

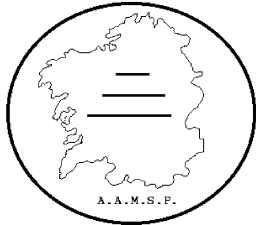
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 3

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Octubre 94



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTERS EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

¿QUÉ, CUÁNDO Y CÓMO?

Para valorar la situación actual de la Atención Primaria es conveniente evitar, en lo posible, cualquier tipo de corporativismo, análisis partidista y crítica fácil, que condicione nuestra objetividad.

Puntualizado esto, hay que remontarse al I Congreso Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrado en Alma Ata en 1977, bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF, al que asistieron representantes de 140 países.

Desde entonces se ha discutido si las conclusiones a las que se llegó, eran más adecuadas para países en vías de desarrollo que para países desarrollados, ya que en estos los ciudadanos cobran cada vez más protagonismo, y por lo tanto demandan más participación en la toma de decisiones, más y mejores servicios, posibilidad de elección entre distintas opciones y exigen responsabilidades.

Basándose en las directrices de Alma Ata, el Gobierno Español emprende la reforma de la Atención Primaria. Una reforma que se centra más en la búsqueda de un "nuevo" profesional, que en la reforma de la estructura organizativa del INSALUD y de los planes de estudio de la carrera de medicina, más propios ambos de los años 40 que de finales de siglo. Teniendo en cuenta que las tasas de morbi-mortalidad se equiparan a las de los países de nuestro entorno a partir en la década de los 70, es lógico pensar que la capacidad de nuestros profesionales fuese similar a la de ellos. Por el contrario se produce un incremento progresivo y desmesurado del gasto que cuestiona el actual Sistema Sanitario, con unas estructuras de administración y gestión totalmente ineficientes.

Una reforma además que no se ha desarrollado por igual

SUMARIO

EDITORIAL.....	pág. 1
Tuberculosis: ESTUDIO DE CONTACTOS.....	pág. 3
F. 1000: Prevención utopía y optimismo..	pág. 5
Lectura de los estudios observacionales....	pág. 9
Intervenciones médicas en Salud Pública...	pág. 13
Cursos/Congresos...	pág. 14
Atención de Urgencias en Galicia.....	pág. 15
Estudio demográfico y vital de Silleda... .	pág. 19
Gerencias de Atención Primaria.....	pág. 21
MAPA SANITARIO GALLEGO (II).....	pág. 23

en todas las Comunidades Autónomas, y que el caso de Galicia no llega a tener una cobertura del 30% de la población.

En Galicia nos encontramos ante una estructura sanitaria excesivamente burocratizada, lenta en la toma de decisiones y en su ejecución, y que cuando se toman parecen más encaminadas a dar respuesta a las presiones corporativas y al clientelismo político que a la población y a los sanitarios en general. Decisiones que han llevado al enfrentamiento y a la desconfianza entre los distintos colectivos de la sanidad gallega. Así encontramos médicos de familia, médicos de zona, médicos de APD, médicos de urgencias, y en algunos municipios a los médicos del todavía no transferido Instituto Social de la Marina, todos ellos con sueldos, horarios y recursos diferentes, y muchas veces en el mismo centro sanitario. Es una gestión sanitaria más encaminada al recorte presupuestario que al control y optimización de los recursos, con escasa capacidad de control del gasto farmacéutico y del gasto ocasionado por las I.L.T. y con nula capacidad de autogestión en los servicios sanitarios.

Una reforma, además, que en muchas ocasiones se limita al cambio de nombre y en el mejor de los casos a la entrada en funcionamiento de un nuevo local, pero sin que redunde en una mejora y agilización del sistema sanitario.

Ante la lentitud e incertidumbre de la reforma de la Atención Primaria, los profesionales están más preocupados por su estabilidad laboral que por la misma reforma, y sobre todo cuando empieza a oírse la palabra privatización. Existe una legislación laboral que no permite adecuar las plantillas a las necesidades reales y a las exigencias demográficas de la comunidad. La falta de solución al elevado porcentaje de interinidades ha generado incertidumbre y desconfianza hacia la administración y recelo entre los distintos colectivos de la sanidad.

Por todo ello creemos conveniente que la administración manifieste de forma clara, que la reforma quiere hacer, como se articulará y en que plazos la va a llevar a cabo.

Dicha reforma, tan sólo será posible si, el modelo organizativo se apoya en cuerpos de dirección, gestión y administración profesionalizados.



APUNTES DE SALUD PÚBLICA®
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTERS EN SALUD PÚBLICA.
OCTUBRE 1994 N° 3

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

EDITA: A.A.M.S.P.
c/ Hórreo 174 -3ºF -SANTIAGO-
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
Resto: Tórculo S.A.
DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
ISSN: 1134-055X
Tirada: 150 ejemplares

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

Tuberculosis: Estudio de contactos

Dr. José Fernández Naveiro

RESUMEN

Se estudian los contactos próximos (N= 1974) de 459 enfermos diagnosticados de tuberculosis activa durante el período 1980-90. La media de contactos por caso fue de 4,3.

El 41,2 % de las pruebas de la tuberculina realizadas fueron positivas. 21,7 % del total de convivientes chequeados iniciaron pauta de quimioprofilaxis.

Se detectaron 115 casos (5,8 % del total de convivientes) nuevos de tuberculosis.

Se insiste en la necesidad de estudiar los contactos próximos de los pacientes con tuberculosis activa a fin de detectar precozmente el estado de infección tuberculosa.

INTRODUCCIÓN

La situación actual respecto a la tuberculosis obliga a los servicios sanitarios a mantener el estado de alerta y abordar el problema desde sus tres aspectos básicos: diagnóstico temprano, tratamiento correcto y quimioprofilaxis.

Al ser una enfermedad infecciosa y dada su capacidad contagiante, el estudio de los contactos resulta una actividad particularmente útil en la detección tanto de nuevos casos de enfermedad como de infección tuberculosa, lo que, sin duda, contribuye a romper la cadena epidemiológica de transmisión de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian los contactos próximos (fundamentalmente familiares y convivientes residentes en el mismo domicilio) de 459 enfermos diagnosticados de tuberculosis durante el período comprendido entre 1980 y 1990, considerados casos-índice, lo que nos ha llevado a controlar a 1974 contactos (media de 4,3 contactos por caso índice).

A todos ellos se les aplicó nuestro protocolo de estudio. Se practicó PPD mediante inyección intradérmica en cara anterior del antebrazo de 0,1 ml (2 UT) de PPD RT-23. La lectura se realizó a las 48-72 horas, midiendo el diámetro transversal de la induración. Se consideró positiva la induración igual o superior a 10 mm.

Se solicitó a todos los pacientes el antecedente de vacunación previa con BCG y se buscó la cicatriz característica de la vacuna.

En el caso de que la lectura de la prueba fuera positiva se practicaba radiografía de tórax y si ésta era patológica, se derivaba para proseguir el estudio. Si la radiografía era normal, y menores de 35 años, se iniciaba

quimioprofilaxis secundaria con isoniacida (300 mgr/día) durante 6 meses.

En caso de que el PPD fuera negativo se iniciaba quimioprofilaxis primaria en los contactos de enfermos bacilíferos menores de 25 años: en éstos el PPD se repitió a los 2-3 meses y si se mantenía negativo se suspendía la quimioprofilaxis.

En caso de conversión tuberculínica se proseguía la pauta de quimioprofilaxis hasta 6-9 meses, previa comprobación de ausencia de enfermedad activa.

Debido a la estructura socio-demográfica del área de influencia de nuestro Hospital, la mayoría de los individuos estudiados habitan el medio rural (63,5 %), siendo el 5,2 % de procedencia semiurbana y el 31,3 % de habitat urbano.

La distribución de la serie por sexo presenta predominio femenino (59,8 %).

En cuanto a la localización de la lesión tuberculosa en los casos índices es, por orden de frecuencia, como sigue: Tb pulmonar (69,7 %); Tb pleural (13,8 %); Tb ganglionar (5,7 %); Meningitis Tb (3,2 %); otras (digestiva, renal, miliar) (7,6 %).

RESULTADOS

1.- Resultados de la prueba de la tuberculina

En la primera determinación del PPD, del total de 1974 convivientes estudiados, el 41,2 % fueron positivos.

Por edad el porcentaje de positivities a la prueba de la tuberculina fue: 29,8 % en los individuos menores de 20 años; 42,5 % entre los 20 y los 35 años; 51,4 % en los mayores de 35 años. La prevalencia de infección aumenta significativamente ($p < 0,001$) al aumentar la edad, no observándose diferencias por sexo.

2.- Quimioprofilaxis

Se indicaron 429 (21,7 % del total de convivientes) pautas de profilaxis con Isoniacida de las que 136 (31,7 %) correspondieron a quimioprofilaxis primaria, con una duración de 3 meses, y 293 (68,3 %) quimioprofilaxis secundaria (6-9 meses de duración).

Indicación de quimioprofilaxis por edad: recibieron quimioprofilaxis el 29,8 % (231/776) de los menores de 20 años, el 23,7 % (129/545) de los comprendidos entre 21 y 35 años y el 10,6 % (69/653) de los mayores de 35 años.

Porcentajes de cumplimiento de la quimioprofilaxis por edad: El 46,0 % de los menores de 20 años cumplieron la pauta establecida. El porcentaje de cumplimiento desciende al 32,3 % en los convivientes comprendidos entre 21 y 35 años, y al 29,4 en los mayores de 35 años. Se observa que el grado de cumplimiento es mayor en las edades más jóvenes ($p < 0,05$).

En total se detectaron 115 nuevos casos de tuberculosis, 5,8 % de todos los convivientes estudiados. Clínicamente 78,8 % de las formas secundarias fueron en forma de tuberculosis pulmonar; 6,5 % cursaron con afectación pleural y 4 % en forma de tuberculosis ganglionar.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestra evaluación confirman la vigencia de la endemia tuberculosa en nuestra área. Un 41,2 % de los contactos estudiados mantienen un estado de infección tuberculosa puesta de manifiesto por la positividad de la prueba de PPD.

En 5,8 % de los contactos estudiados se

objetivó la presencia de enfermedad tuberculosa lo que constituye un alto índice de enfermedad descubierta en comparación con estudios realizados en otros países aunque similares a los hallados en otras zonas geográficas de nuestro estado.

Debemos mantener la vigilancia epidemiológica de la infección tuberculosa y potenciar las actividades dirigidas hacia el control de la endemia tuberculosa que siempre deben incluir los tres puntos fundamentales de la lucha antituberculosa: el diagnóstico precoz y correcto, el tratamiento temprano de los casos de enfermedad activa y la correcta indicación de la quimioprofilaxis, mediante el estudio exhaustivo de los contactos próximos y convivientes de los enfermos diagnosticados de tuberculosis.

La investigación de contactos debe hacerse estableciendo "círculos concéntricos" alrededor del foco, dando preferencia al más interno e interrumpiendo el examen a partir del círculo que ya no muestre infectados.

Es preciso llamar la atención sobre la necesidad de crear y mantener un sistema eficaz de información sanitaria que posibilite cuantificar la magnitud exacta del problema y su evolución.

BIBLIOGRAFÍA

Casanova J. "Infección tuberculosa en Sagunto: Indicadores de infección y estudio de contactos de los niños tuberculín positivos". Gac San 3, 14. 1989.

Comité de Expertos en Tuberculosis. Informe: la Tuberculosis en Cataluña. Serie Promoción de la Salud. Generalitat de Cataluña, 1983.

C.D.C. The use of Preventive therapy for Tuberculosis infection in high-risk populations and the use of preventive therapy for tuberculosis infection in the United States. MMWR. Vol 39, N° RR-8, 1990.

Martínez ML y cols. "Estudio de contactos en pacientes con tuberculosis. Arch Bronchoneumol, 1986; 22 (supl 1):25

Fundación 1000: Una realidad tangible entre la prevención, la utopía y el optimismo.

ENTREVISTA a la Dra. M^a LUISA MARTÍNEZ FRÍAS (Directora científica de la Fundación 1000)
por Carlos Martínez (periodista)

C.M. *¿Qué es la Fundación 1000?, ¿ Por qué y para qué se creó?*

MLM. Creamos la Fundación 1000, con dos objetivos fundamentales: colaborar en la financiación de la investigación sobre los defectos congénitos y apoyar la información y la educación sobre las causas y los factores que dan lugar a las malformaciones congénitas para la prevención.

La Fundación 1000 hace especial hincapié en que toda esta información sobre la embarazada y los factores de riesgo llegue a todos los médicos, ya que una mujer en cinta puede tener cualquier enfermedad, por lo que puede tratarla cualquier facultativo: desde el médico de cabecera a los especialistas más variados.

Se insiste mucho en este aspecto porque el estudio de los factores que producen los defectos congénitos es un tema científico altamente especializado, que pueden no conocer muchos médicos, motivo por el que se hace tan necesaria una información adecuada.

La información tiene una importancia capital para la prevención de defectos congénitos.

Así mismo la Fundación 1000 se ha creado para difundir entre las mujeres el conocimiento eficaz de la influencia que muchos factores ambientales (el consumo de alcohol y tabaco; el padecimiento de la toxoplasmosis o el cuidado que siempre se debe tener en el trato con los animales, particularmente con el gato, etc...) tienen sobre ellas durante el embarazo.

La Fundación 1000 surge, en fin, con la vocación de la información llegue a todos los rincones de España, y se crea por la necesidad económica acuciante que sufre nuestro grupo de investigación (1) en un momento concreto, máxime en estos tiempos de crisis.

La Fundación 1000 surge con la vocación de que la información llegue a todos los rincones de España.

C.M. *¿Cuál es la breve historia de la Fundación 1000?*

MLM. Con los recortes presupuestarios que se estaban produciendo, no podíamos seguir trabajando.

Las opciones que se nos presentaban eran abandonar nuestra investigación o encontrar otra alternativa viable.

Sin embargo el hecho de que la investigación que estábamos haciendo, estuviera dando resultados importantes, especialmente en el campo preventivo, y además el que constatáramos que se aplicaba eficientemente a través del Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE), orientado a los médicos desde su creación en Enero de 1991 con el Ministerio de Sanidad, nos daba la fuerza necesaria para no abandonar.

Entonces, se me ocurrió la idea de crear una Fundación, que empezó a funcionar en Agosto de 1993.

Optimismo y utopía.

C.M. *¿De que idea surgió esta iniciativa?*

MLM. Según el ejemplo del Presidente de los EE.UU. Franklin Delano Roosevelt, en los años 40, cuando la poliomielitis era una de las causas más importantes de morbimortalidad, los norteamericanos pedían que se controlara, se investigara y se supiera lo que se podía hacer para prevenir su aparición. Roosevelt en plena II Guerra Mundial, trató de convencer a la ciudadanía de que los fondos públicos son siempre limitados, al aparecer cada vez más necesidades y más campos de investigación, y que la población, con muy poco esfuerzo económico individual, puede ayudar a aquellas parcelas de la ciencia que le interesan.

Con estos argumentos solicitó a cada estadounidense un "dime" (moneda de 10 centavos), para crear una Fundación que investigara las causas de la poliomielitis.

El resultado fue espléndido: los norteamericanos le enviaron más de 20 millones de dólares con los que se creó la "March of dime", que propició el descubrimiento de la vacuna para esta enfermedad.

Gracias a esto la poliomielitis, no es hoy un problema, habiéndose conseguido un rendimiento espectacular a ese "dime" de cada americano.

De hecho la citada Fundación sigue siendo una de las instituciones privadas que más ayuda concede a la investigación de enfermedades en los niños.

Los fondos públicos son siempre limitados, al aparecer cada vez más necesidades y más campos de investigación.

Sólo una vez.

C.M. *¿Cómo aplica Vd. este ejemplo a la Fundación 1000?*

MLM. Con este modelo me decidí a pedir 1.000 ptas. a cada español por una sola vez en su vida. Imagínese cual sería la consecuencia si 1.000.000 de españoles hicieran este donativo a la Fundación 1000.

Pero para que 1.000.000 de españoles nos envíen 1.000 ptas., tienen que enterarse de la necesidad real que tenemos de esa cantidad, y de los beneficios indudables a que van a dar lugar, tanto para los españoles actuales como para los del futuro.

Empezamos a pedir esa cantidad con métodos y medios algo limitados (cartas, etc..) y conseguimos un pequeño flujo diario que cuando llegó a un total de 5 millones de pesetas, nos movió a crear la Fundación 1000.

Creamos la Fundación 1000, no sólo para conseguir los objetivos antes enunciados, sino para que la gente que ya nos había enviado dinero supiera que este se había destinado a lo que se había dicho y, en segundo lugar, cara a los grandes promotores al existir una estructura organizada, sólida y válida.

Pedimos a cada español 1.000 ptas., una sola vez en su vida, para financiar la Fundación 1000.

Papel del Real Patronato.

C.M. *¿Cuál es la colaboración que el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, establece con la Fundación 1000?*

ML.M. Con el Real Patronato establecimos un convenio marco de colaboración, de tal manera que mantuviéramos abierto un servicio telefónico, el "teléfono de la embarazada: para que nazca sano" (91-3941589) orientado a la población general.

A este teléfono puede llamar cualquier persona (mujeres, parejas, o las personas de su entorno) para realizar consultas en relación a factores relacionados con la gestación, siempre que no se trate de un problema médico, ya que en este caso es el mismo médico el que nos tiene que telefonar para explicarnos lo que ocurre a otro teléfono (91-3541594).

Los "teléfonos de la embarazada: para que nazca sano" son: 91-394 1589 (población general) y 91-3541594 (médicos).

En este sentido, en la medida en que hacemos publicidad de esos teléfonos, o se indica en algún medio de comunicación social, nos llaman a diario, lo que verifica el interés que hay en el tema.

Por lo tanto a través del teléfono hemos empezado a cumplir el 2º objetivo de la Fundación 1000. Así mismo, también en colaboración con el Real Patronato, estamos elaborando la campaña PARA QUE NAZCA SANO, que es un programa de educación Sanitaria con una serie de recomendaciones, con las cuales la mujer puede prevenir la aparición de malformaciones congénitas.

Los medios de comunicación

C.M. *¿Por qué la Fundación 1000, recaba la colaboración de los españoles en 4 categorías distintas: amigo, colaborador, protector y patrocinador?*

ML.M. Esa separación en distintas categorías surge por nuestra experiencia.

A mí no me gustaba esa idea: yo prefería seguir manteniendo la petición de 1000 ptas. por una vez en la vida, para que no supusiera un sacrificio para nadie y cualquiera lo pudiese hacer.

Pero la realidad me mostró algo muy distinto: si pudiéramos tener la ayuda de gran parte de los medios de comunicación, nuestra petición podría llegar a todos los españoles. Pero como esto no es posible, hay muy poca gente que se entera, tras una aparición puntual en cualquier medio.

Esta dificultad objetiva nos hizo ser conscientes de que podríamos alcanzar más fácilmente los objetivos, dando la oportunidad de que se pudieran hacer donaciones anuales.

Pionera y fundadora

C.M. *¿Cuál es su cargo dentro de la Fundación 1000?. ¿Qué importancia tuvo para Vd. el Premio Reina Sofía?*

ML.M. Constituida la Fundación, había que nombrar un Presidente, D. Gustavo Villapalos, actual Rector de la Universidad Complutense de Madrid (2), un Secretario-Tesorero y unos Vocales. Yo soy, jurídicamente hablando, la fundadora y desde el principio sólo he querido ser Vocal.

Pero, además, soy Directora Científica de la Fundación 1000, porque en el caso de que dispusiéramos de suficientes fondos en el futuro, destinaría el resto a otros grupos que hicieran también investigación en este campo o sobre patologías infantiles, si su objetivo científico está dentro de las líneas marcadas por la Fundación 1000.

En cuanto al Premio Reina Sofía, la historia empieza al revés: en 1976 no se sabía nada sobre defectos congénitos en España.

Yo ya había hecho la Tesis Doctoral y había visitado otros países donde investigaciones de este tipo (sistemas de vigilancia, registro, etc...) funcionaban hacía tiempo. Entonces me dediqué a organizar un Programa de investigación de defectos congénitos, basado en la recogida de datos epidemiológicos de diversos hospitales.

A este Programa, que ha dado lugar a la publicación de más de 100 trabajos en inglés (3) en las Revistas científicas más prestigiosas del mundo durante los últimos 18 años, le llega el reconocimiento en 1988 con la concesión del citado premio (4) y en 1991 con la concesión del II Premio Ramón Trías Fargas de Investigación sobre el síndrome de Down.

Pero, si estos premios nos dan prestigio y reconocimiento durante 2 ó 3 años, no impiden que la crisis económica nos afecte gravemente y nos quedemos sin presupuesto. Y si la investigación se hubiera parado habría costado mucho más volverla en marcha.

Mensaje social: Nacer Sano

C.M. *¿Cual es el mensaje social que la Fundación 1000 quiere transmitir a la sociedad española? ¿A quién beneficiarán los fondos recibidos por la Fundación 1000?*

ML.M. Al niño, que es el futuro de nuestro país. Prevenir defectos congénitos es asegurarnos de que el niño tiene su primer derecho que es nacer sano, requisito fundamental para tener la posibilidad de una buena calidad de vida.

Intentamos colaborar con el Estado en la financiación de la investigación sobre defectos congénitos, porque si nacen pocos niños y no nacen bien, el futuro que nos espera es muy poco halagüeño.

Esta es la alternativa más positiva que hemos podido encontrar para superar nuestras dificultades en este terreno de la investigación biomédica.

El mensaje social que transmite la Fundación 1000 al ciudadano es de tranquilidad, en el sentido de que hay grupos de investigación que están intentando resolver cualquier duda o problema que se les presente antes y durante el embarazo. Porque cuando a una pareja le nace un niño con defectos congénitos y no se lo espera las preguntas que se hacen son: ¿Pero esto qué es? ¿Porqué nos ha pasado a nosotros y no a otros? ¿Nos puede pasar otra vez?.

Si no investigamos no podemos responder a estas angustiosas interrogantes del ciudadano que demandan una urgente solución.

NOTAS AL TEXTO

(1).- El Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas, es el grupo de investigación epidemiológica, creado por M^a Luisa Martínez, hace 18 años, que se dedica a la investigación sobre las causas que provocan los defectos congénitos en los niños.

Este grupo de investigación está considerado entre los tres o cuatro grupos más importantes del mundo en este tipo de investigaciones, por las publicaciones en revistas científico-médicas más prestigiosas internacionalmente.

(2).- Martínez Frías destaca el apoyo de la Universidad Complutense de Madrid y el entusiasmo, capacidad de trabajo y visión de futuro que su Rector, Gustavo Villapalos, ha demostrado desde que conoció el trabajo de Martínez Frías y su grupo

(3) .- Martínez Frías y su grupo son responsables, así mismo, de la publicación de 8 libros sobre su tema en el campo científico en el que desarrollan su actividad.

(4).- El Premio Reina Sofía se lo otorgaron en 1988 a M^a Luisa Martínez Frías y su Grupo de Investigación sobre defectos congénitos. El premio fue compartido exequo con otro grupo de investigadores catalanes

El premio se les otorgó por la puesta a punto y desarrollo de su investigación en este terreno científico, desde la aparición del ECEMC en 1977.

GUÍA PARA LA LECTURA CRÍTICA DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Dr. Farmacéutico Adolfo Figueiras Guzmán

ESTUDIOS DE COHORTES	
CRITERIOS	COMENTARIOS Y EJEMPLOS
<p>Asignación y recogida de datos.</p> <p>1. El estudio debe de garantizar que todas las personas incluidas en el estudio estén libres de enfermedad.</p>	
<p>2. Debe de tener definidos (recogidos como variables), tanto para los expuestos como para los no expuestos, todos los factores conocidos, en el momento de diseñar el estudio, que pueden estar relacionados con el efecto y/o que pueden estar asociados la exposición.</p>	<p><i>Si la edad, nivel socioeconómico, estado de salud, tratamiento concomitantes,.. se distribuyan asimétricamente en los dos grupos y pueden estar relacionadas con la enfermedad o con la exposición, es necesario recoger estas variables para controlar en el análisis por esas variables.</i></p>
<p>3. Cuando se evalúan varios niveles de exposición, la no exposición debe corresponder a la ausencia de toda exposición, de no hacerlo así conduce a subestimaciones de los efectos.</p>	<p><i>En exposiciones como el hábito tabáquico y alcohólico el grupo de referencia (no expuestos) debe de corresponder a no fumador y a abstemio respectivamente.</i></p>
<p>4. La medida de la exposición se debe de realizar por el mismo método en todos los sujetos (cuestionario, historia clínica, analítica, etc...).</p>	<p><i>Para estudiar y valorar la exposición de los sujetos a un medicamento, se puede realizar mediante anamnesis, analíticas o historias clínicas. Pues se debe de realizar de la misma forma en todos los sujetos.</i></p>
<p>Seguimiento</p> <p>5. Se debe medir la exposición en intervalos adecuados en ambos grupos, para garantizar que no existe trasbase de exposiciones.</p>	<p><i>En un estudio sobre efectos del hábito tabáquico, será necesario preguntar a los sujetos si han modificado su hábito.</i></p>
<p>6. El seguimiento médico de los efectos debe ser igual en ambos grupos, ya que es probable que los sujetos expuestos a un posible FR sean seguidos con más intensidad.</p>	<p><i>Si a las personas que están expuestas a un posible FR (ACO) se les realiza un seguimiento médico más intenso que los no expuestos, existen mayores posibilidades de detectar el cáncer de endometrio.</i></p>
<p>7. La proporción de pérdidas debe ser baja (menor del 20-30%), y equivalente en nº y características en los dos grupos, ya que el abandono podría estar asociado positivamente o negativamente con el efecto</p>	<p><i>En un estudio de seguimiento sobre los efectos adverso de los ACO, las mujeres que abandonaron el estudio puede ser debido a algunos efectos adversos de éstos. Si damos como bajas a estas mujeres, estamos incurriendo en un sesgo; por ello es necesario conocer la causa por la que se produjeron las pérdidas. Si las pérdidas se produjeron por circunstancias ajenas a la exposición, p. ej. cambio de domicilio, son admisibles un mayor porcentaje de pérdidas</i></p>
<p>8. Una persona que entra en una cohorte no debe ser excluida si luego cambian su exposición, un cambio en la exposición puede ser debida a una variación en su estado de salud que a su vez puede estar relacionado con un efecto beneficioso indeseable de la exposición</p>	
<p>9. El período de observación debe ser lo suficientemente largo como para que aparezcan los efectos, sino habrá una subestimación de los efectos.</p>	<p><i>Para observar la relación entre tabaco y cáncer de pulmón el período de seguimiento ha de superar al período de inducción y de latencia de la enfermedad para poder detectar el efecto. En este caso de 15 a 20 años.</i></p>
<p>Diagnostico</p> <p>10. Los criterios diagnósticos deben ser idénticos en los dos grupos.</p>	<p><i>En un estudio de consumo crónico de analgésicos y enfermedad renal, si aplicamos distintos criterios diagnósticos de enfermedad renal a los expuestos que a los no expuestos incurriremos en un sesgo.</i></p>

ESTUDIOS DE COHORTES	
CRITERIOS	COMENTARIOS Y EJEMPLOS
11. El médico o el evaluador del efecto debe desconocer (ser ciego respecto a) la exposición.	<i>Si los criterios para la definición de la enfermedad son subjetivos, y si el encargado de valorar la enfermedad conoce la exposición que él considera sospechosa; la valoración subjetiva puede no ser imparcial.</i>
12. La medida del desenlace debe reflejar el verdadero valor del efecto.	<i>Un investigador realizó un estudio para averiguar si el uso de espermicidas estaba asociado con una mayor probabilidad de desarrollar infecciones tubéricas. Para medir el efecto se utilizó una prueba que consistía en cultivos de cérvix para clamidia. Esta prueba es inadecuada para diagnosticar infecciones tubéricas.</i>
13. Es conveniente que la medida del diagnóstico sea exacta: diagnóstico de referencia (pruebas costosas y/o invasivas).	
14. Cuando se utiliza una prueba distinta al diagnóstico de referencia, más sencilla y menos costosa (no son del 100%; por ello), el cálculo del RR y RA debe ser corregido en función de la validez del test diagnóstico.	
Análisis 15. Realizar análisis estratificado o análisis multivariante para controlar el efecto de otras variables relacionadas con la exposición y/o con la enfermedad que se distribuyen de forma asimétrica en los dos grupos.	<i>En un estudio que relacione una dieta rica en ahumados con cáncer gástrico, habrá que tener en cuenta otros factores como el hábito tabáquico, alcohólico, etc.</i>
16. No emplear medidas de asociación estadística como medidas de intensidad de efecto: el X^2 o la "p" ya que estos dependen del tamaño de la muestra y no dan ninguna información sobre la magnitud del efecto.	<i>Un valor de X^2 de 28,43 y una "p" de 0.04 no nos da ninguna información sobre el riesgo a padecer la enfermedad asociado a una exposición.</i>
17. Utilizar medidas de efecto como el RR, RA y la FER para relacionar la exposición con la enfermedad.	<i>Si un $RR = X$, y $x > 1$ indica que la exposición aumenta en X veces el riesgo de padecer la enfermedad. Si $RR = 1$ indica que la exposición no está asociada a la enfermedad. Si los IC de RR incluyen el 1 quiere decir que el RR no es significativo. Si el $RR = X$ y $X < 1$, indica que la exposición disminuye en $1/X$ el riesgo de padecer la enfermedad.</i>
18. Cuando son períodos de seguimiento prolongados no son apropiadas las incidencias acumuladas y el cálculo de los riesgos se debería de realizar con tasas de incidencias.	
19. Cuando son períodos de seguimiento prolongados también es importante conocer el efecto del factor tiempo. Para ello se realizan análisis en los que se incluya análisis de supervivencia, mediante tablas de vida, regresión de Cox o el método de Kaplan-Meier.	

ACO = Anticonceptivos orales
 HGIA = Hemorragia gastrointestinal alta
 RR = Razón de riesgos o riesgo relativo
 FER = Fracción etiológica de riesgo
 RA = Riesgo atribuible

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES	
CRITERIOS	COMENTARIOS Y EJEMPLOS
1. Los criterios de selección de los dos grupos (casos y controles) deben ser definidos antes del inicio del estudio	<i>No se pueden modificar los criterios de inclusión y exclusión durante el estudio.</i>
2. Los criterios de exclusión no deben de estar sesgados para casos y controles.	<i>Los criterios de inclusión y de exclusión debe de ser equivalentes para casos y para controles.</i>
3. Deben tener definidos (recogidos como variables), tanto para los casos como para los controles, todos los factores conocidos, en el momento de diseñar el estudio, que pueden estar relacionados con el efecto y/o que pueden estar asociados a la exposición.	<i>La edad, nivel socioeconómico, estado de salud, hábitos (tabaco alcohol) y todas las demás variables que pueden estar relacionadas de alguna forma con la exposición y/o con el efecto.</i>
Selección de casos y de controles 4. Definición precisa de la enfermedad y de los criterios diagnósticos.	<i>Si la enfermedad es, por ejemplo, HGIA es conveniente definirla mediante endoscopia y descartar otras patologías (varices esofágicas, carcinoma gástrico) que pueden producir síntomas parecidos.</i>
5. Cuando tomamos casos prevalentes y el consumo de la exposición podría afectar a la duración del efecto adverso, entonces el estudio estaría sesgado hacia una supervaloración del efecto.	<i>En un estudio sobre la posible relación entre consumo de analgésicos y enfermedades renales, si tomamos casos prevalentes en vez de incidentes, es posible que el consumo de analgésicos alargue la duración de la enfermedad renal; y por tanto, al ser casos prevalentes, tendremos más probabilidades de enfermos expuestos por lo que se producirá una supra-valoración del efecto.</i>
6. Selección de casos debe ser independientemente de la exposición.	<i>Las personas tratadas con anticonceptivos se someten a más pruebas ginecológicas que las no tratadas, teniendo una mayor posibilidad de detectar carcinoma de endometrio. Esto provocaría una supervaloración del efecto.</i>
7. La ventana etiológica debe ser definida en función del período de inducción y de latencia del efecto indeseable. Si no se conoce, mediante el establecimiento del día índice se debe de garantizar que la enfermedad no actuó como inductor de la exposición.	<i>Así en un estudio sobre AINES y HGIA, las molestias y dolores de la HGIA podían haber inducido a consumir AINES. Con el establecimiento del día índice (día en el que aparecieron los primeros signos o síntomas de la enfermedad) y de la ventana etiológica, eliminamos este posible sesgo.</i>
8. Los controles deben ser representativos de aquellos que, de haber desarrollado la enfermedad, habrían sido seleccionados como casos.	<i>P. ej. no seleccionar como controles extranjeros, porque si fuesen casos posiblemente no irían al mismo hospital.</i>
9. Los controles deben de ser seleccionados independientemente de la exposición.	<i>En un estudio sobre el papel protector de la aspirina en la enfermedad coronaria no se debe incluir como controles a reumáticos, ya que tienen un elevado consumo de AAS, ni controles con enfermedades gástricas que evitan su uso.</i>
10. Si los controles son hospitalarios, al estar enfermos es posible que difieran de los sanos en características relacionadas con la exposición.	<i>Si en un estudio sobre ACO y cáncer de cérvix, incluimos como controles a enfermos del aparato circulatorio estaremos supervalorando el efecto ya que los ACO están contraindicado en estos enfermos.</i>
11. Si los controles son comunitarios hay que valorar el porcentaje de participación, el sesgo de memoria y el sesgo en la participación (participan más los desocupados).	<i>Un porcentaje de participación menor de, p. ej., 60% puede ser inadmisibles si no se especifican las causas de las no respuestas.</i>

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES	
CRITERIOS	COMENTARIOS Y EJEMPLOS
12. Si los controles son referidos por los casos es necesario valorar el riesgo de sobreemparejamiento.	<i>Cuando los controles son referidos por los casos, automáticamente estamos emparejando por nivel socioeconómico, hábitat, hábitos dietéticos, etc. Si alguno de estos factores está correlacionado con la exposición de interés la proporción bruta de exposición estará distorsionada, por lo que será necesario ajustar en el análisis.</i>
Medida de la exposición 13. La medida de la exposición debe ser idéntica en los casos y en los controles.	<i>No es admisible que la recogida de datos en los casos sea, p. ej., mediante entrevista y en los controles mediante registros o distintos cuestionarios para casos y para controles.</i>
14. Se han de tomar medidas para evitar el sesgo de entrevistador. Para ello es conveniente entrevistador ajeno a la investigación y ciego respecto a si es caso o control.	<i>El investigador a la hora de entrevistar sobre la exposición a los casos, posiblemente lo haga con más insistencia que a los controles, aunque sea de forma inconsciente.</i>
15. El seguimiento médico de casos y controles ha de ser equivalente, y debe ser determinado antes de su introducción en el estudio.	<i>Las mujeres tratadas con ACO son seguidas desde el punto de vista ginecológico con más intensidad, existiendo una mayor probabilidad de que se detecten enfermedades ginecológicas (de que sean casos.) Así existirá una mayor proporción de expuestos en los casos.</i>
16. Igual susceptibilidad demográfica para la exposición en casos y en los controles.	<i>En un CC sobre tromboembolismo pulmonar y ACO, no se han de incluir a hombres ni como casos ni como controles ya que no utilizaran ACO</i>
Análisis e interpretación de los resultados 17. No emplear medidas de asociación estadística como el X^2 o la "p" ya que estos dependen del tamaño de la muestra.	<i>Un valor de X^2 de 28,43 y una "p" de 0.04 no nos dan ninguna información sobre el riesgo a padecer la enfermedad asociado a una exposición</i>
18. Se han de calcular los OR que es una estimación del RR, ya que nos da información sobre la magnitud del efecto.	<i>Si un $OR = X$, y $x > 1$ indica que la exposición aumenta en X veces el riesgo de padecer la enfermedad. Si $OR = 1$ indica que la exposición no está asociada a la enfermedad. Si los IC de OR incluyen el 1 quiere decir que el OR no es significativo. Si el $OR = X$ y $X < 1$, indica que la exposición disminuye en $1/X$ el riesgo de padecer la enfermedad.</i>
19. Se debe de emplear el IC de la OR en vez de la "p" para medir la precisión del valor de OR.	<i>El intervalo de confianza nos da idea de los valores entre los que, con una probabilidad del 95%, se mueven los valores del OR en la población origen.</i>
20. En el análisis se ha de realizar un control de las variables de confusión y de las variables modificadoras de efecto mediante análisis estratificado o análisis multivariante.	<i>En un estudio de AINES y HGIA se ha de controlar por los factores como consumo de cafeína, alcohol, tabaco, otros medicamentos, etc.</i>
21. Si no se conoce la ventana etiológica, se han de analizar los datos para distintas ventanas etiológicas.	<i>En un estudio sobre AINES y HGIA se preguntó por la exposición en los 28 días anteriores al día índice, pero luego la ventana etiológica se estableció mediante análisis en los 7 días anteriores.</i>

ACO = Anticonceptivos orales

HGIA = Hemorragia gastrointestinal alta

RR = Razón de riesgos o riesgo relativo

FER = Fracción etiológica de riesgo

RA = Riesgo atribuible

Intervenciones médicas en Salud Pública

Dr. José L. Martincano Gómez

Paseaba con Hoggy¹ por los jardines del planetario Adler en las orillas del lago Michigan de Chicago, cuando él me contaba que el haber dejado de fumar, tras largos años de mantener el hábito, significaba el mayor de sus logros y por lo cual podía considerarse un hombre afortunado.

Entre las historias de "Las mil y una noches" aparece la de aquel súbdito persa que pidió a su rey después de ganarle una partida al ajedrez una minucia, el premio de un grano de trigo en el primer cuadrado del tablero que se convertiría el doble en el siguiente, el triple en el tercero y así sucesivamente. Consiguió una fortuna mayor que aquel inmenso reino.

El paso siguiente fue hilvanar estos flashes con las teorías de modificación conductal y de la intervención médica ante los factores de riesgo en el estilo de vida de los pacientes.

Aceptemos que cuando un paciente enferma, todo lo que puede ofrecerle habitualmente la medicina es una paliación. Curamos muy pocas enfermedades del adulto y cualquier médico razonable comprende que el coste de este tratamiento es extraordinariamente alto.

Sin embargo y pesar de que los médicos son conscientes de los beneficios de las intervenciones preventivas y de su bajo coste, con frecuencia no las realizan. Bajos conocimientos prácticos, falta de tiempo, falta de organización de la consulta para facilitar estas intervenciones, escasa autogratificación de estos esfuerzos o falta de remuneración de estos trabajos hacen que el médico tenga más presente al 85% de sus pacientes fumadores que continúan fumando.

También aparece una rala eficacia percibida por el paciente que ahora se mantiene sano porque el médico le ha ayudado eficazmente a dejar una dieta rica en grasas pudiendo no apreciar nunca que gracias al consejo recibido, se encuentra bien y está activo en vez de haber

¹Sir Hodward Hugges

sufrido prematuramente un infarto de miocardio.

Consideremos y con un esquema mental de expectativas realistas sin triunfalismos que una disminución del 5% en la colesterolemia es pequeña y a menudo poco gratificante cuando se observa desde la perspectiva de una relación médico-paciente individual. Pero además de en el paciente individual pensando desde una perspectiva poblacional, en términos de un gran número de pacientes, una perspectiva que a menudo resulta extraña a la práctica médica habitual. Esa reducción da lugar a un descenso del 10% en el riesgo^I. Y una reducción del 10% del riesgo en una enfermedad que causa 135.000 muertes al año en España^{II} supone la evitación anual de 13.000 muertes. Del mismo modo, si los esfuerzos de los médicos doblan o triplican los porcentajes de abandono del tabaco u otras conductas diana (pasando de un 5% a un 15%), que es la magnitud del impacto observado en varios estudios de intervención médica^{III}, este efecto alcanza una enorme importancia clínica y de salud pública.

Así los médicos que se preocupan por los cambios de estilo de vida de sus pacientes, los médicos orientados a la prevención y que comprenden las consecuencias positivas de la modificación de los factores de riesgo con respecto a las conductas que podrían causarles una enfermedad en el futuro a sus pacientes han demostrado que pueden influir significativamente en la acciones de los pacientes para conservar, mejorar su salud y cumplir las pautas terapéuticas. Del individuo y de la población. Lo que yo llamo el *efecto Hoggy* y el *efecto del persa*.

Referencias.

- I.- PREVENCIÓN DE LA CPC. Judit K. Ockene. Libro del Congreso Internacional de Cardiología Barcelona 1992
- II.- INFORME SESPAS 1993. SG editores.
- III.- PHYSICIANS AS PATIENT TEACHER. Bruton, S.A. WJM. 1984.

Cursos, Congresos y Jornadas:

-- Curso de Análise de Supervivencia. En Santiago del 17 al 21 de octubre. Se celebrará en la EGAP. Secretaría: Viajes Atlántico (plazuela de Fuenterrabía nº 3 Santiago).

-- Congreso de la Medicina General Española, del 24 al 27 de Octubre de 1994 en Sevilla . Secretaría: Tavora, viajes y congresos SL. Teléfono: 95-4226160

-- IX Jornadas de Salud Pública y Administración San itaria, en Granada 27-29 de octubre de 1994. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja -18080 Granada- 958-27504 4

-- III Encuentro debate de Salud Pública y Administración de Servicios de Salud. En Valencia e l 18 de noviembre de 1994. Organiza IVESP, c/ Juan de Garay 21 -46017 Valencia- 96-3869387

-- XII Jornadas de Sociodrogalcohol: Avances en patologías aditivas. Sant iago de Compostela 29-31 de Marzo de 1995. 986431196



PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

(Apdo. de Correos nº 139 (15701 Santiago)

Requisitos para la publicación:

1.- Que el tema esté relacionado con la Salud Pública en cualquiera de sus variantes (prevención , epidemiología, demografía, medio ambiente, productos de consumo, gestión/administración sanitaria, residuos, tratamiento de aguas, investigación, educación sanitaria, etc...).

2.- Trabajos escritos a máquina a doble espacio, con un máximo de 6 carillas (incluidos dibujos , tablas o gráficos), o bien (preferentemente), en disquette de 3.5" en cualquiera de los procesadores de texto habituales o bien en el editor del MS-DOS®.

3.- Los trabajos han de venir firmados, nombre, apellidos y nº de DNI.

4.- La Dirección de la Revista se reserva el derecho a la publicación o no del artículo, comunicando por escrito, en caso de no publicarse, las razones de tal determinación.

ANÁLISIS Y PROPUESTA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Juan Ramón García Cepeda, José Carlos Salas Costas.

SITUACIÓN ACTUAL

Atención Primaria:

La Atención de Urgencias adopta diversas modalidades:

A.- Sistema tradicional: Atiende al 37% de la población, en el 88% de los municipios de la Comunidad Autónoma. Se lleva a cabo por el médico de cabecera, que tiene que estar localizado durante el período de guardia y en el mejor de los casos disponiendo de la clínica, donde pasa consulta, para atender al paciente. Si existe acuerdo entre los profesionales de la misma población se turnan las guardias de diario; los fines de semana y festivos, si se ponen de acuerdo con los municipios colindantes, se va rotando la guardia entre municipios, debido a ello la jornada laboral de estos profesionales oscila entre 70 y 90 horas semanales (promedio). Todo ello sin contar con los medios básicos para realizarlas (centros apropiados, material específico de urgencias, medios de comunicación y transporte, etc...).

Hay que hacer constar que muchas de la urgencias se realizan al domicilio del paciente, para lo cual se supone que el profesional sanitario dispone de sistema de desplazamiento y lo utilizará para realizar su trabajo (costeándolo de su bolsillo) situación totalmente anómala en cualquier empresa o Administración.

Esta situación podría propiciar que algunos "profesionales" sanitarios "subcontratasen" un médico para que preste la Atención de Urgencias fines de semana, festivos y "puentes". Situación totalmente ILEGAL. Cabe suponer que tanto las autoridades sanitarias competentes (tomando las medidas oportunas) como los sindicatos (denunciado el hecho) impidan o atajen de raíz esta situación si llegara a producirse.

B.- Sistema de Equipos de Atención Primaria (EAP): Atienden al 6% de la población, en el 10% de los municipios de Comunidad Autónoma. Hacen guardias de presencia física, turnándose todos los integrantes del EAP y resto de profesionales de A.P., se denomina Atención Continuada. La media de jornada semanal oscila alrededor de las 60 horas.

C.- Sistema de Servicios Normales y Especiales de Urgencia (SNU, SEU): Atienden al 57% de la población, en el 7% de los municipios de la Comunidad Autónoma. Su horario de funcionamiento es de 5 p.m. a 9 a.m. (días laborables) y en jornada completa domingos y festivos. Siendo la jornada laboral semanal media de 40 horas (tanto del personal de Consulta como del personal de Urgencias).

Desde la óptica de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (excepto SNU) se considera la Atención de Urgencias como una prolongación de su trabajo, ya que les obliga (entre 6 y 15 días al mes) a estar localizados y disponibles mañana, tarde y noche incluidos festivos y fines de semana, con unas condiciones laborables deplorables (tanto desde el punto de vista técnico como económico), sintiéndose muchas veces impotentes para afrontar determinadas situaciones bien sea por carecer del material, medios o local adecuado, personal suficiente o conocimientos prácticos que hagan posible la actuación rápida y eficaz.

Desde la óptica de los gestores sanitarios de la Atención Primaria, se trata de un problema siempre pendiente que no se atreven a afrontar por tres motivos:

- 1) La resolución del problema conlleva enfrentamientos con las autoridades municipales y fuerzas sociales locales.
- 2) Están convencidos que una solución adecuada representaría un alto coste económico.
- 3) Hasta el momento la situación es sostenible.

Atención Especializada:

En este caso la Atención de Urgencias se presta por profesionales dedicados exclusivamente a ella (no vamos a analizar los especialistas), con un local específico (urgencias) y en general con unos medios materiales y técnicos adecuados.

La jornada laboral adopta en la mayoría de los casos 3 modalidades:

- a) Turnos de 8 horas, similares al resto del personal del hospital.
- b) Turnos de 24 horas, trabajando 1 de cada 4-5 días.
- c) Turnos mixtos de 8 y/o 12 y/o 24 horas.

Desde la óptica de los profesionales de la Atención Especializada, la Atención de Urgencias es considerada por el personal especializado como el último eslabón de la cadena, diferenciando claramente la Atención de Urgencias por parte de los especialistas (que no vamos a analizar) y la Atención de Urgencias por los "médicos de puerta", que se consideran marginados dentro de la Atención Especializada (ni siquiera estructuralmente son un Servicio) y desconectados totalmente de la Atención Primaria.

Desde la óptica de los gerentes sanitarios de la Atención Especializada, la Atención de Urgencias presenta los siguientes problemas:

- 1.- Por mucho que se amplie Urgencias siempre es insuficiente, la demanda aumenta día a día.
- 2.- Un alto porcentaje de los casos que llegan a Urgencias, es posible atenderlos en Atención Primaria y pese a exigirse (en estos casos) que traigan el volante del médico de cabecera, la mayoría viene sin él, ya sea por iniciativa propia o bien por no localizar al médico de guardia, y sabiendo que tienen la obligación de atenderlos, y por otra parte, otros que vienen con el volante es debido a carencias fundamentales en Atención Primaria.
- 3.- En la mayoría de los Hospitales, Urgencias constituye una "puerta falsa" del sistema para saltarse listas de espera.

Evidentemente y de acuerdo con lo expuesto anteriormente, la Atención de Urgencias es una parte cosustancial de la Atención Primaria, por lo que debe haber una coordinación y trabajo en conjunto entre los profesionales sanitarios que redunde en una mejor asistencia a la comunidad y que todos los profesionales se sientan integrantes del mismo sistema. Y por otra parte y por lo mismo tendrá que haber unos canales de comunicación y de intercambio de información entre la Atención Primaria y la Atención Especializada que posibilite una asistencia sanitaria única, más eficaz y eficiente.

PROPUESTA

Mantenimiento y mejora de los actuales y creación de nuevos Servicios de Urgencia (SU), considerando para su ubicación las características socio-geo-económicas de cada zona, de forma que atiendan a una población en torno a 15.000 habitantes

Características de los Servicios de Urgencias:

A.- Ubicación:

- En núcleos urbanos donde exista Centro/s Hospitalario/s, el S.U. se ubicará en el Centro hospitalario, de forma que se puedan aprovechar los recursos diagnósticos y terapéuticos del mismo.
- En núcleos rurales o urbanos que no dispongan de Centro Hospitalario se ubicaran en el municipio más idóneo, teniendo en cuenta las características poblacionales, sociales, vías de comunicación y geográficas .

B.- Recursos humanos: El Equipo de Urgencias estará compuesto básicamente por personal médico, de enfermería y auxiliar. El número de efectivos dependerá de la población protegida, no siendo su número inferior a 4 profesionales de cada estamento, que será incrementado de acuerdo con la demanda, población, factores estacionales u otras características que así lo exijan.

C.- Horario de funcionamiento: El S.U. funcionará todos los días laborables de 17:00 a 9:00 horas y sábados, domingos y festivos de 9:00 a 9:00 horas del día siguiente. Los S.U. de los Centros Hospitalarios funcionarán durante las 24 horas del día.

D.- Cobertura: Cubrirá una zona en función de sus vías de comunicación, aspectos socio-económicos y geográficos, de forma que la población protegida esté en torno a los 15.000 habitantes.

E.- Administración y gestión: Estará integrado en el Servicio de Atención Primaria correspondiente. Debe ser un centro autónomo en cuanto a materiales y almacén, siendo coordinado y supervisado por la Dirección del Servicio. Los costes de mantenimiento, limpieza, luz, agua y telefonía deben ser compartidos por la Administración Sanitaria y Municipios beneficiarios. Los costes por la asistencia de los usuarios no cubiertos (extranjeros sin concierto, accidentes laborales, accidentes de tráfico, etc..) deberán ser imputados a quién correspondan (mutuas, compañías de seguros, etc..) mediante la emisión de facturas (con copia a la Admón.) para que se pueda proceder a su cobro

F.- Estructura física:

- El Centro estará bien señalizado, estéticamente agradable y de acorde con el entorno.
- Tendrá unos accesos adecuados para ambulancias, coches y peatones, así como un aparcamiento para usuarios y personal.
- El acceso al interior del centro deberá ser el adecuado para permitir la entrada de camillas, sillas de ruedas, etc.. y protegido de las condiciones meteorológicas.
- Deberá disponer de salas y locales apropiados.
- Su interior estará distribuido de la forma más adecuada para su función sin olvidar los aspectos estéticos y de confort mínimos (luminosidad, ventilación y temperatura, etc..).

G.- Recursos materiales:

.- Sistema de comunicaciones: Se garantizará como mínimo comunicación con el centro coordinador de Urgencias-Emergencias, con su hospital de referencia, con las unidades móviles sanitarias y policiales de su área de influencia y de telefonía exterior.

.- Medios de transporte: Vehículo con telefonía para el desplazamiento de los profesionales, ambulancias para el transporte de pacientes.

.- Mobiliario general: Dotación adecuada para salas de espera, consulta, etc...

.- Mobiliario específico: Camillas, carros de curas, carro de RCP, sillas de ruedas, etc...

.- Material permanente:

.. General: de limpieza, aseo, oficina,

etc.

.. Sanitario: Material de curas y de esterilización, de diagnóstico, de tratamiento...

.- Material desechable: General y sanitario.

(Nota: No entramos a pormenorizar o detallar en profundidad la dotación y características del Centro de Urgencias, por no ser el objetivo fundamental de este estudio.)

Con esta propuesta se pretende conseguir:

1.- En relación a la población:

- Que en todo momento sepa donde puede localizar y/o acudir (tiempo máximo en coche 20 minutos) al Centro, donde siempre habrá un sanitario.

- Que serán atendidos en centros específicos que dispongan del material básico para la atención inmediata de cualquier urgencia.

- Que tendrán garantizado un medio de transporte adecuado e inmediato en caso de que la situación así lo requiera

2.- En relación al personal:

.- Trabajarán en un centro funcional y estructuralmente acorde con su función y tendrán una jornada laboral digna (no superior a 40 horas semanales).

.- Dispondrán de los medios adecuados tanto de transporte como de diagnóstico y tratamiento para realizar su función.

- Estarán integrados orgánica y funcionalmente en el Servicio de Atención Primaria.
- El personal de consulta no tendrá que hacer guardias.

3.- En relación a la Administración:

- Coste totalmente asumible.
- Incremento de la calidad asistencial.
- Racionalización del horario laboral del personal de consulta, adecuándolo a la demanda y necesidades de la población protegida, así como al resto de las funciones que tienen asignadas.
- Potenciación del Sist. Sanitario Público y creación de puestos de trabajo estables.
- Este proyecto sería bien acogido tanto por parte de los profesionales, como de la población y representantes sindicales.

APÉNDICE

La Consellería de Sanidad, acaba de presentar un proyecto de Urgencias para la Comunidad Gallega, que básicamente consiste en:

- 1.- Supresión de los actuales S.U..
- 2.- Creación de Puntos de Atención Continuada (PAC), sin especificar nº ni ubicación.
- 3.- Los PAC serán atendidos por los profesionales del Servicio de Atención Primaria, de forma rotatoria.
- 4.- Las guardias serán de presencia física, sin contemplar el descanso correspondiente.
- 5.- El sábado es considerado día laborable a todos los efectos.
- 6.- El horario de funcionamiento será de 17 a 9 horas los días laborables y de 9 a 9 horas del día siguiente los domingos y festivos.
- 7.- La atención que se prestará no es sólo de urgencia sino atención continuada que implica según el proyecto atender todo aquello que se demande aunque no sea urgencia ni emergencia.
- 8.- La población protegida por cada PAC será de 1 médico por cada 25.000 habitantes.
- 9.- Este proyecto carece de presupuestación económica.

Desde nuestro punto de vista no resolvería la situación actual de la atención de urgencias ya que:

- A. Elimina puestos de trabajo estables (SNU, SEU).
- B. No especifica ni el número ni la ubicación de los futuros PAC.
- C. No se contempla la creación ni dotación de locales apropiados.
- D. Implicaría que los profesionales sanitarios, después del día de guardia no tendrán derecho al descanso correspondiente, por lo que acabarán la guardia y tendrán que desplazarse a sus respectivas consultas y cumplir el horario laboral normal hasta las 17 horas.
- E. Al ser la dotación del personal de enfermería la mitad del personal médico, estos profesionales se verán obligados a realizar un número doble de guardias de presencia física sin el consiguiente descanso.
- F. Contempla el sábado laborable a todos los efectos, hecho sin parangón en cualquier Administración Pública o Privada.
- G. Implica que la jornada laboral del personal será muy superior a las 40 horas semanales.
- H. Al no funcionar como Servicios de Urgencia sino como atención continuada (tal como viene definida en el proyecto), se tendrán que atender todo tipo de demanda médica o administrativa, lo que implicaría una masificación en horario no laboral, doble sistema de consulta, dificultad en el seguimiento y control de los pacientes, y en definitiva abocarían al fracaso total de la asistencia sanitaria integral.
- I.- Que la población protegida de cada PAC sea de 25.000 habitantes y dada la dispersión geográfica y vías de comunicación de nuestra Comunidad Autónoma, implica que cada PAC cubrirá zonas de 500 Km²., que los pacientes tendrían que cubrir distancias superiores a la media hora en coche, que las visitas domiciliarias del personal sanitario supongan ausencias superiores a la hora, y que la ubicación de los PAC sea conflictiva.
- J.- No contempla el sistema de desplazamiento de los profesionales para realizar su trabajo.

Estudio demográfico y vital de Silleda

Dra. Obdulia Ramos Mosquera

OBJETIVO: Conocer los datos básicos de Silleda desde el punto de vista demográfico y vital, en el período comprendido entre 1978 y 1991.

CONCLUSIONES: Presenta una población envejecida, con un crecimiento Natural negativo y una caída notable de la natalidad.

Su economía se basa fundamentalmente en la ganadería y agricultura siendo muy poco importante el tejido industrial.

La principal causa de mortalidad son enfermedades del aparato cardiovascular.

INTRODUCCIÓN.

Esta descripción del Municipio de Silleda, se realiza para el intervalo de tiempo comprendido entre 1978-1991, pudiendo ser un complemento al estudio de D. Luis Fraiz Ares (Estudio Demográfico y Vital del municipio de Silleda, 1900-1977)

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS:

Situación y límites: Se sitúa en el noroeste de la provincia de Pontevedra, limitando al norte con Vila de Cruces y el río Deza, al este con Lalín, al sur con Lalín y Forcarei y al oeste con la Estrada.

Extensión: Tiene una superficie de 168 Km² (representa el 3,61% de la superficie provincial), siendo una de los mayores municipios de la provincia.

Orografía: Presenta un conjunto de valles y montañas, siendo estas las ramificaciones de las Sierras del Candán y de San Sebastián, alcanzando altitudes de 1.014 y 748 m. respectivamente.

Hidrografía: Los ríos forman un plano inclinado en dirección Sur-Norte. El más importante es el Deza que hace frontera natural con la provincia de La Coruña y con los municipios de Lalín y Vila de Cruces, tiene una longitud de 47 Km y desemboca en el río Ulla, teniendo como afluentes principales el Asneiro y el Toxa. En el límite con Forcarei nace el río Lerez.

Suelo: Pertenece al macizo Hespérico, formando parte de los terrenos más antiguos de la Península. Es generalmente arenoso, de escasa profundidad y muy pedregoso. La textura va de franco-arcillosa a franco-limosa, siendo la fracción de arcilla hasta el 30% y la de arena hasta el 70%. Su colore es pardo-rojizo.

El pH se sitúa entre 5 y 6, tierras ácidas, debido a las arcillas que lo componen.

Clima:

Año	T. máx. (prom.)	T. mín. (prom.)	Lluvias año
1989	24 ^o C	4.5 ^o C	1.182.9
1990	22.3 ^o C	2.9 ^o C	970.5
1991	21.5 ^o C	2.3 ^o C	1.110.9
1992	24.8 ^o C	2 ^o C	1.069.2

Las precipitaciones de nieve son muy escasas. Los vientos son de componente Norte durante el verano y Sur-Sureste en invierno, son de intensidad variable, generalmente con una velocidad entre 20 y 40 Km/hora.

Redes de comunicación: Su red de carreteras está constituida por:

- N-525 Santiago-Orense. Red más importante.
- PO-2010 Silleda-Carballiño.
- N-640 Chapa-Carril.
- PO-2084 Silleda-Forcarei

Se encuentra a 35 Km de Santiago, a 65 Km de Orense, a 70 Km de Pontevedra, a 86 Km de Lugo y a 98 Km de La Coruña.

Hay líneas regulares de autobuses, principalmente con Santiago, Orense y Pontevedra.

La línea férrea Santiago-Orense tiene 3 estaciones (Taboada, O Castro y Bandeira) completamente inutilizadas. Por lo que el transporte de mercancías se realiza totalmente por carretera..

Existe una oficina de Telégrafos y Correos.

Según datos del IGE 1991, el 40% de las viviendas familiares tienen teléfono

Población:

1991	Pob. de hecho	Pob. de derecho
Hombres	4.566	4.805
Mujeres	5.053	5.213
Total	9.619	10.021

Para el período 1986-1991 el crecimiento interanual es de -5.58% (provincial = -0.51%)..

La densidad de población es alrededor de 57.12 hab/Km² (provincial = 196.29 hab/Km²).

El municipio se divide en 33 parroquias, siendo las principales: Silleda (1.869 hab.), Mánduas (918), Escuadro (715), Lara (426) y Cortegada (417).

La pirámide es de tipo "campana", con una base truncada y la tasa de reemplazo generacional es de 1.12 (provincial = 1.37)

Economía: Se basa principalmente en el sector primario, agrícola-ganadero (56.3%), servicios (18.4%), construcción (14%) e industria (10.5%).

Las tierras de cultivo constituyen el 31.88%, prados y pastizales el 8,93% y terreno forestal el 48.63%.

Educación: Hay 6 centros de EGB (85 profesores, 1.418 alumnos) y 1 centro de BUP (10 profesores, 211 alumnos)

Servicios Sanitarios: Existe un Consultorio Local con 5 médicos, 1 pediatra, 2 enfermeros/as y 1 matrona. El hospital de referencia es el de Pontevedra (a 70 Km.).

Indicadores sociales: Existen 3.335 viviendas familiares, de las cuales 2.641 están ocupadas.

2.488 disponen de agua corriente.

1.801 disponen de agua caliente.

2.086 disponen de ducha/baño.

2.289 Disponen de retrete.

607 Disponen de calefacción.

1.034 Disponen de teléfono.

2.609 Disponen de electricidad.

Natalidad, Mortalidad:

Tasa	1989	1990	1991
Natalid.	6.75	8.01	7.48
mortal.	8.94	9.63	10.67

El índice Swaroop de 1991 ha sido 92,52.

La causa más frecuente de mortalidad es la enfermedad del aparato cardio-circulatorio (G-VII) constituyendo el 47,95%.



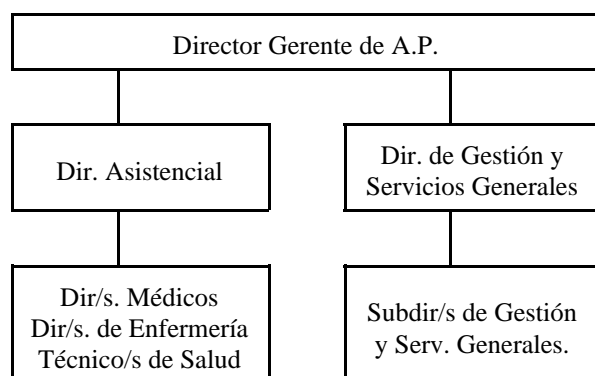
GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Este verano se publicó en el DOG el Decreto 252/1994 (Nº 153, Martes 9 de Agosto de 1994), por el que se crean las Gerencias de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Galicia y se establece su estructura directiva, así como sus funciones, cuyo extracto exponemos a continuación:

Se crean las siguientes Gerencias de Atención Primaria:

- 1.- Gerencia de A.P. de Coruña-Ferrol: Áreas de Salud de A Coruña y Ferrol.
- 2.- Gerencia de A.P. de Santiago de Compostela: Área de Salud de Santiago.
- 3.- Gerencia de A.P. de Lugo: Áreas de Salud de Lugo, Monforte y Cervo.
- 4.- Gerencia de A.P. de Ourense: Áreas de Salud de Ourense y O Barco.
- 5.- Gerencia de A.P. Pontevedra-Vigo: Áreas de Salud de Pontevedra, O Salnés y Vigo.

Estructura directiva:



Director Gerente:

.. Será nombrado por el Conselleiro de Sanidad

.. Funciones:

1.- Desarrollo e implantación del modelo de A.P. previsto en el D. 200/1993 de 29 de Julio, así como el desarrollo de todos los Planes de A.P. aprobados por la Consellería y el SERGAS.

2.- Garantizar la adecuada prestación de los servicios que le son propios.

3.- La dirección, coordinación, supervisión y evaluación de todas las actividades de la Gerencia.

4.- La adopción de las medidas necesarias para conseguir los objetivos que le señale la Consellería de Sanidad y el SERGAS, así como la formulación de propuestas para mejorar el cumplimiento de los objetivos generales.

5.- La dirección de la gestión de los recursos humanos y económicos.

6.- La elaboración de la propuesta anual del anteproyecto de gasto de la gerencia.

7.- La elaboración de la memoria anual de actividades, así como de informes periódicos.

8.- La elaboración y envío de los datos-información para la gestión sanitaria marcados por la Subdirección General de A.P. en colaboración con la Dirección General de Organización Sanitaria.

Director Asistencial:

-- Será nombrado por el Conselleiro de Sanidad a propuesta del Director Gerente correspondiente:

-- Funciones:

1) La dirección, coordinación, supervisión y evaluación de todos los Programas y actividades asistenciales desarrollados en su ámbito.

2) La colaboración en el desarrollo de la cartera de servicios de A.P. y la dirección de su implantación.

3) La dirección y coordinación de las comisiones asistenciales y de calidad que se constituyan en la gerencia.

4) La coordinación y evaluación de la docencia e investigación.

5) La evaluación de la calidad asistencial.

6) La suplencia del Dir. Gerente en los casos de ausencia, enfermedad o vacante, así como el ejercicio de las funciones que aquel le pudiese delegar.

Director de Gestión y Servicios Generales:

-- Será nombrado por el Conselleiro de Sanidad a propuesta del Director Gerente correspondiente:

-- Funciones:

1.- La dirección, coordinación y supervisión de la actividad económico-administrativa.

2.- La asistencia técnico-administrativa a los demás órganos de la gerencia.

3.- La gestión del personal.

4.- La asistencia técnico-administrativa en la elaboración de la propuesta anual de gastos.

5.- La dirección, coordinación y supervisión de todas las áreas de apoyo a la actividad sanitaria, tales como: mantenimiento, suministros, limpieza, seguridad, obras, instalaciones, etc...

6.- La suplencia del Director Gerente en caso de ausencia, enfermedad o vacante, en defecto del Director Asistencial.

7.- Todas aquellas otras no sanitarias que le delegue el Director Gerente.

Director Médico:

-- Será nombrado por el Conselleiro de Sanidad a propuesta del Director Gerente correspondiente:

-- Funciones:

1.- La dirección, coordinación y supervisión de las actividades médicas.

2.- La suplencia del Director asistencial, en caso de ausencia, enfermedad o vacante, sin perjuicio de lo contemplado en el apartado 6.- anterior, así como el ejercicio de las funciones que aquel le pudiese delegar.

Director de Enfermería:

-- Será nombrado por el Conselleiro de Sanidad a propuesta del Director Gerente correspondiente:

-- Funciones:

1.- La dirección, coordinación y supervisión de las actividades de enfermería.

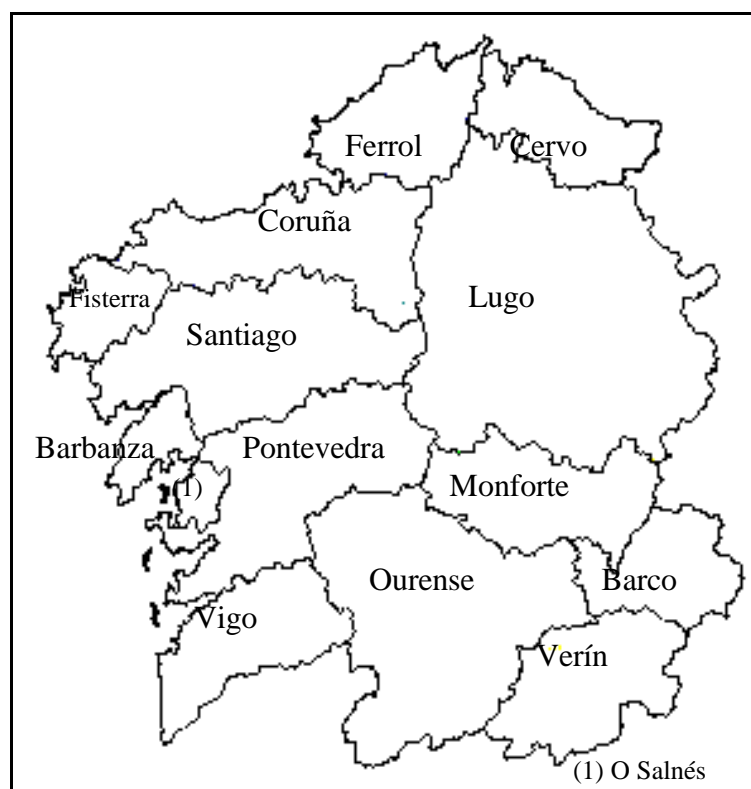
2.- Todas aquellas otras que le delegue el Director asistencial

Disposiciones adicionales:

Los Servicios especiales de Urgencia quedan integrados en las estructuras de las Gerencias de A.P., en los respectivos ámbitos territoriales.

En las Gerencias de A.P. de Coruña-Ferrol y de Pontevedra-Vigo, podrá haber 2 Directores Asistenciales y 2 Directores de Gestión y Servicios Generales.

POSIBLE MAPA SANITARIO DE GALICIA (II)



Áreas Sanitarias de Galicia.

Las posibles Áreas Sanitarias pueden ser:

- Área Sanitaria de A Coruña¹. Cubriría una población de 458.129 hab.
- Área Sanitaria del Barbanza. Cubriría una población de 96.207 hab.
- Área Sanitaria de Cervo-Burela. Cubriría una población de 74.521 hab.
- Área Sanitaria de Ferrol. Cubriría una población de 214.638 hab.
- Área Sanitaria de Fisterra. Cubriría una población de 50.088 hab.
- Área Sanitaria de Lugo. Cubriría una población de 244.865 hab.
- Área Sanitaria de Monforte. Cubriría una población de 62.360 hab.
- Área Sanitaria de O Barco. Cubriría una población de 34.548 hab.
- Área Sanitaria de O Salnés. Cubriría una población de 75.847 hab.
- Área Sanitaria de Ourense. Cubriría una población de 277.656 hab.
- Área Sanitaria de Pontevedra. Cubriría una población de 287.987 hab.
- Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Cubriría una población de 273.106 hab.
- Área Sanitaria de Verín. Cubriría una población de 38.673 hab.
- Área Sanitaria de Vigo¹. Cubriría una población de 520.611 hab.

(1). De acuerdo con la LGS habrá que desdoblarlas.