

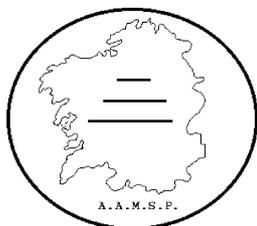
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 4

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Enero 95



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTERS EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

REFORMA SANITARIA

Recientemente la Consellería de Sanidad ha expuesto las líneas maestras de la Reforma de la Sanidad Pública, manifestando que el actual modelo está agotado y que al igual que hicieron otros países europeos se necesitan reformas "de muy alto calado", dada la penosa situación financiera de la sanidad pública de los últimos años y a que el actual modelo genera insatisfacción en el ciudadano que lo ve caro, lento y poco efectivo.

La Reforma Sanitaria propugnada se basaría en:

- Una nueva Ley General de Sanidad, fruto de un pacto estatal.
- Separación entre financiación, que seguiría siendo pública, y prestación de servicios, que podría ser pública o privada.
- Autonomía de los Centros y competencia regulada entre ellos.
- Libertad de elección de los ciudadanos.
- Las necesidades sociales, expresadas por los ciudadanos, orientaran el uso de los recursos y no al revés, como sucede ahora.
- Mantener una racionalidad básica en el uso de los recursos, fundamentalmente la alta tecnología.

De esta Reforma, en líneas generales, se podría decir que es positiva, actual y que subsanaría las deficiencias del actual modelo. Pero creemos que habría que introducir un marco legal pormenorizado que posibilitase:

- La obligación de acreditación y evaluación periódica de todos aquellos centros interesados en concertar con el Servicio Sanitario Público Gallego, para preservar

SUMARIO

EDITORIAL.....	pág. 1
Vixilancia epidemiol. VIH/SIDA.....	pág. 3
A GRIPE.....	pág. 7
Estudio dunha epidemia de sarampelo	pág. 11
Cobertura vacunal en Villagarcía.....	pág. 15
Paciente/cliente ...	pág. 19
Cursos/Congresos..	pág. 20
Análisis de los futuros P.A.C.....	pág. 23
Presupuestos del SERGAS-95.....	pág. 27

unos niveles mínimos de calidad (personal adecuado en número y cualificación con unos medios idóneos que garantizaran una atención adecuada).

- Inventario de todos los bienes y propiedades de titularidad Pública, con el fin de saber con que patrimonio se cuenta.
- Autonomía real de gestión de los Centros con disponibilidad de caja, que permita vender y comprar servicios, gestionar los suministros y los proveedores.
- Marco jurídico que regule las incompatibilidades, para hacer posible la libre competencia entre pública-privada, privada-privada y pública-pública.
- Facilitar la utilización a pleno rendimiento de los medios de la Red Pública.
- La libre elección de los ciudadanos, con la que estamos de acuerdo, está limitada por la propia capacidad de los Centros y del personal sanitario, por lo que habría que explicar a los ciudadanos los inconvenientes, para no generar insatisfacción. Además, podría llevar a una medicina de complacencia que dispararía el coste, sin olvidar el papel de agente que desempeña el profesional sanitario.
- El uso de los recursos debe ser racionalizado, no puede ser en función exclusivamente de la demanda sino también en función de las necesidades reales.
- Los pacientes deberían recibir una factura detallada de los costes que ha generado su atención sanitaria, para lograr una mayor sensibilización y un uso más racional de los recursos, esto sólo es posible si se realiza una contabilidad analítica; ya que, como todos sabemos, la salud no tiene precio pero es muy cara.
- Es fundamental en esta Reforma un mayor protagonismo de la Atención Primaria y dotarla de una coordinación con la Atención Especializada, ya que es el primer eslabón del sistema sanitario y donde se realiza el mayor número de actos médicos.

Esta Reforma será viable si hay una continuidad, por lo que es necesario un amplio consenso entre las principales fuerzas políticas, que permita una planificación a largo plazo que acabe con la tradicional improvisación a la que tan acostumbrados estamos en la sanidad.

*

APUNTES DE SALUD PÚBLICA ©
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTERS EN SALUD PÚBLICA.
ENERO 1995 N° 4

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA
CEPEDA.

COMITE DE REDACCIÓN:

MONSERRAT GARCÍA SIXTO.
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY.

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.

VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

É ben coñecida a necesidade ineludible de información fiable sobre un problema, tanto para decidir unha intervención sanitaria como para decidir o tipo de accións e os grupos diana ós que van dirixirse. O propósito da vixilancia epidemiolóxica é recomendar accións, sobre bases obxectivas e científicas, capaces de controlar ou prever un problema. É, polo tanto, un requisito para os programas de prevención e control dunha epidemia. Pero ademais permítenos realizar, algo cada vez máis necesario, as avaliacións das nosas accións. Resumindo, a vixilancia é información para a acción e permítenos valora-los seus resultados.

A vixilancia da infección por VIH/SIDA realízase dende hai anos baixo as orientacións do Programa Global da OMS e concretízase en cada país atendendo ás súas peculiaridades. Tendo en conta que estamos a falar dun virus moi xove, que coñecemos dende hai unha ducia de anos, a primeira pregunta que xorde é se está xustificada nunha orde de prioridade definida con base na importancia que poidan ter para a comunidade e os seus xestores sanitarios e medidas, en comparación con outros problemas, conforme parámetros como son a súa magnitude (incidencia, prevalencia, duración...), severidade (letalidade, mortalidade...), custos, idade dos afectados e posibilidade ou non de intervención sanitaria fundamentalmente preventiva.

Coñecémo-lo carácter pandémico desta infección que afecta ós países do noso contorno e tamén á nosa comunidade. A incidencia anual da SIDA aumentaba exponencialmente nos primeiros anos tendendo nestes momentos a se estabilizar nunha meseta.

O grupo de idade máis afectado é o dos xoves en idades productivas. A súa letalidade tende ó 100% e non dispoñemos de tratamento etiolóxico definitivo nin vacina, sendo as previsións neste campo francamente pesimistas a medio prazo. Os custos derivados dela son elevados, pero as vías de transmisión están ben definidas, permitíndonos tomar medidas preventivas que teñen demostrado a súa eficacia.

A todo isto teríamos que lle engadi-lo gran impacto socio-político que produciu derivado, entre outras razóns, das súas vías de transmisión, que inclúen algo tan básico e cotián na vida das persoas como é o sexo; de que grupos socialmente xa marxinados son os máis afectados e para os que esta infección supuxo maior discriminación; e o pánico orixinado na poboación que se sente ameazada por unha enfermidade nova, letal e na actualidade sen tratamento curativo.

Parece polo tanto incuestionable a importancia da infección por VIH/SIDA e xustificable a súa definición como principal problema de saúde pública que a levou a un lugar prioritario nas políticas de saúde e á implantación de programas globais de loita contra as súas consecuencias sanitarias e sociais.

Nesta estratexia é necesario dispor de información sobre a situación na que se atopa a epidemia e tendencias, grupos de poboación afectadas e o risco, distribución xeográfica, cambios no tempo e no espacio..., en suma, un sistema de vixilancia epidemiolóxica.

Na definición deste sistema e nos seus

resultados debemos ter presente as características do axente infeccioso (VIH, 1-2) e modo de actuación, vías de transmisión-transmisibilidade e susceptibilidade. Aspectos básicos, ben coñecidos e nos que o espacio deste artigo non permite afondar.

Tendo en conta o longo período asintomático que vai dende a infección ó diagnóstico de SIDA, podemos falar de dúas epidemias -a do VIH e a da SIDA- á hora de deseña-la vixilancia epidemiolóxica.

VIXILANCIA DA SIDA

Debido ó exposto no parágrafo anterior, este método é limitado para seguir de forma actualizada a infección por VIH.

Sen embargo ata o de agora é o método máis utilizado e, recoñecendo as súas limitacións, existen razóns válidas para o manter, xa que a través del podemos:

- Coñece-la distribución da enfermidade, as súas alteracións no tempo e segui-las tendencias da epidemia.
- Planifica-los servicios de saúde necesarios para atende-los afectados.
- Identificar grupos diana para accións de prevención e control, e avaliar estas.
- Realizar proxeccións sobre o impacto futuro da enfermidade.

En Galicia coas transferencias en saúde pública, comezan a recollese casos de SIDA e posteriormente créase o REXISTRO GALEGO DE CASOS DE SIDA. Recolle os casos acumulados. O primeiro recollido de forma retrospectiva foi diagnosticado no Hospital Montecelo, en Pontevedra, no ano 1984.

Este rexistro, que responde ós obxectivos

antes mencionados está determinado pola natureza da enfermidade, estrutura sanitaria e recursos dispoñibles, sendo as súas características principais:

- Fonte de "información": os médicos.
- Declaración voluntaria.
- Sistema pasivo.
- O soporte de información é un cuestionario baseado nas distintas definicións de caso.
- Recolle datos persoais, sociais e de risco, clínicos e analíticos, ademais doutros para o seu seguimento e control.
- Difusión de resultados: trimestral.

Mención especial merece a protección da confidencialidade que posúe xa que, se tódolos datos sanitarios deben estar protexidos, neste caso debemos ter especial coidado na súa protección, dada a transcendencia social desa información. Por iso consta dun sistema de protección que impide o acceso a persoas non autorizadas e garante que estes datos só os utilicen en beneficio dos pacientes, para o seu control e para a investigación.

VIXILANCIA DO VIH

O coñecemento da magnitude da infección ten especial interese para o seu control, pois os portadores asintomáticos son os principais axentes de transmisión do virus.

Na práctica non é posible coñece-la prevalencia exacta pero é posible obter estimacións a través de estudos de mostras.

A hora de defini-la estratexia para medir esta prevalencia podemos partir de que existen dous tipos de poboación a vixiar: a poboación xeral e colectivos específicos.

Os estudos de seroprevalencia en poboación xeral serían ideais para calcularlo número de portadores así como para estudia-la súa evolución temporal, pero a nivel práctico presentan serias dificultades que os fan desaconsellables. Entre estas podemos citar que, partindo dunha prevalencia estimada baixa como é o caso de Galicia, son estudos moi custosos, a selección da mostra representativa é difícil (mostras moi grandes) e aínda unha vez conseguida non garante unha estimación correcta (sesgo de participación).

Ante a imposibilidade de traballar coa prevalencia na poboación total, a alternativa é realizar estudos en grupos seleccionados que, aínda que non representan a totalidade, achégannos a esa realidade e sobre todo reflicten a tendencia da súa evolución.

Estes grupos débense someter a estudos periódicos e, analizados os resultados no seu conxunto, aproxímannos á situación xeral.

Estes GRUPOS SENTINELA deben ser elixidos segundo criterios epidemiolóxicos e prácticos, entre os cales os máis importantes son os patróns mundiais e propios, as formas de transmisión e a prevalencia.

A nivel de estado este tipo de vixilancia está pouco desenvolvida. En Galicia existen algúns estudos poboacionais específicos. Nestes momentos ocupa unha situación prioritaria nas actividades dos distintos plans, sendo de esperar que nun futuro próximo poidamos dispor de resultados neste campo.

A SITUACIÓN ACTUAL

Só comentar que se estima que en Galicia \pm 8.000 individuos son portadores do VIH. A nivel de Estado \pm 125.000. O número de casos de SIDA acumulados na nosa comunidade está próximo ós 1.500, cunha taxa aproximada de 500 casos por millón de habitantes.

Se o consideran oportuno os responsables desta publicación, exporemos no seguinte un resumo da situación desta década de SIDA, analizando os aspectos máis relevantes.

Dr. José Antonio Taboada Rodríguez
Dirección. Xeral de Saude Pública
SERGAS.

Santiago, 15 de decembro de 1994



ULTIMA HORA

- El Secretario Xeral de la Consellería de Sanidad (Alberto Núñez Feijóo), el Director de Recursos Humanos del SERGAS (Carlos Negreira Souto), el Director Xeral de Asistencia Sanitaria (Jaime Torres Rey), el Subdirector Xeral de A.P. (Luciano Vidán Martínez) y los representantes sindicales de CC.OO, UGT, SATSE, CSIF y CEMS, firmaron el pasado día 22 de Diciembre un pacto sobre el Plan de urgencias extrahospitalarias para Galicia (los PAC). Los PAC vendrán definidos por áreas de ± 25.000 habitantes, las asistencia la proporcionaran los profesionales de Atención Primaria, Servicios Normales y Especiales de Urgencia, e l horario de funcionamiento será de 15:00 a 8:00 horas, los días laborables, y de 24 horas, los domingos y festivos. Las guardias serán de presencia física.
- El pasado 26 de Diciembre de 1994 tomó posesión, como nuevo Director Xeral de Salud Pública del SERGAS, Francisco Villar García-Moreno, quien desempeñaba el cargo de Delegado Provincial de Consellería de Sanidad y Director Provincial del SERGAS, en la provincia de Pontevedra.
- El Tribunal Supremo ha dictado sentencia por la que se establece que los concursos de traslado de funcionarios tendrán que ser abiertos a todo el Estado Español.

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

Aquí podrás atopar os libros de texto nestas e outras titulacións

FARMACIA
MEDICINA E ODONTOLOXÍA
BIOLOXÍA
QUÍMICA
BIBLIOTECONOMÍA E DOCUMENTACIÓN
FÍSICA
DEREITO
ECONÓMICAS E EMPRESARIAIS
VETERINARIA
INFORMÁTICA
MATEMÁTICAS

Somos especialistas en libros científico-técnicos e diccionarios

A GRIPE

INTRODUCCIÓN

A gripe (Francia) ou Influenza (Italia), está a ser considerada coma un dos problemas de Saúde Pública máis importantes do noso tempo. Pódese definir como unha enfermidade transmisible de elevado poder de difusión, de presentación invernal e recurrencia periódica, con brotes epidémicos cada 2-4 anos e brotes pandémicos cada 10-15 anos.

Se ben se trata dunha afección totalmente benigna, existen non embargantes uns grupos de poboación denominados de "alto risco" nos que a gripe e as súas complicacións poden xenerar altas taxas de mortalidade.

Dende o punto de vista económico ten unha gran importancia polo elevado absentismo laboral que ocasiona. O 44% das baixas laborais nas empresas españolas débense á Gripe e outras patoloxías virais do aparello respiratorio. Estes datos desprénden se dun estudio epidemiolóxico realizado no inverno de 1987 por unha das principais empresas españolas (Telefónica) na que traballan 60.000 persoas. Os datos deste estudio revelan que só na citada empresa os custos laborais do proceso gripal rondaron nese ano, os mil millóns de pesetas.

Históricamente, a gripe semella ter acompañado ó home dende a máis remota antigüidade. Existen referencias dunha epidemia causada por un proceso respiratorio semellante ó da gripe, descrito por Hipócrates no ano 400 A.C.. A primeira pandemia importante da que se ten coñecemento data de 1570. Dende finais do século pasado ata os nosos días téñense producido catro pandemias importantes: 1899, 1918, 1957 e 1968. A pandemia de 1918, chamada "gripe española" ocasionou 20 millóns de mortes.

ETIOLOXIA

Os virus da gripe pertencen á familia ortomixoviridae, virus de complexa bioloxía que poden reproducirse no home e en varias especies animais, cunha enorme capacidade de adaptación e unha grande variabilidade xenética.

Téñense identificado tres tipos de virus da gripe: A, B e C. Os virus gripais do tipo A clasifícanse en diferentes subtipos atendendo ás características de dúas proteínas existentes na superficie do virión: a Hemaglutinina e maila Neuraminidasa. Estes virus tipo A poden presentar variacións maiores (antigenic shift), con cambios totais nos seus antíxenos de superficie e variacións menores (antigenic drift) ou deriva antixénica, con modificacións máis ou menos intensas dos ditos antíxenos. Por estudos realizados en bancos de soros téñense evidencias que parecen indicar que historicamente só circulaba un subtipo de virus A en cada tempada gripal.

Non embargantes na actualidade e dende o ano 1977 circulan de modo simultaneo dous subtipos H3N2 e H1N1. Os subtipo H3N2 introduxose en 1968 substituindo ó H2N2, ata entón preexistente, e en 1977 principia a circular o H1N1 pero sen desprazar ó H3N2, polo que se mantén dende o dito ano a circulación conxunta dos dous subtipos.

O segundo tipo de cambio ou cambios menores denominada deriva antixénica, dan orixe a diferentes cepas dentro do mesmo subtipo, sendo este tipo de cambio o que usualmente da á súa vez orixe á necesidade de modifica-la composición das vacinas en cada nova tempada gripal.

As variacións maiores que presentan os virus do tipo A son un fenómeno infrecuente observado ata o momento presente con intervalos de dez ou máis anos. A infección por un determinado subtipo ou variedade confire escasa ou nula protección fronte a outros subtipos ou variedades de virus, o que explica as características epidemiolóxicas da enfermidade, xa que logo ó aparecer novas variedades do virus fronte ás que a poboación non presenta anticorpos, a infección pódese difundir con grande rapidez e acadar elevadas taxas de morbilidade.

No virus da gripe tipo B hai deriva antixénica, pero non cambio antixénico, polo que non produce as grandes pandemias ás que da orixe o cambio antixénico que en ocasións acontece cos virus gripais tipo A; polo tanto o tipo B tense detectado unicamente en epidemias rexionais ou diseminadas.

O virus tipo C garda relación con casos esporádicos e brotes localizados pequenos. Semella que este tipo de virus circula con certa intensidade na poboación, aínda que a benignidade xeral dos cadros ós que da orixe,

non fan do mesmo un problema de interese dende o punto de vista da saúde pública.

SELECCION DAS CEPAS VACINAIS

A decisión sobre as cepas que se teñen que utilizar en cada tempada gripal, basease na recomendación que a OMS fai cada ano, e en menor medida na reunión de vacina antigripal do Grupo de Biotecnoloxía da Unión Europea.

A OMS fai a súa recomendación sobre a base dos datos acumulados en todo o mundo encol da circulación dos virus gripais no inverno anterior en ambos os dous hemisferios. Máis de cen centros colaboradores da OMS en todo o mundo contribúen a esta tarefa. A remates do mes de febreiro e principios de marzo de cada ano, a OMS establece a correspondente recomendación, que é publicada no "Weekly Epidemiological Record". Na seguinte táboa pódese observar a composición de cepas tipo A e B recomendadas pola OMS dende a tempada 1983-84 ata a actual 1994-95:

Tempada	H3N2 (A)	H1N1 (A)	B
1983-84	A/Filipinas/2/82	A/Brasil/11/78	B/Singapore/222/79
1984-85	A/Filipinas/2/82	A/Chile/1/83	B/URSS/100/83
1985-86	A/Filipinas/2/82	A/Chile/1/83	B/URSS/100/83
1986-87	A/Mississippi/1/85	A/Chile/1/83	B/Ann Arbor/1/86
Outubro 1986		A/Singap./6/86	
1987-88	A/Lening./360/86	A/Singap./6/86	B/Ann Arbor/1/86
1988-89	A/Sichuan/2/87	A/Singap./6/86	B/Beijing/1/87
1989-90	A/Shangai/11/87	A/Singap./6/86	B/Yamagata/16/88
1990-91	A/Guizhou/54/89	A/Singap./6/86	B/Yamagata/16/88
1991-92	A/Beijing/353/89	A/Singap./6/86	B/Yamagata/16/88 ou B/Panamá/45/90
1992-93	A/Beijing/353/89	A/Singap./6/86	B/Yamagata/16/88 ou B/Panamá/45/90
1993-94	A/Beijing/32/92	A/Singap./6/86	B/Panamá/45/90
1994-95	A/Shangdong/9/93	A/Singap./6/86	B/Panamá/45/90

PREVENCION

Ainda que se dispón de dous instrumentos preventivos para reduci-lo impacto da gripe, a vacinación coa vacina e a profilaxe con amantadina, a vacina é de feito, a única medida preventiva utilizada. A vacinación das persoas de 65 ou máis anos e das pertencentes ós grupos de alto risco, forma parte das propostas preventivas feitas pola Canadian Task Force, American College of Physicians e a U.S.Preventive Services Task Force. O Immunization Practices Advisory Committee dos Centers of Disease Control recomenda ademáis a vacinación do persoal sanitario asistencial, do persoal que atende ós anciáns e dos familiares que conviven coas persoas de alto risco.

CAMPAÑA DE VACINACION ANTIGRI PAL EN GALICIA

Dende o ano 1991, despois de recibir a transferencia da sanidade asistencial (INSALUD) a Xunta de Galicia ven desenvolvendo unha campaña de vacinación antigripal, mercando directamente ós laboratorios fabricantes a vacina para seren distribuídas ós centros de saúde, consultorios rurais e hospitais públicos e privados de Galicia. A Campaña ten un carácter gratuíto para tódolas persoas incluídas en grupos de risco, que son a poboación diana e obxecto da mesma. Tamén dispénsase con este carácter a todas aquelas persoas que, non estando incluídas nos referidos grupos, solicitan a vacina porque queren ver reducidas a súas probabilidades de contrae-la gripe.

A Campaña ten un obxectivo xeral que é diminuí-la morbimortalidade causada pola gripe na poboación galega mediante a vacinación das persoas pertencentes ós grupos de risco. E como obxectivos específicos conseguir coberturas concretas nestes grupos de persoas, como por exemplo, chegar a vacinar o 55% da poboación maior de 65 anos,

conseguir a vacinación do 75% das persoas en réxime de institucionalización permanente (residencias de anciáns, hospitais de crónicos, etc)...

Cada campaña avalíase ó remate da tempada gripal correspondente, razón pola que a Consellería de Sanidade e Servici os Sociais ven recollendo periódicamente nunha Folla-Rexistro da vacina administrada, as características da poboación que recibe a vacina en canto a sexo, grupo de idade e grupo de risco, incluíndo aquelas persoas que sen risco, solicitan ser vacinados no sistema público.

Desta avaliación remítese a tódolos profesionais sanitarios de atención primaria (médicos e enfermería) e de forma personalizada, un informe dos resultados de cobertura acadados no seu concello, provincia e Galicia, así como uns comentarios sobre as tendencias en morbilidad e cobertura vacinal, observada nos últimos anos en relación ás campañas desenvolvidas.

Nese sentido parécenos oportuno aproveitar estas liñas para facer uns comentarios avaliativos destas campañas, mediante os seguintes indicadores:

Indicadores de morbilidad:

O número de casos de gripe declarados ó sistema de Enfermidades de Declaración Obrigatoria (EDO) ten diminuído dende que se desenvolveu a primeira campaña no ano 1991-92, estabilizándose nestes dous últimos anos ó redor de 115.000 casos declarados . Ver táboa:

TEMPADA	Nº DE CASOS sistema EDO
1989-90	188.275
1990-91	157.123
1991-92	106.697
1992-93	114.589
1993-94	115.446

Da mesma despréndese que dende a xeneralización do uso da vacina obsérvase unha incidencia de gripe moi por debaixo do que tradicionalmente víñase declarando.

Indicadores de xestión: Na última campaña de vacinación antigripal desenvolvida (1993-94) distribuíronse 430.154 doses de vacina, 6.258 menos que na anterior campaña. Este feito pode ser debido a que o teito do consumo de vacina estea estabilizándose na nosa comunidade en torno a unha cifra aproximada ás 440.000 doses por campaña.

Coidamos que Galicia, neste senso, está a ser unha das Autonomías que presenta unha porcentaxe de persoas vacinadas contra a gripe máis alta de toda España. En concreto, preto do 16% (15,8%) da poboación galega vacinouuse contra a gripe na última campaña.

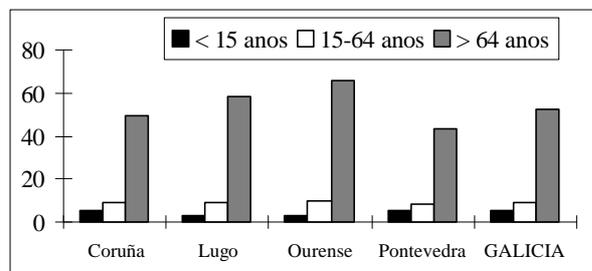
Indicadores de cobertura vacinal:

Cobertura nos 65 anos:

A fórmula empregada para a obtención da cobertura vacinal foi:

$$\frac{\text{Nº de doses administradas (en > 64 anos)}}{\text{poboación do grupo de idade (> 64 anos)}}$$

O obxectivo de acadar unha cobertura de vacinación do 50% nesta poboación foi conseguido, chegándose a unha cobertura do 52,1% neste grupo de poboación en Galicia.



Esta cobertura acadouse fundamentalmente a expensas das provincias de Lugo e Ourense. Non embargantes, este obxectivo non se acadou nas provincias de A Coruña e Pontevedra.

Utilización da vacina nos grupos de risco:

Observouse a tendencia iniciada na campaña do ano 1992 dunha mellor utilización da vacina antigripal.

Neste sentido foi empregada fundamentalmente na vacinación dos maiores de 65 anos, seguida da utilización nas persoas pertencentes ós grupos de risco con patoloxías crónicas.

Por último, o número de persoas catalogadas como sen risco vacinadas da gripe diminuiu en termos relativos nas tres campañas desenvolvidas. Empregouse na vacinación deste colectivo o 21,1% das doses subministradas, fronte o 23,4% da campaña do 92 e o 25,9% da campaña do ano 1991.

O comentario que deste feito se pode facer é francamente positivo, xa que logo moitas destas persoas incluídas no grupo sen risco, son moi posiblemente convivintes doutras que sen embargo son de risco elevado e polo tanto está indicada a súa vacinación consonte as recomendacións da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.

Bernardo Seoane Díaz

Subdirección Xeral de Atención Primaria
SERGAS

ESTUDIO DUNHA EPIDEMIA DE SARAMPELO

E DA EFECTIVIDADE DA VACINACION ANTISARAMPELOSA

RESUME

Polo presente traballo preténdese describir algúns aspectos clínico-epidemiolóxicos da epidemia de sarampelo acaecida, no Concello de Noia, durante os meses de maio, xuño e mediados de xullo de 1991. Así mesmo, queríamos avaliar sobre o terreo a efectividade da vacinación mediante un estudio caso-control apareado.

A incidencia foi maior no grupo de 6 a 10 anos e nas mulleres, sendo a idade media de todos os casos de $7,8 \pm 3,6$ anos. Na 5ª semana da epidemia foi onde se rexistraron máis casos. A maior porcentaxe de enfermos correspondeu a escolares (87,2%). O 38,5% dos casos (con antecedente vacinal coñecido) estaban vacinados previamente. Case todos os enfermos presentaron febre, exantema e tos, sendo a duración media da sintomatoloxía de $8,4 \pm 3,9$ días e dun día e medio máis nos non vacinados en relación ós vacinados. A efectividade vacinal correxida obtida

INTRODUCCIÓN

O sarampelo produce cada ano a morte de 2,5 millóns de nenos e está no primeiro posto das taxas de morbi-mortalidade durante o primeiro ano de vida en moitos países¹, a pesar de presentar unhas características biolóxicas e epidemiolóxicas que, xunto a factores socioeconómicos e políticos, fan posible a súa erradicación². Lembremos que xa pasaron 31 anos dende que comenzara, en 1963, a utilización das vacinas antisarampelosas³. Agora podemos afirmar que os obxectivos da OMS para a rexión europea⁴, consistentes en erradicar mediante campañas de vacinación ó sarampelo para 1990, non se cumpriron en España. Aquí, a inmunización fronte ó sarampelo comenza en 1976, en 1978 comencan as campañas de vacinación institucionais e en 1981 foi a introducción da vacina triple vírica: sarampelo-rubéola-parotidite⁵.

Aínda así é inevitable que haxa cada ano abrochos de sarampelo, rubéola e parotidite no noso medio, dados os niveis insuficientes de inmunidade observados ata os 7-10 anos, como consecuencia da exclusión da poboación en idade escolar das campañas de vacinación, cobertura insuficiente de vacinación aínda en nenos pequenos e fallos vacinais¹. Así, en España declaráronse 220.109 casos durante 1986⁶ (553,8 por 100.000 habitantes). A incidencia en Galicia nese ano epidémico foi sensiblemente inferior (141,7 por 100.000). O ano 1989 considerouse tamén en España ano epidémico de sarampelo, se ben a onda foi moito menor cá do ano 1986; en Galicia, os casos declarados non presentaron ese aumento⁷.

A situación estatal segue confirmando a típica evolución das ondas epidémicas que aparecen cada 2-3 anos⁸.

Os obxectivos deste traballo foron:

- Cuantificar as declaracións por sarampelo segundo idade e sexo.
- Cuantificar os casos de sarampelo segundo a data de inicio dos síntomas.
- Coñecer a distribución dos casos de sarampelo segundo o Centro escolar.
- Coñecer a sintomatoloxía e a súa duración segundo o antecedente vacinal.
- Valorar a efectividade vacinal.

MATERIAL E METODOS

POBOACION OBXECTO DE ESTUDIO

A primeiros de maio de 1991 comenzo a observar un elevado número de casos de sarampelo en Noia. Anteriormente, segundo datos do Servicio de Epidemioloxía do SERGAS, houbo 79 casos declarados en 1986, 26 en 1987, 1 en 1988 e 0 en 1989 e 1990.

A nosa poboación obxecto de estudio para alcanzar os catro primeiros obxetivos específicos foron todos os casos de sarampelo, aparecidos no

Concello de Noia e rexistrados polo personal médico do Equipo de Atención Primaria, dende a semana epidemiolóxica que comezou ás 0 horas do día 28 de Abril de 1.991 ata a semana epidemiolóxica que rematou ás 24 horas do día 13 de Xullo de 1.991. O número de casos rexistrados foi 47.

Para alcanzar o último obxectivo específico traballamos con todos os casos de sarampelo con antecedente vacinal coñecido (vacinados ou non vacinados), aparecidos no Concello de Noia e rexistrados polo personal médico do Equipo de Atención Primaria, dende a semana epidemiolóxica que comezou ás 0 horas do día 28 de Abril de 1.991 ata a semana epidemiolóxica que rematou ás 24 horas do día 8 de Xuño de 1.991. O número de casos rexistrados que cumpren as devanditas condicións foi 26. Esta redución temporal débese á situación de urxencia epidemiolóxica que conlevaba esta epidemia, de cara a coñecer os datos de dito obxectivo o máis axiña posible para efectuar medidas de control adicionais.

CONTROL SEMÁNTICO

Para a obtención de criterios uniformes ó longo deste estudo establecéronse as seguintes definicións propugnadas polo CDC-Atlanta (Centro para o Control das Enfermidades de USA)⁹:

- Clínica de caso: Enfermo caracterizado polos seguintes riscos clínicos: rash ou erupción xeralizada de 3 ou máis días de duración, temperatura de 38,5 ou superior e tos ou coriza ou conxuntivite.
- Caso probábel: É aquel que cumpre a definición clínica de caso, non posúe probas serolóxicas ou virolóxicas de confirmación, e non está relacionado epidemioloxicamente a un caso probable ou confirmado.
- Caso confirmado: É aquel confirmado polo laboratorio, ou aquel que cumprindo a definición clínica de caso está ademais relacionado epidemioloxicamente cun caso confirmado ou probable.
- Duración da sintomatoloxía (criterio elaborado polo propio Equipo de Atención Primaria de Noia): Considérase como inicio o primeiro día de febre ou exantema e como remate a descamación ou desaparición do exantema.

TECNICAS E PROCEDEMENTOS

Para acadar os catro primeiros obxetivos específicos levamos a cabo un estudio

descriptivo con todos os casos declarados. Para acadar o último obxectivo específico realizouse un estudio caso-control retrospectivo e apareado cun control por cada caso, xa que son un método útil para avaliar a efectividade da vacina¹⁰.

DEFINICIÓN E SELECCIÓN DE CASOS

Consideramos todos os enfermos con diagnóstico probable ou confirmado de sarampelo. Traballamos co universo de casos aparecidos no Concello de Noia e con antecedente vacinal coñecido dende a semana epidemiolóxica que comezou o día 28/04/91 ata a semana epidemiolóxica que rematou o día 8/6/91.

DEFINICIÓN E SELECCIÓN DE CONTROIS

Calquera neno coa mesma idade á do caso (± 5 meses) ó que está apareado, asistente ó mesmo centro escolar ou con residencia próxima a dito caso, que non estivera enfermo de sarampelo e con antecedente vacinal coñecido. En cada control esperamos un mínimo de 15 días por se estiveran incubando a enfermidade.

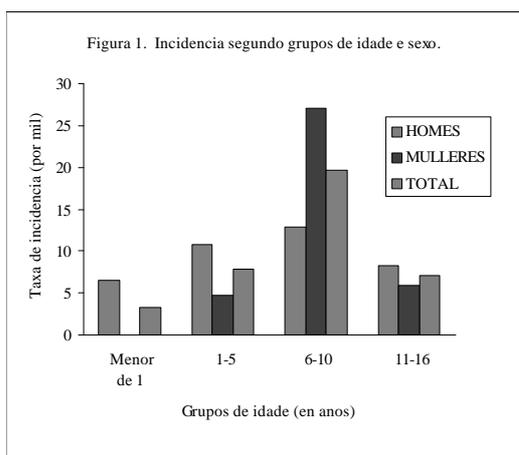
A selección foi totalmente aleatoria entre os nenos que cumprían os requisitos para ser considerados control.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

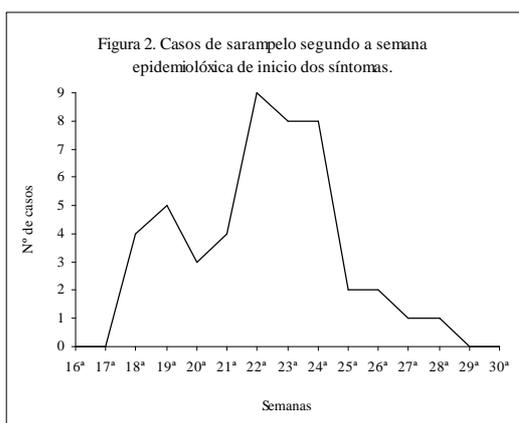
Para a análise dos resultados utilizáronse diversos índices estadísticos descriptivos para variables cualitativas e cuantitativas. Para o estudio “analítico” empregouse a proba de McNemar, o “odds ratio” e as fórmulas dadas por Orenstein et al¹¹ para o cálculo do intervalo de confianza da efectividade da vacina cun 95% de confiabilidade.

RESULTADOS

A incidencia foi maior no grupo de 6 a 10 anos (19,62 por mil), seguida dos grupos de 1 a 5 e de 11 a 16 anos (Figura 1). Houbo só un caso nos menores de 1 ano. As mulleres de 6 a 10 anos foron as máis afectadas (27,03 por mil). A incidencia foi maior nas mulleres cá nos varóns (11,48 vs 10,35 por mil). A idade media dos 47 casos rexistrados foi de 7,8 anos e a desviación estándar de $\pm 3,6$ anos.



A semana da epidemia que rexistrou un maior número de casos foi a 5ª (26/05/91-01/06/91), que corresponde á 22ª semana epidemiolóxica de 1991, seguida das dúas seguintes. A dúas últimas semanas da epidemia foron as que rexistraron un menor número de casos (Figura 2).



O Colexio cunha maior porcentaxe de casos foi o da "Barquiña" (38,3%) seguido do de "Bergondo" (34%). Case un 15% dos casos pertencían a 6 centros distintos e un 12,8% estaban sen escolarizar. A maior proporción de casos deuse en escolares (87,2% vs 12,8%).

Dos 39 casos con antecedente vacinal coñecido, un 38,5% estaban vacinados previamente e o restante 61,5% non o estaban. Case todos os nenos presentaron febre, exantema e tose. Nunha alta porcentaxe dos casos tamén houbo coriza e conxuntivite. Non hai diferencias entre os casos vacinados e non vacinados en canto ó padecemento de febre e tose, é moi similar na conxuntivite e hai algunha no exantema.

Os síntomas onde temos diferencias claras entre os vacinados e non vacinados son: coriza, vómitos, epistaxis, diarrea e prurito:

Síntomas	Vacinados		NS/NC	Total
	Si	No		
Fiebre	100%	100%	67%	95%
Exantema	90%	96%	100%	95%
Tos	100%	100%	100%	100%
Coriza	90%	65%	67%	72%
Conxuntiv.	80%	83%	67%	79%
Outros	10%	35%	33%	28%
Total	10	23	6	39

A duración media da sintomatoloxía dos 47 casos foi de $8,4 \pm 3,9$ días. Esta duración media é case un día e medio máis nos non vacinados ($8,9 \pm 4,0$) en relación aos vacinados ($7,5 \pm 3,1$).

Con respecto ó estudio caso-control, e na táboa 2, vemos as parellas de casos e controis para a análise da efectividade da vacina segundo as fórmulas de Orenstein et al¹¹. Obtívose unha efectividade do 92,86% cun intervalo de confianza do 95% dende o 39 ó 100%.

É importante tamén calcular a corrección para obter a efectividade vacinal (EV) que correspondería a un estudio de cohortes¹⁰. Así a Taxa de Ataque en Vacinados (TAV) correspondente ós controis foi de 0,0526 e o Erro Proporcional ($EP = TAV/[1-TAV]$) é 0,0555. Entón a efectividade vacinal que correspondería a un estudio de cohortes ($EV \text{ cohortes} = EV \text{ casocontrol}/[1+EP]$) é dun 87,98%.

DISCUSION

Os textos de epidemioloxía definen as epidemias como aumentos marcados das fluctuacións na incidencia e prevalencia das enfermidades; é dicir, como a aparición ou presenza de máis casos dos agardados normalmente^{12,13}. Gregg afirma que, na maioría dos casos, os oficiais sanitarios locais saberán cando están a ocorrer máis casos dos agardados¹⁴. Os profesionais do Equipo de Atención Primaria de Noia empezaron a rexistrar casos de sarampelo na 18ª semana epidemiolóxica e que continuaban nas seguintes, quedando clara a situación epidémica xa que nos tres anos anteriores só se rexistrou 1 caso.

A maioría dos enfermos foron escolares, sendo o grupo de idade de 6 a 10 anos o máis afectado e a idade media dos enfermos de $7,8 \pm 3,6$ anos. Ó encontrarse o grupo de 1 a 5 anos xa vacinado contra o sarampelo estase a producir un desplazamento da incidencia aos grupos de máis idade^{15,16}.

Chama poderosamente a atención a alta porcentaxe de enfermos con antecedente vacinal (38,5%) en comparación con outros estudos deste tipo^{16,17}. Por moi eficaz que sexa a vacina, sempre existe unha certa porcentaxe de fallos na protección fronte á enfermidade en cuestión. Coa ampliación da cobertura vacinal prodúcese o feito, aparentemente paradóxico, de que aumenta a proporción de casos de enfermidade entre as persoas vacinadas¹⁸.

Por outra parte, despois dunha campaña apropiada de vacinación contra o sarampelo pode quedar dun 2 a un 10% de individuos susceptibles, entre os cales pode manterse a transmisión do virus¹⁹. Aínda cunha boa cobertura vacinal fronte ó sarampelo seguen producíndose abrochos²⁰. Vemos, pois, que a inmunidade de rebaño é insuficiente para evitar o sarampelo e que cómpre intentar acadar a perfección na cobertura vacinal fronte a esta enfermidade, á vez que manter un sistema de vixilancia epidemiolóxica.

Entre os vacinados previamente e non vacinados hai unha diferenza pequena en canto ó padecemento de exantema (90 vs 96%) e en canto á duración da sintomatoloxía (7,5 vs 8,9 días), o que pode dar lugar a pensar que a vacina influiría, aínda que lixeiramente, no comportamento sintomatolóxico.

Comprobouse sobre o terreo a efectividade da vacinación antisarampelosa. Hai que ter precaución na valoración destes resultados porque non se fixo mediante procedementos serolóxicos (máis exactos) e a poboación estudada foi pequena, xa que era importante coñecer, sendo conscientes destas limitacións, a efectividade da vacina de cara a efectuar o máis rápido posible unha revacunación xeralizada se se demostrara unha efectividade deficiente.

Preblud e Katz sinalan que a maioría dos datos disponibles indican efectividades do 90 ó 95% ou incluso máis³. A encontrada por nós está perto destas cifras (87,98%) e tamén doutros estudos de ámbito estatal^{16,17}, onde se obtiveron 83,2 e 82,7%. Outro estudo obtivo unha efectividade sensiblemente inferior: 76%²¹.

Para a eliminación do sarampelo, xunto á rubéola e a parotidite, non é suficiente con vacinar a todos os nenos entre 1 e 2 anos, ademais é preciso completar a inmunización contra as tres enfermidades en todos os nenos menores de 10 anos e incluso maiores que non sufriran a enfermidade nin foran vacinados^{1,16,17}. Algúns aceptan tamén a posibilidade da administración da 2ª dose ós 12 anos de idade, segundo o calendario vacinal sueco e doutros países

¹⁶.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lardinois R. El sarampión en 1987. Editorial. Med Clin (Barc) 1988; 90: 112-115.
- 2.- Evans AS. The eradication of communicable diseases: myth or reality?. Am J Epidemiol 1985; 122: 199-207.
- 3.- Preblud SR, Katz SL. Measles vaccine. En: Plotkin SA, Mortimer EA, ed. Vaccines. Filadelfia, Saunders 1988: 182-222.
- 4.- World Health Organization. Expanded programme on immunization. European Conference on Immunization Policies. Wkly Epidem Rec 1985; 60: 165-168.
- 5.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunizables: sarampión, parotiditis y rubeola. Bol Epidemiol Sem 1985; 1703: 252-254.
- 6.- Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiológica. Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria nacional. Año 1986. Bol Epidem. Sem 1987; 1767: 1-2.
- 7.- Consellería de Sanidade. Servicio Galego de Saúde. Enfermedades de declaración obrigatoria. Comentario das notificacións numéricas. Galicia 1989. Bol Epidemiol Sem Gal 1990; Vol.IV (5).
- 8.- Sáenz MC. Sarampión. En: Piédrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Págs.511-514. 8ª ed. Salvat. Barcelona 1988.
- 9.- MMWR do 19 de Outubro-1990/Vol.39/ Nº RR-13.
- 10.- Expanded Programme of Immunization. WHO EPI/GEN/84/10. Rev 2 Field evaluation of vaccine efficacy.
- 11.- Orenstein WA, Bernier RH, Dondero TJ et al. Field evaluation of vaccine efficacy. Bull WHO 1985; 63 (6): 1055-1068.
- 12.- MacMahon B, Pugh TF. Principios y métodos de epidemiología. México: La Prensa Médica Mexicana, 1975: 2.
- 13.- Morton RF, Hebel JR. A study guide to epidemiology and biostatistics. Baltimore: University Park Press, 1979: 3.
- 14.- Gregg MB. The principles of an epidemic field investigation. En: Holland WW, Detels R, Knox G, Breeze E, eds. Oxford textbook of public health. Vol 3. Investigative methods in public health. Oxford: Oxford University Press, 1985: 284-299.
- 15.- Frank JA, Orenstein WA, Bart KJ et al. Major impediments to measles elimination: the modern epidemiology of an ancient disease. Am J Dis Child 1985; 139: 881-888.
- 16.- Colomer Pache M, Arnedo Pena A. Estudio de una epidemia de sarampión en Gátova (Castellón) y de la eficacia de la vacunación antisarampión. Med Clin (Barc) 1988; 91:649-652.
- 17.- Gavira Iglesias FJ, Rodríguez López FC, Berni Maestre RM. A propósito de un brocho epidémico de sarampión en La Victoria (Córdoba). Med Clin (Barc) 1988; 90: 97-100.
- 18.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Programa ampliado de inmunización. Evaluación sobre el terreno de la eficacia de las vacunas. Bol Epidemiol Sem 1985; 1682: 84-86.
- 19.- Wassilak SGF, Orenstein WA, Strickland PL et al. Continuing measles transmission in students despite a school-based outbreak control program. Am J Epidemiol 1985; 122: 208-217.
- 20.- Markowitz LE, Preblud SR, Orenstein WA et al. Patterns of transmission of measles outbreaks in the United States, 1985-1986. N Engl J Med 1989; 320: 75-81.
- 21.- Gago García C, Anía Lafuente BJ, Luque Jiménez M, Pérez-Tabernero MJ. Eficacia clínica de la vacuna anti-sarampionosa en Canarias. Un estudio caso-control. Rev Clín Esp 1990; 186: 216-220.

Autores: Xosé Manuel Segade Buceta, Jesús Combarro Mato, M. Carmen Verdes Castro, Jorge Fernández Jiménez, M. José Santos Ramos e Isabel Fernández Lema.

COBERTURA VACUNAL EN LOS ESCOLARES DE 1º DE EGB DE VILLAGARCÍA DE AROSA

Josefa Fernández da Silva

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, llevado a cabo en los meses de abril a junio de 1993, pretende conocer el estado de vacunación de los escolares de 1º de EGB del municipio de Villagarcía de Arosa. Trata así mismo de analizar si hay diferencias significativas en la cobertura vacunal de alumnos de colegio público o concertado, y según asistencia a colegios de la propia parroquia de Villagarcía o de parroquias del entorno.

El **Calendario Vacunal Gallego** incluido en la Cartilla de Salud Infantil (Decreto 186/85, de 18 de julio) es el siguiente:

Edad	Vacunas
3, 5, 7 y 18 meses	Tétanos Difteria Tosferina Polio I, II, III
15 meses	Triple vírica
6 años	Tétanos Polio I, II, III
11 años (niñas)	Rubéola
14 años	Tétanos

MATERIAL Y MÉTODOS

La población escolar de 1º de EGB del municipio de Villagarcía de Arosa en el curso 1992-93, objetivo de este estudio, es de **417 alumnos**, cuya distribución es

Matriculados	417
Coleg. públicos	315 (75.53 %)
Coleg. privados	102 (24.46 %)
Parroquia Vilag.	298 (71.46 %)
Parroquias entorno	119 (28.53 %)

Para la obtención de la información acerca del estado de vacunación de los escolares, se han utilizado las siguientes métodos:

- Archivos del colegio: algunos centros al matricular a los alumnos exigen fotocopia de la cartilla de vacunación.
- Documentación del examen de salud de que son objeto los escolares de 1º de EGB y que se guarda en el gabinete médico del centro.
- Carta dirigida a los padres en la que se les pedía que hiciesen llegar al profesor original o fotocopia del certificado de vacunación de su hijo. Se ha recurrido a este método cuando no se ha podido obtener la información vacunal por ninguno de los anteriores.
- Petición directa del profesor: en algunos centros el profesor prefirió solicitar verbalmente a sus alumnos, dado que eran pocos los que tenía a su cargo, que trajesen una fotocopia del certificado de vacunación.

Se ha considerado información válida y utilizable la proveniente de la cartilla de vacunación del niño, de certificados médicos conforme el niño tiene todas las dosis correspondientes a su edad, así como la contenida en la documentación de los exámenes de salud.

En el Calendario Vacunal que figura en la Cartilla de Salud Infantil de estos niños (nacidos la gran mayoría en el año 1986), se señala que la dosis de vacuna de la tosferina correspondiente a los 18 meses puede ser administrada o no según criterio médico. Por ello se ha considerado vacunación completa tanto si se presentan cuatro como tres dosis de esta vacuna.

Los resultados se expondrán del siguiente modo:

A.- Aportación de información: Qué cantidad de información utilizable ha podido recopilarse de toda la población a estudio, y comparativamente de centros públicos frente a concertados, y de centros situados en la parroquia de Villagarcía frente a los situados en las parroquias del entorno.

B.- Tasa de vacunados con series programadas: Se considera "vacunados con series programadas" aquellos alumnos que han recibido todas las dosis vacunales correspondientes a los primeros 18 meses de vida, es decir, 4 dosis de la vacuna antipoliomielítica, antidiftérica y antitetánica, 4 o 3 dosis de la vacuna antipertusis y 1 de triple vírica. Se presenta para el total de alumnos de los que se ha obtenido información, y se analiza además este resultado según tipo de escuela (pública o concertada) y según ubicación del centro (parroquia de Villagarcía o del entorno).

C.- Finalmente se ha desglosado por vacunas: 4 dosis de la vacuna antipoliomielítica, antidiftérica y antitetánica, 4-3 dosis de vacuna antipertusis y 1 de triple vírica, analizando qué porcentaje de escolares poseen dicha cobertura. Teniendo en cuenta únicamente la información proveniente de las cartillas de vacunación revisadas (para este dato), ya que en ellas se detallan dosis, fechas y centro/profesional que administra la vacuna.

Los datos se procesaron en un ordenador Tandom (PC). Se ha calculado el intervalo de confianza (95%) de los porcentajes más relevantes. Para el estudio de la significación estadística a la comparación de porcentajes se ha utilizado la prueba de X^2 , considerando diferencias estadísticamente significativas para una $p < 0,01$.

RESULTADOS

Escolares matricul.	417 (100 %)
No aportan inform.	67 (16.06 %)
Información disp.:	350 (83.93%)
- Carnet vacunal	313 (75.05%)
- Certificado med.	37 (8.87 %)

Colegio ($p < 0.01$)	Nº de Alumnos	Información
Público	315	250 (79.36 %) IC: 74.89-83.83
Concertado	102	100 (98.03 %) IC: 96.50-99.57

Parroquia	Nº	Información
Villagarcía	298	248 (83.22 %) IC: 78.97-87.46
Entorno	119	102 (85.71 %) IC: 79.42-92.00

Nº	Vacunados	Tasa
350	293	83.71 % IC: 79.84-87.58

Colegio	Nº	Vac.	Tasa
Público	250	209	83.6 % IC: 79-88.2
Concertado	100	84	84 % IC: 76.8-91.2

Parroquia	Nº	Vac.	Tasa
Villagarcía	248	206	83.06 % IC: 78.4-87.7
Entorno	102	87	85.52 % IC: 78.4-92.2

Vacuna	Dosis	Vacunados
Poliomielitis	4	297 (94.88%)
Difteria	4	285 (91.05%)
Tétanos	4	297 (94.88%)
Tosferina	4	112 (35.78%)
	3	185 (59.10%)
	3-4	297 (94.88%)
Triple vírica	1	303 (96.80%)

DISCUSIÓN

El nivel de respuesta obtenido puede considerarse bastante satisfactorio y comparable al observado en otros estudios de las mismas características (4,5,6).

Como se ha descrito, las fuentes de información fueron varias, según las necesidades en cada colegio. Supuso una ventaja fundamental el hecho de que la mayoría de los centros contasen con información vacunal de sus alumnos, ya que cuando se ha tenido que recurrir a solicitar el carnet de vacunación a los padres la respuesta ha sido bastante baja, no tanto, creemos, porque sus hijos no estuviesen vacunados, sino porque han extraviado el documento o simplemente por falta de interés en colaborar (como manifestaron personalmente en alguna ocasión).

Comparativamente los colegios concertados han respondido mejor, ya que de 102 alumnos matriculados tan solo de 2 no se han obtenido datos. Sin embargo, hay que señalar que la respuesta de los centros

públicos ha sido muy buena en general. Lo que ha sucedido es que dos de los colegios públicos con más alumnos no disponían de datos en sus archivos. Uno de ellos tan sólo accedió a que se recogiese información de la documentación del Examen de Salud (bastante escasa). En otro se solicitó a los padres su colaboración pero la respuesta resultó ser más baja de lo deseable. Estos dos centros juntos ocasionaron el 64% de la pérdida de datos.

La valoración de la información disponible muestra un 83,71% de escolares vacunados con las series programadas. Si nos remitimos al objetivo del Comité Regional para Europa de la OMS (1,2) en que se señala que para 1990, al menos el 90% de los niños en todos los países deberían haber recibido las series completas de vacunaciones básicas antes de cumplir los dos años de edad, y lo aplicamos al contexto que nos ocupa, comprobamos que no se ha alcanzado. A pesar de ello, se puede considerar este nivel de vacunación como satisfactorio.

La no existencia de diferencias en la cobertura vacunal según tipo de colegio (público o concertado) y ubicación del mismo (parroquia de Villagarcía o parroquias del entorno), podría indicar que no existen diferencias sociales importantes entre la población escolar del municipio.

De acuerdo con los objetivos planteados por el PROGRAMA GALLEGO DE VACUNACIONES para 1990 (3) y basándose en la revisión de las cartillas de vacunación recogidas, podemos considerar que estos se han cumplido para la vacunas de poliomiélitis, tétanos, sarampión y rubéola.

No se ha logrado, aunque por poca diferencia, para la vacuna de la difteria, en que se pedía que para 1990 el 95% de los menores de dos años tuviesen 4 dosis, y se ha alcanzado el 91,05%.

Del 94,88% de los alumnos con 3-4 dosis de la vacuna de la tosferina, el 59.10% recibió sólo 3; prescindiéndose de la 4ª dosis, opción que señalaba explícitamente el Calendario Vacunal que figura en la Cartilla de Salud Infantil de estos niños. Quizá se deba a que es una vacuna muy controvertida por sus complicaciones y por la diferente protección que confiere (14).

A fin de garantizar una adecuada protección vacunal de los alumnos, de modo que la escuela no se convierta en un lugar propicio para la transmisión de enfermedades prevenibles, será conveniente incrementar la información de los padres sobre la protección sanitaria que suponen las inmunizaciones, sobre el calendario vacunal, de la importancia de completarlo adecuadamente y de conservarlo. Y en esta labor han de colaborar conjuntamente los profesionales sanitarios, profesores y los propios padres.

BIBLIOGRAFÍA:

1. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA: Programa ampliado de inmunizaciones. Grupo Consultivo Mundial. Bol Epidem Sem, 1739,1986.
2. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Conferencia Europea sobre Políticas de Vacunación. Bol Epidem Sem, 1685, 1985.
3. CONSELLERÍA DE SANIDADE. Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa Galego de Vacinacións. 1988.
4. INE: Censo de Población y Vivienda, 1991.
5. PLASENCIA A., VILLABI J.R. Y PEREZ-GAETA

J.C.: Cobertura vacunal de la población escolar: Resultados de una encuesta. Rev San Hig Púb, 60, 309-314, 1986.

6. CUEVA SPINOLA M. DE LA : Estudio de las vacunaciones en una población escolar de Madrid. Atención Primaria, 4, 187-194, 1986.

7. ALBERTO M.A., ROVIRA G. Y VILLALBI J.: Cobertura vacunal en escolares. Rev San Hig Púb, 65, 269-275, 1991.

8. BASTERRETxea M., PAINO T.: Estudio de la cobertura vacunal en una población escolar de Guipúzcoa: DTP, polio y sarampión. Gaceta Sanit., 4, 26-29, 1988.

9. CRUZ C., ALMISAS: Evaluación de un programa de vacunación escolar en Cádiz. Gaceta Sanit., 11, 366-370, 1989.

10. GÓMEZ B., PALMA M. Y CASANOBA J.: Evolució dels nivells de vacunació en la població escolar d'un barri industrial. Gaceta Sanit., 18, 237-240, 1984.

11. VAZQUEZ E., LOPEZ F., VAZQUEZ J.A., GÓMEZ B. Y ALVAREZ M.: Morbilidad, cobertura vacunal e inmunidad frente a sarampión, parotiditis y rubéola en una población gallega de dos a cinco años. Anales Españoles de Pediatría, 1, 27-31, 1987.

12. RAMOS R.E., HERNÁNDEZ C.R., JIMÉNEZ A., PALOMARES I., ALLO M., PORTA R. Y RODRÍGUEZ J.C.: Estudio de aproximación sobre el estado de vacunaciones de la población infantil de Tenerife. Anales Españoles de Pediatría, 2, 35-38, 1990.

13. ARQUER E., ATIENZA F.: Somatometría, salud bucodental y nivel de inmunización en la población escolar de Corrales (Huelva). Medicina Integral, 8(9), 87-93, 1986.

14. PIEDROLA GIL G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9ª Edición. Barcelona: Ed. Salvat, 1991: 375-384, 454-460, 573-579, 585-588, 517-528.



¿De paciente a cliente?

IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria

Durante los días 27, 28 y 29 de octubre de 1994 se celebraron en Granada las IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria, presididas por la Ministra de Sanidad y el Consejero de Sanidad de la Junta de Andalucía.

Los temas tratados se podrían englobar en 5 grandes bloques:

1.- Paciente, usuario o cliente: El papel del ciudadano: Poder y participación. Libre elección de servicios sanitarios. Innovaciones en la mejora de la atención al cliente. Ciudadanos y salud. El papel de los ciudadanos como cuidadores de salud.

Destacamos la participación de: Manuel García Encabo, Coordinador General del INSALUD. Guillem López Casanovas, catedrático de Economía aplicada de la Universidad Pompeu Fabra. Angel Pizarro Hernández, presidente del sindicato médico. France Caillavet, Institute Nationale de Recherche Agronomique (Paris).

2.- Calidad: Calidad de los servicios sanitarios. El ciudadano en la gestión de la calidad. Satisfacción de los usuarios y calidad de los servicios sanitarios. El ciudadano ante la gestión de calidad. Gestión y calidad en hospitales. Cuidando al cuidador (counseling).

Intervinieron: Manuel Conde-Pumpido Ferreiro, Defensor del Pueblo Andaluz. Ignacio Moreno Cayetano, Director Gerente del SAS. Manuel Albaracín Rodríguez, Director del segmento de sanidad IBM-España.

3.- Gestión: Modelos de gestión y la atención al ciudadano. Gestión y ciudadanos. Gestión y usuarios. Gestión orientada al cliente ¿Es posible en los servicios sanitarios? ¿Cómo?. Gestión, profesionales y clientes.

Los ponentes fueron: Jorge Hinojosa Bolívar, Secretario General de la Unión de Consumidores. Frank Gonzalez, Management (Londres). Jean-Josep Artells Herrero, Administrador-Gerente A&S Economía y Salud.

4.- Medicina defensiva y responsabilidad civil.

Participaron: M^a Angeles Martín García, directora de la asesoría jurídica de la Unión de Consumidores de España. Diego Martínez Martín, Subdirector General de Recursos y Atención al Ciudadano (Ministerio de Sanidad y Consumo).

5.- Mirando al futuro: Lo público, lo privado, las prestaciones sanitarias y el ciudadano.

Destacamos la participación de: Francisco de Borja Sevilla, Dir. Gral. de Aseguramiento y Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Marciano Sanchez-Bayle, Secretario de la FADSP. Gabriel Masfurrol Lacambra, Drtor. de la División hospitalaria de SANITAS.

Las conclusiones generales de estas Jornadas han sido las siguientes:

- La cobertura del Sistema Nacional de Salud debe de ser universal y de financiación pública.
- Solo será posible lograr que el Sistema sea eficiente si se introducen nuevos modelos de gestión empresarial, contabilidad analítica, planificación a medio plazo y autonomía de los Centros.
- En el nuevo modelo hay que introducir la competitividad intercentros ya sea público-público y/o público-privado, para lo cual hay introducir parámetros objetivos de productividad variable.
- Potenciación de la Atención Primaria.
- Mayor participación del ciudadano en la toma de decisiones.
- Los ejes fundamentales del modelo serán el ciudadano, la calidad, la eficiencia y presupuestación.
- Acreditación, reconversión hospitalaria y un mayor control en la incorporación de nuevas tecnologías.
- Diseñar las estrategias que eviten la práctica de una medicina defensiva.
- Incrementar la participación de capital privado en la prestación de servicios sanitarios.

Cursos, Congresos y Jornadas:

-- XII Jornadas de Sociodrogoalcohol: Avances en patologías aditivas. Santiago de Compostela 29-31 de Marzo de 1995. 986431196

-- I Congreso Latino-Americano. "A epidemiología na busca da eqüidade em saúde". Brasil del 24 al 28 de Abril de 1995. INTERLINK. Avda. Princesa Isabel 573-B. 40130-030 Brasil.

-- Curso de Análisis de supervivencia en ciencias de la salud. En Granada (EASP) del 27 al 31 de marzo. Teléfono 958-161044 (EASP-Granada).

-- Curso de Epidemiología y estadística. En Granada (EASP) del 17 de abril al 5 de mayo. Teléfono 958-161044 (EASP-Granada).



PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

(Apdo. de Correos n° 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 n° 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.

ESCOLA D'ESTIU DE SALUT PÚBLICA

Del 17 al 23 del pasado mes de Septiembre se ha celebrado la Escola d'estiu de Salut Pública en Mahón.

El sábado 17, e incluido como una sesión de la misma, se ha llevado a cabo la 1ª Reunión de las Asociaciones de Máster en Salud Pública de España, en la que han participado:

- HIPATIA (Asociación de Andalucía).
- IVESP (Asociación de Alicante).
- AMASPUB (Asociación de Cataluña).
- CUSP (Asociación de Madrid).
- AAMSP (Asociación de Galicia).

Tomándose la decisión, por unanimidad, de fundar una Federación Nacional de Asociaciones de Máster en Salud Pública, que recogiese los objetivos comunes de todas las Asociaciones, y que podrían resumirse fundamentalmente en:

- Defensa y promoción de la Salud Pública.
- Impulsar la carrera profesional de Salud Pública
- Control de la calidad de la docencia en las Escuelas de Salud Pública.



I CENA-COLOQUIO DE SALUD PÚBLICA

A iniciativa de la Asociación de Alumnos y Masters en Salud Pública de Galicia, y con el apoyo de la Revista Apuntes de Salud Pública, se celebró el pasado mes de noviembre la 1ª Cena-coloquio, en la que se debatió el futuro de la Salud Pública. Participó como ponente invitado el Director General de Saude Pública de la Consellería de Sanidad, D. Juan Antonio Maceiras Barros.

Nos congratula el hecho de que tal acontecimiento haya tenido lugar, ya que los dos grandes retos que nos habíamos marcado hace un año y medio, al iniciar la andadura como Asociación, disponer de un medio de información que tratase temas de Salud Pública y contar con un Foro de Debate que sirva de cauce de expresión a las distintas opiniones y tendencias que existen sobre la Salud Pública, se ven hoy realizados.

Estas Cenas-Coloquio tendrán una periodicidad trimestral, y en ellas se contará con la participación de los asociados que así lo deseen, habrá un ponente que abrirá el debate y que será una personalidad de máximo relieve en Salud Pública, ya sea a nivel autonómico, nacional o internacional; y se tratará de que también participen como invitados una serie de personalidades en relación con el tema de la exposición de esa Cena-coloquio.

Diseño y Estadística

para la investigación en Ciencias de la Salud

Métodos estadísticos

Curso a distancia. 21 Nov 94 a 2 Jul 95

Curso de inicio a este programa de postgrado que proporciona las bases del diseño de estudios sanitarios y enseña las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales más utilizadas.

Diseño de investigaciones

Curso a distancia. 19 Dic 94 a 27 Jun 95

Proporciona los elementos necesarios para diseñar estudios de investigación en el ámbito sanitario y a discutir e interpretar sus resultados.

Análisis multivariante: Modelos de regresión

Curso a distancia. 21 Nov 94 a 29 Jun 95

Proporciona los fundamentos de matemáticas para el análisis multivariante y enseña a construir modelos de regresión lineal múltiple, regresión logística y regresión de riesgos proporcionales de Cox, en investigación no experimental con finalidades explicativas o predictivas.

Publicaciones: Escritura y crítica

Curso a distancia. 9 Ene 95 a 30 Jun 95

Proporciona formación para evaluar, escribir y publicar artículos científicos. Se enseñan los elementos para realizar búsquedas en bases de datos y el manejo del gestor personal de referencias bibliográficas *BIBLOS*.

Introducción al ordenador personal: Sistemas operativos y Proceso de textos

Curso intensivo. 7-11 Nov 94 ó 24-28 Abr 95

Aprendizaje práctico de los elementos para empezar a trabajar con un ordenador personal: sistema operativo *DOS*, *MS-Windows* y uso del procesador de textos *WordPerfect*.

Análisis de datos: Sistema SPSS

Curso intensivo. 21-26 Nov 94 ó 15-20 May 95

Presenta la problemática del análisis de datos sanitarios con paquetes estadísticos. Aprendizaje práctico del proceso completo de análisis de un estudio con *SPSS para Windows*.

Diseño de bases de datos relacionales: dBASE

Curso inten. 17-19 Nov 94 ó 4-6 May 95

Presenta los fundamentos sobre bases de datos relacionales con objeto de poder capturar y validar datos para análisis estadísticos. Aprendizaje práctico del proceso de diseño, creación y explotación de una base de datos relacional con *dBASE 5.0*.

Laboratori d'Estadística Aplicada
Universitat Autònoma de Barcelona
Apartado, 40 - 08193 Bellaterra
Tel: (93) 581 16 32 (9 a 15 h)

ANÁLISIS DE LOS FUTUROS P.A.C.

Juan Ramón García Cepeda, José Carlos Salas Costas.

INTRODUCCIÓN: Como ya expusimos, en el número anterior, en el artículo "Análisis y propuesta de la atención de urgencias en la Comunidad Autónoma de Galicia", la Consellería de Sanidad ha elaborado un proyecto para la atención de las urgencias sanitarias en Atención Primaria.

Se define PAC (Puntos de Atención Continuada) como la estructura física y funcional para llevar a cabo la atención de las urgencias extrahospitalarias, su horario de funcionamiento será desde las 15 horas hasta las 8 horas, los días laborables (sábado incluido), y siendo de 8 a 8 horas del día siguiente, los domingos y festivos.

El número y ubicación de los PAC será definido por la Administración en función del número de habitantes, demanda atendida, dispersión geográfica, vías de comunicación, distancia al Centro hospitalario de referencia y recursos actuales existentes.

La cobertura del PAC será como norma general, en torno a los 25.000 habitantes, que podrá experimentar variaciones en función de la dispersión de la población y vías de comunicación existentes, intentando respetar que el tiempo máximo para acudir al PAC no sea superior a los 30 minutos (en coche).

Los PAC estarán atendidos por el personal de Atención Primaria adscrito a su zona correspondiente. Siendo la modalidad de atención de presencia física, sin descanso del día posterior a la guardia.

El número máximo de horas de atención continuada a realizar por cada uno de los profesionales de cada PAC, será de 1.188 horas/año (108 horas/mes ó 6 guardias/mes).

Podrán quedar exentos de la realización de guardias, aquellos profesionales que por sus especiales circunstancias se viesen impedidos para realizar las mismas, previa petición individual al SERGAS, y siempre y cuando las necesidades del servicio así lo permitan. Estarían incluidos en este supuesto las personas mayores de 55 años, embarazadas a término, enfermos crónicos, etc.

Las retribuciones del personal en concepto de

prestación de atención continuada serán las siguientes:

-- Personal facultativo: 1.437 ptas/hora (presencia física), 728 ptas/hora (localizada).

-- Personal de enfermería: 1.006 ptas/hora (presencia física), 510 ptas/hora (localizada).

En concepto de dieta (desayuno, comida y cena) será de 1.000 ptas/guardia para todas las categorías.

En concepto de transporte, para el personal de atención continuada será de 500 ptas/desplazamiento tanto del personal facultativo como de enfermería.

ANÁLISIS DE COSTES:

1. El análisis del coste de un PAC tipo (atiende 25.000 habitantes con un médico y un ATS/DUE), contemplando sólo los gastos correspondientes al Capítulo I (personal) de profesionales sanitarios:

-- 299 días laborables/año * 17 horas = 5.803 horas
-- (52 dom./año + 14 fest./año) * 24 h. = 1.584 horas.
Total horas/año = 7.387 horas.
Total ptas/año/fac. = 7.387 * 1.437 = 10.615.119 ptas.
Total ptas/año/enf. = 7.387 * 1.006 = 7.431.322 ptas.

Total ptas/año/personal sanitario = 18.046.441 ptas.

2. En cuanto a dietas del personal sanitario:

-- 365 d * 1.000 ptas * 2 prof. = 730.000 ptas/año.

3. En cuanto a transporte, vamos a considerar que la cifra mínima (media) de desplazamiento por guardia del facultativo es de 3, y en el caso del personal de enfermería es de 5 por guardia (para una cobertura de 25.000 habitantes) :

-- 365 d. * 500ptas * 3 desplaz./g./fac. = 547.500 ptas.
-- 365 d. * 500ptas * 5 despl./g/p. enf. = 912.500 ptas.

Total desplazamientos/año = 1.460.000 ptas.

ANÁLISIS DE VIABILIDAD:

Después de analizar este plan hemos llegado a la conclusión de que indudablemente mejorará tanto las condiciones sanitarias de la población gallega como las condiciones laborales y profesionales del personal sanitario, sin embargo consideramos que se deberían tener en cuenta los siguientes puntos:

I.- La ubicación de los PAC, dadas las características geográficas y demográficas de la población gallega y sus vías de comunicación, presenta las siguientes dificultades:

-- La norma general de los 25.000 habitantes de cobertura de los PAC tan sólo es posible en el medio urbano y la mayor parte de la costa, pero inviable en el medio rural, debido a que no se consigue respetar la isocrona de los 30 minutos, y como consecuencia la visita domiciliaria del profesional sanitario supondría ausencias superiores a la hora del PAC.

-- En el medio rural y costero nos vamos a encontrar con la dificultad añadida de la ubicación puntual de los PAC, que en algunos sitios se puede solventar ubicando los mismos donde existan actualmente bien los Servicios de urgencia, PAC o turnos de guardia supramunicipales, mientras que en otros y por diversos motivos va a ser imposible poner de acuerdo a todos los representantes implicados sobre la ubicación.

II.- Si bien el horario propuesto de funcionamiento del PAC, y la modalidad de atención de presencia física son más racionales que el actual sistema de funcionamiento, hay que hacer constar que esto implicaría una reforma del Estatuto Jurídico del Personal Sanitario.

Habría que solventar el problema de que el horario laboral de 8 a 15 horas, 6 días/semana, implica una jornada semanal de 42 horas, lo que se opone al Decreto de reforma de la Atención Primaria, según el cual la jornada laboral será de 40 horas semanales. Una posible solución sería que el horario fuese de 8:30 a 15 horas o bien considerar el sábado como no laboral.

III.- Parece correcto y acertado que por primera vez en nuestra Comunidad se fije el número máximo de horas de guardia que debe realizar un profesional, si bien las 1.188 horas/año suponen de por sí una cifra aceptable comparándola con el número de horas que hasta ahora vienen realizando

estos profesionales, se debería plasmar en el proyecto la forma de reducirlos a 850 en tres años tal como se especifica en el mismo.

IV.- Si bien y en referencia a las 1.188 horas/año y de acuerdo con una cobertura de 25.000 habitantes no habría problemas en cuanto al personal facultativo (excepto casos puntuales) para realizar las guardias, nos encontramos que la dotación del personal de enfermería es en la actualidad insuficiente, ya que suponen el 55% del personal facultativo, por lo que habría que proceder a la contratación de personal de enfermería (principalmente en el medio rural) antes de la puesta en marcha de los PAC.

V.- Queda por resolver el problema de la libranza del día siguiente, ya que en caso de ser ésta obligatoria al igual que sucede en la Atención Especializada, haría totalmente inviable este plan.

VI.- Representa un avance en las condiciones laborales de los profesionales, que este plan contemple la posibilidad de que los mayores de 55 años, enfermos crónicos, etc, queden voluntariamente exentos de guardias, pero hay que ir perfilando la solución al problema que se va a presentar a medio plazo, en que la mayoría de los profesionales alcancen dicha edad.

VII.- Por 1ª vez se contempla una cantidad para el desplazamiento de los profesionales, sin embargo el no generalizar ésta, al resto de la atención sanitaria, implica una discriminación, generará conflicto, y posiblemente y hasta casi se podría considerar razonable, desviaciones de la visita domiciliaria de consulta a urgencias.

VIII.- No figura en el proyecto la forma de realizar las comidas durante las guardias por parte del personal, en el Centro o fuera (localizado y próximo) debiendo regularse esta situación.

ANÁLISIS DE CALIDAD

Desde el punto de vista de la calidad total, este proyecto supone un avance cualitativo y cuantitativo importante, ya que de una parte el usuario sabrá en todo momento a dónde acudir, que encontrará un profesional sanitario y un Centro dotado con lo mínimo imprescindible para intentar solucionar su problema.

Y de otra parte los profesionales sanitarios tendrán un número máximo de guardias, unos medios materiales y de diagnóstico imprescindibles para su trabajo, no verán gravada su economía por el desempeño del mismo (dietas y transporte), y un Centro adecuado para realizar su trabajo. Todo lo cual implica una mayor calidad asistencial. Y finalmente, los representantes sociales implicados verán cumplidos sus deseos de tener a los profesionales sanitarios de guardia de presencia física.

CRÍTICA A ESTE PLAN

1.- Analizando los Costes de cada PAC, (Capit. I, personal sanitario) nos sale que cada PAC tipo cuesta al año 18.046.441 ptas/año. **Dado este coste** comparándolo con el coste de un SNU tipo (3 turnos), que es de alrededor de 19.000.000 ptas/año, **consideramos más acertado la instauración de SNU en lugar de PAC.**(sólo se han comparado los costes del personal sanitario, el resto de los costes son idénticos tanto en PAC como SNU), ya que las ventajas del SNU en relación con el PAC son las siguientes:

- El personal de consulta no tendrá guardias, no se precisará por tanto contratar personal de apoyo.
- No se precisará la ampliación de plantilla de consulta.
- Creación de puestos de trabajo estables.
- Regulación del funcionamiento y horario laboral de consulta adecuándolo a las necesidades y demanda de la población.
- Aumento por tanto de la calidad asistencial tanto en consulta como de urgencia, debido a que en el PAC, estar de guardia implica 31 horas de trabajo seguidas, con la consiguiente merma del rendimiento tanto de urgencia como de la siguiente consulta.
- En los SNU no existe el problema de libranza al día siguiente ya que no existen guardias.
- Si se va a introducir la competitividad en la Atención Primaria, ya sea interprofesional o intercentros, evidentemente los PAC al estar implicados los mismos profesionales de consulta, serían menos competitivos (en calidad) que los SNU, dado que estos son totalmente objetivos en la Atención al usuario, buscando exclusivamente la calidad y no la captación y además habría que tener en cuenta la jornada laboral.

2.- Actualmente existen en la Comunidad

Autónoma Centros de Urgencia que atienden poblaciones de **alrededor de 10.000-15.000 hab.** con lo que será difícil duplicar la cobertura y anular alguno de los existentes, asimismo y por las características anteriormente citadas de la población rural, consideramos que el ratio de cobertura no debe ser tan elevado, ni tampoco puede ser un ratio único y generalizado, ya que esto implica un desconocimiento de la realidad y dispersión gallega.

3.- Si bien una vez solventado que la **jornada laboral sea de 40 horas**, habría que diseñar una estrategia que a corto plazo considerase el sábado como jornada de descanso, y la reducción de la jornada a 37,5 horas semanales, como ocurre en el resto del personal de la Administración Pública.

4.- En relación con la posibilidad de **exenciones de guardias**, no tiene lógica que si las especiales circunstancias de algunos profesionales (enf. crónicas, etc), les incapacita para realizar guardias, se les pueda obligar a realizarlas en base a las necesidades del servicio, al mismo tiempo que se les reconoce su incapacidad para tal función.

Además a medio plazo, una gran parte de los profesionales estarán en los 55 años por lo que la Consellería se verá obligada a contratar personal de apoyo para realizar las guardias, con lo que nos encontraremos en definitiva con un sistema similar al SNU, pero atendido por unos profesionales que no estarán adscritos a ninguna zona ni servicio.

5.- Las cantidades de **1.437 ptas/hora facultativo ó 1.006 ptas/hora ATSD/DUE**, para retribuir horas de guardia, sin distinguir las nocturnas y de festivos, parece muy inferior a lo que se cobra por horas extras en otras profesiones de igual o inferior nivel profesional.

6.- La cantidad de **1.000 ptas por dieta/día**, no coincide con las que actualmente tiene la propia Xunta de Galicia en Indemnizaciones por razón de servicio, Decreto 21/1994, en que para los profesionales del grupo "A" la manutención se eleva a las 8.300 ptas/día, y 5.500 para los del grupo "B".

7.- La Administración debe contemplar que para la realización de su trabajo, los profesionales precisan medios de locomoción, los cuales deben ser de la empresa.

CONCLUSIÓN

Aunque parece positivo que en nuestra Comunidad Autónoma por primera vez se regule la Asistencia Sanitaria de Urgencia, *a la vista de los análisis anteriormente citados, y sobre todo en base al análisis de calidad, viabilidad y costes, nos parece mucho más positiva la instauración de Servicios de Urgencia que los PAC.*

Ya que hay que tener en cuenta que dado que actualmente más del 50% de la población gallega está atendida por SU, y según el proyecto no serán suprimidos, se precisará según los ratios de la Consellería la creación de alrededor de unos 56 PAC, para así tener cubierta toda la población, esto implica que si en lugar de PAC se crearan SNU, la diferencia económica estaría en torno a los 60 millones de pesetas/año, sin considerar el coste de contratación del personal de enfermería en los PAC, y teniendo en cuenta que *el SNU conlleva en su coste la creación de 168 puestos de trabajo estables de médicos y 168 de ATS/DUE.*

Teniendo en cuenta las mejoras, que desde el punto de vista de la calidad, para el personal y la población representan los SU, y además siendo más factible y viable para la Administración su instauración, no hay duda de qué sistema debería ser implantado en nuestra Comunidad Autónoma.

Dado que la puesta en marcha de todo el proyecto al mismo tiempo, y teniendo en cuenta las características de dispersión de nuestra Comunidad, haría muy difícil su viabilidad, se podría contemplar como puesta en marcha inmediata del mismo la siguiente propuesta:

== Mantenimiento de los actuales Servicios de Urgencia, estudiando ya la posibilidad de que aquellos que estuvieran situados en zonas donde existan Centros Hospitalarios, los SU fueran ubicados en los mismos.

== Transformación de los actuales PAC en SU, lo que no representaría coste adicional alguno, sino simplemente cambio en la modalidad de contrato del personal de apoyo.

== Creación inmediata de SU en aquellas zonas que reúnan con facilidad las características mínimas necesarias, como serían número suficiente de población, poca dispersión y Centro de base con las mínimas condiciones materiales y de diagnóstico.

== En el resto de las zonas se instauraría de forma provisional un PAC reuniendo 2-3 ó 4 municipios, que estarían atendidos por los profesionales de consulta durante los días laborables, en la modalidad de presencia física, y por personal de apoyo los fines de semana y festivos, contemplando al igual que ya se hace actualmente en algunos municipios, el fin de semana desde el viernes 17 horas hasta el lunes a las 9 horas, y los festivos desde el día anterior a las 17 horas hasta el siguiente a las 9 horas.

Con esto conseguiríamos:

- 1.- Que de forma inmediata los profesionales del medio rural viesen satisfechas sus aspiraciones de un descanso laboral razonable, al tiempo que les permite racionalizar su consulta y actividades de salud pública o administrativas.
- 2.- Que este proyecto pueda ser llevado a la práctica de forma inmediata y a un coste inferior al de los PAC, instaurándolo al tiempo que se negocia el cambio de las funciones y horario del personal, adecuándolo a la nueva jornada laboral de 40 horas semanales, y modalidad de atención sanitaria urgente.
- 3.- Una mayor calidad tanto en asistencia sanitaria como en desarrollo de la actividad de los profesionales sanitarios.
- 4.- Dar de forma inmediata respuesta a las fuerzas sociales que exigen una reforma de la atención sanitaria urgente.



PRESUPUESTO SERGAS-95

Capítulo	Concepto	A. Especializada % parcial y total	A. Primaria % parcial y total	Total millones ptas
I	Gastos de Personal	50% - 30%	33% - 11%	108.662
II	Gastos Corrientes	39% - 23%	3% - 1%	58.165
III	Gastos financieros	---	---	1.901
IV	Transferencias Corrientes	1.2% - 0.7%	57% - 19%	47.796
VI	Inversiones reales	7.8% - 4.6%	6.2% - 2.1%	19.621
VIII	Activos financieros	---	---	86
Presupuesto total		59.3%	34.3%	236.232

OBJETIVOS PRINCIPALES:

Atención Especializada:

- Reducción global del 40% en el número de pacientes en lista de espera para hospitalización quirúrgica. Y que nadie tarde más de 6 meses en ser operado.
- Introducción de la contabilidad analítica.
- Introducción de la competitividad.

Atención Primaria:

- Descentralización de prestaciones.
- Garantía de libre elección de médico.
- Fácil accesibilidad a los centros de salud.