

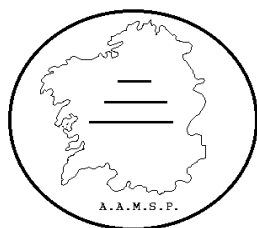
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Vol II N° 20

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Septiembre 99



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Dentro de la actual estructura del Sistema Nacional de Salud, la Salud Pública está encuadrada en los órganos de dirección y planificación (Ministerio y Consellerías de cada una de las Comunidades Autónomas) y sin embargo no tiene ninguna representación en los diferentes órganos de Dirección de los Servicios de Salud (INSALUD, SERGAS, SCS, etc.), ni se establece una jerarquía real, funcional u operativa entre los Servicios de Salud Pública y los Servicios de Asistencia Sanitaria (Atención Primaria y Atención Especializada).

Nos hemos preguntado muchas veces si los programas y directrices de Salud Pública deben ser asumidos por la Atención Primaria y Especializada, como una actividad más a desarrollar por los profesionales sanitarios y si debiera ser así que hay para hacerlo posible.

Históricamente, en Atención Primaria, las funciones de Salud Pública se venían ejerciendo por los profesionales de APD, pero debido a la nueva estructura, que ha declarado a extinguir a los APD y se han eliminado las competencias en materia de Salud Pública, podríamos decir que actualmente se realizan vacunaciones (principalmente por pediatras y personal de enfermería correspondiente) y otras actividades de Salud Pública, fundamentalmente en el campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero en la mayoría de las ocasiones sin coordinación y a veces sin continuidad.

Actualmente la asistencia sanitaria no se concibe sólo como “curar a los enfermos” sino que se entiende como un proceso continuo constituido por promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y seguimiento; pero para realizar todo este proceso no se le puede pedir a los profesionales sanitarios que asuman ellos solos todo ello con unos cupos sobredimensionados y en unas condiciones laborales de incertidumbre.

La Atención Primaria es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y por tanto también debiera ser el primer eslabón de la cadena de Salud Pública, por lo que las actividades y programas de Salud Pública no deben ser una actividad testimonial, no deben ser algo voluntario, no pueden ser algo de lo que los profesionales sanitarios se enteren por los medios de comunicación.

SUMARIO

<i>EDITORIAL</i>	pág. 1
<i>Corporaciones locales y Salud Pública</i>	pág. 3
<i>Mundialización y realidad social (I)</i>	pág. 5
<i>Satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios (I)</i>	pág. 11
<i>Cursos y Congresos Libros recomendados</i>	pág. 14
<i>Aproximación a la epidemiología del cáncer de pulmón</i>	pág. 15
<i>Intervención pública contra el hambre en Navarra (s. XVI-XX)(I)</i>	pág. 19
<i>Violencia, narcotráfico y salud comunitaria en Río de Janeiro</i>	pág. 23
<i>R.D. 1497/1999 de 24 de Sep</i>	pág. 25
<i>Índice Kappa</i>	pág. 27

Las actividades y programas de Salud Pública deben ser dirigidas y coordinadas por los órganos de Dirección Asistencial, deben ser una función más y por tanto evaluables como objetivos.

Sabemos que todas las actividades de la Salud Pública tienen que estar planificadas e incardinadas dentro del Plan Nacional de Salud, si bien, habrá actividades específicas dentro de cada Comunidad Autónoma y dentro de cada Área de Salud de acuerdo con sus problemas y necesidades, pero han de ser coherentes y consecuentes con el mismo. No puede haber programas distintos con la misma finalidad, dependientes del Ministerio, Consellería, Área de Salud o Centro de Salud de X; no puede haber mensajes contradictorios ni prestaciones heterogéneas.

En el diseño y elaboración de programas de Salud Pública, salvo programas concretos que debido a problemas específicos de tiempo, coyunturales, etc., es necesaria la participación de las Sociedades Científicas de Atención Primaria, para con ello lograr un consenso que a la vez posibilite la implicación activa de los profesionales que trabajan en los Centros de Salud y que los programas tengan en cuenta todas las dificultades prácticas que se plantean a la hora de su ejecución.

Y finalmente si la Unión Europea quiere ser algo más que la Comunidad Económica Europea, en el campo de la Sanidad y muy especialmente en el campo de la Salud Pública, tendrá que establecer un Plan de Salud global, con una serie de programas comunes para todos los países miembros y una coordinación en todo lo referente a la vigilancia epidemiológica, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

|

APUNTES DE SALUD PÚBLICA, Home Page: <http://mrsplx2.usc.es>.

APUNTES DE SALUD PÚBLICA[®]		
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.		
Vol. II	Septiembre 1999	Nº 20
DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA.		DIR. INTERNET: AGUSTÍN MONTES
REDACTORES-JEFE:		EDITA: A.A.M.S.P.
MONTERRAT GARCÍA SIXTO		Apto. Correos nº 139 -SANTIAGO-
LOURDES MACEIRAS GARCÍA		IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
COMITE CIENTÍFICO:		Resto: Tórculo S.A.
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.		DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGUIVAY		ISSN: 1134-055X
CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.		Tirada: 250 ejemplares
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN.		
La revista Apuntes de Salud Pública está incluida en la base datos IME y en el repertorio Índice Médico Español. Tiene acuerdos de colaboración con: Gaceta Sanitaria y Revista Portuguesa de Saúde Pública.		
"APUNTES DE SALUD PÚBLICA" no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados, que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.		

INTRODUCCIÓN

La corporación es una asociación legal con privilegios especiales. En el derecho moderno se distinguen 2 clases de corporaciones, las que tienen jurisdicción territorial (“personas jurídicas necesarias” p.e. Estado, Municipio) y las que tienen jurisdicción personal (p.e. Cámaras Oficiales).

Se denomina Corporaciones Locales (CCLL) o Ayuntamientos al conjunto de personas que gobierna un Municipio y que está constituida por el Alcalde y los Concejales o Ediles.

El alcalde es el Presidente del Ayuntamiento, del Municipio, y delegado del Gobierno en el orden administrativo dentro del término municipal.

El municipio es el modo más elemental de agruparse una comunidad, dividida social y políticamente en capas o estratos, y el germen de comunidades políticas más amplias y complejas (Provincia, Departamento, Región), constituyendo por ello la primera estructura del Estado.

Está compuesto por los siguientes elementos:

- Población: Residentes y transeúntes.
- Término municipal o territorio.
- Organización administrativa.

Esta autonomía municipal viene recogida por la Constitución Española, en su Título VIII, de la Organización Territorial del Estado:

- En el Capítulo I, Principios Generales, artículo 137 dice: “El Estado se organiza territorialmente en Ayuntamientos, en Provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses”.

- En el Capítulo 2º: De la Administración Local:

- Art. 140: “La Constitución garantiza la autonomía de los municipios. Estos gozarán de personalidad jurídica plena. Su gobierno y administración corresponde a sus respectivos Ayuntamientos, integrados por los Alcaldes y los Concejales. Los Concejales serán elegidos por los vecinos del municipio mediante sufragio universal igual, libre, directo y secreto, en la forma establecida por la ley. Los Alcaldes serán elegidos por los Concejales o por los vecinos. La ley regulará las condiciones en las que convenga el régimen del ayuntamiento abierto”.

-- Art. 142: “Las Haciendas locales deberán disponer de medios suficientes para el desempeño de las funciones que la ley les atribuye a las corporaciones respectivas y nutrirse fundamentalmente de tributos propios y de participación en los del Estado y en los de las Comunidades Autónomas.

Esto se ha desarrollado y regulado mediante el RD 781/86 del Régimen Local (LRL.)

El Estatuto de Autonomía establece en su Título II, Cap. I, art. 27 que es Competencia de la Comunidad Autónoma las alteraciones de los límites municipales, dentro de su territorio.

En Galicia existen en la actualidad 315 Ayuntamientos o Municipios:

- Provincia de A Coruña: 94

Abegondo, Ames, Aranga, Ares, Arteixo, Arzúa, A Baña, Bergondo, Betanzos, Boimorto, Boiro, Boqueixón, Brión, Cabana, Cabanas, Camariñas, Cambre, A Capela, Carballo, Cariño, Carnota, Carral, Cedeira, Cee, Cerceda, Cerdido, Cesuras, Coirós, Corcubión, Coristanco, A Coruña, Culleredo, Curtis, Dodro, Dumbría, Fene, Ferrol, Fisterra, Frades, Irixoa, Laracha, Laxe, Lousame, Malpica, Mañón, Mazaricos, Melide, Mesía, Miño, Moeche, Monfero, Mugardos, Muros, Muxía, Narón, Neda, Negreira, Noia, Oleiros, Ordes, Oroso, Ortigueira, Outes, Oza dos Ríos, Paderne, Padrón, O Pino, Pobra do Caramiñal, Ponteceso, Pontedeume, As Pontes, Porto do Son, Rianxo, Ribeira, Rois, Sada, San Sadurniño, Santa Comba, Santiago, Santiso, Sobrado, As Somozas, Teo, Toques, Tordoia, Touro, Trazo, Val do Dubra, Valdovíño, Vedra, Vilarmair, Vilasantar, Vimianzo, Zas.

- Provincia de Lugo: 67

Abadín, Alfoz, Antas de Ulla, Baleira, Baralla, Barreiros, Becerreá, Begonte, Bóveda, Burela, Carballedo, Castro de Rei, Castroverde, Cervantes, Cervo, Chantada, O Corgo, Cospeito, Folgoso do Courel, A Fonsagrada, Foz, Friol, Guitiriz, Guntín, O Incio, Lámbara, Lourenzá, Lugo, Meira, Mondoñedo, Monforte de Lemos, Monterroso, Muras, Navia de Suarna, Negueira de Muñiz, As Nogais, Ourel, Outeiro de Rei, Palas de Rei, Pantón, Paradeela, O Páramo, A Pastoriza, Pedrafita do Cebreiro, Pobra de Brollón, Pol, A Pontenova, Portomarín, Quiroga, Rábade, Ribadeo, Ribas de Sil, Ribeira de Piquín, Riotorto, Samos, Sárria, O Saviñao, Sober, Taboada, Trabada, Triacastela, O Valadouro, O Vicedo, Villalba, Viveiro, Xermade, Xove.

- Provincia de Ourense: 92

Allariz, Amoeiro, A Arnoia, Avión, Baltar, Bande, Baños de Molgas, Barbadás, O Barco, Beade, Beariz, Os Blancos, Boborás, A Bola, O Bolo, Calvos de Randín, Carballeda de Avia, Carballeda Valdeorras, O Carballiño, Cartelle, Castrelo de Miño, Castrelo do Val, Castro Caldelas, Celanova, Cenlle, Chandrexa de Queixa, Coles, Cortegada, Cualedro, Entrimo, Esgos, Gomeśende, A Gudiña, O Irixeo, Larouco, Laza, Leiro, Lobeira, Lobios, Maceda, Manzaneda, Maside, Melón, A Merca, A Mezquita, Montederramo, Monterrei, Muiños, Nogueira de Ramuín, Oímbra, Ourense, Paderne de Allariz, Padrenda, Parada de Sil, Pereiro de Aguiar, A Peroxa, Petín, Piñor, Pobra de Trives, Pontedeuva, A Porqueira, Punxín, Quintela de Leirado, Rairiz de Velga, Ramirás, Ribadavia, Riós, A Rúa, Rubiá, San Amaro, San Cibrao das Viñas, San Cristovo de Cea, San Xoan de Río, Sandiás, Sarreaus, Taboadela,

A Teixeira, Toen, Trasmiras, A Veiga, Vereia, Verín, Viana do Bolo, Vilamarín, Vilamartín Valdeorras, Vilar de Barrio, Vilar de Santos, Vilardevós, Vilariño del Conso, Xinzo de Limia, Xunqueira de Ambía, Xunqueira Espadañedo

- Provincia de Pontevedra: 62

Agolada, Arbo, Baiona, Barro, Bueu, Caldas de Reis, Cambados, Campo Lameiro, Cangas, A Cañiza, Catoira, Cerdedo, Cotobade, O Covelo, Crecente, Cuntis, Dozón, A Estrada, Forcarei, Fornelos de Montes, Gondomar, O Grove, A Guarda, A Illa de Arousa, Lalín, A Lama, Marín, Meaño, Meis, Moaña, Mondariz, Mondariz-Balneario, Moraña, Mos, As Neves, Nigrán, Oia, Pazos de Borbén, Poio, Ponte-Caldelas, Pontearreas, Pontecesures, Pontevedra, O Porriño, Pórtas, Redondela, Ribadumia, Rodeiro, O Rosal, Salceda de Caselas, Salvaterra de Miño, Sanxenxo, Silleda, Soutomaior, Tomiño, Tui, Valga, Vigo, Vila de Cruces, Vilaboia, Vilagarcía de Arousa, Vilanova de Arousa.

COMPETENCIAS SANITARIAS DE LAS CCLL

Las determinadas por la Constitución, el Estatuto de Autonomía, la Ley General de Sanidad (LGS) y la Ley de Régimen Local (LRL); es decir, conservan las competencias que tenían en salud pública (actualizadas), pero se quedan sin competencias en el área de la asistencia, salvo la expuesta a continuación.

- Participación en los órganos de dirección de las Áreas de Salud, entendiéndose que participaran tanto en el control como en la gestión.

Las competencias o responsabilidades mínimas en materia sanitaria, que en realidad son competencias en salud pública, son:

- Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
- Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
- Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.
- Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.
- Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

Para el desarrollo de sus funciones, los Ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos. El Personal sanitario de los Servicios de Salud de las CCAA que presten apoyo a los Ayuntamiento en estos asuntos, tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos, responsabilidades personales y patrimoniales.

DISCUSIÓN

--¿Realmente es operativo que existan 315 Ayuntamientos con cerca de 31.000 entidades de población?

Desde el punto de vista de sus funciones sanitarias y teniendo en cuenta que Galicia tiene alrededor de 2,8 millones de habitantes, 29.434 km² y pese a la dispersión geográfica, parece un número excesivo ya que conlleva un aumento del gasto administrativo y del gasto de los servicios mínimos de los que debe disponer la población (agua, luz, teléfono, etc..)

-- Acaban de realizarse las Elecciones Municipales y ojeando diversos programas electorales (de diversas opciones políticas) hay una curiosa coincidencia, desde el punto de vista sanitario:

- Por un lado se reclaman mejores Centros de Salud o mejor dotados, la asistencia en dicho Centro de varias especialidades médicas y un sistema de guardias que garantice tener un médico de presencia física durante las 24 horas del día en el propio Municipio.

- Y por otro lado se observa una ausencia total de cuál sería el proyecto para llevar a cabo o como desarrollar las competencias municipales en materia de Salud Pública.

Ante ello solo cabe preguntarse ¿Están las CCLL asumiendo sus competencias en materia sanitaria y muy especialmente en materia de Salud Pública?. ¿Las tendría que asumir la Comunidad Autónoma en caso negativo, o deben ser los propios ciudadanos quienes las deben exigir?.

MUNDIALIZACIÓN Y REALIDAD SOCIAL (I)

D. IGNACIO RAMONET¹ (Director de *LE MONDE DIPLOMATIQUE*)

Alrededor de cada uno, se siente que la coartada de la modernidad sirve para hacer entrar cualquier cosa dentro del implacable molde de una uniformidad estéril. Un mismo estilo de vida se impone de un extremo a otro del planeta, difundido por los medios de comunicación y prescrito por el aplastante influjo de la cultura de masas. Desde La Paz hasta Ouagadougou, de Kioto a San Petesburgo, de Orán a Amsterdam, las mismas películas, los mismos seriales televisivos, las mismas informaciones, idénticas canciones, iguales consignas publicitarias, objetos idénticos, el mismo urbanismo, arquitectura repetida, pisos semejantes a menudo amueblados y decorados del mismo modo...

En los barrios prósperos de las grandes ciudades del mundo, el placer de la diversidad deja paso a la fulgurante ofensiva de la uniformidad, de la homogeneización. La *World Culture*, la *cultura global*, se impone por todas partes.

La velocidad hizo expandirse la mayor parte de las actividades humanas, y, singularmente, las relacionadas con los transportes y con la comunicación. Instantaneidad, omnivisión y ubicuidad, otrora *superpoderes* de las divinidades del Olimpo, son ahora atributos del ser humano, que constata cuánto se redujo su mundo, hasta qué punto el globo terrestre se volvió pequeño. En la historia de la Humanidad, nunca se impusieron tan rápidamente como modelos universales las costumbres de una cultura. Hablamos de modelos tanto políticos como económicos; por ejemplo, la democracia parlamentaria y la economía de mercado, admitidas desde ahora casi en todas partes como actitudes *racionales, naturales* y que contribuyen, de hecho, a la *occidentalización* del mundo.

¿Por qué considerar, por lo tanto, extraño que se multipliquen los sobresaltos de las identidades y las crispaciones tradicionalistas como reacción a este fantástico fenómeno de uniformización? Por todas partes los integrismos y fundamentalismos rechazan una concepción abstracta de la modernidad, reclamando un enraizamiento en el texto fundador; los nacionalismos resurgen exaltando pasiones alrededor de ciertos trazos culturales convertidos en fetiches; algunos intelectuales, finalmente, alertan contra los riesgos del naufragio general de la cultura. Pero ¿qué fuerza tienen estas protestas (que para algunos son

oscurantistas, retrógradas, arcaicas) contra el poder de un movimiento de una amplitud que no deja de crecer y que estimula de manera muy fuerte la mundialización de la economía?

Esta mundialización se acentuó con la aceleración de los intercambios comerciales entre las naciones después de firmarse, en 1947, el GATT (siglas inglesas del Acuerdo General sobre las Tarifas de Aduana y Comercio). La rapidez de las comunicaciones y su costo cada vez más reducido, a partir de los años 80, hicieron expandirse esos intercambios y multiplicaron de modo exponencial los flujos comerciales y financieros (se estima que, en 1993, sólo los intercambios comerciales representaron la suma *astronómica* de ocho mil millardos [un millardo son mil millones] de dólares, pese a la crisis de la *Ronda Uruguay*). Cada vez son más numerosas las empresas que se extienden fuera de su país de origen y desarrollan ramificaciones en todas direcciones; la inversión directa en el extranjero crece masivamente, aumentando tres veces más rápidamente que el comercio mundial. La velocidad de la mundialización es tanto más rápida cuanto los flujos son cada vez menos materiales y se refieren cada vez más a los servicios, a los datos informáticos, a las telecomunicaciones, a los mensajes audiovisuales, al correo electrónico, a las consultas a Internet, etc.

Sin embargo, después de decenios de consenso sobre el libre-cambio, la interpenetración de los mercados industriales, comerciales y financieros supone graves problemas de naturaleza política. Numerosos gobiernos, confrontados con la recesión, acaban por preguntarse por los beneficios de esta economía global de la que intentan, por otra parte, comprender la verdadera lógica.

Los años 70 habían conocido la expansión de las empresas multinacionales, comparadas en aquel momento con pulpos, que poseen múltiples extensiones pero que dependen todas de un mismo centro, geográficamente localizado, donde se elaboraba la estrategia de conjunto y de donde partían los impulsos.

La *empresa global* de hoy no es ya que no tenga *centro*, sino que es un organismo sin cuerpo y sin corazón, no es más que una *red* constituida por

diferentes elementos complementarios, esparcidos a través del planeta y que se vinculan unos con otros según una pura racionalidad económica, obedeciendo exclusivamente a dos palabras clave: *rentabilidad* y *productividad*. Así, una empresa francesa puede tomar dinero prestado en Suiza, instalar sus centros de investigación en Alemania, comprar sus máquinas en Corea del Sur, situar sus fábricas en China, elaborar su campaña de mercadotecnia y publicidad en Italia, vender en los Estados Unidos y tener sociedades de capitales mixtos en Polonia, Marruecos y México.

No sólo la nacionalidad de la empresa se disuelve en esta loca dispersión, sino que también lo hace, a veces, su propia personalidad. El profesor norteamericano Robert Reich, que sería secretario (ministro) de Trabajo en el primer gobierno de Clinton, cita el caso de la empresa japonesa Mazda que, desde 1991, "produce coches Ford Probe en la fábrica Mazda de Flat-Rock, en Michigan. Algunos de estos coches son exportados al Japón y vendidos bajo la marca Ford. Un utilitario Mazda es fabricado en la factoría Ford de Louisville, Kentucky, y vendido después en la red Mazda de los Estados Unidos. Mientras tanto, Nissan concibe un nuevo camión ligero en San Diego, California. Los camiones los montan en una fábrica Ford de Ohio, con las piezas fabricadas por Nissan en su fábrica de Tennessee, y después son comercializados por Ford y Nissan en los Estados Unidos y Japón". Y Robert Reich se pregunta: "¿Cuál es Ford, Nissan, Mazda?".

Los empleados de los países de origen de la industria están integrados, a pesar de ellos mismos, en el mercado internacional del trabajo. La igualdad se hace *por abajo*; se imponen los salarios bajos y la menor protección social. Las críticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) son inútiles. La empresa global busca el máximo beneficio mediante las *deslocalizaciones* y el aumento incesante de la productividad. Esta obsesión la lleva a producir donde los costes salariales son más bajos y a vender donde los niveles de vida son más elevados.

En el Sur, las *deslocalizaciones* de fábricas tienden a explotar y quitar provecho de una mano de obra a precio muy bajo. En el Norte, la automatización, la robotización y la nueva organización del trabajo provocan despedidas masivas (*downsizing*) que traumatizan profundamente a las sociedades democráticas y desarrolladas, sobre todo en tanto en cuanto la destrucción de millones de

empleos no resulta compensada por la creación de otros sectores.

Estas empresas, lejos de ser mundiales, son, de hecho, *triádicas*, es decir, que intervienen esencialmente en los tres polos que dominan la economía del mundo: América del Norte, Europa occidental y la zona de Asia-Pacífico. En el seno de esta *tríada* los intercambios se multiplican, se intensifican. La economía global provoca de esta forma, paradójicamente, una ruptura del planeta entre los tres polos, cada vez más integrados, y el resto de los países (África negra, en particular), cada vez más pobres, marginados, excluidos del comercio mundial y de la modernización tecnológica.

A veces, las inversiones especulativas se concentran en un *mercado emergente* del Sur, porque la bolsa local ofrece perspectivas de ganancias fáciles e importantes y porque las autoridades prometen a los capitales *flotantes* tipos de interés muy atractivos. Pero eso no garantiza, de ninguna manera, el despegue económico. Porque los capitales se pueden escapar más rápidamente de lo que vinieron. En un segundo. Como México comprobó en la experiencia amarga de 1994.

Las fisuras del sistema financiero

México era el mejor *alumno* del Fondo Monetario Internacional (FMI). Modelo de la "única vía a seguir", citado como ejemplo de ortodoxia para todos los países del Sur y del Este. Desde hacía trece años, sus sucesivos dirigentes, formados en las facultades de economía de los Estados Unidos, lo habían ido aceptando todo: pagar la deuda externa (120 millones de dólares), multiplicar las privatizaciones, acoger sin límites los capitales extranjeros, reducir los déficits públicos, combatir la inflación, etc. Y aceptaron pagar un coste social exorbitante: un 10% de los mexicanos (cerca de diez millones de personas) viven por debajo del límite de pobreza extrema, mientras la mitad de la población activa sigue teniendo empleos a tiempo parcial...

México había sido recompensado en el marco de la firma del Acuerdo de Libre-Cambio Norteamericano (ALENA), había sido admitido en 1994 en el seno de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en el grupo de los países más desarrollados del mundo. Una *consagración*. ¿No había sido la prestigiosa banca Salomon Brothers, de Nueva York, quien había dado, en diciembre de 1994

(una semana antes de la ruina del peso mexicano), un informe "muy positivo" sobre este país? Y la principal agencia financiera mundial, Moody's Investors Service, que clasifica los Estados en función de los riesgos sufridos por los inversores, ¿no consideraba a México como un país "muy seguro"? El país pensaba estar a salvo, una vez superadas con éxito todas las pruebas impuestas por los grandes gendarmes económicos del planeta. Y, de repente, el desastre... Depreciación brutal de la moneda, fuga desenfrenada de capitales, caída a pique de la bolsa y repercusiones en cadena en América Latina, en Canadá, en Asia y Pacífico e, incluso, en Europa (Italia, Suecia, España, Francia).

México se salvó de la quiebra sólo gracias a la concesión de una ayuda internacional masiva de más de 50 millardos de dólares (de ellos, 20 millardos aportados por los Estados Unidos), la ayuda más importante jamás acordada hasta entonces para un país. Tan importante, que uno se pregunta si se trataba de salvar México (que, de paso, perdía el control del petróleo, que pasaba a manos de Estados Unidos, que tomaba así la revancha sobre el presidente Lázaro Cárdenas, que, en 1938, había nacionalizado las compañías petroleras estadounidenses...), o si se pretendía, más bien, salvar el sistema financiero internacional.

Otoño e invierno de 1997: *tifón* sobre las bolsas de Asia, que repercute en el resto del mundo. Después de Malasia, Tailandia e Indonesia, le toca a Hong-Kong sufrir la crisis financiera. El desastre de la bolsa de Hong-Kong del 23 de octubre hace oscilar todas las bolsas del mundo, incluso las más sólidas, y afecta en particular a las principales potencias económicas asiáticas, como Japón y Corea del Sur. Ésta, una de las doce primeras economías del mundo -clasificada algunas semanas antes por las agencias de evaluación como una de las economías más de fiar- se encuentra, de repente, al borde de la quiebra... Y no consigue salir de esa situación, provisionalmente, nada más que gracias a la concesión de un préstamo de unos 100 millardos de dólares. El préstamo más importante concedido a un país en la historia económica del mundo. El equivalente a más de siete Planes Marshall...

¿Por qué no se produjo esa misma prisa en otras situaciones de urgencia? Por ejemplo, con Ruanda, destrozada por un genocidio, o con Venezuela, país también rico en petróleo y que, desde hace cinco años, está en situación de quiebra económica. Prácticamente ningún préstamo, tampoco, para Rusia,

que no recibió, desde 1990, más que 3 millardos de dólares de ayuda directa, cuando sus necesidades son gigantescas. Finalmente, ninguna ayuda para Gaza-Cisjordania, o apenas algunas decenas de millones, cuando serían precisos cientos para reducir las tensiones y mantener las promesas de los acuerdos de Oslo.

Un poder mundial sin control

La mundialización -cuyo motor principal es la optimización del capital financiero a escala planetaria- está colocando los pueblos del planeta en un estado de inseguridad generalizada; rodea y rebaja las naciones y sus Estados como lugares pertinentes del ejercicio de la democracia y garantizadores del bien común.

La mundialización financiera creó su propio *estado*. Un *estado* supranacional, que dispone de sus instituciones, de sus aparatos, de sus redes de influencia y de sus medios de acción propios. Se trata de la constelación formada por el Fondo Monetario Internacional (FMI), Banca Mundial, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización Mundial del Comercio (OMC). Estas instituciones hablan con una sola voz -reproducida por la casi totalidad de los grandes medios de comunicación de masas- para exaltar las "virtudes del mercado".

Este *estado* mundial es un poder sin sociedad, papel que juegan los mercados financieros y las empresas gigantes a los que sirve, lo que tiene como consecuencia que las sociedades realmente existentes sean sociedades sin poder. Y esto no cesa de agravarse. Tomando la sucesión del GATT, la OMC se convirtió de este modo, a partir de 1994, en un órgano supranacional fuera del control de la democracia parlamentaria; en caso de denuncia, esta organización puede declarar que las legislaciones nacionales en materia de derecho del trabajo, de medio ambiente o de salud pública, por ejemplo, son "contrarias a la libertad del comercio" y reclamar su derogación. Por otra parte, después de mayo de 1995, en el seno de la OCDE y al margen de las opiniones públicas, se negocia el muy importante Acuerdo Multilateral sobre las Inversiones (AMI), que debería ser firmado en 1998 y que pretende reforzar la mundialización financiera, con todas las consecuencias desastrosas que eso comportará para los ciudadanos.

¿A qué nivel de absurdo llegó el sistema financiero internacional? Obedece, desde ahora, al criterio de *cada uno para sí*. Nadie arbitra un juego que no está

regido por ninguna regla, excepto la de la búsqueda del máximo beneficio. A los ojos de todos, esta crisis acabó por revelar quienes son los nuevos maestros de la *geofinanza*: los gestores de los fondos de pensiones y de los fondos comunes de inversiones. Son ellos los que, en lenguaje de expertos, son llamados por la prensa económica "los mercados". Ya se conocía la importancia astronómica de las sumas movilizadas por estos gestores (sólo los fondos de pensiones americanos representan 6 millardos de dólares...) y se preveía que su desplazamiento brutal provocaría un día importantes daños. México fue el primero en sufrir el choque. Y en él dejó buena parte de su soberanía económica.

Igual que los grandes bancos dictaron, en el siglo XIX, su política a numerosos países, o las empresas multinacionales lo hicieron entre los años 60 y 80 de este siglo, los fondos privados de inversiones tienen ahora en su poder el destino de muchos países. Y, en una cierta medida, el futuro económico del mundo. Si mañana dejan de tener confianza en la China (donde las inversiones extranjeras directas alcanzaron, en 1994, 32 millardos de dólares) y la abandonan, como fichas de dominó, los países más expuestos (Hungría, Argentina, Brasil, Turquía, Tailandia, Indonesia...) verían retirarse los capitales bajo el peso del pánico, provocando su quiebra y la del sistema entero.

La caída de la banca británica Barings, en 1995, confirmó que, contrariamente al mito difundido por el *pensamiento único*, los *mercados abiertos* no funcionan perfectamente y que el capital privado no tiene el monopolio de la actuación correcta. Considerados *infalibles*, los mercados se equivocaron fuertemente otra vez. Y -gracias a la ayuda aportada por los Estados sobre los fondos públicos- no fueron *sancionados*; eso constituye una infracción del dogma liberal, que los liberales se cuidaron mucho de no denunciar, siguiendo otra regla de oro no proclamada y comprobada una vez más: los rendimientos más fabulosos para el capital y las pérdidas para la colectividad.

En una economía global, ni el capital, ni el trabajo, ni las materias primas constituyen, en sí mismos, el factor económico determinante. Lo que importa es la relación óptima entre estos tres factores. Para establecer esta relación, la empresa no tiene en cuenta las fronteras ni los reglamentos, sino exclusivamente la explotación inteligente que puede hacer de la información, de la organización del trabajo y de la revolución de la gestión. Eso lleva consigo, a menudo, una fractura de las solidaridades en el seno de un mismo país: "El ingeniero informático norteamericano, conectado a su red mundial por los

ordenadores y faxes -escribe Robert Reich- depende más de los ingenieros de Kuala-Lumpur, de los fabricantes de Taiwán, de los banqueros de Tokio y de Bonn y de los especialistas en ventas y en mercadotecnia de París y Milán, que de los trabajadores rutinarios que hacen su trabajo en una fábrica situada al otro lado de la ciudad". Se llega así al divorcio entre el interés de la empresa y el interés de la colectividad, entre la *lógica* del mercado y la de la democracia.

La insuficiencia de las viejas instituciones

Las empresas globales no se consideran, de ningún modo, implicadas en la materia; subcontratan y venden en todo el mundo y reivindican un carácter supranacional, que les permite actuar con gran libertad, ya que no hay, por así decirlo, instituciones internacionales de tipo político, económico o jurídico con capacidad de reglamentar eficazmente su comportamiento.

Las grandes instancias económicas -Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial- conocen en la hora actual una crisis estructural. La globalización de la economía desestabilizó estos organismos, creados al final de la Segunda Guerra Mundial. El GATT, obsesionado por los derechos de aduanas, ya no controlaba los problemas de competencia y de acceso a los mercados, parecía afectado de obsolescencia después del fin de la Ronda Uruguay y fue sustituido, desde 1995, por la Organización Mundial del Comercio.

El sistema monetario internacional, salido de la conferencia de Bretton Woods y ya puesto en cuestión en 1971 por la decisión unilateral de los Estados Unidos de suspender la convertibilidad del dólar en oro, resulta ahora cuestionado por la mundialización de los mercados monetarios y financieros. El *big-bang* (informatización) de las bolsas y la desreglamentación a gran escala permiten que los flujos de capitales se desplacen a la velocidad de la luz, las 24 horas del día, estimulando una formidable especulación financiera.

Las transacciones financieras se efectúan sin solución de continuidad, ya que los inversores pueden intervenir, en tiempo real, en los mercados de Tokio, Londres o Nueva York. El volumen de transacciones financieras es diez veces superior al de los intercambios comerciales. La economía financiera se impone, con mucha diferencia, sobre la economía *real*. El movimiento perpetuo de las monedas y de las

tasas de rédito aparece como un gran factor de inestabilidad, tanto más peligroso en cuanto que es autónomo y cada vez más desconectado del poder político.

El sometimiento a la razón económica

Desde este punto de vista, hay que hacer un juicio severo a la manera de abordar desde los medios de comunicación social esta inmensa ruptura económica, financiera y política que constituye la mundialización de la economía.

Celebrada aquí, satanizada allá, o calificada de *purga mediática*, la mundialización no fue analizada seriamente. En el mejor de los casos, se describe como un accidente *natural*, virgen de toda *intencionalidad* y que, por eso mismo, escapa al cuestionamiento ideológico. Un simple accidente de la historia, que situaría a los ciudadanos, a los asalariados y a los responsables de las decisiones delante de una única alternativa: *adaptarse*. Abdicar, en resumen, de toda actuación voluntaria, para obedecer mejor los dictados anónimos, y menos racionales de lo que se cree, de los mercados financieros.

La mundialización, que viene siendo objeto desde hace algunos años de múltiples trabajos sectoriales, en particular sobre sus dimensiones económicas, financieras, tecnológicas y culturales, fue raramente abordada en su globalidad, en cuanto a cambio de civilización. Sin embargo, constituye el último eslabón del desarrollo del economicismo, de algo "impensable que está naciendo bajo nuestros pies": el hombre *mundial*, es decir, el átomo infra-humano, vaciado de cultura, de sentido y de conciencia del *Otro*.

Ese es el resultado final previsible, pero ya fuertemente presente, de la combinación de las tres dinámicas que convergen de manera explosiva sobre la Humanidad de este fin de siglo: la mundialización de la economía, última manifestación de la modernidad occidental que parte de la expansión de Europa por todo el mundo en el siglo XV; la puesta en cuestión del Estado-providencia y del Estado en sí mismo, que podría marcar la muerte de la política y de la sociedad; y la destrucción generalizada de las culturas del Norte y del Sur por el rodillo compactador de los sistemas de comunicación, de la mercantilización y de la tecnología.

Es la naturaleza misma del sistema económico y financiero -que implica su propia autodestrucción al quedar *fuera de juego*, a causa del paro, una fracción

de la población cada vez más creciente- lo que hay que poner en cuestión y no solamente algunos de sus efectos. La reconstrucción de la sociedad pasa por la rehabilitación del hecho político, del hecho social y del hecho cultural, en detrimento de la *razón económica*. Eso implica una redefinición o, más exactamente, un *descubrimiento* del bien común, "de un saber vivir en sociedad y de un nuevo sentido".

La instrumentalización ideológica

Los principales fundamentos teóricos de esta visión, a la vez consensual y desesperante, de esta *vulgata* devastadora que, de modo muy extraño, toma prestados ciertos postulados del marxismo (pero dándoles la vuelta) son: la pretensión inocente de tener carácter científico (el "círculo de la razón"), la evocación escatológica de un "porvenir radiante" y la indiferencia a la vista de los propios fracasos.

Lo más grave, en esta instrumentalización ideológica de la mundialización es, evidentemente, la condena de entrada -en nombre del *realismo*- de toda veleidad de resistencia o incluso de disidencia. Así, se ven acusados de oprobio o definidos como *populistas* todos los reparos puestos desde la perspectiva de la democracia, toda búsqueda de alternativas, todos los intentos de regulación democrática, todas las críticas del mercado. Ahora bien, las pretendidas *verdades* científicas o *razonables* (trátase de política monetaria, de fiscalidad, de política agraria o de libre-cambio) no son más que *dogmas* que hay que rechazar. O serían *artículos de fe* casi religiosos, que deben ser sometidos, en cuanto tales, a las exigencias mínimas de la razón crítica.

En cuanto a la mundialización, no es ni una fatalidad inevitable ni un *accidente* de la historia. Constituye un gran desafío al que hay que responder, un fenómeno *salvaje* que hay que regular, es decir, en último término, que *civilizar*. Se trata de resistir políticamente, día a día, a esta oscura disolución de la misma política en la resignación o en la desesperación.

En realidad, la globalización financiera, el triunfo de los mercados, la llamada invocadora del libre-cambio integral, la omnipotencia *multimediativa*, el constante retroceso del dominio político: todo eso forma parte de un proceso que hay que llamar *ideológico*, el del ultraliberalismo desenfrenado, abandonado a sus propias tendencias, portador de nuevas desigualdades y de opresiones específicas. No es la menor paradoja de esta mundialización el disimular, detrás de una apariencia de modernidad

postindustrial e informatizada -la fascinación por Internet-, una evolución políticamente *reaccionaria*, en el sentido estricto de este término. Es decir, un desmantelamiento progresivo de las conquistas democráticas, un abandono del contrato social europeo, un regreso al capitalismo primitivo del siglo XIX, bajo el pretexto de *adaptación* y de *competitividad*.

Los nuevos amos del mundo

La confirmación de esto viene dada todos los años cuando, en medio del invierno, los principales responsables del planeta -jefes de Estado, banqueros, financieros, patrones de las grandes empresas multinacionales- se juntan (como lo hacen regularmente desde 1970) en Davos, pequeña ciudad suiza, para hacer balance de los avances de la economía de mercado, del libre-cambio y de la desreglamentación. El foro económico de Davos, cita de los nuevos señores del mundo, se convirtió sin discusión en la meca del *hiperliberalismo*, en la capital de la mundialización, en el hogar central del *pensamiento único*.

En su gran mayoría, los dos mil *global leaders* juntos confirman, de modo ritual, que hay que combatir la inflación, reducir los déficits presupuestarios, proseguir una política monetaria restrictiva, incentivar la flexibilidad del trabajo, desmantelar el Estado-providencia y estimular sin desmayo el libre-cambio. Estos *príncipes encantadores* le prometen al mundo un porvenir radiante; alaban la apertura creciente de los países al comercio mundial, los esfuerzos de los gobiernos por

reducir los déficits, los gastos y los impuestos, aplauden las privatizaciones y subrayan las virtudes del ahorro. Según ellos, no hay otra alternativa en la política o en la economía: convertido al mercado y *dopado* por Internet, el mundo vive, de alguna manera, el final de la historia.

La competencia sigue siendo, a sus ojos, la única fuerza motriz: "Tanto si uno es un individuo, como una empresa o un país, -declaró, por ejemplo, Helmut Maucher, patrón de Nestlé-, lo importante para sobrevivir en este mundo es ser más competitivo que su vecino". Y mal le irá al gobierno que no siga esta línea: "Los mercados lo sancionarían inmediatamente -así lo advirtió Hans Tietmeyer, presidente del Bundesbank, el banco central alemán- dado que los hombres políticos están ahora bajo el control de los mercados financieros". Como pudo constatar en Davos, en 1996, Marca Blondel, secretario general del sindicato francés Force Ouvrière: "Los poderes públicos no son más que, en el mejor de los casos, un subcontratista de la empresa. El mercado gobierna. El gobierno gestiona".

No faltan los acentos triunfalistas. Bill Gates, patrón de Microsoft, anunció que la supremacía de los Estados Unidos continuaría y se acentuaría: "Las nuevas tecnologías son americanas; por consiguiente, somos nosotros los que nos aprovecharemos de la explosión de los mercados". Y Raymond Barre, defensor del neoliberalismo y antiguo primer ministro de Francia, pregonaba una *buena noticia*: "El mundo entró en una larga fase de crecimiento: a partir de ahora, los capitales irradian sobre el conjunto del planeta".

Traducción: Lourdes Maceiras

¹ Doctor en Semiología e Historia de la Cultura por la École des Hauts Études de Sciences Sociales de París. Profesor de Teoría de la Comunicación Audiovisual en la Université Denis-Diderot (Paris VII). Autor de *La golosina visual*, *La communication: victimes des marchands*, *Média, mesonges et démocratie*, *Télévision et pouvoirs*, *Un mundo sin rumbo*, *La tiranía de la Comunicación*, *Como nos venden la moto* (con Noam Chomsky), *Internet, el mundo que llega. Los nuevos caminos de la comunicación*.

Agradecemos a **Ramón Chao Rego** la ayuda prestada para la publicación de este artículo, al tiempo que le damos, desde aquí, la enhorabuena por su reciente Premio de Comunicación de la Xunta de Galicia, por su labor realizada en los medios de comunicación, sobre todo en *Radio France*.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS: I, UN ESTUDIO HOSPITALARIO CONJUNTO

L. Maceiras¹/ JM. Barros-Dios² / C. Cadarso³ / JJ. Gestal²

Resumen

Objetivo: Conocer la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en el hospital Juan Canalejo (HJC) de A Coruña.

Métodos: Estudio transversal sobre las personas atendidas en el HJC de A Coruña en tres áreas: hospitalización, consultas externas y urgencias. Se seleccionaron por muestreo aleatorio 1.166 usuarios. Se les realizó una entrevista telefónica con un cuestionario de preguntas cerradas, por personal entrenado. Se llevaron a cabo métodos estadísticos bivariantes y un análisis factorial de componentes principales.

Resultados: El índice de satisfacción global, en una escala de 1 a 5, resultó ser 4,7 en hospitalización; 4,62 en consultas externas y 4,37 en urgencias.

Palabras clave:

Atención sanitaria, calidad, evaluación, gestión, participación, satisfacción de los usuarios.

INTRODUCCIÓN

Para poder evaluar la calidad de los servicios sanitarios que se prestan a la población, es necesario contar con la opinión de las personas que los utilizan. La creciente importancia que han ido adquiriendo en toda Europa los estudios de evaluación de la opinión del usuario refleja, por una parte, el creciente protagonismo de los consumidores en el proceso de la asistencia sanitaria y, por otra, el progresivo desarrollo de la metodología de control de calidad. A partir de 1965 empezaron a desarrollarse de forma estructurada dichos estudios, que cubren prácticamente todas las áreas de la atención sanitaria¹, aunque, más específicamente, el pistoletazo de salida lo dieron los trabajos realizados por Bárbara Hulka y su equipo en la Universidad de Carolina del Norte (Estados Unidos) en 1970². De todos modos no hay que olvidar que ya en 1961 Seeman y Evans habían hecho unos estudios que, con el tiempo, se convertirían en históricos, sobre la influencia de la organización y estructura de los servicios médicos en los usuarios, tanto en el aspecto físico como psíquico³, cuestión destacada también por otros autores^{4,5}.

La satisfacción de la población asistida por un sistema sanitario^{6,7} es un componente de la legitimación de ese sistema y, por lo tanto, se ha convertido en un objetivo relevante de los sistemas sanitarios.

En nuestro país, la puesta en funcionamiento del "Plan de humanización de la atención sanitaria", por el INSALUD, llevó consigo la posterior realización de un macroestudio sobre la satisfacción de los usuarios de la hospitalización en la red del INSALUD en 1984, en el que se afirmaba: "La implantación en nuestra red hospitalaria de un Nuevo Modelo de Gestión que modernizara su dirección y actividades, descansaba en dos pilares fundamentales: la aplicación de técnicas modernas para la recogida de información y la humanización de la asistencia"⁸.

Más tarde, en 1986, la Ley General de Sanidad, con su famoso artículo 10, que se convertiría en la Carta de Derechos de los Pacientes⁹ va despertando el

interés de ciertos sectores por conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, como un instrumento para la recogida de información, y poder así evaluar la calidad de estos servicios (sería uno de los métodos para ello), y también como un vehículo para la participación de los usuarios en los servicios sanitarios. El encuentro clínico del usuario con el servicio sanitario está condicionado por muchas variables, y sólo si éstas se tienen en cuenta, se puede mejorar la asistencia prestada. Había que indagar cómo valoraban los usuarios la competencia profesional, el trato personal y, en general, los esfuerzos que se estaban haciendo para conseguir unos hospitales más humanos, más abiertos a la comunidad, mejor gestionados..., de manera que se pudiese asegurar una rentabilidad en los servicios prestados que no podía ser medida únicamente en términos económicos.

Después, el *Informe y Recomendaciones* de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema

Nacional de Salud¹⁰, más conocido como 'el *Informe Abril*', caminó en este sentido, incluyendo una encuesta dirigida por el profesor Robert J. Blendon^{11,12} de la Universidad de Harvard, a fin de conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos españoles respecto a los servicios del Sistema Nacional de Salud en comparación con el de los ciudadanos de los diez países más desarrollados del planeta.

Como decíamos antes, desde entonces hasta ahora, poco a poco, las encuestas de satisfacción se han ido multiplicando, ofreciendo datos no sólo sobre la satisfacción de usuarios, sino también sobre la de los profesionales y sobre las opiniones de los profesionales sobre la satisfacción de los usuarios; cubriendo todos los campos, desde la atención primaria hasta la hospitalaria, y, dentro de ésta, hospitalización, consultas externas, urgencias, cirugía sin ingreso, hospitalización a domicilio...¹³

Aunque hay diversidad en la conceptualización de la satisfacción, en los ámbitos de aplicación, en las metodologías y, por lo tanto, en los instrumentos de medida, entendimos como *satisfacción* la diferencia entre lo que se espera recibir del sistema sanitario (expectativas existentes antes de utilizarlo) y la percepción del servicio recibido de él (después de su utilización). Si lo que el usuario percibe es igual o mejor de lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor, quedará insatisfecho. La diferencia existente entre lo esperado y lo recibido, es lo que nos da el nivel de satisfacción¹⁴.

El objetivo de este estudio fue conocer la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en el Hospital Juan Canalejo (HJC) de A Coruña.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio observacional transversal, que abarcase las tres áreas que nos interesaban: hospitalización (H), consultas externas (CE) y urgencias (U) del HJC.

La población objeto del estudio (o sea, el marco del sondeo), entendida como el universo de elementos al que tenía que hacer referencia el objetivo del estudio, eran las personas atendidas en el Hospital Juan Canalejo, de las cuales se deseaba determinar el grado de satisfacción con los servicios recibidos.

La población origen de la muestra fue la atendida durante el mes de septiembre de 1995 en esas tres

áreas del HJC, con los siguientes criterios:

- para H: número de altas por servicio entre el 1 y el 30 de septiembre;
- para CE: número de consultas por servicio entre el 1 y el 30 de septiembre;
- para U: número de urgencias por servicio entre el 1 y el 30 de septiembre.

Se consideraron criterios de exclusión los que provocaban incapacidad para responder a los cuestionarios: problemas de audición o lenguaje, de enfermedad grave o muerte.

Se elaboraron tres listados, uno para cada área, de personas con los siguientes campos: apellidos, nombre, teléfono, edad, población y servicio, y, para las personas de hospitalización: fecha de ingreso, fecha de alta, duración de la estancia y motivo del alta (curación/exitus).

Estos listados se ordenaron alfabéticamente, en cada área, por apellidos y a cada persona se le asignó un número, para evitar que una persona atendida más de una vez fuese entrevistada varias veces.

Los datos se introdujeron en unas bases de formato *.DBF', mediante el programa gestor de bases de datos *dBaseIII Plus*. Estas mismas bases se utilizaron, posteriormente, para incluir los demás datos, una vez cubiertos los cuestionarios.

Se hizo un muestreo aleatorio estratificado proporcional.

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante el procedimiento *Sample* del paquete estadístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences software)*, basado en un generador de números aleatorios; y se eligieron entre el total de números asignados a los casos.

Se realizaron, así, 1.166 entrevistas: 200 en H, 405 en CE y 561 en U.

Los niveles de confianza fueron del 95,5% en H y CE, y del 99,7% en U. El error de predicción fue del 4% en las tres áreas. Y la *p* fue de 0,90 en H, de 0,80 en CE y de 0,88 en U.

El método de recogida de datos fue la entrevista telefónica, mediante tres cuestionarios, uno para cada área, elaborados al respecto, por entrevistadores adiestrados para ello.

El trabajo de campo se realizó del 30 de octubre al 5 de noviembre de 1995.

Para el tratamiento estadístico fue utilizado el paquete estadístico *SPSS*.

El análisis univariante se llevó a cabo mediante porcentajes, que, junto con las proporciones, son los índices estadísticos que caracterizan a la distribución

de valores de una variable cualitativa; son *medidas de frecuencia* de un suceso; una proporción es, bajo determinados supuestos, la estimación de una *probabilidad*. Para determinadas variables, consideramos de interés estimar su proporción en la *población origen de la muestra*, para ello calculamos los límites de los intervalos de confianza (IC), que nos proporcionan más información que la simple estimación puntual, ya que nos permiten evaluar mejor con qué precisión ha sido estimado el parámetro poblacional; hemos hallado estos IC con un 95% de confianza.

Para el análisis bivalente se utilizó el modelo de relación entre variables cualitativas, que da origen a una *tabla de contingencia* que se analiza mediante comparación de proporciones, con pruebas de P^2 .

El análisis multivariante fue realizado mediante una técnica de *simplificación estructural*, que trata de describir la información original de forma sintética o resumida; busca la simplicidad, intentando reducir la complejidad del problema. El método consiste en condensar las variables originales en un número menor de variables nuevas, creadas por el propio análisis, que contienen sin embargo gran parte de la información original, a esto se le denomina *reducción de la dimensión*, y para lograrla se utilizó el *análisis factorial*, concretamente el *análisis de componentes principales*; es una técnica descriptiva.

Resultados y Discusión

Se irán analizando en artículos posteriores, por áreas.

Pensamos que, metodológicamente, es mejor examinar en este primer artículo la parte más global, como es la introducción y sujetos y métodos, e irles dedicando posteriormente un artículo a cada una de las áreas estudiadas, para profundizar en algunos aspectos de los métodos, como son los cuestionarios de cada área, y exponer sus resultados. Con otro artículo final para la discusión de los resultados de una manera global y efectuar conclusiones.

Bibliografía

1. Evaluación de la opinión del usuario y el control de calidad [editorial]. *Aten Primaria* 1985; 2: 61-2.
2. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970; 8: 429-35.
3. Seeman M, Evans JW. Stratification and hospital care: the objective criteria of performance. *Am Soc Rev* 1961; 26: 193-204.
4. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981; 71:409-12.
5. Vuori HV. *El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Barcelona: Masson, 1988.
6. Saltman RB. Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. *Int J Health Serv* 1994; 24: 201-29.
7. Kahn J. *Gestión de calidad en los centros sanitarios*. Barcelona: SG, 1990.
8. Hernández JF. *Encuesta nacional de post-hospitalización*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985. (Documento fotocopiado).
9. Cortes Españolas. *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril). Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública (Ley 3/1986 de 14 de abril)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
10. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y Recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991. (Documento fotocopiado).
11. Blendon RJ, Donelan K. Public opinion about Spain's National Health System. En: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Anexo III al Informe de la Comisión*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991. (Documento fotocopiado).
12. Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas E. Spain's citizen assess their Health Care System. *Health Aff* 1991; 10: 216-28.
13. Maceiras L. Los 'otros' productos de la atención sanitaria. *Apunt Salud Publica* 1995; 1(6): 25-6.
14. Maceiras L, Barros JM, Fernández C, Fraga JM, Montes A, Smyth E, Gestal JJ. La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. cómo se encuentra después de...? *Apunt Salud Publica* 1996; 1(10): 11-6.

Correspondencia: Lourdes Maceiras. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Fisioterapia. Campus A Xunqueira. 36005 Pontevedra. Tel.: 986801900. Fax: 986801907. Correo electrónico: lurdesmg@uvigo.es

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Vigo / ²Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela / ³Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Santiago de Compostela.

Libros recomendados:

-- LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI.

M^a Isabel Serrano González. Díaz de Santos 1998.

El libro introduce al lector en los grandes retos o problemas que se perfilan para el siglo XXI que afectan a la salud de los hombres y mujeres de toda edad y condición, y que son, en gran medida, educativos.

Comienza situándonos en el posible marco teórico de la EpS en el siglo XXI, planteando cuales serán los grandes problemas en relación con la salud y EpS y su repercusión, para exponernos después ejemplos de programas de intervención, generales y específicos, finalizando el libro con el análisis de los recursos y técnicas en educación para la salud.

En este libro han participado 39 autores haciendo una aportación plural e innovadora de lo que puede ser la necesaria tarea educativa en el campo de la sanidad, servicios sociales y la propia escuela del próximo milenio.



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 (incluidas tablas, dibujos o gráficos -en negro-) y si es posible además en disquete de 3.5", en cualquiera de los procesadores de texto habituales (sin formatear el texto) o bien en el editor de Windows.
- 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.



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)

EL CÁNCER DE PULMÓN COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

El cáncer, en todas sus localizaciones, es una de las principales causas de muerte. En los años 1993-94, el 30 y el 20% de las defunciones en hombres y mujeres gallegos, respectivamente, se debieron a algún tipo de tumor¹. Dentro de esta patología, el cáncer de pulmón (Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-162) se presenta como un problema de primera magnitud (una de cada tres muertes se debe al pulmón)² y sobre todo la situación se agravará en las próximas dos décadas (datos OMS). Actualmente es el tumor más incidente en los hombres y, en EEUU y algunos países europeos, ya sobrepasa al cáncer de mama en las mujeres, representando el 12% de los cánceres mundiales³. Otro dato significativo es que, en 1975, uno de cada 45 hombres moría de cáncer de pulmón y en 1990 esta proporción pasó a 1 de cada 21 (datos de Castilla-La Mancha)⁴. Este aumento se debe al consumo de tabaco, que si bien es estacionario en los hombres, entre las mujeres está aumentando progresivamente. España va algo retrasada en los patrones de consumo de tabaco y por eso muestra tendencias ligeramente diferentes al resto de países europeos. Se cree que las tasas de incidencia del cáncer de pulmón en las mujeres sobrepasarán a las de los hombres en los próximos 20-30 años^{5,6}.

A todos estos datos debemos añadir que, hoy por hoy, la resección quirúrgica es el único tratamiento que puede ofrecer cura a los pacientes con cáncer de pulmón, y que además el potencial beneficio de la cirugía debe confrontarse con la morbilidad y mortalidad postoperatoria, especialmente en los ancianos. El cáncer de pulmón es un tumor con una elevada mortalidad, de hecho, sólo del 10 al 15 % de los enfermos sobreviven a los cinco años del diagnóstico, con una media de 15 años de vida perdidos⁷.

FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE PULMÓN.

Tabaco. El tabaco es el principal factor de riesgo de esta enfermedad. Se estima que es el causante del 85 al 90% de todos los cánceres pulmonares. El comienzo de su utilización masiva en EEUU a principios de siglo y su importación a Europa en las dos

guerras mundiales dispararon la incidencia de esta enfermedad. El tabaco contiene más de 3.500 compuestos químicos, de los que más de 50 son carcinogénicos^{8,9}. Destacan dos grandes grupos: las nitrosaminas, con el NNK (4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanona) a la cabeza, y los hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAH). Ambos tipos de compuestos tienen la capacidad de unirse al DNA mediante enlaces covalentes formando los llamados aductos de DNA, que juegan un papel importante en la génesis del cáncer.

El tabaco rubio es más perjudicial a la hora de padecer cáncer de pulmón, así como el tabaco negro lo es para el cáncer orofaríngeo. Esto se debe a la diferente composición de ambos, que provoca que el humo del tabaco rubio uno sea inhalado con mayor facilidad que el del tabaco negro¹⁰.

El humo que emite el tabaco puede dividirse en humo principal (*mainstream smoke*) y humo secundario (*secondary smoke*). El humo principal o corriente primaria es la que inhala el fumador y la corriente secundaria es la que emite el cigarrillo al consumirse. Esta diferencia tiene importancia debido a la diferente composición de estos humos y porque este humo secundario forma la mayor parte del ETS (*Environmental Tobacco Smoke*) o humo ambiental, al que están expuestos los fumadores pasivos. Además, el humo secundario ha mostrado tener una mayor concentración de compuestos químicos tóxicos, como dimetilnitrosamina, naftaleno, tolueno y benzo(a)pireno, que el humo primario. Casi todos los estudios realizados en fumadores pasivos obtienen unas medidas de riesgo entre uno y dos (debido probablemente a la dificultad en la medida de la exposición)¹¹.

Son de destacar los intentos que se han realizado en la reducción del contenido en nicotina y alquitrán del tabaco. La nicotina es la fuente principal de nitrosaminas, además de la causante de la adicción al tabaco, y el alquitrán de PAHs. Pues bien, con los intentos de reducción se observó que los fumadores aumentaban el volumen de las caladas o apuraban más los cigarrillos, es decir, tendían a consumir la misma dosis de nicotina¹².

Raza. Se ha demostrado que hay unas razas más susceptibles que otras a padecer cáncer de pulmón. Esto se debe, en algunos casos, a diferentes hábitos (mayor consumo de tabaco) y/o a diferente dotación

genética que implica diferencias en la expresión de enzimas que participan en la activación/desactivación de carcinógenos. Esta susceptibilidad es muy acusada en algunas razas, como por ejemplo para la maorí neozelandesa¹³.

Dieta. En los últimos años, múltiples estudios han tratado de esclarecer el papel de la dieta en el cáncer de pulmón. Se han encontrado sustancias protectoras y sustancias perjudiciales. Entre las primeras destacan las frutas y las verduras y, pasando al nivel de nutrientes, el beta-caroteno (dentro del grupo de los carotenoides) y las vitaminas A, C y E. Se especula que este efecto surge a través de su acción antioxidante. También se cree que influyen en la expresión o modulación de los genes supresores de tumores y de los protooncogenes. Hay algunas evidencias que cuestionan el efecto protector del beta-caroteno, atribuyéndolo a otros carotenoides de composición no conocida. También se sospecha del licopeno, presente en cantidades abundantes en los tomates, como agente protector. En 1996 ha surgido una fuerte polémica debido a la conclusión del ATBC (*Alpha-Tocopherol and Beta Carotene Study*)¹⁴. Los resultados de este estudio de intervención en el que se suministraron alfa-tocoferol (vit E) y/o beta-caroteno mostraron un ligero exceso de riesgo para los individuos que consumían estas sustancias. Estos resultados han originado una gran controversia y por el momento son múltiples las explicaciones propuestas, aunque se sigue creyendo en su efecto protector.

Entre los alimentos que aumentan el riesgo de padecer cáncer de pulmón aparecen las comidas ricas en grasas, como las carnes rojas. Este efecto pernicioso de la grasa se ha observado tanto para las grasas saturadas como para las insaturadas. Se especula, entre otras hipótesis, que esta acción podría deberse a una posible alteración de la composición en las membranas celulares, que permitirían la entrada de carcinógenos en la célula con más facilidad. El consumo de carne muy pasada tampoco es bueno porque tienen mayor contenido en PAHs y se favorece la aparición de aductos de DNA.

Contaminación. Aún no hay estudios que indiquen una asociación clara con la enfermedad, sin embargo hay evidencias de que es perjudicial. Esta falta de, digamos, contundencia en los estudios se debe a la dificultad de medir la exposición a los contaminantes ambientales. Esta dificultad se debe a la movilidad de los individuos y a la variación en los niveles de contaminación. Lo ideal sería la aparición de algún marcador de dosis interna que integrase estas exposiciones.

Como contaminante ambiental en ciertos entornos se considera al radón, con una relación demostrada, no sin controversia, con el cáncer de pulmón. Este gas procede de la desintegración de elementos radioactivos presentes en el subsuelo al que están expuestos en mayor medida los habitantes de casas de granito en zonas geológicamente de rocas basálticas.

Edad. La edad es un factor de riesgo demostrado para todos los cánceres. Es lógico si pensamos en la necesidad de un período de latencia de la enfermedad que debe ser más o menos largo. Esto se cumple a la perfección en el cáncer de pulmón, donde hay que esperar un tiempo a que el tabaco ejerza su influencia y vaya deteriorando la maquinaria celular. Los picos de mayor incidencia aparecen a los 60-75 años. Se habla de un efecto generación debido a la época en que se introdujo el tabaco de forma masiva en nuestro país.

Sexo. Hoy por hoy se sabe que la incidencia del cáncer de pulmón es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, esto parece deberse a la mayor prevalencia del tabaco entre éstos. Hay algunas evidencias que sugieren que tras la estratificación por la exposición a diversos factores de riesgo del cáncer de pulmón, las mujeres parecen ser más sensibles a padecer la enfermedad¹⁵.

Ocupación. Hay diversos empleos que suponen un mayor riesgo para los trabajadores. Entre ellos están los mineros (sobre todo los de uranio), expuestos a las emanaciones de partículas alfa radiactivas en las minas. También los trabajadores expuestos a asbesto, (fibra mineral de características similares al amianto) el cual va atrofiando el tejido pulmonar. Este material se empleaba sobre todo en la construcción de barcos y en el aislamiento térmico de edificios. También los trabajadores expuestos a PAHs, en fundiciones, refinerías, altos hornos, etc. Hay estudios que demuestran un mayor riesgo en los conductores de autobuses urbanos y en los "asfaltadores" de carreteras¹⁶.

Enfermedades respiratorias previas. Se cree que este aumento del riesgo se debe a una mayor sensibilización del epitelio pulmonar, que se hace más susceptible a agresiones externas. Entre otras enfermedades aparecen la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y la tuberculosis.

Antecedentes familiares de cáncer. Se ha observado un mayor riesgo para los individuos con algún familiar que haya padecido cáncer de pulmón u otro carcinoma de distinta localización y este riesgo es mayor para las madres y las hermanas de los enfermos¹⁷.

NUEVOS ENFOQUES.

Como ya se ha comentado, el cáncer de pulmón es un problema de Salud Pública de primera magnitud y aún se prevé un aumento de su incidencia. Por ello, se debe profundizar en su estudio y en los aspectos que favorezcan su prevención después de los fallidos intentos¹⁸ de atajar el consumo de tabaco. En primer lugar debemos reflexionar sobre ciertas preguntas. ¿Por qué sólo el 15% de los grandes fumadores desarrollan la enfermedad? ¿Por qué mecanismo actúa la ingesta de frutas y verduras en la menor incidencia de la enfermedad?

Una vez conocidos los factores de riesgo mencionados anteriormente, parece oportuno profundizar en el desarrollo de marcadores intermedios para saber así qué personas pueden tener un mayor riesgo. Esta aproximación se obtiene con el conocimiento de la dotación genética de los individuos. Ya hay abundantes estudios de lo que se denomina "epidemiología molecular del cáncer de pulmón" en los que se demuestra la existencia de ciertos genes que, según sea su expresión, pueden favorecer o impedir la enfermedad. Ya existen evidencias de que la combinación de varios de estos genes puede aumentar o disminuir el efecto protector o acelerador en la aparición de la enfermedad¹⁹.

Respecto al tabaco, está claro que se debe prevenir el inicio de su consumo, pues una vez iniciado, el abandono es difícil. Lo más práctico es la concienciación en la escuela antes del comienzo del hábito. Investigaciones recientes plantean la hipótesis de la susceptibilidad de la adicción al tabaco de un porcentaje aún desconocido de fumadores²⁰. Esta susceptibilidad está relacionada con la metabolización de la nicotina por un enzima codificado por el gen CYP2A6, por lo que la expresión de este gen modularía la adicción al tabaco. Mediante este tipo de hallazgos podemos definir individuos en los que el tabaco tendría un efecto más perjudicial que en otros.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Dirección Xeral de Saúde Pública. Análise da mortalidade en Galicia.
- 2.- López-Abente G; Pollán M; de la Iglesia P; Ruiz M. Characterization of the lung cancer epidemic in the European Union (1970-1990). *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1995. 4: 813-820.
- 3.- Muir CS; Nectoux J. International patterns of cancer. In: *Cancer epidemiology and prevention*, 2nd Ed p 141-167. Edited by David Schottenfeld and Joseph F. Fraumeni. Oxford University Press. 1996.
- 4.- Criado Álvarez JJ. Evolución de la mortalidad por cáncer en Castilla-La Mancha (1975-1990). *Oncología*, 1997. 20 (9): 541-550.
- 5.- Zang EA; Wynder EL. Differences in lung cancer risk between men and women: examination of the evidence. *Journal of the NCI*, 1996. 88 (3/4): 183-192.
- 6.- Negri E; La Vecchia C; Franceschi S; Levi F. Patterns of mortality from major cancers in Europe. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1994. 3: 531-536.
- 7.- Wolpaw DR. Early detection in lung cancer. Case finding and screening. *Medical Clinics of North America*, 1996. 80 (1): 63-82.
- 8.- Hecht SS. Carcinogen-derived biomarkers and lung cancer. *Preventive Medicine*, 1996. 25 (1): 7-9.
- 9.- Chacko M; Gupta R. Evaluation of DNA damage in the oral mucosa of tobacco users and non-users by 32P-adduct assay. *Carcinogenesis*, 1988. 9 (12): 2309-2313.
- 10.- Blot WJ; Fraumeni JF. Cancers of the lung and pleura. In: *Cancer epidemiology and prevention*, 2nd Ed p 637-665. Edited by David Schottenfeld and Joseph F. Fraumeni. Oxford University Press. 1996.
- 11.- Ruano Raviña A. Actualización de los factores de riesgo y epidemiología molecular del cáncer de pulmón [Tesina de Licenciatura]. Universidade de Santiago de Compostela. Área de Medicina Preventiva y salud Pública. 1998.
- 12.- Wu-Williams AH; Samet JM. Lung cancer and cigarette smoking. In: *Lung cancer and epidemiology*. Ed by JM Samet. 1994. p 71-108.
- 13.- Muir CS; Nectoux J. International patterns of cancer. In: *Cancer epidemiology and prevention*, 2nd Ed p 141-167. Edited by David Schottenfeld and Joseph F. Fraumeni. Oxford University Press. 1996.
- 14.- The Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Study Group. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers. *The New England Journal of Medicine*, 1994. 330 (15): 1029-1035.
- 15.- Zang EA; Wynder EL. Differences in lung cancer risk between men and women: examination of the evidence. *Journal of the NCI*, 1996. 88 (3/4): 183-192.
- 16.- Ward EM; Burnett CA; Ruder A; Davis-King K. Industries and cancer. *Cancer Causes and Control*, 1997. 8: 356-370.
- 17.- Wu AH; Fontham ETH; Reynolds P; Greenberg R; Buffler P; Liff J; Boyd P; Correa P. Family history of cancer and risk of lung cancer among lifetime nonsmoking women in the United States. *American J of Epidemiology*, 1996. 143: 535-542.
- 18.- Wu-Williams AH; Samet JM. Lung cancer and cigarette smoking. In: *Lung cancer and epidemiology*. Ed by JM Samet. 1994. p 71-108.
- 19.- Nakachi K; Imai K; Hayashi S; Kawajiri K. Polymorphisms of the CYP1A1 and glutathione S-transferase genes associated with susceptibility to lung cancer in relation to cigarette dose in Japanese population. *Cancer Research*, 1993. 53: 2994-2999.
- 20.- Pianezza ML; Sellers EM; Tyndale RF. Nicotine metabolism defect reduces smoking. *Nature*, 1998. 393: 750.

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela.

**Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Correspondencia: Ruano Raviña, A. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. C/ San Francisco s/n. E-mail: mralbert@usc.es



VII Congreso Galaico-Luso-Cubano de Salud Pública

IV Jornadas de la Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública

Santiago de Compostela 3 - 4 de Diciembre de 1999

Declarado de interés científico por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidentes:

Prof. Dr. Juan J. Gestal Otero.
Dr. Leopoldo García Méndez.

Vicepresidentes:

Dra. Montserrat García Sixto.
Dr. Carlos Quintas Fernández.

Secretarios:

Dr. Juan Ramón García Cepeda.
Dra. Lourdes Maceiras García.

Miembros:

Dr. Xoan M. Barros Dios.
Dr. Jesús P. González Comesaña.
Dr. José L. Martincano Gómez.
Dra. Beatriz Placer Iglesias.
Dr. Alberto Losada Martínez.
Dra. Obdulia Ramos Mosquera.
Dr. Luis Rodríguez Míguez.
Dra. Yolanda Rojo Grandío.
Dr. Joan Serra i Manetas.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Prof. Dr. J.J. Gestal Otero.

Secretario:

Dr. Adolfo Figueiras Guzmán.

Vocales:

Dr. Benjamín Abarca Bujan.
Dr. Germán Basoa Rivas.
Dr. Carlos Fernández González.
Dr. Leopoldo García Méndez.
Dr. Edilberto González Ochoa.
Dr. Pedro Guillen Robles.
Dr. Henrique Lecour.
Dr. Pedro Lafuente urdinguio.
Dr. José M. López Abuín.
Dr. Salvador Massano Cardoso.
Dr. Agustín Montes Martínez.
Dr. José Oñorbe de Torre.
Dr. José M. Pereira Miguel.
Dr. Nicolás Rodríguez Vedia.
Dr. Ernesto Smith Chamosa.
Dr. Pablo Vaamonde García.

SECRETARIA CIENTÍFICA

Cátedra de Medicina Preventiva
Facultad de Medicina, Santiago
C/ San Francisco s/n
15705 Santiago

? 981581237 fax 981572282

Distinguido lector:

L e recordamos que los días 3 y 4 de diciembre de 1999 se va a celebrar en la Facultad de Medicina y Odontología el **VII CONGRESO GALEGO-LUSO-CUBANO DE SAÚDE PÚBLICA, IV JORNADAS DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ALUMNOS DE SALUD PÚBLICA**, que organizan a Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública y la Federación Nacional de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública, a través de la Asociación de Alumnos y Máster en Salud Pública de Galicia.

El Congreso estará dedicado al estudio de la Salud Pública, ¿FILOSOFÍA O PRAXIS?, SALUD Y TRABAJO, LA SALUD PÚBLICA EN LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL, LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL CAMBIO DE SIGLO Y HACIA UNA NUEVA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA; está por tanto dirigido a todos los profesionales de Salud Pública y Asistencia Sanitaria.

Habrà Mesas de Comunicaciones abiertas a cualquier tema relacionado con la Salud Pública y Asistencia Sanitaria, en las que te invitamos a participar presentando tus experiencias.

En la confianza de reencontrarnos pronto en Santiago de Compostela, recibe un cordial saludo.

Prof. Dr. J. J. Gestal Otero Dr. Leopoldo García Méndez
Presidentes del Comité Organizador

Estrategias de intervención pública contra el hambre en Navarra (siglos XVI-XX) (I)

Carlos Sola Ayape.*

"La política y la razón están bien distantes de dictar principios con tantos riesgos de ponerse el abasto público de pan en manos de unos miserables panaderos o particulares, que surtirán al pueblo de ese género de primera necesidad en tanto sea conciliable con los fines que les propone su codicia de hacer su propio negocio. Desaparecerá la venta y el amasijo en el momento en que no les resulte ganancia alguna, porque ellos no tratan de otra cosa, y les es por consiguiente indiferente el que esté o no el público abastecido".

AYUNTAMIENTO DE PAMPLONA. AÑO 1804.

1. Etiología del hambre: a modo de introducción

Desde hace tan sólo un par de décadas, el hambre ha comenzado a verse como un fenómeno provocado por la propia acción humana y, en consecuencia, a todas luces evitable. Atrás quedan, al menos así parece, las explicaciones que reducían la etiología de las hambrunas a factores varios como la voluntad divina, las adversidades climáticas o, partiendo de los planteamientos dieciochescos del economista y pastor anglicano Thomas R. Malthus, como meros desajustes cuantitativos entre la población y los recursos alimenticios. Estos argumentos, en su conjunto, formaban parte del llamado enfoque del *Descenso de Disponibilidad del Alimento*, que venía a explicar la existencia del hambre como un déficit de comida: en el caso de las catástrofes climáticas por la caída de la producción y en el caso último de la superpoblación por no aumentar los índices de producción alimenticia al ritmo de crecimiento de la propia especie humana. Así, el origen del hambre se reducía a una cuestión de oferta de alimentos.

Bien es cierto, no hay que recalcarlo, que el hambre es consecuencia directa de la ausencia de alimentos para llevarse a la boca y por ello es necesario preguntarse por las razones que concurren para que en un momento dado se produzca una carestía plena de alimentos. Tradicionalmente, el hambre era vista como ausencia de oferta de alimentos, hasta que en 1981 el economista indio Amartya Sen formulara su "teoría de las *titularidades* al alimento"¹, sin duda, un impulso importante en la evolución del pensamiento sobre las causas del hambre.

Sen vino a demostrar que la hambruna no es provocada por lo general por la falta de comida, sino por la incapacidad de algunos sectores sociales, familias o individuos, de acceder a ella. El hambre, como resultado de la privación del alimento, sería fruto de la incapacidad de quienes la padecen para producir la comida precisa o, en su caso, para adquirirla, entre otras vías, a través de la compra o trueque. A partir del enfoque de Sen, el hambre se nos presenta así, no como un problema de oferta de alimentos en el mercado, sino de demanda de los mismos. Precisamente, el acceso de todo individuo al alimento viene determinado por lo que Sen llamó las *titularidades*, es decir, el conjunto de derechos y capacidades económicas y legales de las que dispone para obtener comida, produciéndola, comprándola o recibéndola como donación. En consecuencia, el hambre se torna así como un problema de poder adquisitivo de los sectores vulnerables, más que de oferta alimentaria en el mercado.

La propuesta de Sen resulta ciertamente interesante por cuanto introduce el factor de la demanda alimenticia dentro en el conjunto de causas que históricamente han venido y vienen provocando el hambre. Esto es, la raíz del hambre no está sólo en el tejado de la oferta de alimentos, tal y como siempre se ha visto, sino que por contra se hace preciso ponderar debidamente el hecho de que una franja de la población se vea imposibilitada para convertir sus necesidades reales en demanda efectiva de alimentos por una simple, pero determinante, falta de capacidad adquisitiva. Dicho de otro modo, en forma de pregunta, para qué se quieren alimentos si no hay dinero para pagarlos. Es como ver la tarta detrás del cristal del escaparate.

El hambre es, por ende, consecuencia del funcionamiento del mercado, bien por las disfunciones provocadas en el capítulo de la oferta, bien por las disfunciones propias de la demanda. Por ello, el fiel de la balanza de la oferta y la demanda se convierte en el verdadero termómetro para diagnosticar toda hambruna. Eso sí, su inclinación hacia un lado u otro es por otra parte consecuencia de situaciones bien diferentes. Del mismo modo en que puede haber alimentos y no haber demanda, puede haber demanda y no haber alimentos. Lo que sí es evidente, y a pesar de ser una obviedad conviene recordarlo, es que el hambre no tiene lugar cuando hay abundancia de bienes y recursos suficientes para su adquisición. El hambre es deudora siempre de la escasez y la pobreza.

Ahora bien, resulta oportuno hacer una precisión importante cuando al hablar del fenómeno del hambre se introduce en el discurso el término "mercado". Más que todo porque es necesario matizar de qué tipo de mercado hablamos, esto es, si nos estamos refiriendo a un mercado libre, autorregulador y por tanto ajeno a injerencias externas, o si por el contrario estamos hablando de un mercado intervenido, condicionado en definitiva por la actuación de los poderes públicos. En el primero de los casos, estaríamos en presencia de un tipo de economía gobernada por los precios de mercado y únicamente por ellos, mientras que en el segundo, desde el poder político se diseñaría un tipo de economía capaz de regular artificialmente los precios, como consecuencia de un intencionado intervencionismo público. La presencia o no de la "mano visible" de la autoridad marcaría un tipo de economía u otra. Y al respecto no hay que indagar demasiado para encontrar el sesgo que definió históricamente al mercado. Una fugaz mirada al pasado es suficiente para comprobar que en Navarra, al igual que en el resto de España, se puso en marcha ya desde la Edad Media un tipo de economía política marcadamente intervencionista y que, como veremos más adelante, sólo en el siglo XIX llegarán adoptarse los principios racionales del liberalismo económico, aunque con ciertas reservas, dicho sea de paso.

Este elenco de valoraciones, someramente bosquejado, ha sido preciso cuando menos para introducir el tema que aquí se propone.

La propuesta que encabeza estas páginas es un pretexto para avanzar un cuadro de reflexiones sobre el problema del hambre en Navarra desde una perspectiva histórica, con el fin de presentar las principales estrategias que los poderes públicos pusieron en marcha para asegurar la certidumbre alimentaria a la población navarra. El hambre en el viejo Reino, y posterior provincia de Navarra, representó siempre un problema político, por lo que la explicación de la misma, como fenómeno histórico larvado en el tiempo, no se entiende sin el análisis del compromiso político.

En un mercado intervenido como fue el navarro, y además durante tanto tiempo, la ausencia o presencia de hambrunas no puede achacarse únicamente a esos desajustes entre la oferta y demanda alimenticias, o a condicionamientos propios del mercado, sino al acierto de estas políticas alimentarias diseñadas y regidas desde los centros de poder.

De hecho, uno no tiene más que acercarse a los repertorios legislativos que nos han llegado hasta nuestros días para percatarse de la importancia que la alimentación y la regulación de los recursos alimenticios cobraron para las autoridades navarras en otro tiempo.

Serán precisamente esas estrategias de afrontamiento contra las periódicas crisis de hambre que jalonaron el pasado histórico el objeto principal de este trabajo. Estrategias para preservar a la población del hambre o, en su caso, para mitigar sus efectos entre los sectores ubicados en los últimos lugares de la jerarquía económica.

Estrategias para descubrir, en suma, que el hambre fue un problema político en Navarra y para poner de relieve la importancia que tuvieron las políticas alimentarias para asegurar a la población el acceso al alimento.

2. El hambre y el sistema alimenticio

No es por casualidad que el hambre sea considerada uno de los clásicos de la cultura mediterránea² y, sin duda, algo más, mucho más, uno de los clásicos de la larga historia de la humanidad.

El hambre y el hombre han formado desde muy antiguo un binomio indisociable. La adaptación al medio siempre ha pasado por la certeza de disponer de una serie de alimentos capaces de asegurar con ciertas garantías la supervivencia.

El hambre no descansa nunca, las ganas de comer son diarias y la ingestión de alimentos debe ser permanente. Es por ello que los modelos alimenticios al uso estuvieran sustentados sobre una serie de actividades garantes del aprovisionamiento de los alimentos, desde la caza o la recolección, pasando por el cultivo, producción o intercambio de bienes necesarios. Modelos alimenticios por otra parte constituidos por una serie de alimentos básicos, por lo general, de fácil adquisición o de fácil conservación. De ahí que las hambrunas, al margen de situaciones coyunturales provocadas, por ejemplo, por guerras, pandemias o depresiones económicas, fueran el resultado de la quiebra de la certidumbre alimenticia, ante la imposibilidad de acopiar esos alimentos base, sustento de la pirámide alimenticia de la gran mayoría. La falta de alimentos alternativos o la ausencia de capacidad adquisitiva para importarlos eran razones suficientes para sumir a poblaciones enteras en el pozo del hambre.

Al referirnos a Navarra, desde la perspectiva histórica con la que se afronta la redacción de estas páginas, hay que decir que el sistema alimenticio giró en torno al consumo de los cereales, principalmente, del primero de los cereales panificables: el trigo. De la molturación de sus granos se obtiene la harina que será materia prima del pan, sin duda alguna, el alimento por antonomasia de todo el Occidente europeo, cuyo protagonismo era ya incuestionable mucho antes de la llegada de los romanos. Desde muy antiguo el pan era ya considerado el alimento base, el soporte nutricional de la población, el símbolo de la civilización. La explicación era bien sencilla: no había ningún alimento alternativo que ofreciera semejante oferta nutritiva por un precio tan económico. En consecuencia, no se debe a la casualidad que pasara a formar parte del universo simbólico del Cristianismo para representar nada más y nada menos que al mismísimo cuerpo de Cristo.

El protagonismo del pan ha llegado hasta nuestros días y en el subconsciente colectivo permanece arraigado ese universo de significados que siempre giró en torno suyo. El pan fue algo más que un alimento, fue el alimento, la garantía de la supervivencia, el seguro de la vida, el mejor escudo protector frente al hambre. Su consumo era diario, ya que no en vano lo que siempre garantizó su valor real fue, como decimos, su gran riqueza nutritiva. Y no hay que olvidar que el valor que se otorga a los alimentos tiene también mucho que ver con una de las funciones básicas a ellos encomendada: "matar" el hambre. Y, claro está, huelga decir que los rasgos característicos de las dietas alimenticias de las sociedades del pasado fueron precisamente su monotonía y su frugalidad. Pocos alimentos sobre las mesas a la hora de comer y raciones ciertamente escasas. De ahí la importancia de contar con un comestible básico que de algún modo asegurara un necesario aporte nutritivo.

Ahora bien, no debemos olvidar que cuando hablamos del pan estamos en presencia de un bien de demanda rígida, es decir, de un comestible imprescindible que se consume y, por tanto, se demanda todos los días. Ese protagonismo, al que hacemos referencia, comporta a la vez una considerable carga añadida: si el pan es necesario, hay que comer pan todos los días, a pesar de su coste. Ello importa la existencia de un nexo de dependencia evidente entre el consumidor y su consumo, en parte debido a la carencia de alimentos alternativos que pudieran suplir su ausencia durante los períodos de carestías o de precios altos.

Cuanto más variada y compleja es una dieta menos vulnerable resulta frente a la escasez transitoria de algún alimento³. Así, como dejó escrito el historiador inglés E. P. Thompson, "cuando el pan es caro los pobres no se pasan a los pasteles"⁴. Huelga explicar su porqué.

Durante los períodos de crisis de subsistencia, el consumo de pan por lo general no descendía por más que aumentara su precio. Sucedió entonces una concentración del gasto en su adquisición en detrimento de la compra de otros bienes superfluos o, cuando menos, no tan precisos.

Aunque no hay que olvidar, tal y como reseña Pérez de Armiño, que

“cuando la escasez existe, el mecanismo desencadenante del hambre sigue siendo la pérdida de titularidades de intercambio: la escasez provoca el alza de los precios de los alimentos, por lo que desciende el poder de compra de los pobres”⁵.

Ahora bien, al margen del pan o los pasteles, el problema del alimento se hacía insostenible cuando ya no había más recursos para comprar y las necesidades dejaban de convertirse en demanda. De ahí la expectante y permanente mirada hacia la evolución de las cosechas. Una buena cosecha en el verano era garantía de un buen abasto, mientras que un importante descenso del grano trillado tras la siega era sinónimo de escasez, de incertidumbre y de hambre.

Es decir, que la certidumbre alimenticia de los hombres y mujeres en ese pasado no tan lejano dependía en grado sumo del arbitrario comportamiento de las cosechas. Una crisis de subproducción era el presagio inmediato de una crisis de subsistencia. Y, claro, un sistema de transporte rudimentario, lento y costoso, un estado de la red viaria que dificultaba y alargaba en exceso los acarreos, y, en definitiva, una escasa vertebración del mercado hacían que las malas cosechas fuesen presagio de dificultades y de hambre.

Ahora bien, y como antesala al siguiente epígrafe, nos debemos preguntar hasta qué punto esas crisis de subproducción, tan frecuentes por otra parte a lo largo de la Historia, eran las únicas causantes del hambre. Bien es cierto que en economías atrasadas, como la nuestra hasta hace unas décadas, las disfunciones del mercado devengaban en incertidumbres alimentarias permanentes.

Pero la pregunta obligada es hasta qué punto el hambre en el pasado fue un problema de producción de alimentos o, a la vez, de demanda de los mismos por parte de esa franja de población con escasa capacidad adquisitiva; hasta qué punto el hambre fue un problema de productor, de comerciante o de consumidor, o, hasta qué punto las autoridades gobernantes, el poder ejecutivo en definitiva, repartido en sus diferentes instancias, tuvo su parte de responsabilidad en el fenómeno de las hambrunas.

Al respecto, Josep Fontana escribió un día, y no le falta razón, que “los efectos de las hambrunas sobre la población no dependió únicamente del resultado de las cosechas, sino también, y sobre todo, de la efectividad de los programas públicos de ayuda y de la disponibilidad de reservas”⁶. Programas públicos, disponibilidad de reservas, en definitiva, políticas de previsión, diseño de estrategias de afrontamiento para luchar contra el hambre. El hambre también fue un problema político, tal y como veremos en el siguiente apartado.

* Departamento de Geografía e Historia de la Universidad Pública de Navarra.



VIOLENCIA, NARCOTRÁFICO Y SALUD COMUNITARIA EN RÍO DE JANEIRO: EL MORRO DEL ADIÓS

Julio Alberto Wong Un.*

Este relato, como otros, parte de la convicción que una forma de transformar el mundo es nombrarlo. Que mostrar lo invisible o lo que es cuidadosamente ocultado por los medios de comunicación puede ser lo *diferente* que estamos buscando y no podemos imaginar.

Un año en la región carioca de la Leopoldina:

Aprender, sorprenderse, dejarse transformar: todas son tareas difíciles para el profesional de salud; más aun si fue formado como médico occidental/científico. Así, es un esfuerzo constante reconstruirse a partir del mundo; más aun, es un destino que nos desafía.

No sé si es más fácil escribir a partir de las memorias o a partir de las inmediateces, las cosas vividas recientemente. A veces creo que es más difícil la cercanía de las cosas, enfrentar el mundo, hacernos santos en medio del caos.

Hace más o menos un año comencé a apoyar una investigación que mapeó experiencias solidarias y de auto-ayuda en la Región Norte de Río de Janeiro, la Leopoldina, una de las zonas que concentra mayor cantidad de favelas, industrias y sufre más de pobreza y de la violencia policial y del narcotráfico.

La idea central de la investigación es que hace ya mucho tiempo que se realizan estas experiencias, probablemente siglos. Sin embargo, el contexto actual de globalización, y legitimación del egoísmo individualista las hace de una importancia mayor y les da una dimensión política que antes era, digamos, de otro tipo.

La práctica cotidiana, las lógicas de actuar de las organizaciones -sean de pobladores, de iglesia, o de ONGs- van creando permanentemente modos de actuar en salud que son distintos a los oficiales y que pueden o deberían modificar estos últimos *modos*. Esas lógicas de acción colectiva, o métodos sanitarios incluyen formas distintas de entender *planificación, democracia, trabajo en equipo, participación, etc.*

Pero lo que quiero aquí es contar un cuento y no llenar a los/as lectores/as de conceptos que - imagino con esperanza- son innovadores. Escribamos, pues.

El ojo del padre que todo vigila: el morro del adiós, el trabajo de salud comunitaria y el narcotráfico...

Me cuentan los amigos de la Leopoldina que hace unos años en una reunión entre autoridades y pobladores, discutiendo en qué lugar del Complejo del Alemán [conjunto de favelas cariocas que puedo ver ahora a lo lejos desde la ventana del CEPTEL, desde donde escribo] se debería construir el Centro de Salud para que atienda a las varias favelas, los dirigentes comunales y los técnicos de la Secretaria Municipal de Salud no se ponían de acuerdo... "Tiene que ser aquí, esta en el centro de la región, decía uno" "No. Hay una pared aquí" "Entonces, cerca a la Iglesia, que todos visitan". "No, hay otra pared". Y así continuó la discusión por más de tres horas sin que los participantes llegaran a algún acuerdo. Resultado final: hasta hoy, después de por lo menos cinco años no hay acuerdo sobre la ubicación de un posible Centro de Salud.

Esa vez, volviendo de la reunión, atravesando el Complejo del Alemán, María Lúcia, una médica que venía de la Bahia, preguntó intrigada: "Nunca supe de Morros con tantas paredes que separen las favelas... ¿Qué es eso?". Un dirigente sonrió, esperó y siguió caminando; luego de salir de la favela le dijo: "Doctora, las paredes son los fusiles de los narcotraficantes. En estas favelas hay grupos de traficantes enemigos. No se puede ir de un lado a otro. Así no vamos a tener Centro de Salud. Los de una favela no podemos ir a la otra". Eso me lo contaron después.

Pero el lunes que tomé el ómnibus en la Avenida Presidente Vargas (ruta 312 - Ramos) estaba *naive* y estaba inocente y estaba también tranquilo. La tranquilidad de la ignorancia.

Tranquilo es una disimulación. No habiendo visitado aun barriadas cariocas, uno esta lleno de mitos, temores, máscaras, inventos. La salida es pensar en el paisaje. No pensar en el miedo. Es como cuando los guerrilleros de Sendero Luminoso visitaban el pequeño centro de salud donde yo era -casi adolescente- jefe médico, en la sierra del Perú.

El ómnibus me dejó frente a una fábrica imponente, llena de tierra y vidrios rotos. Cruzando la avenida me esperaba Inaldo, mi compañero de investigación, experto en subir a los morros. Inaldo es un psicólogo nordestino, alegre y pragmático, que ha desarrollado toda una forma de “subir” a los morros, durante los últimos veinte años. Estrategia de *cangaceiro*, habilidad táctica de cazador esperando siempre lo inesperado.

Lo que más *llena el ojo*, como dicen en el Norte del Perú, del camino de entrada a la favela del Morro do Adeus son las pequeñas iglesias evangélicas dispersas y camufladas en casitas y en garajes convertidos en salitas de culto.

Entrar en una favela es sentirse tragado. Se imagina uno que existe cierta voluntad propia que mueve la favela en una dirección impredecible, cambiante, no sujeta a leyes naturales ni políticas. La visita de ese día confirmaría en parte este argumento.

Saliendo de las calles más anchas subimos por algunas de las innumerables escaleras que llevan a las también innumerables casitas y a algunos pocos vecinos (a esa hora, 9 a.m., todos habían salido a trabajar o a estudiar). Tebas debió ser más simple. Estrecheces empinadas. Una sensación de ojos observándonos.

Conversamos inicialmente con los dirigentes y agentes comunitarios de salud. Poca información nueva. Un primer contacto. Imposible pedir más. Ya la sonrisa y el estrechar de manos eran un objetivo cumplido.

A mí, extranjero, nuevo en la zona, me impresionó la dificultad para trabajar todo. Todo lo que sea comunitario. Me asustó la naturalidad de colocar el poder del tráfico como decisivo.

Sin embargo, es el cotidiano de estas personas. No es un problema para ellos sino una condición de vida. Vivir con



ello, con la violencia y en la pobreza. Y aun así plantear y realizar trabajos comunitarios, recojo de basura, uso de plantas medicinales, hacer deporte, gimnasia para ancianos. Asombroso.

Al salir, Inaldo me dijo: “estaba todo misteriosamente tranquilo. Ni policía ni traficantes”. Pero ellos nos siguieron en cada escalerita, en cada pasaje estrecho. Ya saben quiénes somos y a qué venimos. Dos visitas más y ellos saldrán a darnos la bienvenida. Eso hasta que cambie el jefe del morro, por muerte o prisión.

¿Salud comunitaria? Hay que aguzar al máximo los sentidos para percibir movimientos invisibles, encubiertos, como lógicas de refugiados de guerra. Es la afirmación de la solidaridad en medio de la muerte.

Un año después:

La visita fue realizada en noviembre del 96. Hoy, muchas cosas cambiaron; cambió el jefe del tráfico de drogas, Uê, que esta preso en cárcel de oro; cambió los líderes de la comunidad que tuvieron que huir a partir de unas denuncias falsas que decían que ellos apoyaban al tráfico.

Y permanecen ciertas cosas igual: el gobierno no se interesa por crear el servicio de salud; los agentes de salud continúan su trabajo escondido... todo igual y todo distinto. Los códigos de verdad son poco importantes... algo permanece y algo cambia.

Conversé hace unas semanas con una de las agentes de salud; al preguntarle si uno de los líderes estaría involucrado con el tráfico, ella respondió rápido y bajito: ¿quién no esta con el tráfico? Tú, yo, todos. El tráfico es el aire. Y volvió a conversar de su trabajo de salud.

*Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL)

Correspondencia: E-mail: jwong@fns.gov.br

REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA UN PROCEDIMIENTO EXCEPCIONAL DE ACCESO AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA (R.D. 1497/1999 de 24 de septiembre).

Artículo 1. Requisitos de acceso al título de Médico Especialista

1- Los españoles y los nacionales del resto de los Estados miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, que hubieran obtenido el título español de Licenciado en Medicina o el reconocimiento u homologación a aquél de un título extranjero, podrán acceder, por una única vez, al título español de Médico Especialista por el procedimiento excepcional regulado en esta norma si a la entrada en vigor de la misma acreditan los siguientes requisitos:

a) Haber completado un ejercicio profesional efectivo como Médico, dentro del campo propio y específico de una Especialidad durante un periodo mínimo equivalente al 170% del periodo de formación establecido para la misma en España.

b) Poseer una formación especializada equivalente a la establecida para la Especialidad, de acuerdo al Programa vigente en su momento, realizada en Servicios o Unidades de dicha Especialidad, cuyo carácter formativo queda reconocido excepcionalmente mediante este R.D. a sus exclusivos efectos, en Centros sanitarios públicos o integrados en el Sistema N.S., o acreditados para la docencia o, en las Especialidades del Apartado segundo del Anexo del R.D. 127/1984, de 11 de enero, conjuntamente en centros sanitarios de tales características y en centros universitarios.

Será asimismo, válida la formación adquirida en Servicios o Unidades concertados con el Sistema Nacional de Salud, cuando el concierto incluya la Especialidad solicitada por el aspirante.

Siempre que la formación se haya desarrollado bajo una relación profesional retribuida en el ámbito de la Especialidad, el tiempo de la misma será computable a efectos del cumplimiento del requisito de ejercicio profesional previsto en el apartado a).

c) Cuando se trate de las Especialidades incluidas en el Apartado tercero del Anexo del R.D. 127/1984, de 11 de enero, no será exigible que el ejercicio profesional se hubiera desollado en Centros o Instituciones Sanitarias ni que la formación se hubiera obtenido en Centros sanitarios de las características indicadas.

2.- Los interesados sólo podrán solicitar un único título de Médico Especialista al amparo del procedimiento establecido en esta norma.

Artículo 2. Solicitudes de expedición del título.

1.- Quienes reúnan los requisitos previstos en el artículo anterior podrán solicitar la expedición del título de Médico Especialista mediante instancia dirigida a la Secretaría de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo, del M. Ed. y Cult.

2.- La solicitud podrá presentarse en los Registros de los Servicios Centrales o Territoriales del Ministerio de Educación y Cultura y en los demás Registros y oficinas a que se refiere el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, dentro del plazo de seis meses, a contar desde la entrada en vigor de este R.D..

3.- A fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos a que se refiere el artículo anterior, la solicitud se acompañará de la siguiente documentación.

a) Título de Licenciado en Medicina o certificación acreditativa de haber solicitado su expedición,

b) Currículum del solicitante, en el que se detallarán las actividades profesionales y formativas del interesado en el ámbito de la Especialidad.

c) Certificaciones de los Jefes de Servicio o responsables de las unidades asistenciales de la Especialidad solicitada, con el visto bueno del Gerente o representante legal del Centro sanitario, acreditativas del ejercicio profesional efectivo, dentro del campo propio y específico de la Especialidad, exigido en el artículo 1.1.

Cuando la Especialidad solicitada sea una de las relacionadas en los

Apartados segundo y tercero del Anexo del R.D. 127/1984, de 11 de enero, y el interesado no preste servicios en un centro sanitario, la certificación que se cita en el párrafo anterior procederá del responsable de la Unidad a la que esté adscrito el solicitante, con el visto bueno del máximo responsable del Centro directivo o entidad donde se hubieran prestado los servicios,

d) Certificaciones de los Gerentes o representantes legales de los centros acreditativos de la existencia de una relación profesional retribuida durante el periodo de ejercicio profesional exigido en cada caso; en dicha certificación se especificará asimismo, la Especialidad a que dicho ejercicio se refiere, las fechas de inicio y finalización del mismo y la adscripción efectiva del interesado a la Unidad.

e) Títulos, diplomas, certificaciones o informes pormenorizados de las actividades de formación especializada, en los que consten las materias sobre las que versaron, su duración, y las actividades desarrolladas, expedidos por los órganos correspondientes de los Centros unitarios o universitarios. Cuando tales documentos hayan sido expedidos por Centros unitarios de titularidad privada, deberá acreditarse su carácter de Centro integrado o concertado con el Sistema Nacional de Salud o de Centro acreditado para la docencia mediante diligencia expedida por el órgano competente de la correspondiente Administración Pública.

Los firmantes de las certificaciones mencionadas en los párrafos anteriores asumirán la responsabilidad que legalmente les corresponda en el supuesto de que se acredite falsedad en el contenido de las mismas.

4.- Los documentos a que se refiere el párrafo a) del número anterior deberán presentarse en copia compulsada, expedida por fedatario público o por el personal de los Registros citados en el número 2, en este último caso previa presentación del documento original y de una copia en la que se hará constar diligencia identificando el nombre del órgano y del funcionario que la expide. El resto de la documentación podrá presentarse en original o copia compulsada expedida en la forma antes indicada.

5.- Las solicitudes serán tramitadas por la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica del Ministerio de Educación y Cultura de acuerdo con el procedimiento general establecido en la Ley 30/1992, con las peculiaridades que se establecen en este R.D..

6.- La Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica remitirá los expedientes de las solicitudes presentadas a una Comisión Mixta compuesta por el Secretario de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo, el Subsecretario de Sanidad y Consumo y otros dos miembros, que serán designados por cada una de las autoridades antes indicadas.

7.- La Comisión Mixta, a la vista de la documentación presentada, resolverá la admisión o exclusión de los aspirantes. Sólo podrán ser excluidos por la Comisión Mixta los solicitantes que no acrediten el ejercicio profesional exigido en el artículo 1.1.a), o que no hubieran completado la documentación requerida en los supuestos previstos en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

En caso de duda sobre la admisión de la documentación presentada, la Comisión Mixta podrá solicitar informe a la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente

La resolución de la Comisión Mixta por la que se declaren admitidos o excluidos a los aspirantes, será debidamente notificada a los interesados y pondrá fin a la vía administrativa.

8.- La Comisión Mixta formará para cada una de las Especialidades, una relación con los solicitantes que pueden acceder al procedimiento de evaluación previsto en el artículo siguiente. Esta relación será trasladada al Tribunal evaluador de cada una de las Especialidades en el plazo máximo de seis meses desde la finalización del plazo de presentación de instancias.

Artículo 3. Prueba teórico-práctica y evaluación de la actividad profesional y formativa de los aspirantes,

1 - La Secretaría de Estado de Educación, Universidad Investigación y Desarrollo y la Subsecretaría de Sanidad y Consumo designarán, conjuntamente y para cada una de las Especialidades Médicas, un Tribunal evaluador compuesto por cinco expertos, especialistas titulados, La designación de los miembros del Tribunal y de sus suplentes se hará de acuerdo con los siguientes criterios:

a) El Presidente y dos vocales del Tribunal se designarán entre quince especialistas propuestos por la correspondiente Comisión Nacional, de los cuales un tercio deberán ser miembros de Comisiones de Docencia de Centros acreditados.

b) Un vocal se designará entre cinco especialistas propuestos por las S. Científicas de ámbito estatal de la Especialidad correspondiente.

c) Un vocal se designará entre cinco especialistas propuestos por la Organización Médica Colegial.

d) Las funciones de Secretario del Tribunal, que tendrá voz pero no voto serán desempeñadas por un funcionario destinado en la subsecretaría de Sanidad y Consumo.

2.- La evaluación será el resultado de la valoración conjunta de una prueba o examen teórico-práctico, única y general para cada Especialidad, a la que habrán de someterse todos los solicitantes, y del currículum profesional y formativo del interesado que, en su caso, deberá ser defendido por el mismo en sesión oral cuando así lo requiera el Tribunal.

La valoración curricular y el desarrollo de la prueba o examen se llevará a cabo por el Tribunal de cada Especialidad, conforme a criterios comunes sobre formato, contenidos de las pruebas, garantías y calificación, que fijará la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, a propuesta del C. N.I de Especialidades Médicas mediante Resolución que se publicará en el BOE para conocimiento de los interesados.

3 - Tras la valoración de la prueba o examen y del currículum profesional y formativo, el Tribunal calificará a los aspirantes de aptos o no aptos.

La calificación otorgada se comunicará al Ministerio de Educación y Cultura, que resolverá la solicitud del interesado conforme a dicha calificación. La Resolución que otorgue o deniegue el título de Especialista se notificará al interesado y pondrá fin a la vía administrativa.

Disposición adicional primera. Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

El acceso excepcional al Título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria se regulará por sus disposiciones específicas. Sin que sean de aplicación las normas de este R.D..

Disposición adicional segunda. Acceso a plazas de Facultativos Especialistas del Sistema Nacional de Salud.

En la fase de concurso de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de F. Especialistas, la antigüedad como Especialista de quienes hayan accedido al título al amparo de lo previsto en el presente R.D., se computará desde la fecha de obtención de dicho título.

Disposición adicional tercera. Títulos de Médico Especialista expedidos conforme al artículo 5.6 del R.D. 127/1984.

Quienes hayan obtenido un título de Médico Especialista sin validez profesional en España al amparo de lo previsto en el párrafo segundo del artículo 5.6 del R.D. 127/1984, de 11 de enero, podrán solicitar la expedición de dicho título con plena validez profesional, siempre que hayan obtenido u obtengan la nacionalidad española, o de cualquier Estado miembro de la UE o del Espacio Económico Europeo.

Las solicitudes de expedición del título, amparadas en lo previsto en el párrafo anterior, se presentarán ante la Secretaría de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo, y se tramitarán conforme al procedimiento general establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Disposición adicional cuarta. Títulos de Especialistas extranjeros no homologados.

Los españoles y los nacionales de los Estados que hayan tenido o tengan una particular vinculación con España, que residan en el territorio nacional a la entrada en vigor del presente R.D. y que se encuentren en posesión de un título oficial de Médico Especialista expedido en uno de dichos Estados y no homologado en España podrán acceder al título español de Médico Especialista de la misma Especialidad por el procedimiento provisto en los artículos 1 a 3 de esta norma. Sin perjuicio de la valoración por el Tribunal de la Formación especializada que en cada caso se acredite, la posesión del un título oficial de Médico Especialista de los previstos en el párrafo anterior, acreditará que el interesado cumple el requisito establecido en el artículo 1.1 b) de este R.D.,

Disposición adicional quinta. Nueva redacción del artículo 5º.6, del R.D. 127/1984, de 11 de enero.

El apartado 6 del artículo 5º del R.D. 127/1984, de 11 de enero, queda redactado de la siguiente forma:

"6. Podrán concurrir a la prueba los nacionales de Estados no miembros de la Comunidad Europea o del Espacio Económico Europeo, siempre que exista Convenio de cooperación cultural entre España y el país de origen, que estén en posesión del título español de Licenciado en Medicina o de título extranjero homologado por el Ministerio, de Educación y Cultura. La Comisión Interministerial señalará en la oferta el número de plazas que podrán adjudicarse a los aspirantes de este grupo que hayan obtenido en la prueba selectiva puntuación total individual suficiente para solicitar la asignación, sin que dicho número pueda exceder del 10% del total de las convocadas en el sector público.

En el supuesto de que existieran plazas docentes acreditadas que no fuesen dotadas económicamente por criterios de planificación o limitaciones presupuestarias, se dedicarán dichas plazas a facilitar formación continuada o complementaria a profesionales titulados".

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

1.- Queda sin efecto el sistema excepcional de acceso al título de Médico Especialista establecido por el Red Decreto 1776/1994, de 5 de agosto, por el que se regula el acceso a la titulación de Médico Especialista a determinados Licenciados en Medicina y Cirugía. Ello no obstante, las solicitudes presentadas con anterioridad a la entrada en vigor de este R.D. se tramitarán y resolverán conforme a lo previsto en aquella norma y en la Orden de 14 de diciembre de 1994, que lo desarrolla, salvo que los interesados soliciten expresamente la tramitación de su solicitud por el procedimiento previsto en este R.D..

2.- Quedan derogadas cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en este R.D.

Disposición final primera. Normas de desarrollo.

Se autoriza a los Ministros de Ed. y Cultura y Sanidad y Consumo para proceder, conjuntamente o en el ámbito de sus respectivas competencias, a desarrollar lo previsto en el presente R.D..

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

Este R.D. entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOE.

ÍNDICE KAPPA

Para valorar el grado de acuerdo o desacuerdo entre 2 observadores o la variabilidad de las mediciones entre 2 observadores, hay distintos métodos de acuerdo con la naturaleza de las variables consideradas, si se trata de una variable cualitativa o nominal, dicotómica, el método más sencillo y utilizado es el Índice kappa o test de concordancia, que cuantifica la variación entre 2 observadores o su concordancia.

Supongamos que queremos estudiar la concordancia entre 2 radiólogos, a los cuales se les pasa 100 radiografías (las mismas a los dos) para que diagnostiquen si son normales (diagnóstico negativo) o anormales (diagnóstico positivo).

El primer radiólogo (R_1) después de estudiar las 100 radiografías, diagnostica como positivas (R_1^P) a 30 radiografías y como negativas a 70 (R_1^N).

El segundo radiólogo (R_2) después de estudiar las 100 radiografías, diagnostica como positivas (R_2^P) a 35 radiografías y como negativas a 65 (R_2^N).

Al comprobar nosotros los resultados observamos que ambos radiólogos ($R_{1,2}$) coinciden, catalogando como diagnóstico positivo ($R_{1,2}^P$), en 20 radiografías y, catalogando como diagnóstico negativo ($R_{1,2}^N$), en 55 radiografías.

Para cuantificar la concordancia entre ambos radiólogos, vamos a utilizar el Índice Kappa o test de concordancia, para lo cual aplicaremos las siguientes fórmulas:

Índice de concordancia observado: $\text{Diagnósticos coincidentes } (R_{1,2}^P + R_{1,2}^N) / \text{total}$

Índice de concordancia esperado:
$$\frac{(R_1^P * R_2^P / \text{total}) + (R_1^N * R_2^N / \text{total})}{\text{total}}$$

Índice Kappa:
$$\frac{\text{Índice observado} - \text{Índice esperado}}{1 - \text{Índice esperado}} * 100$$

Índice kappa: < 40 % Mala concordancia, entre 40 y 75 % buena concordancia y > 75% muy buena concordancia

Tabulando los datos y aplicando las fórmulas:

	R_1^P	R_1^N	total	IC observado = $(R_{1,2}^P + R_{1,2}^N) / \text{total} = 75/100 = 0,75$
R_2^P	20	15	35	IC esperado = $\frac{(R_1^P * R_2^P / t) + (R_1^N * R_2^N / t)}{100} = 0,56$
R_2^N	10	55	65	
total	30	70	100	I Kappa = $\frac{\text{IC obs.} - \text{IC esp.}}{1 - \text{IC esp.}} * 100 = 43,18\%$

El Índice Kappa o test de concordancia es de 43,18%, por lo que podemos afirmar que entre ambos radiólogos existe una buena concordancia.

(¿Sabéis que hacen un dermatólogo y un oftalmólogo mirando una radiografía?)
[respuesta: un estudio a doble ciego]