	100,0

La opinión de los profesionales sanitarios, se distribuyó de la siguiente forma:

Opinión de los profesionales sanitarios										
	Pago S.S		Medicamentos			Resumen H.C.		Leer H.C.		
Poco	20	36,4	8	14,5	Si	55	100	17	30,9	Si
Bien	30	54,5	25	45,5	No	0	0	38	69,1	No
Mucho	3	5,5	20	36,4	total	55	100	55	100,0	total
Exc	1	1,8	2	3,6		Exigencias		Resultados P.d.		
ns/nc	1	1,8	0	0,0	Si	0	0	38	69,1	Si
total	55	100,0	55	100,0	No	55	100	27	49,1	No

V.- Resultados más relevantes y Conclusiones

- Entre un 79% y un 88% de la población gallega mayor de 14 años, que acude al Servicio Nacional de Salud, cree que tiene deberes pero es incapaz de citar al menos uno de ellos.

No observándose diferencias significativas en las respuestas al considerar las variables: sexo, edad, titularidad y activo/pensionista.

- Un 66.7% de los usuarios estiman que lo que pagan a la Seguridad Social de acuerdo con los servicios que presta está bien. Los profesionales sanitarios estiman en un 36.4% que es poco.

- Entre un 84% y un 93% de la población gallega estima que el coste de los medicamentos es mucho o excesivo, no encontrándose diferencias significativas entre activos y pensionistas.

- Un 59.7% de los usuarios creen que tienen derecho a leer toda la Historia Clínica. Un 83% de los usuarios y el 100% del personal sanitario creen que todos los usuarios deben tener un resumen de su Historia Clínica.

- Un 37% de los usuarios creen que tienen derecho a exigir los medicamentos o recetas de los mismos que estiman que precisan y un 63% que tienen derecho a exigir que se le haga un determinada prueba diagnóstica. Ninguno de los profesionales sanitarios entrevistados cree que el usuario tenga tales derechos.

- Entre el 69.7 y el 78.4.% de los usuarios creen que tienen derecho a tener los resultados de las pruebas diagnósticas (placas, analíticas, etc..).

Conclusiones:

.La mayoría de los gallegos, tanto usuarios como profesionales sanitarios, del Sistema Nacional de Salud desconocen sus deberes y derechos con respecto al mismo.

La mayoría de los usuarios gallegos cree que tiene derecho a exigir las recetas y pruebas complementarias que estimen oportunas.

Tanto los profesionales, como los usuarios creen que se debería facilitar un resumen de su Historia Clínica a cada usuario del Sistema

Este trabajo ha sido presentado y defendido como Comunicación en las II Jornadas de Salud Pública, OSORIK 97, celebradas en Bilbao el 7 de Noviembre de 1997



ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES (y III)

Dr. Adolfo Figueiras, Francisco Camaño

DISEÑO DE UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Selección de casos y de controles.

La definición de la enfermedad es importante en cualquier diseño epidemiológico, pero en estudios CC lo es especialmente: En los estudios de seguimiento, el efecto se puede medir a través de una variable continua (peso del niño al nacer en gramos, presión arterial, nivel CD4...) y no es necesario categorizar la población en casos y no casos. Sin embargo en los estudios es imprescindible dicotomizarlo (o categorizarlo ya que siempre es posible establecer varios grupos de casos) y hacerlo antes de iniciar el estudio.

Por tanto, los criterios diagnósticos de la enfermedad deben de definirse de forma precisa, con criterios diagnósticos claros y, a poder ser, con el diagnóstico de referencia, ya que de lo contrario estaremos clasificando como casos a sanos y como controles a enfermos, pues la sensibilidad y especificidad de la prueba de diagnostica no será nunca del 100%. Posteriormente y en la fase de análisis siempre es posible corregir la mala clasificación, ajustando por la sensibilidad y especificidad de cada método.

Los casos no tienen por que ser una muestra representativa de los sujetos enfermos; se puede restringir a casos varones, casos de una determinada población, etc. Por tanto, los controles tampoco necesitan ser una muestra estadísticamente representativa de la población sana respecto a esa enfermedad; la única condición es que los controles han de ser seleccionados entre los que, de haber desarrollado la enfermedad, serían considerados como casos. De esta forma, la fuente de los casos condiciona la procedencia de los controles: Cuando los casos son todos los diagnosticados en una comunidad o una muestra de estos, los controles deben de ser una muestra de los sujetos sanos (respecto a la enfermedad de interés) de esa comunidad. Si los casos son los sujetos

diagnosticados en uno o varios hospitales, los controles pueden estar formados, o bien por una muestra de la población de la zona de cobertura de ese hospital (ya que si enfermaran irían a ese hospital), o por sujetos hospitalizados de otras enfermedades no relacionadas con la de interés. Existe una tercera fuente de controles: Controles referidos por los casos (p. ej. familiares). Este tipo de controles son, en realidad, una forma de emparejar por determinadas variables como hábitos dietéticos, *estatus* socioeconómico, raza, etc. El análisis bruto no es adecuado para este tipo de abordaje, y se ha de realizar el análisis mediante análisis estratificado o multivariante controlando por los factores de apareamiento, p.e. mediante regresión logística condicional.

La procedencia hospitalaria de los controles garantiza un menor sesgo de memoria, una mayor participación y menores costes; sin embargo, nunca estaremos seguros que la afección de los controles no está relacionada, positiva o negativamente, con la exposición. La procedencia comunitaria de los controles presenta la ventaja de que no estarán relacionados con la exposición, pero tiene los inconvenientes de un mayor coste, de un porcentaje de participación más pequeño que puede invalidar los resultados del estudio. Por ello, puede ser de utilidad seleccionar dos grupos controles: Uno hospitalario y otro comunitario para comparar el nivel de exposición en los dos grupos. Sin embargo, algunos autores no son partidarios de la utilización generalizada de este método, ya que los investigadores tendrán más confianza en uno de los grupos y, además, los resultados pueden ser distintos según el grupo control con el que se compare, teniendo los investigadores tomar la decisión de elegir el grupo de referencia con menos sesgo. Según estos autores, esta decisión ya podría tomarse antes de iniciar el estudio. Otros autores afirman que si los resultados difieren en función del grupo control con el que se compare, esto sirve de ayuda, ya que desvela la existencia e algún punto débil en su diseño, con lo que se evita llegar a una conclusión equivocada.

La representatividad de los controles no ha de ser estrictamente estadística, sólo es necesario que los controles no estén relacionados, positivamente o negativamente (lo que implica que $k_e = k_c$), con la exposición y que se les apliquen los mismos criterios de inclusión y de exclusión. Si en un estudio de casos y de controles que estudia el riesgo de hemorragia gastrointestinal asociados al consumo de Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES), no se pueden seleccionar como controles a pacientes que acuden a una consulta de reumatología, ya que estos sujetos estarán relacionados positivamente con la exposición debido a su enfermedad, o en un estudio sobre Anticonceptivos Orales (ACO) se han de excluir a las diabéticas al estar contraindicado.

Otro punto a tener en cuenta a la hora de establecer los criterios de inclusión de los casos y de los controles es el de "oportunidad de exposición". Mediante los criterios de exclusión no se debe de dar la oportunidad de entrar a formar parte en el estudio a personas que no han podido estar expuestas al factor de riesgo de interés. De esta forma, en un estudio de CC para estudiar la relación entre infarto agudo de miocardio (IAM) y consumo de ACO debemos de excluir, tanto en los casos como en los controles, a los sujetos del sexo masculino, ya que es poco probable su exposición a los ACO, más que nada por eficiencia.

Cuando un sujeto seleccionado como control (sano) desarrolla la enfermedad durante el período de estudio, no se debe de incluir en el estudio como control, sino que en puridad se incluirá en el estudio a la vez como caso y como control, ya que cada caso debe ser elegible control hasta que desarrolle la enfermedad y cada control debe ser elegible como caso si desarrolla la enfermedad.

Control de la confusión en la fase de diseño:

Una de las maneras de controlar el efecto de la potencial variable de confusión es delimitar mediante criterios de inclusión. Este método consiste en restringir la selección de los sujetos (tanto casos como controles) a una sola categoría de la potencial variable de confusión. Si el tabaco es un potencial factor de confusión para estudiar en la relación entre consumo de café e IAM, podemos restringir el estudio a los no fumadores. El inconveniente que

presenta este abordaje es que así desconocemos lo que sucede en la otra categoría: No sabemos lo que ocurre con el consumo de café en los fumadores; o sea que por ejemplo no podremos valorar la posible interacción entre ambas variables.

El otro método que se puede aplicar en la fase de diseño para controlar la confusión es el emparejamiento. Consiste en seleccionar para cada caso, a uno (o más sujetos) control que tenga el mismo valor de la (o las) variable(s) de confusión. En un estudio sobre la relación entre consumo de café e IAM, si un caso fuma un paquete de cigarrillos, se han de seleccionar el/los control/es apareado/s para ese caso que fumen aproximadamente también un paquete de cigarrillos; se evita así la influencia del hábito tabáquico. El emparejamiento está indicado para controlar factores de confusión que no puedan medirse de ningún otro modo: Si emparejamos por hermanos o por gemelos estaremos controlando una serie de factores familiares y genéticos de difícil, sino imposible medición.

En el resto de los casos, el emparejamiento no está indicado ya que puede ocasionar un mayor coste, al implicar la búsqueda, para cada caso, de controles con las características que hemos definido en el emparejamiento. El emparejamiento también implica tomar una serie de decisiones en la fase de análisis que son irreversibles una vez iniciado el estudio, impidiendo valorar el efecto de las variables emparejadas. El emparejamiento también implica la necesidad de técnicas estadísticas especiales (p. ej. regresión logística condicional, no siempre disponibles en los paquetes estadísticos estándar). Otro inconveniente del emparejamiento es la posibilidad de sobreemparejamiento; este se produce cuando la variable por la que se empareja no es un factor de confusión ya que está relacionada con la exposición pero no con el desenlace. Esto lleva a una pérdida de eficacia en el estudio.

Casos incidentes vs casos prevalentes.

El utilizar casos prevalentes en vez de incidentes permite, en la mayoría de los casos, acortar el período de estudio. Cuando la exposición no afecta a la duración de la enfermedad, entonces el utilizar casos prevalentes en vez de incidentes dará *odds ratio* que será una buena estimación de la razón de tasas de incidencias. Sin embargo, los casos

prevalentes están formados por los sobrevivientes de los casos incidentes y de los que todavía no curaron. Por ello, cuando la exposición de interés afecta a la duración de la enfermedad ya sea acertándola o alargándola, o afecta a la sobrevivencia o a la curación, el efecto observado mediante el *odds ratio* se compondrá, en realidad, de la suma de dos efectos: (1) El efecto de la exposición sobre la aparición de la enfermedad, y (2) el efecto de la exposición sobre la duración y/o sobrevivencia/curación de la enfermedad. En definitiva es preferible, siempre que sea posible, utilizar como casos enfermos nuevos (incidentes) en vez de prevalentes.

Una posible medida para mejorar el diseño de los CC con casos prevalentes es el de comparar el OR de los casos prevalentes con los incidentes que aparezcan durante el estudio.

Valoración de la exposición.

Los estudios de casos y controles, por definición son estudios longitudinales, lo que implica que ha de existir una secuencia temporal entre la exposición y el efecto. Por ello, aunque la medida de la exposición se realice en el momento o posteriormente al diagnóstico de la enfermedad, esta medida ha de realizarse retrospectivamente: Se ha de preguntar sobre la exposición en un momento cronológico anterior al diagnóstico y por tanto, anterior al momento de la entrevista. Si se realiza un estudio sobre cáncer de pulmón y hábito tabáquico, tanto a los casos como a los controles se le preguntará sobre la exposición anterior a una estimación de la suma de período de inducción y de latencia. No tendrá el hábito tabáquico actual, sino el de hace 15 ó 20 años.

P. Inducción: Período desde la acción causal hasta la aparición de la enfermedad.

P. Latencia: Período de tiempo entre la aparición de la enfermedad hasta su detección

El período de inducción para una misma enfermedad varía en función de la exposición y de la dosis de esta. El período de latencia dependerá del nivel cultural del enfermo, de la accesibilidad del

sistema sanitario para el enfermo, de la calidad de sistema sanitario, etc. El período de latencia se puede obviar estableciendo el día índice, que es día en el que aparecieron los primeros signos o síntomas de la enfermedad. En el caso de un estudio de CC AINES y HGD el día índice se establecía el día de la aparición de sangre en heces, etc.

La información acerca de la exposición se recabará en un período de tiempo anterior a la enfermedad denominado "ventana etiológica". Este período de tiempo ha de ser anterior al día denominado índice para garantizar que la enfermedad no influyó como inductor de la exposición. El día índice es el día de la aparición de los primeros síntomas o signos de la enfermedad. Así, en un estudio sobre AINES y HGI, las molestias y dolores de la HGI podían haber inducido a consumir AINES. Con el establecimiento del día índice y de la ventana etiológica, eliminamos este posible sesgo.

Cuando el período de inducción y latencia es desconocido, es útil preguntar sobre la exposición en un período de tiempo amplio. Luego en el momento del análisis se pueden calcular los OR para distintos períodos. Cuando la suma del período de inducción y latencia se corresponda con la realidad, el efecto (OR) será máximo. En el estudio de AINES y HGI se preguntó por la exposición anterior en 28 días anteriores al día índice, y luego se estimó la ventana etiológica en los días 1 al 8 anterior al día índice ya que en este período el efecto (OR) será máximo.

También es interesante medir la dosis de la exposición para analizar la posible relación dosis-respuesta. Una relación de este tipo puede aportar un mayor grado de firmeza causal en las conclusiones.

Una de las principales limitaciones de los estudios de CC se encuentra en el sesgo de memoria. Éste surge cuando se preguntan por exposiciones en ventanas etiológicas muy alejadas del momento del diagnóstico de la enfermedad, en enfermedades graves (cáncer) o que supone un grave trauma psicológico (malformaciones congénitas). En estas dos últimas circunstancias los casos pueden realizar un esfuerzo mucho mayor que los controles sanos para recordar las exposiciones. Además, la presencia o magnitud del sesgo, para una misma enfermedad, varía en función de las exposiciones, de manera que no es predecible antes de empezar el estudio.

Este sesgo se produce fundamentalmente por la condición de sanos de los controles. Por ello, una forma de evitar este sesgo es seleccionar como controles a personas sanas con respecto a la enfermedad de interés, pero que sean enfermos de otras patologías y, a ser posible, con el mismo grado de gravedad. Si estamos interesados en el estudio de los FR de un determinado cáncer, podremos tomar como controles enfermos de otro cáncer. Sin embargo, este tipo de abordaje siempre presenta el inconveniente de que la enfermedad de los controles puede estar relacionada, positiva o negativamente, con la exposición de interés, con lo que podremos introducir un nuevo sesgo.

La fuente de la que obtendremos información sobre la exposición (cuestionario, registros [historia clínica], examen físico) debe ser la misma para los casos y para los controles, ya que cada método presenta una *sensibilidad* y una *especificidad* distinta para detectar la exposición. En la medida de la exposición en muy pocos casos se puede recurrir a un método que sea exacto. Por ello, se ha de valorar, en lo posible la validez y la precisión del método de recogida de datos.

Otro de los aspectos a tener en cuenta a la hora de valorar la exposición mediante entrevistador, es la subjetividad de este. Si un investigador (o grupo de investigadores) destina recursos, tiempo y esfuerzo a la realización de un estudio, es con la intención obtener resultados: O sea, encontrar una relación entre el FR objeto de estudio y la enfermedad. Por ello, el investigador a la hora de entrevistar sobre la exposición a los casos posiblemente lo haga con más insistencia que a los controles, aunque sea de forma inconsciente. Para evitar este sesgo, es útil que el entrevistador sea ciego respecto a la pertenencia del sujeto que entrevista al grupo de casos o de controles.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

Nivel básico:

-- Alhbom A, Norell S. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores SA. *Excelente libro de iniciación en la epidemiología.*

Nivel avanzado:

-- Schlesselman JJ. Case-Control studies: desing, conduct, análisis. New York, NY: Oxford University Press, 1994.

-- *Libro dedicado expresamente a los estudios de casos y controles. Especial dedicación a la aplicación de la regresión logística a este diseño de estudios*

-- Armenian HK. Applications of the Case-Control Method. Epidemiologic Reviews 1994; 16 (1). *Numero especial de Epidemiologic Reviews donde escriben importantes expertos en el tema, dedicado íntegramente a los estudios de casos y controles y a las aplicaciones que este método tiene.*

-- Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research. New York: Van Nostrad Reinhold, 1982. *Libro de referencia en el análisis cuantitativo en epidemiología, también en estudios de casos y controles.*

-- Rothman K. Epidemiología moderna. Madrid: Díaz de Santos, 1987. *Libro de referencia en la más reciente epidemiología. Análisis de conceptos importantes en epidemiología. Enfoque menos cuantitativo que el Kleinbaum.*

-- Ibrahim MA. The case-control study: consensus and controversy. J Chronic Dis 1979; 32: 1-144. *Número especial de la revista que recoge las aportaciones más importantes de un simposium sobre este diseño celebrado en 1978. Incluye un excelente artículo de DL Sackett en el que describe los principales sesgos de este diseño.*

INFORME DEL ESTUDIO EUROPEO SOBRE LUDOPATÍAS EN EUROPA

L. Maceiras y B. García-Cendán

Acaban de salir a la luz los resultados de un estudio titulado *El juego en Europa: una investigación exploratoria entre ocho países europeos*¹, llevado a cabo por el *Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs West- en Midden- Brabant* (Consultorio para Problemas de Alcoholismo y Drogodependencias de la provincia de Brabant, parte oeste y central) y por el *Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs* de la provincia de Limburg, ambos de los Países Bajos.

Sus autores, A. de Vos, G. Op het Veld y S. Lambeck, nos dicen:

"Durante los últimos años, la cantidad de personas adictas a los juegos de azar ha aumentado considerablemente en Holanda, por lo cual los problemas en torno a los juegos de azar han ido siendo, cada vez más, un centro de atención. A medida que estas tendencias recientes evolucionaban, nos hemos ido dando cuenta de que no disponíamos de información para poder hacer una comparación con el resto de Europa.

¿Cómo está compuesto el mercado de los juegos de azar, qué juegos están autorizados, cuántas personas se dedican a ello, cuántos adictos a los juegos de azar hay aproximadamente, cuántos de ellos buscan ayuda y qué organizaciones ofrecen ese tipo de ayuda?

Esta falta de información fue el motivo de nuestra investigación.

Esperábamos recolectar la mayor cantidad posible de información acerca de la situación en los Países Bajos, Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, el Reino Unido y Suiza. Para ello enviamos cuestionarios a entidades públicas y privadas y a profesionales.

Estábamos buscando información sobre todo tipo de facetas de la problemática de los juegos de azar en cada país, campo de trabajo y organización. Planteamos preguntas tanto sobre la oferta de juegos de azar como sobre la asistencia sociosanitaria a los adictos a los mismos.

Solicitamos datos sobre el año 1994. En algunos casos, pedíamos hacer una comparación con los de 1993."²

Existe una gran diferencia entre el número de jugadores que demandan ayuda y el número estimado de jugadores patológicos (ludópatas). En comparación con otros países europeos, los centros alemanes de tratamiento reciben relativamente más jugadores para tratar. Éstas son dos de las conclusiones más importantes de esta investigación exploratoria, finalizada este año, entre los centros de tratamiento de los ocho países europeos estudiados.

Para comprender mejor la problemática del juego en Europa, se ha realizado una encuesta sobre la perspectiva de la asistencia a los jugadores, comenzada a principios de 1996. El punto de partida fue un grupo de preguntas tales como: ¿qué organizaciones ofrecen tratamiento a los jugadores?, ¿cuál es el alcance y el carácter del tratamiento dado a los jugadores?, ¿cuál es el alcance y el carácter de la oferta de juegos?...

El problema ha sido estudiado considerando los ocho países europeos citados anteriormente. Para reunir nombres y direcciones, se utilizó el método de muestreo *en bola de nieve*. Se han incluido en el informe de la investigación datos de 118 centros, clínicas y grupos de auto-ayuda.

Los resultados muestran que los mejores tratamientos a los jugadores son ofrecidos en España, Bélgica, los Países Bajos y Alemania. Existen diferencias en el número, edad y género de los jugadores que solicitan ayuda en los diferentes países: los centros alemanes tienen el mayor número de jugadores en tratamiento (en 1994), los jugadores belgas en tratamiento son mucho más jóvenes que los españoles, y los centros de tratamiento españoles han registrado muchas más mujeres jugadoras de bingo.

Con respecto al resto de los países incluidos en el estudio, existen muy pocas posibilidades aún para los jugadores que quieren encontrar una ayuda especializada. Aunque hay pocas organizaciones que ofrecen tratamiento a los jugadores en el Reino Unido, la mayor parte de los respondedores a la encuesta consideran a este país el que tiene el

problema más serio de juego, comparado con otros países europeos.

Así, los Países Bajos ocupan el cuarto lugar, detrás de Alemania y España. Según los respondedores, no existe un problema serio de juego en Dinamarca y Suiza, comparados con los otros países.

Referencias bibliográficas

1. de Vos A, Op het Veld G, Lambeck, S. *Gambling in Europe: an explorative research among eight European countries*. Breda (The Netherlands): Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, 1997.

2. Información disponible en Internet en:
<http://www.ivv.nl>

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 y/o portugués.

Cursos, Congresos y Jornadas:

- Curso sobre Certificación versus Acreditación de Servicios y Centros Hospitalarios.
Granada del 23 al 27 de Febrero. Escuela Andaluza de Salud Pública. Teléfono: 958-161044
- XV Curso de actualización en patología infecciosa.
Madrid del 23 al 27 de Marzo. Teléfono 915257676 ext. 1252.
- X Congreso de Salud Laboral en la Administración Pública.
A Coruña del 25 al 27 de Marzo. Teléfono: 981-184213.
- XIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria.
Granada del 21 al 23 de Mayo. Escuela Andaluza de Salud Pública. Teléfono: 958-161044
- I Congreso Nacional de Gestión Sanitaria.
Barcelona, del 21 al 23 de Mayo de 1998. Teléfono 93-3252546, Fax: 93-3252708
- II Jornadas SEMERGEN-GALICIA.
A Coruña 5-6 Junio de 1998. Cegacongres, teléfono 981-258881 fax: 981-252999
- Curso de evaluación económica de tecnologías sanitarias.
Granada del 15 al 19 de Junio. Escuela Andaluza de Salud Pública. Teléfono: 958-161044

ÍNDICE POR AUTORES DEL VOLUMEN I DE LA REVISTA APUNTES DE SALUD PÚBLICA

- AGORA. Salud Pública y Administración sanitaria. Nuevas exigencias en formación en salud. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.13-14 Vol. I págs. 404-405
- Alonso Mougan, E. Estudio de la mortalidad y natalidad en Santiago (I). Abril 95, Rev. nº 5 págs.9-14. Vol. I págs. 142-147
- Alonso Mougan, E Estudio de la mortalidad y natalidad en Santiago (II).. Julio 95, Rev. nº 6 págs.15-18. Vol. I págs. 175-178
- Barros Dios. XM. Sobre información sanitaria e outras lerias. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.7-10. Vol. I págs. 32-35
- Becoña Iglesias, E. El papel de los profesionales de la salud en la erradicación del tabaquismo. Junio 94, Rev. nº 2 págs.11-14. Vol. I págs. 63-66
- Becoña Iglesias, E. Dejar de fumar a través del correo en Galicia. Octubre 96, Rev. nº 11 págs.7-10. Vol. I págs. 298-301
- Blanco Pérez, J. Tratamiento de la agudización de la EPOC en Atención Primaria. Enero 96, Rev. nº 8 págs.17-21. Vol. I págs. 231-235
- Brizuela Rodicio, JM. Prevención de las neumonías. Junio 94, Rev. nº 2 págs.25-28. Vol. I págs. 77-80
- Ceinos Rey, ME., García Cepeda, JR., et al. Controles de salud durante el embarazo. Galicia 1989-1991. Abril 96, Rev. nº 9 págs.3-4. Vol. I págs. 240-241
- Ceinos Rey, ME., García Cepeda, JR., et al. Estancia Hospitalaria materna. Galicia 1989-1991. Julio 96, Rev. nº 10 págs.3-4. Vol. I págs. 267-268
- Cid Fernández, E., Ares Álvarez, J., Méndez Bustelo, MJ.¿Síndrome de Gianotti-Crosti o exantema vírico?. Enero 96, Rev. nº 8 págs.9-12. Vol. I págs. 223-226
- Crespo Vázquez, MF., Zugaza Gurruchaga, L., Blanco Nieves, I., Cabanelas Ferrín, E. Evaluación de un programa de Prevención y Educación para la Salud. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.17-21. Vol. I págs. 208-212
- Domenech Massons, JM. ¿Error estándar o intervalo de confianza?. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.11-14. Vol. I págs. 36-39
- Domínguez Carmona, M. Concepto de Medicina Preventiva. Dic.93, Rev. nº 0 págs.7-14. Vol. I págs. 7-14
- FAASP. La formación en Salud Pública. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.5 Vol. I págs. 396
- Fernández da Silva, J. Cobertura vacunal en los escolares de 1º de EGB de Vilagarcía de Arosa. Enero 95, Rev. nº 4 págs.15-18. Vol. I págs. 121-124
- Fernández Naveiro, J. Tuberculosis: Estudio de contactos. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.3-4. Vol. I págs. 86-87
- Fernández Nogueira, E. Programa gallego de prevención y control de la tuberculosis. Enero 97, Rev. nº 12 págs.3-12. Vol. I págs. 321-330
- Figueiras Guzmán, A. Guía para la lectura crítica de estudios observacionales. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.9-12. Vol. I págs. 92-95
- Figueiras Guzmán, A. Orígenes y evolución de la vigilancia epidemiológica de reacciones adversas a medicamentos. Julio 95, Rev. nº 6 págs.9-11. Vol. I págs. 169-171
- Figueiras, A., Caamaño, F. La revisión bibliográfica (I): Objetivos y fuentes. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.7-9. Vol. I págs. 194-196
- Figueiras, A., Caamaño, F. La revisión bibliográfica (II): Proceso y estrategias. Abril 96, Rev. nº 9 págs.7-11. Vol. I págs. 244-248
- Figueiras, A. y Caamaño, Estudios de casos y controles. F. (I). Julio 97, Rev. nº 14 págs.13-15 Vol. I págs. 385-387
- Figueiras, A. y Caamaño, F Estudios de casos y controles..(II). Octubre 97, Rev. nº 15 págs.7-12 Vol. I págs. 398-403
- Figueiras, A. y Caamaño, F Estudios de casos y controles..(III). Enero 98, Rev. nº 16 págs.9-12 Vol. I págs. 423-426
- García Blanco, MJ., Fernández Bouzas, RM., Varela Román, ML., Justo Vicente, ME., Ansedo Martínez, A. Translocaciones balanceadas como etiología del Síndrome de Down. Julio 95, Rev. nº 6 págs.3-6. Vol. I págs. 163-168
- García Cepeda, MB. Mantoux: ¿Cara ventral o dorsal del antebrazo?. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.11-12. Vol. I págs. 198-199
- García Cepeda, JR; Salas Costas, JC. Área Sanitaria de Santiago. Dic.93,Rev. nº 0 págs.17-20. Vol. I págs.17-20
- García Cepeda, JR. Método de previsión en series cronológicas (I). Marzo 94, Rev. nº 1 págs.25-26. Vol. I págs. 50-51
- García Cepeda, JR. Método de previsión en series cronológicas (II). Junio 94, Rev. nº 2 págs.29-30. Vol. I págs. 81-82
- García Cepeda, JR., Salas Costas, JC. Análisis y propuesta de la Atención de Urgencias en la Comunidad Autónoma de Galicia. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.15-18. Vol. I págs. 98-101
- García Cepeda, JR., Salas Costas, JC Análisis de los futuros PAC.. Enero 95, Rev. nº 4 págs.23-26. Vol. I págs. 129-132
- García Cepeda, JR. Vertederos ilegales. Abril 95, Rev. nº 5 págs.21. Vol. I págs. 154
- García Cepeda, JR. Amenaza a la Salud Pública. Julio 95, Rev. nº 6 págs.13-14. Vol. I págs. 173-174
- García Cepeda, JR. La fiabilidad de un test o prueba diagnóstica (I). Abril 97, Rev. nº 13 págs.21-22 Vol. I págs. 370-371

- García Cepeda, JR. Paciente, usuario, consumidor. Julio 97, Rev. nº 14 págs.3-4 Vol. I págs. 375-376
- García Cepeda, JR. La fiabilidad de un test o prueba diagnóstica (II). Julio 97, Rev. nº 14 pág.17 Vol. I pág. 389
- García Cepeda, JR. Zapatero a tus zapatos. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.3-4 Vol. I págs. 394-395
- García Cepeda, JR. Accidentes de tráfico. Enero 98, Rev. nº 16 págs.3-4 Vol. I págs. 417-418
- García, JR., García, M., García, L., Gontán, B., Estévez, D., Cid, E., Tato, A., Savín, D. Estudio sobre los derechos y deberes de los usuarios del SERGAS. Enero 98, Rev. nº 16 págs.5-8 Vol. I págs. 419-422
- García Méndez, L.; Vázquez Arguibay, S. Fiebre tifoidea en Galicia. Dic.93, Rev. nº 0 págs.21-22. Vol. I págs. 21-22
- García Sixto, M. y Vasallo Alonso, RM. Presión de urgencias, estudio comparativo HGG-Gil Casares & HX-Cíes. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.17-21. Vol. I págs. 42-46
- García Soidán, JL. La práctica deportiva durante la infancia y la adolescencia. Principios fisiológicos y consejos médicos. Enero 96, Rev. nº 8 págs.3-8. Vol. I págs. 217-222
- Gestal Otero J.J. La formación médica de pregrado. Dic.93, Rev. nº 0 págs.3-6. Vol. I págs. 3-6
- González Comesaña, JP. Encuentros Galego-Cubanos sobre Saude Pública. Abril 95, Rev. nº 5 págs.7-8. Vol. I págs. 140-141
- Graña Garrido, Y., Fernández Arribas, S., Monteagudo Romero, J., Taboada Rodríguez, JA. Dirección Xeral de Saude Pública. 1984-1994 Unha década de SIDA en Galicia. Abril 95, Rev. nº 5 págs.3-6. Vol. I págs. 136-139
- Hernández Cochón, JM. Reemergencia de la tuberculosis. Octubre 96, Rev. nº 11 págs.3-5. Vol. I págs. 294-296
- López Rodríguez, I., Bacariza Piñón, A., Asensi Pernas, JM., Rábade Cacharrón, JM. Potenciación de la Salud Pública desde un viejo modelo de Atención Primaria. Enero 97, Rev. nº 12 págs.21-24. Vol. I págs. 339-342
- Maceiras García, L. El S.I.V.A. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.23-24. Vol. I págs. 48-49
- Maceiras García, L. Educación para la Salud. Abril 95, Rev. nº 5 págs.23-25. Vol. I págs. 156-158
- Maceiras García, L. Los "otros" productos de la atención sanitaria. Julio 95, Rev. nº 6 págs.25-26. Vol. I págs. 185-186
- Maceiras García, L., Barros Dios, JM, Pereira Soto, MA., Segovia Largo, A. Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos (I). Octubre 95, Rev. nº 7 págs.13-16. Vol. I págs. 204-207
- Maceiras García, L., Barros Dios, JM, Pereira Soto, MA., Segovia Largo, A. Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos (II). Enero 96, Rev. nº 8 págs.13-16. Vol. I págs. 227-230
- Maceiras García, L., Barros Dios, JM, Pereira Soto, MA., Segovia Largo, A., Fernández, C. Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos (II). Abril 96, Rev. nº 9 págs.13-16. Vol. I págs. 250-253
- Maceiras, L., Fernández, C., Aguiar, MR., Montes, A., Smyth, E., Barros-Dios, JM., Gestal, JJ. Últimas acciones que nos acercan más a un ambiente saludable. Julio 96, Rev. nº 10 págs.7-10. Vol. I págs. 271-274
- Maceiras, L., Barros-Dios, JM., Fernández, C., Fraga, JM., Montes, A., Smyth, E., Gestal, JJ. La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. Como se encuentra después de..? Julio 96, Rev. nº 10 págs.11-16. Vol. I págs. 275-280
- Maceiras García, L., Barros Dios, JM., García Cendan, B, Gestal Otero, JJ. Ciudades saludables: Un proyecto de la nueva Salud Pública. Abril 97, Rev. nº 13 págs.3-8. Vol. I págs. 352-357
- Maceiras, L., Barros-Dios, JM., Cadarso, C., Fernández, C., Tato, F., Smyth, E., Montes, A., Aguiar, MR., Quintas, C., Gestal, JJ. El hospital nuestro de cada día: la información dada, la calidad percibida. Abril 97, Rev. nº 13 págs.17-19 Vol. I págs. 366-368
- Maceiras, L., García-Cendón, B. Informe del estudio europeo sobre ludopatías en Europa. Enero 98, Rev. nº 16 págs.13-14 Vol. I págs. 427-428
- Martincano Gómez, JL. Intervenciones médicas en Salud Pública. Oct. 94, Rev. nº 3 pág.13. Vol. I pág. 96
- Martincano Gómez, JL. To beep or not to beep (I y II). Octubre 96, Rev. nº 11 pág.25-26. Vol. I págs. 316-317
- Martínez Frías, ML. Fundación 1.000: Una realidad tangible entre prevención, la utopía y el optimismo. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.5-8. Vol. I págs. 88-91
- Montes Martínez, A. INTERNET: Recursos relacionados con Salud Pública. Julio 95, Rev. nº 6 págs.19-21. Vol. I págs. 179-181
- Placer Iglesias, B. Alcoholismo: Conceptos básicos. Junio 94, Rev. nº 2 págs.15-19. Vol. I págs. 67-71
- Placer Iglesias, B. Asociación de Ex-Alcohólicos de La Coruña Estudio epidemiológico del alcoholismo en La Coruña.. Junio 94, Rev. nº 2 págs.21-24. Vol. I págs. 73-76
- Placer Iglesias, B et cols. Anomalías detectadas en controles de salud laboral en Santiago y Vigo (enero-mayo 96). Octubre 96, Rev. nº 11 pág.27. Vol. I pág. 318
- Pousa Estévez, L. Hipertiroidismo inducido por iodo (ID-Basedow). Abril 96, Rev. nº 9 págs.5-6. Vol. I págs. 242-243
- Proxecto Home Galicia: una respuesta solidaria. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.3-6. Vol. I págs. 28-31
- Quintas Fernández, JC. Vacunación del adulto. Octubre 96, Rev. nº 11 págs.13-24. Vol. I págs. 304-315
- Quintas, JC., Maceiras, L., Aguiar, MR., Pérez, M., Alvarellos, T., Prada, C., Gestal JJ. Residuos y

radioprotección. Julio 97, Rev. nº 14 págs.5-11 Vol. I págs. 377-383

-- Ramos Mosquera, O. Estudio demográfico y vital de Silleda. Oct-94, Rev. nº 3 págs.19-20. Vol. I págs. 102-103

-- Rodríguez Míguez, L. Hombre, ambiente y salud. Dic.93, I. Rev. nº 0 págs.15-16. Vol. I págs. 15-16

-- Rodríguez Pérez, JF., Inicios del sistema de Atención Primaria de salud en Cuba. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.15-21 Vol. I págs. 406-412

-- Rodríguez Porral, D., Rodríguez López, CS. Residuos de antibióticos en leche: Determinación de cloranfenicol y estreptomina. Abril 95, Rev. nº 5 págs.15-19. Vol. I págs. 148-152

-- Romaní Lestón, M. Prevalencia y actitudes frente al tabaco en profesores de EGB y EE.MM. de Galicia. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.15-16. Vol. I págs. 40-41

-- Sainz Martín, M. Prevención de defectos congénitos: Para que nazca sano. Junio 94, Rev. nº 2 págs.3-6. Vol. I págs. 55-58

-- SATSE. Carrera profesional de enfermería. Julio 96, Rev. nº 10 págs.5-6. Vol. I págs. 269-270

-- Segade Buceta, JM., Combarro Mato, J., Verdes Castro, MC., Fernández Jiménez, J., Santos Ramos, MJ., Fernández Lema, I. Estudio dunha epidemia de sarampelo e da efectividade da vacinación antisarampelosa. Enero 95, Rev. nº 4 págs.11-14. Vol. I págs. 117-120

-- Seoane Díaz, B. A Gripe. Enero 95, Rev. nº 4 págs.7-

10. Vol. I págs. 113-116

-- Silva Couto, A., Silva Heidemann, A. La profesión quiropráctica (I). Abril 96, Rev. nº 9 págs.17-24. Vol. I págs. 254-261

-- Silva Couto, A., Silva Heidemann, A. La profesión quiropráctica (II). Julio 96, Rev. nº 10 págs.17-23. Vol. I págs. 281-287

-- Taboada Rodríguez, JA. Vigilancia Epidemiológica da infección por VIH/SIDA. Enero 95, Rev. nº 4 págs.3-5. Vol. I págs. 109-111

-- Taracido Trunk, M. Incineración de residuos en Galicia. Octubre 95, Rev. nº 7. Vol. I págs. 200-203

-- Túniz Bastida, V. Tuberculosis: Tratamientos directamente supervisados. Enero 97, Rev. nº 12 págs.13-20. Vol. I págs. 331-338

-- Vázquez Fernández, C. Estudio sobre la caries dental en la población de 6-14 años del municipio de Ourense. Abril 97, Rev. nº 13 págs.13-16 Vol. I págs. 362-365

-- Vidán, L. La reforma de la Atención Primaria en Galicia. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.3-6. Vol. I págs. 190-193

-- Wong, JA. Leishmaniasis y violencia política en La Quebrada (valle de Yanatile) Cuzco, Perú. Abril 97, Rev. nº 13 págs. 9-11 Vol. I págs. 358-360

-- Zubizarreta Alberdi, R. Tuberculosis. ¿Que hacer?. Junio 94, Rev. nº 2 págs.7-10. Vol. I págs. 59-62

ÍNDICE POR GRUPOS DEL VOLUMEN I

I.- EDITORIALES:

-- Un nuevo impulso a la Salud Pública. Dic.93, Rev. nº 0, pág.1 Vol. I pág. 1

-- Salud Pública: ¿Vocación o refugio?. Marzo 94, Rev. nº 1, pág.1 Vol. I pág. 26

-- ¿Saldrán las cuentas?. Junio 94, Rev. nº 2 pág. 1. Vol. I pág. 53

-- ¿Qué, cuándo y cómo?. Octubre 94, Rev. nº 3 pág.1. Vol. I pág. 84

-- Reforma sanitaria. Enero 95, Rev. nº 4 pág.1. Vol. I pág. 107

-- Instituto Gallego de Salud Pública. Abril 95, Rev. nº 5 pág.1. Vol. I pág. 134

-- Un logro más. Julio 95, Rev. nº 6 pág.1. Vol. I pág. 161

-- Comunicación sin fronteras. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.1. Vol. I págs. 188

-- Sistema Sanitario. En-96, Rev. nº 8 pág.1. Vol. I pág. 215

-- Calidad de prescripción. Abril 96, Rev. nº 9 pág.1. Vol. I pág. 238

-- Nuevos horizontes. Julio 96, Rev. nº 10 pág.1. Vol. I pág. 265

-- Formación o financiación. Octubre 96, Rev. nº 11 pág.1. Vol. I pág. 292

-- Ya es hora de soluciones. Enero 97, Rev. nº 12 pág.1. Vol. I pág. 319

-- Homologación. Abril 97, Rev. nº 13 pág.1. Vol. I pág. 350

-- Participación. Julio 97, Rev. nº 14 pág.1 Vol. I pág. 373

-- Quizás sea la hora de cambiar. Octubre 97, Rev. nº 15 pág.1 Vol. I pág. 392

-- Salud Pública y sociedad actual. Enero 98, Rev. nº 16 pág.1 Vol. I pág. 415

II.- ARTÍCULOS

-- La formación médica de pregrado. Gestal Otero J.J. Dic.93, Rev. nº 0 págs.3-6. Vol. I págs. 3-6

-- Concepto de Medicina Preventiva. Domínguez Carmona, M. Dic.93, Rev. nº 0 págs.7-14. Vol. I págs. 7-14

-- Hombre, ambiente y salud. Rodríguez Míguez, L. Dic.93, I. Rev. nº 0 págs.15-16. Vol. I págs. 15-16

-- Proxecto Home Galicia: una respuesta solidaria. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.3-6. Vol. I págs. 28-31

-- Sobre información sanitaria e outras lerias. Barros Dios. XM. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.7-10. Vol. I págs. 32-35

-- ¿Error estándar o intervalo de confianza?. Domenech Massons, JM. Marzo 94, Rev. nº 1

págs.11-14. Vol. I págs. 36-39
 -- El S.I.V.A. Maceiras García, L. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.23-24. Vol. I págs. 48-49
 -- Método de previsión en series cronológicas (I). García Cepeda, JR. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.25-26. Vol. I págs. 50-51
 -- Prevención de defectos congénitos: Para que nazca sano. Sainz Martín, M. Junio 94, Rev. nº 2 págs.3-6. Vol. I págs. 55-58
 -- Tuberculosis. ¿Que hacer?. Zubizarreta Alberdi, R. Junio 94, Rev. nº 2 págs.7-10. Vol. I págs. 59-62
 -- El papel de los profesionales de la salud en la erradicación del tabaquismo. Becoña Iglesias, E. Junio 94, Rev. nº 2 págs.11-14. Vol. I págs. 63-66
 -- Alcoholismo: Conceptos básicos. Placer Iglesias, B. Junio 94, Rev. nº 2 págs.15-19. Vol. I págs. 67-71
 -- Método de previsión en series cronológicas (II). García Cepeda, JR. Junio 94, Rev. nº 2 págs.29-30. Vol. I págs. 81-82
 -- Fundación 1.000: Una realidad tangible entre prevención, la utopía y el optimismo. Martínez Frías, ML. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.5-8. Vol. I págs. 88-91
 -- Guía para la lectura crítica de estudios observacionales. Figueiras Guzmán, A. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.9-12. Vol. I págs. 92-95
 -- Intervenciones médicas en Salud Pública. Martincano Gómez, JL. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.13. Vol. I págs. 96
 -- Vigilancia Epidemiológica da infección por VIH/SIDA. Taboada Rodríguez, JA. Enero 95, Rev. nº 4 págs.3-5. Vol. I págs. 109-111
 -- A Gripe. Seoane Díaz, B. Enero 95, Rev. nº 4 págs.7-10. Vol. I págs. 113-116
 -- Encuentros Galego-Cubanos sobre Saude Pública. González Comesaña, JP. Abril 95, Rev. nº 5 págs.7-8. Vol. I págs. 140-141
 -- Vertederos ilegales. García Cepeda, JR. Abril 95, Rev. nº 5 págs.21. Vol. I págs. 154
 -- Educación para la Salud. Maceiras García, L. Abril 95, Rev. nº 5 págs.23-25. Vol. I págs. 156-158
 -- Translocaciones balanceadas como etiología del Síndrome de Down. García Blanco, MJ., Fernández Bouzas, RM., Varela Román, ML., Justo Vicente, ME., Ansedé Martínez, A. Julio 95, Rev. nº 6 págs.3-6. Vol. I págs. 163-168
 -- Orígenes y evolución de la vigilancia epidemiológica de reacciones adversas a medicamentos. Figueiras Guzmán, A. Julio 95, Rev. nº 6 págs.9-11. Vol. I págs. 169-171
 -- Amenaza a la Salud Pública. García Cepeda, JR. Julio 95, Rev. nº 6 págs.13-14. Vol. I págs. 173-174
 -- INTERNET: Recursos relacionados con Salud Pública. Montes Martínez, A. Julio 95, Rev. nº 6 págs.19-21. Vol. I págs. 179-181
 -- Los "otros" productos de la atención sanitaria. Maceiras García, L. Julio 95, Rev. nº 6 págs.25-26.

Vol. I págs. 185-186
 -- La reforma de la Atención Primaria en Galicia. Vidán, L. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.3-6. Vol. I págs. 190-193
 -- La revisión bibliográfica (I): Objetivos y fuentes. Figueiras, A., Caamaño, F. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.7-9. Vol. I págs. 194-196
 -- Incineración de residuos en Galicia. Taracido Trunk, M. Octubre 95, Rev. nº 7. Vol. I págs. 200-203
 -- Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos (I). Maceiras García, L., Barros Dios, JM, Pereira Soto, MA., Segovia Largo, A. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.13-16. Vol. I págs. 204-207
 -- Evaluación de un programa de Prevención y Educación para la Salud. Crespo Vázquez, MF., Zugaza Gurruchaga, L., Blanco Nieves, I., Cabanelas Ferrín, E. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.17-21. Vol. I págs. 208-212
 -- La práctica deportiva durante la infancia y la adolescencia. Principios fisiológicos y consejos médicos. García Soidán, JL. Enero 96, Rev. nº 8 págs.3-8. Vol. I págs. 217-222
 -- Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos (II). Maceiras García, L., Barros Dios, JM, Pereira Soto, MA., Segovia Largo, A. Enero 96, Rev. nº 8 págs.13-16. Vol. I págs. 227-230
 -- Tratamiento de la agudización de la EPOC en Atención Primaria. Blanco Pérez, J. Enero 96, Rev. nº 8 págs.17-21. Vol. I págs. 231-235
 -- Hipertiroidismo inducido por yodo (ID-Basedow). Pousa Estévez, L. Abril 96, Rev. nº 9 págs.5-6. Vol. I págs. 242-243
 -- La revisión bibliográfica (II): Proceso y estrategias. Figueiras, A., Caamaño, F. Abril 96, Rev. nº 9 págs.7-11. Vol. I págs. 244-248
 -- Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos (II). Maceiras García, L., Barros Dios, JM, Pereira Soto, MA., Segovia Largo, A., Fernández, C. Abril 96, Rev. nº 9 págs.13-16. Vol. I págs. 250-253
 -- La profesión quiropráctica (I). Silva Couto, A., Silva Heidemann, A. Abril 96, Rev. nº 9 págs.17-24. Vol. I págs. 254-261
 -- Carrera profesional de enfermería. SATSE. Julio 96, Rev. nº 10 págs.5-6. Vol. I págs. 269-270
 -- Últimas acciones que nos acercan más a un ambiente saludable. Maceiras, L., Fernández, C., Aguiar, MR., Montes, A., Smyth, E., Barros-Dios, JM., Gestal, JJ. Julio 96, Rev. nº 10 págs.7-10. Vol. I págs. 271-274
 -- La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. Como se encuentra después de..? Maceiras, L., Barros-Dios, JM., Fernández, C., Fraga, JM., Montes, A., Smyth, E., Gestal, JJ. Julio 96, Rev. nº 10 págs.11-16. Vol. I págs. 275-280

-- La profesión quiropráctica (II). Silva Couto, A., Silva Heidemann, A. Julio 96, Rev. nº 10 págs.17-23. Vol. I págs. 281-287

-- Reemergencia de la tuberculosis. Hernández Cochón, JM. Octubre 96, Rev. nº 11 págs.3-5. Vol. I págs. 294-296

-- Dejar de fumar a través del correo en Galicia. Becoña Iglesias, E. Octubre 96, Rev. nº 11 págs.7-10. Vol. I págs. 298-301

-- Vacunación del adulto. Quintas Fernández, JC. Octubre 96, Rev. nº 11 págs.13-24. Vol. I págs. 304-315

-- Programa gallego de prevención y control de la tuberculosis. Fernández Nogueira, E. Enero 97, Rev. nº 12 págs.3-12. Vol. I págs. 321-330

-- Tuberculosis: Tratamientos directamente supervisados. Túniz Bastida, V. Enero 97, Rev. nº 12 págs.13-20. Vol. I págs. 331-338

-- Ciudades saludables: Un proyecto de la nueva Salud Pública. Maceiras García, L., Barros Dios, JM., García Cendan, B, Gestal Otero, JJ. Abril 97, Rev. nº 13 págs.3-8. Vol. I págs. 352-357

-- Leishmaniasis y violencia política en La Quebrada (valle de Yanatile) Cuzco, Perú. Wong, JA. Abril 97, Rev. nº 13 págs.9-11 Vol. I págs. 358-360

-- El hospital nuestro de cada día: la información dada, la calidad percibida. Maceiras, L., Barros-Dios, JM., Cadarso, C., Fernández, C., Tato, F., Smyth, E., Montes, A., Aguiar, MR., Quintas, C., Gestal, JJ. Abril 97, Rev. nº 13 págs.17-19 Vol. I págs. 366-368

-- La fiabilidad de un test o prueba diagnóstica (I). García Cepeda, JR. Abril 97, Rev. nº 13 págs.21-22 Vol. I págs. 370-371

III.- ESTUDIOS O TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

-- Área Sanitaria de Santiago. García Cepeda, JR; Salas Costas, JC. Dic.93, Rev. nº 0 págs.17-20. Vol. I págs.17-20

-- Fiebre tifoidea en Galicia. García Méndez, L.; Vázquez Arguibay, S. Dic.93, Rev. nº 0 págs.21-22. Vol. I págs. 21-22

-- Prevalencia y actitudes frente al tabaco en profesores de EGB y EE.MM. de Galicia. Romaní Lestón, M. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.15-16. Vol. I págs. 40-41

-- Presión de urgencias, estudio comparativo HGG-Gil Casares & HX-Cíes. García Sixto, M y Vassallo Alonso, RM. Marzo 94, Rev. nº 1 págs.17-21. Vol. I págs. 42-46

-- Estudio epidemiológico del alcoholismo en La Coruña. Placer Iglesias, B. Asociación de Ex-Alcohólicos de La Coruña. Junio 94, Rev. nº 2 págs.21-24. Vol. I págs. 73-76

-- Prevención de las neumonías. Brizuela Rodicio, JM. Junio 94, Rev. nº 2 págs.25-28. Vol. I págs. 77-80

-- Paciente, usuario, consumidor. García Cepeda, JR. Julio 97, Rev. nº 14 págs.3-4 Vol. I págs. 375-376

-- Residuos y radioprotección. Quintas, JC., Maceiras, L., Aguiar, MR., Pérez, M., Alvarelllos, T., Prada, C., Gestal JJ. Julio 97, Rev. nº 14 págs.5-11 Vol. I págs. 377-383

-- Estudios de casos y controles (I). Figueiras, A. y Caamaño, F. Julio 97, Rev. nº 14 págs.13-15 Vol. I págs. 385-387

-- La fiabilidad de un test o prueba diagnóstica (II). García Cepeda, JR. Julio 97, Rev. nº 14 págs.17 Vol. I págs. 389

-- Zapatero a tus zapatos. García Cepeda, JR. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.3-4 Vol. I págs. 394-395

-- Estudios de casos y controles (II). Figueiras, A. y Caamaño, F. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.7-12 Vol. I págs. 398-403

-- La formación en Salud Pública. FAASP. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.5 Vol. I págs. 396

-- Salud Pública y Administración sanitaria. Nuevas exigencias en formación en salud. AGORA. Octubre 97, Rev. nº 15 págs.13-14 Vol. I págs. 404-405

-- Inicios del sistema de Atención Primaria de salud en Cuba. Rodríguez Pérez, JF., Octubre 97, Rev. nº 15 págs.15-21 Vol. I págs. 406-412

-- Accidentes de tráfico. García Cepeda, JR. Enero 98, Rev. nº 16 págs.3-4 Vol. I págs. 417-418

-- Estudios de casos y controles (III). Figueiras, A. y Caamaño, F. Enero 98, Rev. nº 16 págs.9-12 Vol. I págs. 423-426

-- Informe del estudio europeo sobre ludopatías en Europa. Maceiras, L., García-Cendón, B. Enero 98, Rev. nº 16 págs.13-14 Vol. I págs. 427-428

-- Tuberculosis: Estudio de contactos. Fernández Naveiro, J. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.3-4. Vol. I págs. 86-87

-- Análisis y propuesta de la Atención de Urgencias en la Comunidad Autónoma de Galicia. García Cepeda, JR., Salas Costas, JC. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.15-18. Vol. I págs. 98-101

-- Estudio demográfico y vital de Silleda. Ramos Mosquera, O. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.19-20. Vol. I págs. 102-103

-- Estudio dunha epidemia de sarampelo e da efectividade da vacinación antisarampelosa. Segade Buceta, JM., Combarro Mato, J., Verdes Castro, MC., Fernández Jiménez, J., Santos Ramos, MJ., Fernández Lema, I. Enero 95, Rev. nº 4 págs.11-14. Vol. I págs. 117-120

-- Cobertura vacunal en los escolares de 1º de EGB de Vilagarcía de Arosa. Fernández da Silva, J. Enero 95, Rev. nº 4 págs.15-18. Vol. I págs. 121-124

-- Análisis de los futuros PAC. García Cepeda, JR., Salas Costas, JC. Enero 95, Rev. nº 4 págs.23-26. Vol. I págs. 125-128

- 1984-1994 Unha década de SIDA en Galicia. Graña Garrido, Y., Fernández Arribas, S., Monteagudo Romero, J., Taboada Rodríguez, JA. Dirección Xeral de Saude Pública. Abril 95, Rev. nº 5 págs.3-6. Vol. I págs. 136-139
- Estudio de la mortalidad y natalidad en Santiago (I). Alonso Mougan, E. Abril 95, Rev. nº 5 págs.9-14. Vol. I págs. 142-147
- Residuos de antibióticos en leche: Determinación de cloranfenicol y estreptomina. Rodríguez Porral, D., Rodríguez López, CS. Abril 95, Rev. nº 5 págs.15-19. Vol. I págs. 148-152
- Estudio de la mortalidad y natalidad en Santiago (II). Alonso Mougan, E. Julio 95, Rev. nº 6 págs.15-18. Vol. I págs. 175-178
- Mantoux: ¿Cara ventral o dorsal del antebrazo?. García Cepeda, MB. Octubre 95, Rev. nº 7 págs.11-12. Vol. I págs. 198-199
- ¿Síndrome de Gianotti-Crosti o exantema vírico?. Cid Fernández, E., Ares Álvarez, J., Méndez Bustelo, MJ. Enero 96, Rev. nº 8 págs.9-12. Vol. I págs. 223-226
- Controles de salud durante el embarazo. Galicia 1989-1991. Ceinos Rey, ME., García Cepeda, JR., et al. Abril 96, Rev. nº 9 págs.3-4. Vol. I págs. 240-241

IV.- OTROS:

- O Camiño da Saúde 1993-1999. Dic.93, Rev. nº 0 pág.25. Vol. I pág. 25
- Estructura del SERGAS. Marzo 94, Rev. nº 1 pág.22. Vol. I pág. 47
- Estructura de la Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Marzo 94, Rev. nº 1 pág.27. Vol. I págs. 52
- Posible mapa sanitario de Galicia (I). Junio 94, Rev. nº 2 págs.31. Vol. I págs. 83
- Gerencias de Atención Primaria de Galicia. Octubre 94, Rev. nº 3 págs.21-22. Vol. I págs. 104-105
- Posible mapa sanitario de Galicia (II). Octubre 94, Rev. nº 3 pág.23. Vol. I págs. 106
- ¿De paciente a cliente?. Enero 95, Rev. nº 4 pág.19. Vol. I pág. 125
- Presupuesto del SERGAS 1995. Enero 95, Rev. nº 4 pág.27. Vol. I págs. 133
- El fuego. Abril 95, Rev. nº 5 págs.26. Vol. I págs. 159
- Temario de oposiciones ATS/DUE especializada SERGAS-95. Abril 95, Rev. nº 5 págs.27. Vol. I págs. 160
- Personal sanitario y formación continuada. Julio 95, Rev. nº 6 págs.23-24. Vol. I págs. 183-184
- Calendario Vacunal de Galicia. Julio 95, Rev. nº 6 pág.27. Vol. I págs. 187
- Profilaxis antitetánica. Octubre 95, Rev. nº 7 pág.23. Vol. I págs. 214
- Escala de graduación del traumatismo. Enero 96, Rev. nº 8 pág.23. Vol. I págs. 237

- Estancia Hospitalaria materna. Galicia 1989-1991. Ceinos Rey, ME., García Cepeda, JR., et al. Julio 96, Rev. nº 10 págs.3-4. Vol. I págs. 267-268
- To beep or not to beep (I y II). Martincano Gómez, JL. Octubre 96, Rev. nº 11 págs.25-26. Vol. I págs. 316-317
- Anomalías detectadas en controles de salud laboral en Santiago y Vigo (enero-mayo 96). Placer Iglesias, B et cols. Octubre 96, Rev. nº 11 pág.27. Vol. I pág. 318
- Potenciación de la Salud Pública desde un viejo modelo de Atención Primaria. López Rodríguez, I., Bacariza Piñón, A., Asensi Pernas, JM., Rábade Cacharrón, JM. Enero 97, Rev. nº 12 págs.21-24. Vol. I págs. 339-342
- Estudio sobre la caries dental en la población de 6-14 años del municipio de Ourense. Vázquez Fernández, C. Abril 97, Rev. nº 13 págs.13-16 Vol. I págs 362-365
- Estudio sobre los derechos y deberes de los usuarios del SERGAS, 1997. García, JR., García, M., García, L., Gontán, B., Estévez, D., Cid, E., Tato, A., Savín, D. Enero 98, Rev. nº 16 págs 5-8 Vol. I págs 419-422

- Encefalopatía espongiiforme bovina. Abril 96, Rev. nº 9 pág.12. Vol. I págs. 249
- Medidas de frecuencia y ajuste en epidemiología. Abril 96, Rev. nº 9 págs.28. Vol. I págs. 264
- Atención Primaria en Galicia. Análisis de la situación. Julio 96, Rev. nº 10 págs.25-26. Vol. I págs. 289-290
- Exploración de los pares craneales. Julio 96, Rev. nº 10 pág.27. Vol. I págs. 291
- Gestión de residuos sólidos urbanos en diferentes países. Enero 97, Rev. nº 12 pág.25. Vol. I pág. 343
- Gripe: Morbilidad y ciclo epidemiológico en Galicia 1985-1996. Enero 97, Rev. nº 12 pág.31. Vol. I pág. 349
- Atención Primaria en Galicia. Abril 97, Rev. nº 13 pág.19-20 Vol. I pág. 368-369
- Gerontología preventiva o el arte de envejecer. Decálogo para una buena y larga ancianidad. Abril 97, Rev. nº 13 pág.23 Vol. I pág. 372
- Recuerdo del método científico y diseño de estudios epidemiológicos. Julio 97, Rev. nº 14 pág.16 Vol. I pág. 388
- Ecología humana y salud. Julio 97, Rev. nº 14 pág.19 Vol. I pág. 391
- Índice del Vol. I. Revista Apuntes de Salud Pública. Enero 98, Rev. nº 16 págs.15-20. Vol. I págs. 429-434
- Borrador del estatuto marco del personal del SNS. Enero 98, Rev. nº 16 págs.21-25. Vol. I págs. 435-439
- Epidat 2.0 window. Enero 98, Rev. nº 16 pág.27 Vol. I pág. 440

BORRADOR DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Sanitario español ha vivido en los últimos años un profundo proceso de cambio, proceso que ha afectado de manera especial al ejercicio de las profesiones sanitarias.

El marco jurídico en el que se enmarca tal ejercicio, sin embargo, no ha sido objeto de las modificaciones necesarias y hoy los profesionales ven que aspectos importantes de su actividad se encuentran sujetos a normas ya obsoletas o carecen por completo de un referente normativo.

El objetivo de este documento es poner de manifiesto los objetivos y características principales que deberían de informar un proceso de reforma de ese marco jurídico, proceso que se articularía en base a dos normas fundamentales: un nuevo Estatuto, regulador de las relaciones entre los profesionales y las instituciones sanitarias públicas, y una Ley de Profesiones Sanitarias, ordenadora del ejercicio de tales profesiones.

HACIA UN NUEVO ESTATUTO DEL PERSONAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD.

En la actualidad prestan servicios en el Sistema Nacional de Salud (SNS) diferentes tipos de personal: hay personal funcionario, personal laboral y personal estatutario.

La coexistencia de esos tres tipos de personal no debe ser cuestionada pues responde no sólo a condicionamientos históricos, sino también, y fundamentalmente, a legítimas decisiones de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas o de los Servicios de Salud o a necesidades objetivas de la forma en que se organizan y gestionan determinados y concretos centros sanitarios.

Cada uno de esos tres tipos de personal tiene su normativa específica. El personal laboral y el personal funcionario disponen de un ordenamiento propio, que se desarrolla en un escenario que excede al Sistema Nacional de Salud. Ambos ordenamientos han sido, por otra parte, objeto de profundas revisiones posteriores a la Constitución Española y mantienen su propia dinámica de acción, lo que les permite irse adaptando paulatinamente a los cambios en el modelo organizativo y funcional de los servicios públicos.

El modelo estatutario, cuya justificación reside en ser el tipo de personal específicamente adaptado a la función sanitaria asistencial, no se adapta ya a las necesidades de un sistema sanitario aglutinado en el Sistema Nacional de Salud y articulado a través de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, pues los tres estatutos de personal son normas muy antiguas, anteriores a la Constitución Española, y

responden a un modelo sanitario y un modelo de organización de los servicios públicos ya totalmente superado.

Aunque la Ley General de Sanidad en 1986 anunció la elaboración de un nuevo estatuto (el Estatuto Marco, previsto en su artículo 84) hoy, 11 años después, el Estatuto no se ha aprobado.

Se emprendieron reformas parciales en aspectos concretos (régimen retributivo, incompatibilidades, negociación colectiva, selección de personal y previsión de plazas), que implantaron en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social unos mecanismos poco operativos sobre los que hoy sólo cabe constatar su fracaso.

El personal estatutario es, con mucho, el colectivo cuantitativamente más importante dentro del personal del Sistema Nacional de Salud. Su normativa reguladora es la que, en gran medida, impone un funcionamiento rígido y burocrático de nuestros centros e instituciones. Existe la conciencia general, por otra parte, y desde que se anunció por la Ley General de Sanidad la elaboración de un Estatuto Marco, de una cierta provisionalidad de su marco jurídico, lo que afecta negativamente a la estabilidad y desarrollo del sistema sanitario en su conjunto

Sólo cabe concluir que hoy en día resulta ya necesario y urgente abordar una reforma profunda y global de los estatutos.

Esa reforma debe buscar como objetivo adaptar las relaciones laborales a la realidad actual y a las perspectivas de evolución de nuestro sistema sanitario. Posibilitar la máxima autonomía de los centros e instituciones sanitarias como vía para conseguir una mayor eficacia, eficiencia y calidad de la prestación asistencial. El personal estatutario es el que presta servicios en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social y tiene, por ello, una significativa presencia en siete servicios autonómicos de salud (los ya transferidos). La nueva regulación del personal estatutario, su nuevo Estatuto, tiene que tener, necesariamente, un contenido básico, una parte dirigida a establecer el marco común de este personal en todo el Sistema Nacional de Salud.

Si ello es así, si hay que elaborar una norma legal para el colectivo más numeroso del personal del Sistema Nacional de Salud, y esa norma ha de tener un componente básico; cabe plantearse la conveniencia de que parte de ese componente básico pueda resultar de aplicación también al resto del personal del Sistema Nacional de Salud, a los laborales y a los funcionarios.

No se trata, en ningún caso, de homogeneizar a todo el personal. Se trataría de establecer como comunes los aspectos mínimos y necesarios para dotar

al conjunto de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud de una coordinación general, para que todo el personal, funcionario, laboral o estatutario, tuviera la posibilidad real de prestar servicios en cualquier centro o institución del Sistema Nacional de Salud sea cual sea el régimen jurídico (estatutario, funcionario o laboral) del personal de dicho centro. Las normas de aplicación general deberían, portanto, ser únicamente las relativas al acceso al Sistema Nacional de Salud y a la provisión de plazas, incorporando ciertos principios generales sobre derechos y deberes del personal.

Con esos planteamientos generales, se puede tratar de avanzar las líneas maestras de la estructura y contenido de un nuevo Estatuto de Personal del Sistema Nacional de Salud.

A.- LA ESTRUCTURA DE UN NUEVO ESTATUTO

1).- RANGO DE LA NORMA.

Aunque el artículo 84 de la Ley General de Sanidad prevé que el nuevo Estatuto Marco será aprobado por el Gobierno mediante R.D., reiterada doctrina del Tribunal Constitucional determina que los aspectos nucleares de los estatutos del personal de las Administraciones y Servicios Públicos han de regularse mediante norma con rango de Ley.

Ese rango legal permitiría, por otra parte, que las materias incluidas en el nuevo Estatuto tuvieran una regulación especialmente adaptada a las necesidades de las instituciones sanitarias, apartándose en lo que sea necesario de lo que determinan las leyes de carácter básico en el ámbito de la función pública y configurando la relación estatutaria como un régimen especial, ni totalmente funcional ni totalmente laboral.

2).- ESTRUCTURA DEL ESTATUTO.

Tal y como se explicaba anteriormente, el nuevo Estatuto debe aprobar el marco básico aplicable a todo el personal estatutario del Servicio Nacional de Salud, tanto del que presta servicios en el Insalud como de quienes lo hacen en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social ya transferidas a siete Comunidades Autónomas.

Esas normas básicas de aplicación general para el personal estatutario tendrían que ser desarrolladas, para el ámbito del Insalud, por el nuevo Estatuto. Supondría ello la concreción del marco básico para el personal estatutario aún gestionado por la Administración General del Estado, por el denominado "Insalud gestión directa".

Además, el nuevo Estatuto podría establecer, como antes se indicaba, criterios generales de aplicación a todos los tipos de personal (no sólo al personal estatutario sino también al personal laboral y

funcionario) del Sistema Nacional de Salud. Este planteamiento global nos llevará a un nuevo Estatuto estructurado en tres títulos.

Título Primero.- Iría dirigido a establecer las normas comunes aplicables a todo el personal (estatutario, laboral y funcionario) de los centros e instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Título Segundo.- Aprobaría las normas básicas reguladoras del personal estatutario de todo el Sistema de Salud.

Título Tercero.- Finalmente, tendría como objetivo el desarrollo legal de las normas básicas contenidas en los dos títulos anteriores en relación con el personal estatutario del "Insalud gestión directa". El contenido de este Título no resultaría de directa aplicación al personal estatutario de los siete servicios de salud que ya tienen el Insalud transferido, pues el desarrollo legal para este personal debe producirse mediante la correspondiente norma autonómica aprobada por la Asamblea Legislativa de cada Comunidad Autónoma.

3) ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El ámbito de aplicación del nuevo Estatuto debe determinarse en función de los criterios generales en los que se ha venido haciendo referencia con anterioridad.

Si lo que se busca es establecer las bases comunes que doten de homogeneidad y coordinación al Sistema Nacional de Salud, lo lógico es que se limite al personal que tiene relevancia de cara a esa condición del Sistema Nacional de Salud.

El nuevo Estatuto debe, por todo ello, limitar su ámbito de aplicación al personal sanitario, tanto al facultativo como al no facultativo.

La relación de servicios del personal no sanitario de cada Servicio de Salud se debe establecer por cada Comunidad Autónoma y, en el ámbito del "Insalud gestión directa", por una norma estatal.

B. EL CONTENIDO DE UN NUEVO ESTATUTO

1.- ACCESO Y PROVISIÓN DE PLAZAS.

Son precisamente estas materias, las relativas al acceso a la condición de profesional del SNS y a la provisión de las plazas de los distintos centros e instituciones las que, junto a la movilidad, otorgarán homogeneidad y coordinación que se busca.

Cualquier actuación en esta cuestión hace respetar, como es obvio, los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad en el acceso a funciones públicas, y ello tanto si se trata de personal funcionario, como si hablamos de personal laboral o estatutario, pues todos ellos, con independencia de su propio o peculiar vínculo jurídico, van a desempeñar las funciones públicas que se deriven del mandato de los artículos 41 y 43 de la Constitución Española.

Esos principios constitucionales han de hacerse compatibles con un objetivo irrenunciable para la evolución y desarrollo de nuestro sistema sanitario: otorgar a los centros el protagonismo en la selección de su propio personal.

Un nuevo sistema de selección tendría, por otra parte, que dar respuesta a un problema generalizado en todo el Sistema Nacional de Salud: el excesivo porcentaje de profesionales interinos que existen en los centros e instituciones (cuestión que se analiza en el número 6 de este documento).

Elaborar un sistema que diera salida a todos esos objetivos exigiría, como primera medida, separar netamente el acceso al Sistema Nacional de Salud, por una parte, y la cobertura de puestos y plazas, por otra. El acceso otorgaría una "acreditación" a los interesados, pero no una plaza en un centro. Las plazas y puestos de trabajo serían adjudicados, entre los ya "acreditados", por los propios centros.

Título 1.1. Normas para todo el personal del Sistema Nacional de Salud

La acreditación debería ser otorgada por las Administraciones Sanitarias. El mecanismo para acceder a la acreditación debe atenerse con absoluta fidelidad a los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad. Las Conserjerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas deberían de convocar, periódicamente, pruebas selectivas (oposición o concurso oposición) para obtener la acreditación en cada una de las categorías y especialidades del personal. Quienes superaran las pruebas obtendrían un "Diploma de Acreditación expedido por la comunidad Autónoma y válido para todo el Sistema Nacional de Salud y durante toda la vida activa del interesado.

El Diploma de Acreditación no otorgaría directamente plaza alguna. Los acreditados tendrían el derecho de concurrir a las convocatorias públicas que para la cobertura de plazas determinadas efectuaría cada centro o institución sanitaria. Estas convocatorias precisarían los requisitos concretos de los interesados en función de las características específicas de las plazas a proveer, y serían resueltas mediante una evaluación global, no necesariamente baremada, de los currículos de los aspirantes.

Todo ello sería aplicable al personal funcionario, laboral y estatutario del Sistema Nacional de Salud. Los acreditados que accedieran a una plaza a través de las convocatorias realizadas por un centro obtendrían el correspondiente nombramiento o formalizarían el oportuno contrato en función del régimen jurídico aplicable al personal de dicho centro.

Título 1.2. Normas para todos los estatutarios del Sistema Nacional de Salud.

Habría que abordar otra serie de cuestiones, estas ya específicas del personal estatutario, no aplicables, por tanto, a los laborales y a los funcionarios.

Estas normas harían referencia a la flexibilización

de los nombramientos para realizar jornadas reducidas o trabajo a tiempo parcial, incluso, en determinados supuestos, nombramientos por acto sanitario.

Debería, establecerse, también, la posibilidad de revocación del nombramiento, en los supuestos de incumplimiento de los objetivos mínimos. Sería una figura equivalente al denominado despido objetivo en el ámbito laboral, y no tendría carácter de sanción disciplinaria, no supondría la pérdida de la acreditación ni inhabilitarla para obtener otro nombramiento o contrato.

Habría que establecer, finalmente, los supuestos en los que es posible el nombramiento de personal temporal (cobertura urgente de vacantes, sustituciones, cargas asistenciales adicionales), nombramientos que podrían recaer en profesionales no acreditados.

Título 1.3. Normas para el personal estatutario del Insalud

Con respecto al personal estatutario del Insalud habría que regular:

* El ámbito territorial y/o funcional de las convocatorias (hospital para la asistencia especializada, área de salud para la atención primaria) y de los nombramientos.

* Los sistemas de designación, evaluación y el tiempo de permanencia en el cargo de jefes de servicio, jefes de sección y coordinadores de EAP.

Estas materias tendrían que ser reguladas por las propias Comunidades Autónomas para el personal estatutario de su servicio de salud.

2.- MOVILIDAD.

La existencia de una posibilidad real de que todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud puedan prestar servicios en todos los centros es un de los aspectos que más incidencia pueden tener en la coordinación general de los recursos humanos del sistema sanitario.

La articulación de un sistema de acceso y provisión de plazas como el anteriormente descrito posibilitaría establecer una movilidad real del personal sin necesidad de articular un mecanismo (tipo concurso de traslado) específico

Título 2.1. Normas para todo el personal del SNS.

Debe reconocerse la posibilidad de que todos los profesionales que posean el Diploma de acreditación puedan concurrir a las convocatorias que realicen los centros.

Si el seleccionado ya viniera prestando servicios en otra institución del Sistema Nacional de Salud, se articularía su traslado al nuevo centro mediante la expedición del nombramiento o contrato que proceda (según el régimen aplicable al personal del centro nuevo, y con independencia del régimen jurídico que tuviera el interesado en el centro anterior), con reconocimiento de la antigüedad consolidada en anteriores destinos.

Título 2.2. Normas para todos los estatutarios del Sistema Nacional de Salud.

No sería precisa una mayor determinación de la movilidad voluntaria del personal pues, a estos efectos, los estatutarios se regirían, como los laborales y funcionarios, directamente por las normas aplicables a todo el personal del Sistema Nacional de Salud.

En cambio, si habría que afrontar la regulación de la movilidad forzosa, estableciendo la posibilidad de elaborar planes de empleo.

Título 2.3. Normas para los estatutarios del Insalud.

En relación con el personal estatutario del Insalud habrá que regular los procedimientos de elaboración y la forma de aprobación de los planes de empleo, materia que tendrá que ser objeto de regulación a nivel autonómico para cada Servicio de Salud.

3.- DERECHOS Y DEBERES.-

En materia de derechos y deberes, el nuevo Estatuto ha de incidir, fundamentalmente, en el personal estatutario, sin por ello olvidar el ámbito general de todo el personal del Sistema Nacional de Salud.

Título 3.1. Normas para todo el personal del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a los derechos de todo el personal del SNS, habría que incidir en dos fundamentales, que son independientes del vínculo jurídico que una al profesional con el centro. Son éstos el derecho a una participación efectiva en la planificación y gestión de los centros y el derecho a la formación continuada.

Tampoco ha de tener influencia el vínculo jurídico para establecer como deber general del personal el respeto a los derechos que a los usuarios de los Servicios Sanitarios se reconocen por la Constitución y la Ley de Sanidad.

Finalmente, habría que incluir la tipificación de las faltas muy graves que pueden dar lugar a la imposición de la sanción de pérdida de la acreditación, pues al tener ésta carácter global (para laborales, funcionarios y estatutarios) es preciso regular también globalmente los supuestos de su pérdida.

Título 3.2. Normas para todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud.

En relación con el personal estatutario, y como normativa básica, habría que regular el régimen de situaciones administrativas, la edad de jubilación forzosa (y los supuestos para jubilaciones anticipadas ligados a los planes de empleo), y un sistema de incompatibilidad general, que es el principio que rige en la actualidad.

Finalmente, debe efectuarse la opción sobre la jurisdicción competente, en relación con el personal estatutario, materia en la que lo mejor parece ser el mantenimiento de la situación actual (jurisdicción Social).

Título 3.3. Normas para los estatutarios del Insalud.

En este ámbito, que habrían de regular las Comunidades Autónomas para sus propios servicios de salud, se determinaría el régimen de jornadas, horarios, permisos, licencias y vacaciones y se precisarían los órganos competentes para la imposición de sanciones disciplinarias al personal, que deben ser los gerentes de los centros.

4.- RETRIBUCIONES

En materia de retribuciones cada tipo de personal (laboral, estatutario, funcionario) está sometida a su propio y peculiar régimen, que no parece necesario uniformar como no sea con principios muy generales (tendencia a la personificación de la retribución en función del rendimiento, por ejemplo.)

Título 4.2. Normas para todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud.

El régimen retributivo del personal estatutario ha de ser objeto de una profunda modificación, por el sistema establecido por el Real Decreto Ley 3/1987, muy similar al general de los funcionarios públicos, está globalmente cuestionado y sus posibilidades de incentivar a los profesionales parecen totalmente agotadas.

En este nivel general, debe establecerse la estructura retributiva y configurarse las retribuciones básicas (sueldo y trienios), que deben de continuar siendo comunes.

Título 4.3. Normas para el personal estatutario del Insalud.

Para el personal del Insalud el nuevo Estatuto deberá establecer la estructura de las retribuciones complementarias, otorgando un mayor valor relativo a los incentivos vinculados al rendimiento y a la libre elección de los usuarios.

Estas materias tendrán que ser reguladas por las Comunidades Autónomas para el personal estatutario de sus Servicios de Salud.

5.- NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Sea cual sea el régimen jurídico del personal, la negociación colectiva en las Administraciones Públicas no equiparable ni tiene la misma validez que la negociación colectiva en el ámbito puramente privado. En materia retributiva, por ejemplo, la negociación está totalmente condicionada por las medidas que aprueban para todo el Estado por la leyes anuales de presupuestos, medidas que incluso llegan a dejar sin efecto cláusulas de revisión salarial existentes en convenios anteriores (Ley 12/1996, art. 17.Dos).

El convenio colectivo, por citar otra peculiaridad del sector público, no se perfecciona en la Mesa de Negociación, como sucede en el ámbito laboral "puro" sino que, producido el acuerdo en esa Mesa, está sometido a aprobación posterior de órganos administrativos ajenos a la misma (el Ministerio de

Administraciones Públicas y Ministerio de Economía y Hacienda en al caso de la Administración General del Estado, Ley 12/1996, Art. 30, existiendo previsiones similares en las leyes de presupuestos de las CCAA).

Aún con tales condicionamientos generales, es posible diseñar un sistema de negociación colectiva que resulte eficaz en el ámbito del SNS.

El modelo de negociación colectiva que se aplica en la actualidad en el ámbito de las instituciones sanitarias idéntico al sistema general de la función pública, que se caracteriza por la ausencia de convenios vinculantes y por centralización de la negociación, que nos es posible a nivel de centro pues ha de afectar al conjunto de un Servicio Autonómico de Salud o al conjunto del Insalud.

Se priva así al Sistema Nacional de Salud de un instrumento básico para la participación de los profesionales la determinación y estructuración de sus condiciones de trabajo y, con ello, para comprometerlos en los objetivos y en la gestión de su propio centro.

Se priva asimismo a los centros sanitarios del mecanismo natural de desarrollo de una auténtica política personal, de modo que pueda permitir la evolución constante y flexible de la estructura asistencial para adaptarla a las necesidades sanitarias de cada momento.

Resulta necesario reconocer capacidad de negociación a los centros sanitarios y a los profesionales que trabajan en ellos. Paralelamente, puede ser útil posibilitar un mecanismo de negociación, ahora inexistente, a nivel de todo el Sistema Nacional de Salud, que, aunque no tenga carácter vinculante, indique las líneas generales para negociación en todas las instituciones sanitarias del Estado.

Podría establecerse un sistema de negociación colectiva para todo el SNS, articulado en el Consejo Interterritorial y en el que estuvieran presentes todas las CCAA y los sindicatos más representativos.

En este ámbito de negociación se podrían acordar líneas generales y recomendaciones con valor meramente indicativo para la negociación en ámbitos territoriales y funciones inferiores.

Sería conveniente establecer el principio general de que, a falta de acuerdo en la negociación, las Administraciones Públicas podrán aprobar normas vinculantes, dado el carácter de servicio público de las Instituciones y centros del Sistema Nacional de Salud.

Título 5.2. Normas para todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud.

En relación con el personal estatutario del SNS, debe establecerse la posibilidad de formalizar convenios vinculantes al amparo del Art. 37.1 de la C.Española. Debe, por otra parte, reconocerse capacidad de negociación a nivel de centro sanitario, a nivel de servicio y de sección asistencial, y para determinadas materias a nivel individual.

Título 5.3. Normas para el personal estatutario del Insalud

Con respecto al personal del Insalud, el nuevo estatuto debería establecer la composición de las Comisiones Negociadoras y el procedimiento para la aprobación de los convenios, materias que deberían determinarse para cada Servicio de Salud por la Comunidad Autónoma correspondiente.

6.- OTRAS MATERIAS.

Al margen de las cuestiones antes enumeradas, un nuevo Estatuto debería abordar otras materias de interés, a través de disposiciones adicionales o transitorias.

6.1. Para todo el personal del SNS

* Creación de un Registro Central: el SNS carece de mecanismos de información sobre sus recursos humanos, lo que dificulta la adopción de medidas de planificación. Sería conveniente crear un Registro de Personal dependiente del Consejo Interterritorial y gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

* Aplicación a centros privados: puede ser conveniente en determinados centros que no son de titularidad pública pero que están totalmente integrados en el SNS (caso de los centros concertados en Cataluña), se integren también en el sistema general del personal (básicamente a efectos de acceso y movilidad de los profesionales).

* Expedición del Diploma de Acreditación: En las normas transitorias del nuevo Estatuto habrá que regular la expedición de la acreditación de los actuales profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Evidentemente, la acreditación debe otorgarse a todos los que ostentan nombramiento o contrato fijo o indefinido. Podría otorgarse también a quienes tuvieran un determinado tiempo (2 años, por ejemplo) de servicios como interino con lo que se iniciaría el proceso de estabilización laboral de estos profesionales.

6.2. Para todo el personal estatutario del SNS.

Podría regularse la posibilidad de ofertar el acceso a la condición de personal estatutario a determinados colectivos (sanitarios locales en EAP, por ejemplo), con lo que se lograría que dentro de un mismo centro todo el personal tuviera el mismo régimen jurídico.

Habría que regular los sistemas dirigidos a posibilitar cambios en el modelo de gestión (laboralización del personal en centros determinados, efectos y derechos de quienes opten y de quienes no opten por la laboralización, etc.)

6.3. Para el personal estatutario del Insalud,

Regulación del régimen aplicable al personal no sanitario y sistemas de transformación de la relación laboral de este personal.

Regulación de los sistemas de nombramiento y vinculación del personal directivo.

Libros recomendados:

-- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ORDENADORES. De Armando Aguirre Jaime. Díaz de Santos 1996.

A través de las páginas de este libro el autor nos lleva desde la evolución histórica de los conceptos y categorías básicas de la vigilancia, por la interpretación epidemiológica de las medidas que se emplean en su realización práctica, los fundamentos de los algoritmos para el pronóstico de los indicadores de estado y su implementación en ordenadores personales, la interpretación de los resultados y la toma de decisiones a partir de ella. Este libro constituye un instrumento de trabajo y de reflexión para los profesionales de la vigilancia epidemiológica.

-- ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERXENTES. Documentos Técnicos de Saúde Pública (Serie B nº 12). Xunta de Galicia.

E un informe co que pretendese chama-la atención sobre a nova e preocupante situación producida nas últimas dúas décadas co respecto as enfermidades infecciosas. O presente informe ó igual que o lema escollido pola OMS “¡Alerta global, resposta global!”, son de máxima actualidade estratéxica na elaboración das actuais e futuras políticas de saúde.

Enfermidades emerxentes: concepto e importancia, recordo histórico, factores favorecedores da emerxencia; novos xermes patóxenos e síndromes; reemerxencia de enfermidades controladas o en franco descenso; enfermidades previbles por vacinas; enfermidades emerxentes en Galicia e medidas de prevención, son os contidos do presente informe..

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>

E-MAIL: librerias@diazdesantos.es
E-MAIL: Galicia@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)

EPIDAT v.2.0 windows

EPIDAT o Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados es un programa desarrollado por el Servicio de Información sobre Saúde Pública de la Consellería de Sanidade e Servicios Sociais de la Xunta de Galicia y el Programa de Análisis de la Situación de Salud (HDP/HDA) de la Organización Panamericana de la Salud.

Epidat v.2.0. es un paquete informático dirigido a epidemiólogos y a otros profesionales de la salud que habitualmente manejan datos tabulados. Sus objetivos son complementar a otros paquetes estadísticos que utilizan bases de datos y ofrecer un instrumento que facilite y apoye la enseñanza de epidemiología.

Esta 2ª versión, se caracteriza por estar desarrollada para entorno windows y consta de los siguientes módulos:

I.- Ajuste de tasas: Permite introducir los datos manualmente o importarlos en formato DBF y ajustar tasas por el método directo o indirecto.

II.- Muestreo: Calcula el tamaño muestral mínimo para realizar estudios de estimación de prevalencias y medias, estudios casos-controles y de cohortes, verificación de la calidad de los lotes y también genera números pseudoaleatorios.

III.- Concordancia: Analiza la concordancia entre dos o múltiples observadores, con dos o múltiples categorías de clasificación. También contrasta hipótesis de igualdad de kappas.

IV.- Tablas: Analiza tablas 2x2 que provengan de estudios transversales, caso-control o cohortes, en tablas simples o estratificadas. En los estudios caso-control pareados admite hasta 4 controles por caso. Incorpora el método Bootstrap para el cálculo de intervalos de confianza. En tablas mxn realiza cálculos específicos si las categorías son ordenadas. Incorpora el método de captura y recaptura de Chandra-Sekar-Deming y el de detección de clusters de Knox.

V.- Pruebas diagnósticas: Calcula la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de pruebas diagnósticas simples, en serie y paralelo. En las pruebas combinadas realiza los cálculos tanto si dispone de los valores de las celdas como de valores de sensibilidad y especificidad de cada prueba. Permite dibujar curvas ROC calculando el área bajo la curva y el punto óptimo de corte si se dispone de la prevalencia y de la relación de costes.

VI.- Inferencia: Permite contrastar hipótesis de igualdad de medias y proporciones, con una o dos muestras, dependientes o independientes y calcular intervalos de confianza.

VII.- Priorización: Propone un método sencillo (CENDES/OPS) de determinación de prioridades en salud a partir de indicadores y áreas definidos por el usuario.

Epidat 2.0 es un programa de libre distribución desarrollado por instituciones públicas. Por ello, no sólo se permite, sino que se agradece su difusión y cualquier tipo de crítica o comentario que ayude a mejorar futuras versiones.

Se puede conseguir una copia gratuita del programa sin manual:

- Solicitándolo por correo al Servicio de Información sobre Saúde Pública. Dirección Xeral de Saúde Pública. Avda. Do Camiño Francés nº 10 baixo. 15771 Santiago.
- Mediante fax al nº 981-542970.
- Mediante internet a la dirección <http://www.paho.org/spanish/hda>

Para conseguir el manual con los disquetes (500 ptas. Más gastos de envío), dirigirse a:

- Desde Galicia a Editorial Galaxia, Reconquista nº 1. 36201 Vigo (fax nº 986-223205).
- Resto de España: Distribuciones Oficiales Reunidas SL. Camino de Hormigoneras 124 P Planta nº 6. Naves EF. 28031 Madrid. (Fax nº 91-3803440)