

Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LVII

MARZO-ABRIL 1983

NUMS. 3-4

II JORNADAS TECNICAS DEL CUERPO MEDICO DE SANIDAD NACIONAL

Presentación de las Jornadas

F. PEREZ GALLARDO

PRIMERA PONENCIA

Actualización del concepto de salud pública

G. CLAVERO GONZALEZ y A. SIERRA LOPEZ

COMUNICACIONES

SEGUNDA PONENCIA

La salud en la Constitución española y en los Estatutos de Autonomía de sus nacionalidades y regiones

F. J. YUSTE GRIJALBA

COMUNICACIONES

TERCERA PONENCIA

Instituciones técnico-sanitarias de la Administración central del Estado: aspectos técnicos, de investigación, docentes y de servicios

F. PEREZ GALLARDO, P. CARDA APARICI, F. RUIZ-FALCO LOPEZ, R. NAVARRO GARCIA, R. NAJERA MORRONDO y A. BORREGON MARTINEZ

COMUNICACIONES

CUARTA PONENCIA

Directrices generales para una nueva Ley de Sanidad

R. HERRERO AYLLON, R. NAVARRO GARCIA, J. VAAMONDE FERNANDEZ y E. ZAPATERO VILLALONGA

COMUNICACIONES

OMS.—*Consecuencias para la Salud de la Biotecnología*

OMS.—*Cuarta encuesta sobre hábito de fumar y salud en Europa*

PRENSA ● LIBROS ● REVISTA DE REVISTAS



**Boletín técnico de la Dirección General
de Salud Pública**



Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LVII

NUMS. 3-4

MARZO-ABRIL 1983



Boletín técnico de la Dirección General
de Salud Pública

Revista de Sanidad e Higiene Pública

Dirección General de Salud Pública

COMITE DE HONOR

Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo: Don Ernest Lluch Martín.
Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Consumo: Don Pedro Sabando Suárez.
Ilmo. Sr. Secretario General Técnico: D. Juan Pelegrí y Girón.
Ilmo. Sr. Director General de Planificación Sanitaria: D. Fernando Ruiz Ocaña.
Ilmo. Sr. Director General de Farmacia y Medicamentos: D. Félix Lobo Aleu.
Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública: D. Enrique Nájera Morrondo.

CONSEJO DE REDACCION

PRESIDENTE:

Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública: D. Enrique Nájera Morrondo.

VOCALÉS:

Ílma. Sra. Subdirectora General de Programas y Promoción de la Salud: D.^a Elvira Méndez Méndez.
Ilmo. Sr. Subdirector General de Vigilancia Epidemiológica: D. Francisco Catalá.
Ilmo. Sr. Subdirector General de Veterinaria de Salud Pública y Sanidad Ambiental: D. Lázaro Gregorio López Fernández.
Ilmo. Sr. Subdirector General de Higiene de los Alimentos: D. Roberto Conty Larraz.
Ilmo. Sr. Director de la Escuela Nacional de Sanidad: D. Fernando Ruiz Falcó.
Ilmo. Sr. Director del Instituto Nacional de Oncología: D. Pedro Carda Aparici.
Ilmo. Sr. Director del Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias: D. Rafael Nájera Morrondo.
Ilmo. Sr. Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas: D. Adolfo Serigó Segarra.

SECRETARIO:

Jefe de la Sección de Educación Sanitaria: D.^a Pilar Nájera Morrondo.

•
Las órdenes de suscripción y el envío de artículos originales deben dirigirse a la Secretaría de la REVISTA, Subdirección General de Programas y Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. MADRID-14

•
El Consejo de Redacción de esta REVISTA no se solidariza con el contenido de los artículos publicados, de los que responden sus autores

ISSN: 0034-8899
Depósito legal: M. 71.—1958

INDICE

Páginas

II JORNADAS TECNICAS DEL CUERPO MEDICO DE SANIDAD NACIONAL

Presentación de las Jornadas.—PÉREZ GALLARDO, F. 215-220

PRIMERA PONENCIA

Actualización del concepto de salud pública.—CLAVERO GONZÁLEZ, G.,
y SIERRA LÓPEZ, A. 221-254

Comunicaciones:

— *Sanometría y Salud Pública.*—CORTINA GREUS, P. 255-262

— *Enfermedades crónicas y salud pública.*—CORTINA GREUS, P. ... 263-271

— *Relación entre el modelo organizativo sanitario y las posibilidades de aplicación de la epidemiología.*—SEGURA BENEDICTO, A. ... 273-276

SEGUNDA PONENCIA

La salud en la Constitución española y en los Estatutos de Autonomía de sus nacionalidades y regiones.—YUSTE GRIJALBA, F. J. 277-303

Comunicaciones:

— *Sobre la administración sanitaria provincial.*—FRANCIA VIÑA, J. M. ... 305-307

— *Plan de prevención y control de la tuberculosis de la Generalitat de Cataluña.*—GILI MINER, M., y SALLERAS SANMARTÍ, L. 309-317

— *Un nuevo indicador de calidad material de la vida apto para medir el desarrollo socio-sanitario de las diversas provincias y regiones autónomas españolas.*—GÓMEZ POMAR, F. L. 319-324

— *Estudio crítico de la Constitución desde el punto de vista sanitario.*—NAVARRO GARCÍA, R. 325-328

TERCERA PONENCIA

Instituciones técnico-sanitarias de la Administración central del Estado: aspectos técnicos, de investigaciones, docentes y de servicios.—PÉREZ GALLARDO, F.; CARDA APARICI, P.; RUIZ-FALCÓ LÓPEZ, F.; NAVARRO GARCÍA, R.; NÁJERA MORRONDO, R., y BORREGÓN MARTÍNEZ, A. 329-341

Comunicaciones:

— *Niveles de organización de laboratorios de salud pública.*—ARÉVALO ALONSO, J. M. 343-347

	Páginas
— <i>Importancia de los laboratorios de sanidad. Ideas acerca de la organización de una red de laboratorios de microbiología sanitaria.</i> —NÁJERA, R., y CASAL, J.	349-353
— <i>Ideas sobre la organización de un laboratorio nacional de control de biológicos.</i> —NÁJERA, R., y MATEOS, J. B.	355-357
— <i>Escuela Nacional de Sanidad. Problemática pasada, actual y futura.</i> —RUIZ-FALCÓ LÓPEZ, F.	359-372
CUARTA PONENCIA	
<i>Directrices generales para una nueva Ley de Sanidad.</i> —HERRERO AYLLÓN, R.; NAVARRO GARCÍA, R.; VAAMONDE FERNÁNDEZ, J., y ZAPATERO VILLALONGA, E.	373-380
<i>Comunicaciones:</i>	
— <i>Elementos para una nueva política sanitaria rural.</i> —FRANCIA VIÑA, J. M.	381-388
— <i>Principios básicos de la asistencia sanitaria.</i> —NAVARRO GARCÍA, R.	389-390
— <i>La libre elección de médico en los sistemas de asistencia sanitaria pública.</i> —NAVARRO GARCÍA, R.	391-393
— <i>Borrador de un anteproyecto de «Ley de Sanidad».</i> —YUSTE GRIJALBA, F. J.	395-407
CONCLUSIONES	409-412
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:	
Consecuencias para la Salud de la Biotecnología	413-417
Cuarta encuesta sobre hábito de fumar y salud en Europa.....	419-424
COMUNICADOS DE PRENSA	425-439
LIBROS	441-443
REVISTAS	445-488

CONTENTS

Pages

TECHNICAL MEETING OF THE NATIONAL PUBLIC HEALTH MEDICAL CORPS

Presentation of the Meeting.—PÉREZ GALLARDO, F. 215-220

FIRST TOPIC

The concept of Public Health.—CLAVERO GONZÁLEZ, G., and SIERRA LÓPEZ, A. 221-254

Communications:

- *Measure of health and Public Health.*—CORTINA GREUS, P. 255-262
- *Chronic diseases and Public Health.*—CORTINA GREUS, P. 263-271
- *Relationship between the organizative health model and the possibility of its application to epidemiology.*—SEGURA BENEDICTO, A. 273-276

SECOND TOPIC

Public Health in the State of the Autonomies.—YUSTE GRIJALBA, F. J. 277-303

Communications:

- *On the provincial public health administration.*—FRANCIA VIÑA, J. M. 305-307
- *Plan of fighting against tuberculosis of the Generalitat of Cataluña.*—GILI MINER, M., y SALLERAS SANMARTÍ, L. 309-317
- *A new indicator of material quality of life fit to measure the socio-sanitary development of the different autonomic provinces and regions of Spain.*—GÓMEZ POMAR, F. L. 319-324
- *Critical study of the Constitution from the public health perspective.*—NAVARRO GARCÍA, R. 325-328

THIRD TOPIC

Technical public health institutions of the Central State Administration: Technical, research, educational and services aspects.—PÉREZ GALLARDO, F.; CARDÁ APARICI, P.; RUIZ-FALCÓ LÓPEZ, F.; NAVARRO GARCÍA, R.; NÁJERA MORRONDO, R., and BORREGÓN MARTÍNEZ, A. 329-341

Communications:

- *Level of organization of Public Health Laboratories.*—ARÉVALO ALONSO, J. M. 343-347
- *Importance of the Public health laboratories. Ideas for the organization of a network of laboratories of Public Health Microbiology.*—NÁJERA MORRONDO, R., and CASAL, J. 349-353

- | | |
|---|---------|
| — <i>Ideas for the organization of a National Laboratory for the control of Biological Products.</i> —NÁJERA MORRONDO, R., and MATEOS, J. B. | 355-357 |
| — <i>National School of Public Health. Past, present and future problems.</i> —RUIZ FALCÓ, F. | 359-372 |

FOURTH TOPIC

- | | |
|--|---------|
| <i>General Guidelines for a new Public Health Law.</i> —HERRERO AYLLÓN, R.; NAVARRO-GARCÍA, R.; VAAMONDE FERNÁNDEZ, J., and ZAPATERO VILLALONGA, E. | 373-380 |
|--|---------|

Communications:

- | | |
|---|---------|
| — <i>Elements for a new rural health policy.</i> —FRANCIA VIÑA, J. M. | 381-388 |
| — <i>Basic principles of health care.</i> —NAVARRO GARCÍA, R. | 389-390 |
| — <i>Free choice of doctor in the health care systems.</i> —NAVARRO GARCÍA, R. | 391-393 |
| — <i>Rough draft of a project of «Public Health Law».</i> —YUSTE GRIJALBA, F. J. | 395-407 |

- | | |
|-------------------|---------|
| CONCLUSIONS | 409-412 |
|-------------------|---------|

WORLD HEALTH ORGANIZATION:

- | | |
|---|---------|
| Health Implications of Biotechnology | 413-417 |
| Fourth Survey on Smoking and Health in Europe | 419-424 |
| PRESS | 425-439 |
| BOOKS | 441-443 |
| ABSTRACTS | 445-448 |

II JORNADAS TÉCNICAS DEL CUERPO MÉDICO DE SANIDAD NACIONAL

(Enero 1983)

Presentación de las Jornadas

Dr. F. PEREZ GALLARDO

Los médicos de Sanidad Nacional somos un conjunto de profesionales entregados a la función de cuidar y mejorar la salud pública. Esto lo venimos haciendo desde finales del siglo pasado con espíritu de entrega absoluta, renuncia a la notoriedad pública y política y verdadero sacrificio de tiempo y de *status* económico personal. Todo ello, constituyendo una constante histórica bien manifiesta, dentro de unas dotaciones financieras, para sus programas, realmente muy pobres, siempre muy por debajo de las necesidades mínimas.

Ha costado mucho esfuerzo, perseverancia y frustraciones, conseguir que los poderes públicos destinen los medios suficientes para resolver los problemas sanitarios de cada día.

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, nuestra historia está repleta de éxitos y mejoras en la salud de nuestro país a la que, como es sabido, ha contribuido, también, la elevación del nivel socioeconómico.

Entre los numerosos hitos de nuestro pasado, sólo quiero recordar los tres siguientes:

- 1.º La erradicación de la viruela.
- 2.º La erradicación del paludismo.
- 3.º La casi desaparición de la poliomiélitis.

Si al comienzo de nuestra actividad profesional se produjo el fenómeno, común en otros países, de que eran los médicos los creadores y únicos ejecutores de los programas sanitarios, los progresos logrados con el desarrollo industrial y social en general, así como de las variadísimas técnicas con ellos relacionadas, han hecho, felizmente, que otros varios y muy capaces especialistas, hayan ido incorporándose al campo sanitario, donde son abso-

lutamente necesarios y deben ser más y mejor utilizados. Sin embargo está claro, a nuestro juicio, que el coordinador de la actividad sanitaria debe ser un médico especialista en Salud Pública.

Los médicos de Sanidad Nacional tuvieron, desde un principio, la virtud de estimular la colaboración profesional activa de especialistas que sirvieron a los programas sanitarios, constituyendo auténticos equipos multidisciplinares.

Esto prueba, no sólo que son un aglutinante eficaz para los programas sanitarios, expresión clara de su afán integracionista, para la eficacia del progreso sanitario que requiere esa pluralidad de especialistas para el funcionamiento eficaz de lo que podríamos llamar, con sugerencia oriental, el Todo Sanitario, el ideal conceptual y real de la acción sanitaria.

Creo que no se debe perder de vista que, aun en los países en que hay una profesión sanitaria per se, ésta se basa en una formación médica preliminar insoslayable. El mero conocimiento del hombre desde el ángulo biológico, antropológico, cultural, político e incluso económico, no dan la necesaria visión global, si bien todas aquellas perspectivas son utilísimas en el panorama médico sanitario total del hombre.

Dentro de este marco es como los médicos de Sanidad Nacional desean expresar sus criterios actuales sobre nuestro papel ahora en las actividades sanitarias, teniendo muy presentes las circunstancias técnicas, sociales, políticas y económicas de la España de hoy.

En esta reunión nuestra, se habrán de discutir las sugestivas ponencias que en ellas se presentan sobre: «Actualización del concepto de Salud Pública»; «La Salud Pública en el Estado de las Autonomías»; «Instituciones Técnico-Sanitarias de la Administración Central del Estado, aspectos técnicos, de investigación, docentes y de servicios», y «Directrices generales para una nueva Ley de Sanidad», y los varios criterios que sobre las mismas y otros temas han de surgir en el diálogo. Es deseo de todos nosotros que la discusión tenga el tono técnico más elevado y pragmático posible. Las conclusiones de las mismas, junto con toda la documentación, serán entregadas al señor ministro, no sólo con el respeto y espíritu de servicio que es de rigor, si no con la decidida sencillez que respalda nuestro convencimiento de que las circunstancias en que lo hacemos hoy son cruciales: la existencia de una Constitución, la organización de las Autonomías, las transformaciones culturales y socioeconómicas importantes y la participación genuinamente democrática. Estimamos, pues, que hay motivos de todo tipo para que la superioridad tenga muy presente la necesidad de comenzar a modificar las estructuras y funciones de nuestra Sanidad.

No podemos continuar olvidando que los servicios sanitarios de un país no son sólo los de asistencia médica al enfermo. Es obvio, que esta última es la razón fundamental de su existencia para el médico y el enfermo. Pero hay toda una gama de acciones puramente sanitarias destinadas a toda la pobla-

ción que, desarrolladas correctamente, evitan la enfermedad haciendo innecesaria la asistencia al enfermo. Se viene haciendo un elogio de las mismas, por parte de las autoridades sanitarias, a través de los últimos decenios, pero no se han movilizado suficientemente los recursos, ni las intenciones se han convertido siempre en voluntad de acción real.

Creo necesario exponer ahora algunas ideas sobre medidas urgentes que, a nuestro parecer, se deben poner en marcha ya, sin que esta enumeración pretenda ser exhaustiva.

Hay que hacer que el criterio sanitario general esté presente en todos los planes y decisiones de este Ministerio, aun contando con las enormes dificultades económicas actuales, ya que es obvio que los gastos sanitarios en medidas de prevención y saneamiento significan un ahorro gigantesco de los sufrimientos de la población y de los gastos en la asistencia médica en general.

Estimamos que es básico para ello aumentar la presencia de los médicos de Sanidad en todos los puestos cruciales de la Administración Sanitaria, lo que exige un aumento notable de las plantillas del cuerpo correspondiente.

Además de esto, es fundamental que el criterio informativo y valorativo epidemiológico se introduzca en todas las zonas de actividad sanitaria con la adecuada dotación de epidemiólogos, con objeto de obtener una apropiada red de vigilancia epidemiológica, que cubra las áreas de microbiología, de sanidad ambiental y muchas otras, con su correspondiente servicio de informática.

El desarrollo de un conjunto de laboratorios de Salud Pública de distinto nivel, en toda España, es también necesario ya. No sólo hay que potenciar el Instituto Nacional de Sanidad de Majadahonda, haciendo que sus técnicas y los profesionales que las ejecutan estén en perfeccionamiento continuado, sino que hay que lograr que existan y funcionen laboratorios sanitarios periféricos, para ayudar eficazmente en la vigilancia y control de los necesarios programas de gobierno (que ya no pueden esperar más tiempo), de una correcta fabricación y distribución de alimentos y medicamentos y del saneamiento del medio ambiente, incluido, como es obvio, el aspecto microbiológico de los mismos.

Lugar destacado merece a este propósito la Sanidad Ambiental. No hay motivos suficientes para explicar por qué no se ha desarrollado el Centro Nacional de Sanidad Ambiental, creado por Decreto en 1974.

La situación producida por el desarrollo del síndrome tóxico es una trágica lección para nuestros gobernantes. Problemas de ese tipo se podrían presentar en el futuro aquí, y fuera de España también, y será posible que los productos químicos presentes en artículos de consumo diverso y en la industria y ciertos agentes físicos, nos intoxiquen de forma aguda o lenta. Para su conocimiento y acción sanitaria adecuada, es urgente ya el desarrollo de dicho Centro, en que los estudios toxicológicos y ecológicos sean prioritariamente puestos en práctica. Una vez más, su interconexión con la epidemiolo-

gía y la informática, sugieren la creación de un Centro Nacional de Epidemiología e Informática, en que sus miembros deberán estar tanto en sus laboratorios y despachos, como muy esencialmente en el campo, no sólo cuando surjan problemas y crisis, sino en estudio de vigilancia activa, prospectiva y predictiva continua.

Debo mantener aquí la señal de alerta ante la posible presentación de brotes de enfermedades infecciosas de origen desconocido, por lo que es necesario estar preparado para la detección de las mismas y su posterior control.

Aunque no poseemos hoy una disposición mental apropiada, ni personal y medios adecuados, para hacer investigaciones sanitarias, éstas deben ser, a nuestro juicio, uno de los fines del programa de actuación del Ministerio. No hablamos de investigación básica, si no de una muy concreta, aplicada a los varios campos sanitarios, adecuada y realísticamente seleccionada y, sobre todo, muy intercomunicada entre sí.

Lugar destacado merece a este propósito la biotecnología. Debemos tener a nuestra disposición para intervenir y enjuiciar, cuando sea preciso, las técnicas de producción y uso de anticuerpos monoclonales, hibridomas, de recombinantes de ADN, nuevas técnicas de fermentación empleadas en las industrias de alimentación y otras y en las de Sanidad Ambiental en general. Algo se ha hecho a este propósito en el Instituto Nacional de Sanidad de Majadahonda, pero hay que desarrollar las instalaciones físicas dotándolas de personal y otros medios.

Si bien no podemos copiar las estructuras de organización de los países muy desarrollados, pues ni disponemos de su potencial económico, ni de su «ecosistema cultural», no por eso debemos renunciar a empezar a caminar en ese sentido.

Es también obvio que no podemos incorporarnos milagrosamente al *status* de aquellos centros extranjeros, pero si no empezamos ya, será más desfasada y dolorosa nuestra situación en el futuro inmediato. Hay que poner en práctica una adecuada política de intercambio de técnicos de nuestros centros con los de otros países, especialmente en aquellos campos en que el equipo es costoso en adquisición y mantenimiento y en los que las técnicas evolucionan muy rápidamente. Me refiero sobre todo a las técnicas de los centros del Instituto Nacional de Sanidad, relacionadas con el control de medicamentos (muy especialmente de los productos biológicos clásicos y de los de aparición actual, cuyo control es de complejidad creciente), alimentos, sanidad ambiental, etc.

La puesta en marcha de una unidad de investigación y desarrollo (antiguos planes pilotos), que coordine la ejecución de las que, ineludiblemente, deben empezar a hacerse prioritariamente a la ejecución de planes globales, es muy importante. Nuevas técnicas de prevención y asistencia médica, de profilaxis, diagnóstico y terapéutica, de ecología sanitaria en su más amplio

sentido, deben ejecutarse en instituciones apropiadas, y a este propósito sugerimos los centros nacionales de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional. De este modo se valorará adecuadamente, no sólo su eficacia sino también sus aspectos económicos, si se generalizan en todo el país, y su aceptación o rechazo por parte de la colectividad.

Los problemas relacionados con los hábitos y motivaciones de la población, merecen especial atención de las autoridades sanitarias, por lo que aquéllos significan en la producción de morbilidad y mortalidad en nuestra población. Los malos hábitos alimentarios, el consumo aditivo de alcohol, tabaco y otras sustancias, el hedonismo, el consumo excesivo, la adicción a la automedicación, los hábitos morbígenos en el uso del tiempo libre, etc., exigen la creación de un Centro Nacional de Educación Sanitaria. La repercusión de las actividades de este Centro, especialmente sobre la higiene infantil, de los adolescentes, de la embarazada, de los ancianos y de la población general, será valiosísima.

Un comentario especial merece la situación precaria de la Escuela Nacional de Sanidad, «casa madre» de todos los sanitarios. Los que procedemos de ella, entendemos mejor su evolución y presente. Injusto y por supuesto miope, es seguir manteniéndola sin créditos y personal suficiente y con misiones tan limitadas como las que ahora desarrolla. Corregir estos defectos, sin dilaciones, debe ser misión de los actuales directivos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mención aparte merece, a nuestro juicio, la situación y el posible futuro del único organismo autónomo sanitario del Ministerio, la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, que fue creada hace diez años, para hacer viable administrativamente un conjunto de hospitales, dispensarios, laboratorios y otros centros, diversos en su origen y funciones. Su origen plural, su *vis a tergo*, han motivado que sea «parasitada», en la función y en los presupuestos, por otras instituciones de dentro y fuera de nuestro Ministerio. Hora es ya, y mérito será de nuestros dirigentes, que todos y cada uno de sus órganos y funciones, hospitalarias, dispensariales y de laboratorio, se estructuren y desarrollen eficazmente.

No hay duda que los costes en espiral de la asistencia médica, la creciente complejidad y carestía de los equipos y personal especializado, utilizados en el diagnóstico y terapéutica, así como la continua y desmedida demanda por parte del enfermo y su familia, entre otras cosas, han hecho que la valoración económica de todo ese proceso inflacionario, sea hoy una realidad.

Centenares de libros y publicaciones de todo tipo se dedican ya a este tema de la Economía de la Salud. Voces muy dispares se oyen sobre el particular. Lo cierto es que hay que buscar un equilibrio entre las necesidades de la sociedad y la oferta de servicios sanitarios.

Por otra parte, la armoniosa relación médico-enfermo y el papel genuino del médico como mezcla de mago-consejero-psicoterapeuta, debe lograrse

por encima de todo. Dicha relación, que se está erosionando hoy en todos los países, por diverso que sea su contexto político y sociocultural, nos es a todos imprescindible y hay que cultivarla amorosamente, en beneficio de todos.

El papel de todo gobierno, en esta integración social médico-enfermo, es extremadamente delicado.

Mackenzie señala en su libro *Power and responsibility in health care*, que el Gobierno debe tener muy presente en su actuación no caer en su gestión en la tentación operativa de creer que existen realmente «ellos» y «nosotros», «jefes» y «subordinados», «explotadores» y «explotados», sino que hay que dar un tratamiento igual para todos y que todos, tarde o temprano, podemos cambiar de posición, de cuidadores a ser cuidados —«all in turn sufferers and servants»— que no existe más que la realidad absoluta de que todos constituimos el pueblo, a quien hay que atender solícitamente, amorosamente, genuinamente, diría yo, sin retórica, sin programas utópicos; contribuyendo a disminuir el sufrimiento, por lo menos el producido por la enfermedad y el dolor, lema y meta del genuino sanitario de todos los países y en todos los tiempos.

Por eso él llama la atención sobre el crecimiento gigantesco que se da en ciertos ministerios (al británico se refiere él), en que los numerosos y poderosos funcionarios del mismo hablan entre sí cada vez más y cada vez menos con el mundo exterior. Advierte también sobre otra enfermedad posible en un ministerio, la «injelilitis», producida por la mezcla auto-perpetuante de inercia y celos mutuos.

Nos parece que como agente sensibilizante y sensibilizador del gobierno en relación con el medio exterior, nada mejor que el sanitario activo en ese medio; y como agente inmunomodulador contra la «injelilitis» yo propondría la práctica sanitaria, como guía de todas las actividades del Ministerio de Sanidad.

Somos conscientes de formar parte de un servicio público con entrega absoluta, entusiasmo realista y conocimiento pragmático actualizado, que no pretende ser otra cosa que eficaz levadura sanitaria para el mejoramiento del pueblo español.

PRIMERA PONENCIA

Actualización del concepto de salud pública

Dres. GERARDO CLAVERO GONZALEZ
y ANTONIO SIERRA LOPEZ

Debido a la amabilidad de los organizadores de estas Jornadas Técnicas del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional tenemos los ponentes simultáneamente la honra y el placer de presentar esta primera Ponencia cuyo título, enormemente ambicioso, contrasta con las limitadas capacidades y méritos de quienes la abordan.

El tema puede ser enfocado tanto desde un punto de vista teórico como desde una óptica más práctica; tanto ateniéndose a condicionamientos globales como mediante una concreción temporo-espacial del momento sanitario que convivimos. Por otro lado, una mera exposición ante compañeros, maestros y especialistas en muchos de sus aspectos, debe liberarse de cualquier dogmatismo, lo que resulta, como sabéis, enormemente dificultoso puesto que la desnuda expresión, liberada de matizaciones o calificativos al objeto de resultar concisa, puede parecer aserto magistral cuando ambos ponentes nos consideramos, eso sí, con todo honor y mérito, ser uno sólo cualquiera de vosotros y actuar en su consecuencia, exclusivamente como compañeros.

Por ello parece necesario esta justificación, puesto que el único objetivo de la Ponencia presentada, cuyas limitaciones también descubrimos nosotros, consiste en discurrir conjuntamente por las nociones esenciales de la salud pública con objeto de detectar con mayor claridad el horizonte hacia el cual navegamos y encontrar en nuestra propia identidad de sanitarios españoles la mejor brújula que ha de orientarnos en coyunturas de tormenta y en situaciones de plácida mar.

0. ANTECEDENTES SOBRE DEFINICIONES DE SALUD PÚBLICA. DEFINICIÓN DE WINSLOW Y ANÁLISIS DE SUS COMPONENTES

Hubiera parecido pecado de erudición y se hubiese caído en la posición dogmática, que eludimos, si en el pórtico de esta Ponencia se presentara el conjunto histórico de definiciones que se han dado sobre la Salud Pública. Al alcance de la mano técnica de cualquiera de vosotros se encuentran bibliografías y ficheros donde puede obtenerse este material. De otro lado, semejaría excesivamente teórico profundizar en conceptos extraídos de lejanos tiempos. Ha parecido, por consiguiente, más útil, partir de la base de una definición de una Autoridad que aún está presente en las obras sobre la materia de mayor uso y que, a pesar de haber transcurrido sesenta años desde que fuese dada, contiene las claves más importantes para conceptualizar ahora la Salud Pública.

Nos referimos a la definición de Winslow que, en 1923, proclamaba lo siguiente:

«La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mental y física y la eficacia a través de esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones transmisibles, la educación del individuo en higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de la enfermedad y el desarrollo de una organización social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud, organizando estas prestaciones de forma que permita que cada ciudadano lleve a la práctica su derecho innato a la salud y a la longevidad.»

El análisis de esta definición descubre las características que pueden identificar el concepto de Salud Pública procediendo al estudio de sus componentes y llevando a cabo una actualización de los mismos. La disección de la definición invocada se describe a continuación:

1. *Naturaleza*: La Salud Pública como ciencia y como arte o práctica.
2. *Funciones*: Sanear el medio, luchar contra las infecciones transmisibles, la educación del individuo en higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de la enfermedad y el desarrollo de una organización social.
3. *Organización*: Mediante esfuerzos organizados de la comunidad.
4. *Objetivos parciales*: Prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mental y física y la eficacia.

5. *Objetivo final:* Asegurar a cada individuo un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud, de forma que se permita que cada ciudadano lleve a la práctica su derecho innato a la salud y a la longevidad.

Esta definición es de carácter global y de orientación operativa. Incluye en ella aspectos orgánicos y funcionales. Es posible, tras la realización de un debate sobre la misma, resaltar las parcelas que poseen cuestiones prioritarias en una concepción de Salud Pública. En cualquier caso los ponentes consideran que la definición de Winslow es un amplio lugar de encuentro para la discusión entre los Médicos de Sanidad Nacional. De ella se ha derivado la estructura de esta Ponencia, dividida en los capítulos siguientes:

1. Desarrollo científico de la Salud Pública.
2. Crecimiento y desarrollo de la práctica de Salud Pública.
3. Las grandes funciones de Salud Pública, sus tendencias y cambios.
 - 3.1 Saneamiento ambiental.
 - 3.2 Lucha contra las enfermedades transmisibles.
 - 3.3 Lucha contra las enfermedades no transmisibles.
 - 3.4 Educación sanitaria de la población.
 - 3.5 Otras funciones de Salud Pública.
4. Integración en la Salud Pública de la asistencia sanitaria a distintos grupos de población.
5. El método epidemiológico y su aplicación.
6. Ciencia y práctica de la Administración de Salud Pública.
7. Política sanitaria y sus agentes: los Poderes Públicos y la Comunidad.
8. Organización para la Salud Pública: el Sistema de servicios de salud.
9. Estrategia, proceso de gestión y participación en Salud Pública.
10. Objetivo en la práctica de la Salud Pública: el derecho a la protección de la salud.

Se pasa inmediatamente a una sucinta descripción de cada uno de estos temas en los apartados que siguen.

I. DESARROLLO CIENTIFICO DE LA SALUD PUBLICA

La Salud Pública como ciencia aplicada al hombre, pero considerado éste como parte integrante de la comunidad, no es sólo una ciencia biológica, sino también social. Es precisamente la influencia de las ciencias sociales la que ha permitido a la Salud Pública, en su desarrollo, salir del mero campo de la biología consiguiendo, en consecuencia, un análisis científico del complejo fenómeno de la salud y la enfermedad.

Así, pues, a lo largo de su desarrollo científico, la Salud Pública ha necesitado asumir e integrar parcelas del conocimiento de múltiples ciencias.

Podemos decir, a modo de esquema, que las principales ciencias que han participado, y participan, en el desarrollo de la salud pública son las siguientes:

- Ciencias de la Naturaleza: Física, Química y Biología (no humana).
- Ciencias Sociales: Derecho, Economía, Sociología, Política, Demografía, Psicología y Antropología.
- Ciencias Mixtas o Humanas: Ecología humana, Epidemiología y Medicina.
- Ciencias instrumentales de la Salud Pública.

A continuación, y también esquemáticamente, señalaremos las parcelas del conocimiento de las ciencias que han sido aplicadas al desarrollo científico de la Salud Pública:

Ciencias de la Naturaleza:

- Biología:
 - Genética: Genética sanitaria.
 - Microbiología y Parasitología: Enfermedades transmisibles.
 - Inmunología: Inmunología sanitaria (Inmunizaciones preventivas, Seroepidemiología).
 - Veterinaria: Veterinaria de Salud Pública.
- Física y Química:
 - Medio ambiente físico-químico. Son ciencias que tienen un carácter fundamental desde el punto de vista instrumental, en su aplicación a la Salud Pública.

Ciencias Sociales:

- Sociología:
 - Sociología sanitaria (sociedad, salud y enfermedad. Relaciones intra e inter-profesionales. Relaciones entre profesiones sanitarias y el hombre, la familia y la comunidad...).
- Economía:
 - Economía sanitaria (ciencia de los recursos limitados).
- Derecho:
 - Derecho constitucional (derecho a la salud. Poderes públicos, organización y titularidad de la Salud Pública).
 - Derecho administrativo (normativa sanitaria).
 - Derecho penal (el delito contra la Salud Pública).
- Demografía:
 - Demografía sanitaria (diagnóstico de salud de la comunidad. Planificación sanitaria).
- Política:
 - Señalamiento de objetivos. Asignación de recursos.

- Psicología:
Psicología humana individual y social.
Antropología: «Ciencia del Hombre».

Ciencias Mixtas y Humanas:

- Ecología:
Ecología humana, salud y enfermedad.
- Epidemiología:
Diagnóstico y análisis de situación. Investigación causal de los estados de salud y enfermedad. Evaluación de programas de salud.
- Medicina (y Enfermería):
Medicina constructiva. Medicina preventiva. Medicina curativa. Medicina rehabilitadora. Concepto de Medicina integrada.

Ciencias instrumentales de la Salud Pública:

Nos referimos a aquellas ciencias cuya relación con la Salud Pública es fundamental o exclusivamente la de proporcionar elementos (instrumentos) que contribuyen a la solución de los problemas prácticos, sin que ello signifique que entre las anteriores no existan las que lo sean en mayor o menor grado.

- Estadística:
Estadística sanitaria (estadísticas demográficas, epidemiológicas y de recursos sanitarios).
- Informática:
Informática sanitaria: tratamiento racional y automático de la información (Epidemiología, Programas de salud, Recursos sanitarios...).
- Administración:
Administración sanitaria.
- Farmacia:
Medicamentos.
- Ingeniería sanitaria:
Sanidad ambiental.
- Arquitectura:
Arquitectura sanitaria (vivienda y salud. Urbanismo y salud. Centros sanitarios).
- Pedagogía:
Educación sanitaria.

La Salud Pública, como teoría, es la resultante de la permanente integración de los conocimientos de numerosas ciencias aplicados a un objetivo

común: el bienestar físico, psíquico y social de la comunidad. Como práctica, es una actividad multiprofesional especializada en la aplicación de esa teoría y encuadrada en el seno de la Administración Pública.

2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PRACTICA DE SALUD PUBLICA

Si la Salud Pública como ciencia dice lo que debería hacerse, considerada como práctica es lo que efectivamente se hace. La praxis de Salud Pública es la aplicación práctica de aquella doctrina.

Es preciso señalar aquí que al hablar de la praxis de Salud Pública tenemos que limitarnos, es nuestro marco operativo, al conjunto de acciones desarrolladas por el sector sanitario. Pero tenemos que resaltar, una vez más, que la salud no es un objetivo alcanzable por la sola actuación de los servicios sanitarios. Recordemos lo escrito por Sonis: «La experiencia recogida en los últimos treinta años ha permitido, en efecto, comprobar claramente que la mera aplicación de las técnicas sanitarias no es suficiente para la solución de los problemas de salud y que los factores económicos, sociales, culturales, políticos... etc., constituyen los parámetros dentro de los cuales se concreta el nivel de salud de las poblaciones».

Pero lo anterior no justifica en absoluto el alejamiento, cada vez mayor en los últimos años, entre lo que es el contenido científico de la Salud Pública y la aplicación práctica del mismo a través del sector sanitario. Probablemente nunca en la Historia el desarrollo de la praxis de Salud Pública se ha alejado tanto, y tan negativamente, del desarrollo científico. Sobre la praxis de Salud Pública están actuando una serie de factores limitantes claramente responsables de la situación actual. Y nos referimos especialmente a nuestro país. Veamos cuáles son los principales:

1. Inexistencia de un sistema sanitario único, eficaz e integrador de todos los recursos sanitarios.
2. Prioridad, como consecuencia del predominio absoluto del sistema sanitario a cargo de la Seguridad Social, de las actividades sanitarias dirigidas hacia el objetivo enfermedad. La salud, pese a su condición de derecho constitucional, queda prácticamente a nivel de objetivo teórico.
3. La asistencia hospitalaria, de elevado costo y complejidad tecnológica, se ha convertido en el eje del sistema sanitario con evidente desprecio al desarrollo de una atención de salud integrada, básicamente extrahospitalaria, y empobrecimiento progresivo de aquellos recursos sanitarios cuyo objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la comunidad. Incluso se ha llegado a institucionalizar la degradación de esos recursos. Nos referimos, por ejemplo, al Real

Decreto 211/1978 y Orden de 29 de junio sobre estructuración orgánica de las Delegaciones Territoriales del entonces Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y que, pese a las transferencias de funciones y recursos a las Comunidades Autónomas, ha sido, y es, un grave obstáculo para el desarrollo sanitario.

4. Escasa o nula participación de la comunidad en la gestión de la Salud Pública.
5. Escasa, y en ocasiones deformada, educación sanitaria de la población.
6. Siendo la Salud Pública una actividad multiprofesional, existe en la práctica una falta de incorporación real de numerosas profesiones al sistema sanitario. Consecuentemente con todo lo anterior, la formación del personal sanitario se limita prácticamente a las profesiones médicas y paramédicas, con una clara orientación, y por lo tanto desviación, hacia los llamados «cuidados médicos». E igualmente consecuente con todo lo anterior, se ha sometido a un progresivo empobrecimiento a los Centros de Formación de Personal de Salud Pública, concreta y especialmente a la Escuela Nacional de Sanidad y filiales.
7. Inexistencia de una Ley de Bases de Sanidad actualizada.

Estos factores limitantes son finalmente consecuencia de las voluntades, y por lo tanto de las decisiones políticas.

3. LAS GRANDES FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA; SUS TENDENCIAS Y CAMBIOS

3.1 Saneamiento ambiental

Una de las funciones básicas de la Salud Pública ha sido, y es, el saneamiento ambiental, entendiendo por tal (Comité OMS) «la acción dirigida a la mejora de todas las condiciones que en el medio físico de la vida humana influyen o son susceptibles de influir desfavorablemente sobre el desarrollo fisiológico, la salud y la longevidad».

El hombre, al actuar a través de los avances conseguidos por el desarrollo científico y tecnológico, como factor de cambio de su medio ambiente, no sólo ha conseguido resultados favorables sino que ha introducido nuevos factores de riesgo para su salud. Es la aparente paradoja del progreso: su capacidad de ser al mismo tiempo constructivo y destructivo.

Siguiendo el estudio elaborado por la OMS («Riesgos del ambiente humano para la salud», 1972) podemos considerar dentro del tema los siguientes grandes apartados:

- El aire (contaminación biótica y abiótica).
- El agua (contaminación biológica, química y radiactiva).

- Los alimentos (contaminación biológica, química y radiológica).
- El suelo y las tierras (residuos sólidos, aguas residuales, sustancias químicas tóxicas).
- Insectos y roedores (desinsectación y desratización).
- La vivienda (y añadimos el urbanismo).
- El ambiente de trabajo (y añadimos el de cualquier otro lugar de desenvolvimiento de la vida humana).

Es evidente (Hanlon) «que los altos logros alcanzados por muchas naciones en materia de salud pública se han debido en gran parte a las medidas de saneamiento implantadas». La situación, que ha evolucionado a lo largo de la historia, es sin embargo muy variable actualmente según el nivel de desarrollo socioeconómico de los países. Y aún dentro de un mismo país.

En líneas generales la tendencia, en materia de saneamiento ambiental, es clara. El desarrollo tecnológico, en busca de una mejor calidad de vida, ha conseguido allí donde se aplica (países desarrollados) un control preferente de los factores de riesgo de naturaleza biológica y, en consecuencia, de las enfermedades transmisibles, pero no así de los factores físico-químicos que han sido en gran parte introducidos artificialmente por el hombre.

Se han producido (y ahora nos referimos más particularmente a nuestro país), en la práctica, grandes avances en el control de la calidad bacteriológica del agua, de la eliminación de aguas residuales domésticas (sobre todo en el medio urbano), de insectos y roedores, pero presentan serias dificultades problemas como la contaminación atmosférica, los ruidos, los residuos sólidos, los vertidos industriales, la contaminación de los alimentos, el urbanismo y la vivienda...

La intensidad de la dificultad de resolución de estos problemas no está relacionada solamente con su progresivo aumento, sino con el elevado costo de sus soluciones. El nivel de la tecnología actual permite ofertar, sin embargo, esas soluciones. Y es obligación de los poderes públicos instrumentar los recursos adecuados para actuar eficazmente y conseguir que se apliquen las medidas necesarias dentro de las lógicas posibilidades de cada comunidad. Su complejidad y su costo no justifican su abandono.

Evidentemente, el sector sanitario de la Administración pública, tiene unas funciones bien definidas en el saneamiento ambiental. Han sido correctamente expuestas por Fernández Nafria (Jornadas del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional 1978):

- 1.º Instalar sistemas de vigilancia de parámetros ambientales que nos permitan definir el estado actual de deterioro del medio ambiente y sus tendencias futuras.
- 2.º Realizar los estudios correspondientes para correlacionar los efectos de la degradación del medio ambiente con la salud.
- 3.º Proponer los medios preventivos y correctores que garanticen la salubridad del mismo.

- 4.º Definir las normas de calidad del medio ambiente mínimas exigibles para defensa de la Salud Pública.

Nosotros añadimos:

Promover la educación y participación de la comunidad.

Pero para llevarlas a cabo se necesita disponer de recursos específicos de saneamiento ambiental. La OMS ha definido claramente la necesidad de creación de servicios de higiene del medio en la administración sanitaria, así como la incorporación a los mismos de ingenieros sanitarios y otros profesionales especializados, como requisitos indispensables para la ejecución de programas de saneamiento ambiental.

Nuestra administración sanitaria carece prácticamente de esos servicios y de esos profesionales. Incluso, y coherentemente con la degradación de los servicios de Salud Pública, se ha llegado a fusionar orgánicamente con los servicios de veterinaria de Salud Pública, a nivel central. Y a nivel periférico, los recursos específicos son virtualmente inexistentes.

Es a nivel de legislación donde nuestra situación es menos deficitaria, aunque existan todavía vacíos importantes. No obstante, la legislación sólo cumple sus objetivos cuando existe voluntad y recursos para exigir y vigilar su cumplimiento.

La calidad del medio ambiente, seriamente alterada por el desarrollo urbano e industrial, necesita la ejecución de programas de saneamiento ambiental, cuyo ejercicio corresponde a la Administración pública.

Requisito indispensable para el desarrollo de esos programas es dotar a la administración sanitaria de servicios de Sanidad Ambiental que incorporen a especialistas en la materia, y ello con un criterio multiprofesional (ingenieros, médicos, biólogos, químicos, agentes de saneamiento, educadores...).

La coordinación de esos servicios con los de otros sectores de la Administración pública (Obras Públicas, Urbanismo, Industria y Energía, Agricultura...), junto con la participación activa de la comunidad y el desarrollo completo de una legislación realista, es el único camino eficaz para abordar la problemática de la protección del medio ambiente.

3.2 Lucha contra las enfermedades transmisibles

Es indudable que en los países desarrollados las enfermedades transmisibles han perdido importancia en relación con las no transmisibles. Y es innegable que esa pérdida de importancia se constata cuando se examinan las estadísticas de mortalidad actuales y se comparan con las de principios de siglo. Hace tiempo que dejaron de ser responsables de la mayor parte de las muertes.

Pero recurrir solamente a los indicadores de mortalidad puede llevarnos a una revisión parcial del problema, aunque sea importante. Como escribió

Aldo Milic: «Nos debe importar de qué morimos, pero también nos debe importar cómo vivimos. La gente enferma muchas veces durante su vida y el hecho de que no muera de ciertas enfermedades no implica que no deba concederse a éstas suficiente atención.».

De hecho, se ha llegado a una actitud de cierto desprecio intelectual hacia las enfermedades transmisibles en amplios sectores de la Medicina, compartido por parte de las Autoridades Sanitarias.

Sin embargo, la visión que nos proporciona el estudio de la morbilidad no es exactamente igual. Ciertas enfermedades transmisibles han desaparecido en los países desarrollados y la incidencia de algunas ha disminuido paralelamente al descenso de la mortalidad. Pero muchas otras siguen manteniendo tasas muy elevadas e incluso algunas (por ejemplo, las enfermedades de transmisión sexual, ciertas toxoinfecciones alimentarias, las infecciones hospitalarias...) han aumentado notablemente.

Su trascendencia sanitaria deriva básicamente de que son importante causa de morbilidad, aunque se trate en muchos casos de procesos leves. Piénsese, por ejemplo, que simplemente las infecciones respiratorias agudas ocasionan más de una tercera parte de todas las visitas médicas, siendo el factor principal de absentismo escolar y laboral. Piénsese, además, en la cantidad de recursos sanitarios que se emplean en su asistencia. No puede ignorarse hoy día que los viajes, cada vez más frecuentes y rápidos, amenazan con la introducción de enfermedades en países que consiguieron su erradicación. Que la comercialización internacional cada vez más intensa de productos alimenticios, obliga a un control creciente de éstos desde el punto de vista microbiológico. Piénsese en enfermedades transmisibles desconocidas hasta estos últimos años, como la enfermedad de los legionarios, fiebre de Lassa, Marburg, Ebola y otras.

Resulta, pues, absolutamente necesario que el Sistema Sanitario disponga del equipamiento y la estructura adecuada que permitan el control de las enfermedades transmisibles. Y ese equipamiento empieza por la adecuada dotación de Servicios de Vigilancia Epidemiológica que aseguren el permanente conocimiento y análisis de situación en todas y cada una de las áreas sanitarias. Y la dotación orgánica de recursos para los programas de acción permanente y la actuación en situaciones de emergencia.

Es indudable, pues, que las enfermedades transmisibles, si bien han perdido la importancia que tenían como causa de muerte, siguen constituyendo un serio problema de salud pública que absorbe además una parte importante del gasto sanitario.

La programación, dirección y evaluación de las acciones para el control de enfermedades transmisibles son responsabilidad de los administradores de Salud Pública, quienes contarán con equipos que incluyan epidemiólogos, especialistas de Salud Pública, ingenieros sanitarios y veterinarios, educadores sanitarios, agentes de saneamiento y todos aquellos otros profesionales

sanitarios, debidamente integrados en los servicios correspondientes, y con el apoyo cada día más importante de los laboratorios de Salud Pública. Y todo ello dentro de un Servicio Nacional de Salud donde la atención primaria y los Centros de Salud sean una realidad estructurada y articulada eficazmente que permita el desarrollo de los programas de salud.

3.3 Lucha contra las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles han pasado a ocupar, en los países desarrollados y a lo largo de nuestro Siglo, los primeros lugares en cuanto a importancia sanitaria y social. Basta con examinar las estadísticas actuales de mortalidad en nuestro país y compararlas con las de principio de siglo para evidenciar cómo en los primeros puestos, que antes ocupaban las enfermedades transmisibles, están hoy enfermedades crónicas no transmisibles y el cada día más importante capítulo de los accidentes. Además, se observa cómo la tendencia ascendente de las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles y la descendente de las enfermedades transmisibles van marcando la diferencia entre ambas de una manera progresiva y rotunda.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe plantearse tres grandes capítulos dentro del problema:

1. Razones que han motivado, y motivan, la situación actual de las enfermedades no transmisibles.
2. Trascendencia sanitaria y social de las mismas.
3. Posibilidades reales de lucha contra ellas.

Las razones que han motivado la importancia actual de las enfermedades no transmisibles son claras:

- a) Los avances en el terreno de la Microbiología, Inmunología, Epidemiología, Profilaxis y Terapéutica, permitieron, y permiten, el desarrollo de programas de lucha contra las enfermedades transmisibles de resultados relativamente rápidos y brillantes.
- b) El desarrollo socio-económico y cultural ha contribuido poderosamente a esta situación favorable.
- c) La evolución demográfica, con un progresivo envejecimiento de la población, ha sido, y es, un factor determinante del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- d) Pero además de todo lo anterior, es innegable que se ha producido un aumento progresivo de las tensiones sociales y otros factores de riesgo, que hace que el incremento de las enfermedades no transmisibles no sea solamente relativa.

Su trascendencia sanitaria y social deriva de su gran mortalidad y morbilidad, su larga duración, el elevado número de incapacidades que originan, la intervención de factores sociales en su aparición y

difusión y la carga económica que supone para la sociedad, tanto desde el punto de vista de no producción como del enorme coste de su asistencia.

En relación con las posibilidades actuales de lucha contra ellas es necesario precisar lo siguiente:

1. Estas enfermedades plantean problemas especialmente difíciles, tanto en la prevención como en el tratamiento de muchas de ellas, como consecuencia de su oscura etiología, su comienzo insidioso, su variada y variable sintomatología y la insuficiencia de medios terapéuticos de reconocida eficacia en muchos casos.
2. No obstante lo anterior, la aplicación del método epidemiológico ha ido permitiendo si no desentrañar totalmente el complejo etiológico de estas enfermedades, sí ir conociendo cada vez con mayor precisión una serie de «factores de riesgo», lo que nos permite hablar de prevención primaria en su sentido más estricto. Por otra parte, la prevención secundaria tiene aquí un amplio campo de aplicación y de brillantes resultados.

Es evidente además, que sobre los Servicios Sanitarios que hasta ahora sólo se ocupaban prácticamente del tratamiento de estas afecciones, pesa una demanda creciente de actividades preventivas.

Lo expuesto nos sitúa ante la necesidad del desarrollo de luchas sanitarias contra las enfermedades no transmisibles. Luchas sanitarias que exigen una meticulosa planificación con coordinación y utilización de todos los recursos, que tiene que iniciarse a nivel de la atención primaria de salud, que tiene que contar con una permanente vigilancia, investigación y evaluación epidemiológica, que necesitan el impulso máximo de los servicios,* y, en consecuencia acciones, de Sanidad Ambiental, y que sólo pueden concebirse además sobre la base de una buena educación para la salud a todos los niveles de la población.

Sólo así, y contando con el estado actual de nuestros conocimientos científicos y técnicos, es posible conseguir una notable reducción en cuanto a las graves repercusiones sanitarias y sociales de las enfermedades no transmisibles.

3.4 Educación sanitaria de la población

La educación sanitaria ha pasado a ser, en los últimos cuarenta años, una de las funciones principales de Salud Pública.

Se entiende por educación sanitaria (grupo científico de la OMS): «el conjunto de actividades planificadas o sistemáticas que favorecen y provocan experiencias en momentos, formas y situaciones que inducen a adquirir

conocimientos y adoptar las actitudes y el comportamiento más convincente para la salud de un individuo, un grupo o una colectividad».

«Es evidente que el objetivo fundamental de la educación sanitaria es la adquisición de conocimientos y actitudes, y la modificación permanente de la conducta individual y colectiva en asuntos relacionados con la salud. Su necesidad es tanto mayor cuanto que en la actualidad muchos problemas sanitarios, y fundamentalmente aquellos que más preocupan por constituir las causas más importantes de muerte, enfermedad e incapacidad, son cuestiones que están íntimamente ligadas al comportamiento humano» (doctora Nájera).

La educación sanitaria no es sólo una de las funciones básicas de la Salud Pública, sino también una de las más difíciles. Y por ello necesita concebirse como una actividad permanente y exquisitamente programada. La programación parte de un análisis de situación (conocimientos, intereses, creencias y práctica de la población en materia de salud). Pero la programación exige, lógicamente, la existencia de unidades de educación sanitaria en los Servicios de Salud Pública, entendiéndose siempre estos últimos como un sistema sanitario único e integrador. La figura del educador sanitario, como especialista en la materia al frente de esas unidades, parece cada día más necesaria. Le corresponde, entre otras funciones (doctora Nájera), «dirigir desde el punto de vista técnico el planeamiento, la organización, la administración y la evaluación metódica de las actividades de educación sanitaria en los distintos programas y servicios de Salud Pública». En las actividades de educación sanitaria deben participar todos los trabajadores sanitarios, pero además, y es fundamental, hay que incorporar oficialmente al maestro. La escuela es un lugar óptimo para la educación sanitaria. Para ello es necesario introducir en la formación del maestro los conocimientos necesarios que le permitan ser un agente permanente de educación sanitaria en el medio escolar. E integrar oficialmente en las actividades escolares la educación para la salud. Los Servicios de Sanidad Escolar servirán, entre otras funciones, para mantener el nivel de formación adecuada del maestro.

Debe igualmente programarse la adecuada utilización y asesoramiento de los medios de comunicación social. Nadie puede ignorar el enorme poder de penetración de los mismos en nuestra sociedad y el poco, o mal uso, que de ellos se hace actualmente en materia de información y educación para la salud.

La educación sanitaria como proceso permanente debe impregnar al máximo todas las actividades del personal de Salud Pública, maestros y otros grupos sociales para que las ideas, hábitos y actitudes sanitarias se integren de forma natural en el proceso de socialización del individuo.

3.5 Otras funciones de Salud Pública

Sólo a modo de esquema vamos a enumerar aquellas otras grandes funciones de Salud Pública, entendida ésta en la práctica como el conjunto de actividades desarrolladas por un sistema sanitario integral (extendido a toda la población), integrado (impartiendo simultáneamente cuidados curativos, preventivos, rehabilitadores, higiénicos y de educación sanitaria) e integrador (utilizando todos los recursos sanitarios):

1. Restauración de la salud:
 - Cuidados médicos (Medicina curativa).
 - Rehabilitación y readaptación.
2. Promoción de la salud:
 - Higiene prenatal, maternal e infantil.
 - Higiene escolar.
 - Exámenes periódicos de salud.
 - Gerocultura.
 - Higiene laboral y deportiva.
 - Higiene mental.

Si desde un punto de vista teórico, refiriéndonos a las funciones citadas, puede hablarse de enorme desarrollo científico y técnico, y en consecuencia de posibilidades de aplicación práctica, desde un punto de vista de la más estricta praxis sólo puede hablarse, en líneas generales, de tímidos y desiguales intentos. O, como en el caso de la asistencia médica (Medicina curativa), de crecimiento y desarrollo no armónicos que han ocasionado un evidente desequilibrio en el propio sector asistencial y en el sector sanitario en conjunto.

Mención aparte merecen, entre las funciones de Salud Pública, las de enseñanza e investigación (básica y aplicada). Son actividades fundamentales y permanentes, absolutamente necesarias para el desarrollo científico y técnico de la Salud Pública y para la formación del personal sanitario a todos los niveles. La trascendencia de ambas actividades, la amplitud de su contenido, y su situación actual de precariedad, entendemos que sólo pueden abordarse a través de sendas ponencias específicas y no en el marco de la presente. También la cooperación internacional constituye otra función que, por la diversidad de sus materias y programas, sólo se puede tratar en ponencia específica.

4. INTEGRACIÓN EN LA SALUD PÚBLICA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A DISTINTOS GRUPOS DE POBLACION

La mayor prevalencia de enfermedad en determinados grupos de población (indigentes, clase proletaria, etc.), constituye la justificación técnica de por qué el Estado y otros poderes públicos pusieron en marcha servicios de

asistencia sanitaria. Esta circunstancia epidemiológica, inserta en una imparable corriente causada por el movimiento obrero como efecto de la revolución industrial, condujo a que aquellos colectivos alcanzasen el derecho a prestaciones sanitarias a través de instituciones públicas de seguro social o de asistencia benéfica. A este fin el Poder ejecutivo desarrolla distintas formas de administración mediante muy diversos modelos de infraestructura sanitaria cuyas esenciales piezas son:

- a) El Estado o autoridad central, que ocupa en muchos países una posición subsidiaria respecto a la asistencia benéfica, es administrador directo de los programas de lucha contra las «plagas sociales» y retiene la competencia de ordenación de toda la acción social en virtud de su «rol» de Estado-bienestar.
- b) Las instituciones del Seguro de Enfermedad, cuya financiación económica se mantiene con carácter mutual y cuya administración conserva principios y procedimientos de origen privado a pesar de que su misión y ámbito sean públicos, dirigen su atención a la salud de los trabajadores.
- c) Las autoridades territoriales, que frecuentemente administran la asistencia sanitaria a indigentes (herederas de las antiguas Leyes de Beneficencia) y variada competencia sobre salubridad local.

Este esquema simplista (válido para España y Europa meridional) varía conforme a la inicial distribución del poder para los distintos países; también está influido por la fase en que se encuentran los seguros de enfermedad en su camino hacia los objetivos finales de Seguridad Social y Servicio Nacional de Salud, el cambio político y técnico desde la Beneficencia pública hasta el Servicio Social y, radicalmente, por el progreso social impulsado por fuerzas determinantes que modifican la conciencia y conducta de personas y grupos.

De cualquier modo se han suscitado tensiones e incoordinaciones en el sistema sanitario por el hecho de esta distribución de responsabilidades entre las diferentes Administraciones, que probablemente no hubieran ocurrido de haber existido una más exacta limitación conceptual, jurídica y operativa de la Salud Pública, la previsión social y la asistencia benéfica.

Han existido razones históricas de origen y situación para que la Salud Pública se haya mantenido en el Estado, responsable de la defensa sanitaria frente a graves epidemias; que la atención médica a los trabajadores se haya administrado desde instituciones donde aún latía el antiguo concepto de auxilio mutuo; que la asistencia benéfica, paternalista, desarrollada sobre la caridad o la filantropía se administrase entre convecinos. Hay que decir, sin embargo, que ninguna de estas razones subsiste, ya desaparecida la situación sanitaria y social que las originó y, por el contrario, desde el conocimiento de las interrelaciones pobreza-clase social-trabajo-enfermedad, desde la práctica asistencial realizada por un equipo multisectorial y con participación de la comunidad no pueden mantenerse conceptos caducos ni barreras innecesarias.

La actual circunstancia social aconseja que doctrinalmente se incluya dentro del concepto de Salud Pública tanto la atención sanitaria efectuada en favor de los grupos protegidos por la Seguridad Social como la asistencia médica destinada a las personas con nivel de indigencia.

Esta integración conceptual se acompaña, en el plano jurídico, de un hecho que puede ser motivo o consecuencia de la misma: la explícita declaración constitucional del derecho a la protección de la salud de todo ciudadano, sin discriminación, cualquiera que sea su condición social y su posición en las relaciones técnicas y sociales de producción (menesteroso, trabajador o no, actividad laboral, etc.), con equitativo disfrute de este derecho.

La organización y administración de servicios puede teóricamente configurarse en modelos distintos, pero deberá garantizar la máxima cobertura y eficacia, alcanzar una identidad con la comunidad que participa en su gestión, contribuir a una solidaridad de ámbito nacional y obtener unos resultados mínimos semejantes puesto que los servicios se han originado de una fuente jurídica única (derecho de los ciudadanos proclamado constitucionalmente) y tienden a un objetivo común (máximo bienestar para el mayor número de personas).

En conclusión, se puede decir que conceptualmente la Salud Pública debe asumir las nociones previas de asistencia sanitaria pública prestada a los desvalidos, clase trabajadora y titulares de un derecho a la Seguridad Social y ello en razón a un triple motivo:

- a) Político, de actuación pública desde la solidaridad entre todos y desde la equidad, conforme a las necesidades.
- b) Jurídico, por un derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos.
- c) Operativo, por la eficacia de la intervención sanitaria para resolver situaciones epidemiológicas multicausales y con alta etiología social.

5. EL METODO EPIDEMIOLOGICO Y SU APLICACION

El método epidemiológico ha pasado, en menos de un siglo, de ser un instrumento aplicado al estudio de las epidemias, a ser un instrumento imprescindible para la teoría y la práctica de Salud Pública. Sus objetivos han ido ampliándose y diversificándose, pasando del campo de estudio de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles, y del campo de estudio de la enfermedad al de la salud. Pero además, y es lo que podemos denominar el tercer eje de la acción de la epidemiología, resulta básico, a través de la epidemiología de intervención, para la evaluación, previamente planeada, de los programas de salud, entendidos éstos en su más amplio sentido, es decir, de prevención y promoción de la salud y de cuidados médicos. Y permitiendo no sólo valorar la eficacia de las medidas aplicadas, sino también el rendi-

miento económico, dentro de un criterio de economía de la salud. Señalemos la importancia de los modelos epidemiológicos que permiten perfeccionar y aumentar la eficacia del método epidemiológico.

Ciertamente la Epidemiología es una ciencia que necesita apoyarse en todas las ciencias que integran la Salud Pública pues, como ha escrito San Martín: «es una aplicación de la concepción ecológica de la salud y de la enfermedad. Es una disciplina de síntesis». Pero en la aplicación de su instrumento, es decir, del método epidemiológico, necesita imprescindiblemente de la Estadística, de la Informática y de la Demografía como ciencias auxiliares.

En resumen, el papel actual de la Epidemiología queda definido por sus tres grandes objetivos, que constituyen los tres grandes ejes principales de la misma:

1. Vigilancia epidemiológica: Se entiende como tal el registro, análisis e interpretación de los datos que nos permiten conocer los estados de salud y enfermedad de la comunidad, su evolución y análisis comparativo. La vigilancia epidemiológica es requisito para la planificación sanitaria y para la acción eficaz en situaciones de emergencia.
2. Investigación etiológica: La Epidemiología participa de manera decisiva en el conocimiento de los factores determinantes de los estados de salud y enfermedad en la población. Además, y con un sentido pragmático, la aplicación de su método permite determinar lo que se denominan «factores de riesgo», y cuya precisión es básica para el desarrollo de programas de prevención primaria.
3. Evaluación de intervenciones: Es decir, valoración de la eficacia y rendimiento económico de las acciones y recursos que conforman los programas de salud.

6. CIENCIA Y PRACTICA DE LA ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

El ejercicio de las actividades de Salud Pública se realiza a través del sistema de servicios de salud, y el conjunto de aquéllas está constituido por actos de naturaleza administrativa, por realizaciones técnicas originadas en organismos y dependencias de carácter administrativo o por la actuación de entidades privadas y particulares reguladas en parte desde los poderes públicos. La Administración, por consiguiente, impregna siempre de algún modo toda la esfera que corresponde a la materia de Sanidad Pública.

Como se verá al describir el sistema de servicios de salud, los Entes públicos y privados coexisten en el ámbito de la Sanidad y establecen numerosas relaciones tanto de cooperación como de concurrencia. Recogemos aquí sucintamente algunas características de la Administración pública

que constituyen principios esenciales del sector público, en general, y que son aplicables por tanto a la más limitada área de la Administración sanitaria pública. Estas notas de los *servicios públicos* son:

1. Su naturaleza hace que se creen dentro del marco del ordenamiento jurídico y siguiendo reglas formales apropiadas.
2. Su competencia deriva de modo lejano o inmediato de la soberanía del pueblo, y algunos de sus titulares poseen cualidad de autoridad pública (o agentes de la mencionada autoridad).
3. La finalidad de sus instituciones y organismos es la de servicio al bien común.
4. Son destinatarios de la acción pública toda la Comunidad o, en su caso, grupos o particulares sin que ello se deba a singular privilegio o beneficio.
5. Utilizan recursos financieros de origen público; se apoyan en patrimonio y bienes de titularidad pública o finalidad social; emplean personal con vinculación reglamentada (naturaleza diversa del vínculo).
6. Son controlados por la Comunidad a través de la representación política, mediante una «opinión pública» configurada por los medios de comunicación social o, más especialmente, por vía de representantes en Organismos públicos diversos.

De todas estas notas goza la Administración pública y, por tanto, la de carácter sanitario. Pero, además, la *Administración sanitaria*, debido a la esencialidad del derecho a la protección de la salud, sitúa al sector sanitario privado bajo una red reglamentaria —de muy diferente rigidez según momentos y lugares— que tiende a garantizar la unicidad de funcionamiento del sistema de servicios de salud cualquiera que sea la titularidad de los mismos con objeto de evitar tensiones y distorsiones internas en su seno.

Además de esta peculiar «expansión reglamentaria» hacia los servicios privados que puede caracterizar al sector sanitario, es factible agregar otros atributos diferenciales que, en cierto modo —y se puede discutir hata qué grado—, son específicos del mismo. Entre ellos se citan frecuentemente:

1. Naturaleza social de las actividades sanitarias, por lo que su campo de acción se sitúa vecino a los servicios de seguridad social, trabajo, asistencia social, etc.
2. Receptividad acusada de la población para detectar anomalías en su nivel de salud y disfunciones de los servicios de salud.
3. Predominio cuantitativo y en importancia de las prestaciones de servicio «persona a persona» sobre las de carácter económico o material en la gestión del sistema sanitario.
4. Marcado carácter científico y técnico de las actividades del sistema de servicios de salud, en paralelo con el importante desarrollo de las ciencias y técnicas de la salud.

5. Exigente demanda de control comunitario sobre el sistema de servicios de salud por la importancia que la población otorga a su salud y calidad de vida. Este control no siempre resulta de fácil realización, en parte por el contenido científico de la prestación de salud.
6. Carácter multidisciplinario de la mayor parte de las tareas sanitarias; necesidad de coordinación con sectores de actividad próximos en sus fines; participación necesaria del destinatario de la acción sanitaria.

Puede ser objeto de debate si estas características son diferenciales del sector sanitario; probablemente deberán de alcanzar a otros sectores públicos también. En todo caso se han incluido conjuntamente en el apartado 6 unos aspectos del sector sanitario que han llamado la atención de los estudiosos y han inducido a que el sistema de servicios de salud sea calificado frecuentemente como *abierto*. A juicio de los ponentes este concepto es reflejo del criterio abierto a cualquier cooperación y relación externa que mantienen la mayor parte de los profesionales sanitarios; la «apertura» es el resultado histórico de una conciencia colectiva de los sanitarios —del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional—, instalados en una mentalidad científica y en una actitud de eliminación de las desigualdades sanitarias y de progreso social.

Este carácter del pensamiento sanitario, paradójicamente, ha originado denuncias que algunos teóricos de la salud lanzan hacia el sistema de servicios de salud en un ejercicio esperpéntico mezclando falseamientos ideológicos, promociones personales y cierta dosis de autoflagelación.

Parece conveniente que otras personas estudiasen las ventajas que se derivarían de la *apertura de otros sectores públicos*, de naturaleza no sanitaria. Como especialistas en salud, solamente podemos proclamar el interés para la población que se obtendría de que en áreas próximas como las de trabajo, seguridad social, acción social, vivienda, medio ambiente, etc., pudiera llegar no sólo la voz sino la competencia jurídica de la autoridad sanitaria. Con toda probabilidad las relaciones laborales serían más satisfactorias para el trabajador; el medio físico (viviendas y asentamientos humanos) resultaría más apropiado para las personas y grupos sociales; el ambiente externo sería menos dañino a la calidad de vida y a la salud de las poblaciones; la seguridad social atendería mejor a los grupos menos favorecidos y analizaría qué es una verdadera cobertura de servicios públicos en ancianos, minusválidos, solitarios; la acción social se ordenaría en un sistema personalizado, orientado desde la necesidad y no desde la oferta de servicios.

La apertura de los sistemas públicos, por tanto, debe ser exigencia del sector sanitario y, en nuestra opinión, no exclusiva del mismo. Pero, establecido este principio general, en cualquier caso deberá mantenerse un punto de equilibrio al objeto de que cada organismo público no pierda la especificidad de su función asignada ni la especialización del personal que en él esté integrado.

Sin ser finalidad de esta Ponencia acometer el problema planteado, parece conveniente recordar el *papel creador* que han de seguir ofreciendo los Cuerpos especiales de la Administración pública y, entre ellos, el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, teniendo presente sus notas de identidad en formación, selección y práctica y cuyo diferencial frente a otros Cuerpos radica más en «privilegiados deberes» en la práctica de actividades científicas cuyo solo destinatario es la comunidad española.

El conocimiento de nuestras obligaciones no nos priva de recordar, como ejemplo, las funciones que ha de ejercitar el administrador médico de Salud Pública, según un informe del Comité Europeo de Salud Pública del Consejo de Europa, son las siguientes:

- a) Servir de nexo entre la Administración y el mundo médico. Para ello deben conocer las necesidades sanitarias de determinados grupos y del conjunto de la población.
- b) Mantener el equilibrio entre la Medicina preventiva y los servicios terapéuticos.
- c) Coordinar el empleo de los recursos de los servicios sanitarios.
- d) Asegurar por su condición de funcionario una relación eficaz entre la Administración y los asesores, Comisiones y Consejos.
- e) Beneficiar a todos los servicios sanitarios de las mejores adquisiciones de la ciencia médica, ya que por su formación adecuada debe saber dónde encontrar la mejor información.
- f) Presentar los objetivos en forma de programas completos, incluidos los de desarrollo de las especialidades médicas y adscripción del personal médico.
- g) Participar activamente en la vigilancia de los servicios médicos.
- h) Estimular y facilitar la investigación médica, así como promover la investigación respecto al funcionamiento de los servicios médicos.

Resulta obvio señalar que el contenido de la especialidad profesional de Salud Pública, tal como se encuentra aquí y ahora, se recoge en los programas de los cursos que imparte la Escuela Nacional de Sanidad, en los *curricula* de los médicos residentes de la especialidad; en los temarios de selección y acceso para funcionarios del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. Todo lo cual es rigurosa experiencia vital en todos nosotros, pero se dice aquí, por si algún lector ocasional de esta Ponencia desea orientación sobre el tema.

A las condiciones que por su carácter de especialista en salud debe reunir el administrador sanitario es preciso agregar las que corresponden por su faceta de administrador público, y específicamente las determinadas en función del puesto de trabajo que ocupe. Entre ellas conviene resaltar los límites y grado de su responsabilidad como funcionario y también el principio de igualdad en el trato porque ello habrá de ser exponente de su neutralidad o imparcialidad y constituye el punto esencial de su relación con el nivel político.

La neutralidad política del administrador sanitario en el ejercicio de su empleo habrá de garantizar la continuidad en la función y facilitar de esta forma la aplicación de los programas sanitarios que normalmente se desarrollan en lapsos de mayor duración que el tiempo entre dos períodos electorales o dos titulares en un Departamento. Esta neutralidad, en su papel de funcionario, podrá serlo perfectamente sin perjuicio de su personal modo de interpretar la realidad social y de entender su propia vocación.

Instalados desde esta neutralidad, los ponentes entran a considerar el apartado siguiente.

7. POLITICA SANITARIA Y SUS AGENTES: LOS PODERES PUBLICOS Y LA COMUNIDAD

En esta Ponencia, y por razones evidentes, se entra levemente y sin autoridad en el complejo tema de la política.

Se define un sistema político como «cualquier conjunto constante de relaciones humanas que implican, en una medida significativa, relaciones de poder, de gobierno o de autoridad». Se recuerda que los «politicólogos» han profundizado en la idea de «coerción» que emana de algunos tipos de poder y, últimamente, han mostrado interés por las formas y modelos de los sistemas políticos. También los especialistas en política han utilizado la versatilidad de la «teoría de sistemas» para interpretar las relaciones políticas. Buscando acomodo a los modernos enfoques en las viejas doctrinas han integrado las concepciones sociológicas de las ciencias políticas en la teoría del Estado y en el añejo Derecho político. Han buceado en la historia de las doctrinas y de las ideas políticas para iluminar situaciones concretas. La resultante del conjunto de teorías corresponde a una síntesis personal pero sí parece advertir a los ponentes de la complejidad de la política y concluir que la política sanitaria ha de poseer, por tanto, similar problematicidad en su esencia.

Emplazados en una cota de menor altura, se puede definir la política como «el arte o práctica que procura modificar las relaciones sociales mediante el uso del poder» y que está situada «al nivel de la globalidad, de las decisiones generales y de las directrices de conjunto».

En cuanto a política sanitaria, puede ser definida, por analogía, como «el ejercicio del poder en el establecimiento de las directrices esenciales y de las grandes decisiones de carácter sanitario». Todo ello aunque el nivel político, en determinadas circunstancias, extienda su intervención en áreas definidas como de carácter administrativo. También en cuanto a la política sanitaria debe indicarse qué tres conceptos políticos, aplicados al sistema sanitario, prestan a éste su tonalidad ideológica y determinan su forma e incluso su naturaleza: son los conceptos de libertad, equidad y solidaridad que, conforme a su aplicación política, constituyen la nevadura del sistema de servicios

de salud. No es este el momento de profundizar en la cuestión que puede reservarse para debate y análisis.

El ejercicio del poder se hace, por decisión promulgada, por los poderes públicos legalmente establecidos y se ejercita por las autoridades, organismos e instituciones con capacidad de coerción, mando y decisión.

A tenor del artículo 43 de la Constitución Española corresponde a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública al tiempo que se reconoce el derecho a la protección de la salud. El mismo texto constitucional recoge las materias sanitarias sobre las que pueden asumir competencia las Comunidades Autónomas, determina aquellas de competencia exclusiva del Estado y también la articulación entre ambos bloques (facultad subsidiaria, derecho supletorio y coerción por el Estado). Todo este planteamiento es motivo de desarrollo en otra Ponencia de estas Jornadas Técnicas y se eluden más comentarios.

Igualmente el texto constitucional deja abierta la posibilidad a la asunción de competencias sanitarias por parte de los restantes entes territoriales (provincias y municipios), la ordenación y organización sanitarias de carácter institucional y la capacidad ordenadora general del Estado en la esfera de la competencia sanitaria, conforme se determine mediante ley.

Además, en un avance social indudable, la Constitución Española, en su artículo 129, proclama que «la Ley establecerá la participación de los interesados en la actividad de los Organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de vida». No existe techo constitucional para esta participación, la cual habrá de afectar de plano al ámbito de la salud. Puesto que estos aspectos de la especial participación comunitaria en la Sanidad se abordarán más adelante, sólo cabe señalar aquí que, con carácter general para cualquier tipo de participación comunitaria:

- a) Es nota diferencial de los sistemas democráticos el control de los servicios públicos por los representantes de la comunidad.
- b) El grado de participación comunitaria (o administración participada) depende de la posición otorgada al principio de solidaridad en la ideología imperante, entendiéndose como ideología «el método de interpretación de la sociedad, con capacidad crítica y renovadora».
- c) Una administración participada requiere una intensa descentralización del proceso de toma de decisión y de la gestión de servicios públicos.
- d) La participación comunitaria será más positiva en materias o funciones necesitadas de menor conocimiento científico y técnico y de máximo aporte personal y social.

Del conjunto de agentes efectores de la política sanitaria, titulares jurídicos de una competencia ejerciente (instituciones, organismos, representantes de la comunidad) emana un ordenamiento sanitario que incluye la creación de una organización. En ella se efectúan actividades y tareas, algunas de las

cuales poseen naturaleza administrativa o están sometidas a reglas jurídicas con tal calificativo. Otras actividades sanitarias están motivadas por derechos subjetivos de diferente rango (protección de la salud u otros derechos básicos); un tercer tipo de tareas son de carácter burocrático o de tipo técnico originado en necesidades y demandas sanitarias.

El abanico de funciones toma cuerpo en una organización. Las partes de ésta se encuentran relacionadas de modo que se influyen todas entre sí. Ello es lo que, en el ámbito de la salud pública, ha sido designado internacionalmente como «Sistema de salud». Estamos denominando a este conjunto con la expresión muy usual de sistema sanitario o como «Sistema de servicios de salud», término utilizado por el profesor Hernán San Martín, que nos parece menos equívoco y más apropiado a la agrupación orgánica que define. El análisis de este sistema se aborda a continuación.

8. ORGANIZACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA: EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud consiste en «una serie de elementos situados en los hogares, las instituciones docentes, los lugares de trabajo, las comunidades, el sector de la salud y otros sectores afines, elementos que están relacionados entre sí, de modo que la acción que se adopta en cualquiera de ellos influye en la que habrá de adoptarse en los demás. El sistema comprende una infraestructura de salud que ejecuta una serie de diferentes programas de salud y facilita la asistencia sanitaria a los individuos, las familias y las comunidades. Esta atención de salud consiste en una combinación de medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. El sistema suele estar organizado en distintos escalones, en el primero de los cuales, que es el punto de contacto entre el individuo y el sistema, es donde se presta la atención primaria de salud; los diferentes escalones intermedios y central prestan apoyo y servicios más especializados cuanto más se acercan al escalón central».

Este sistema, que llamaremos como se ha indicado, «de servicios de salud», tiene tres tipos esenciales de componentes:

- a) El *sector* de la salud (de *servicios de salud*), con una infraestructura sanitaria que ejecuta programas de atención sanitaria *sensu lato*.
- b) *Sectores afines* al de salud. Los ponentes consideran que son, al menos, los de seguridad social, acción social, educación, trabajo y vivienda.
- c) *Elementos* situados en los hogares, instituciones docentes, lugares de trabajo y comunidades.

Por otra parte este sistema no está cerrado, sino totalmente abierto a los factores externos influyentes en cualquiera de los puntos del mismo (política sanitaria, recursos, demanda de salud, elementos determinantes de necesidades sanitarias de la población, etc.).

Sucintamente se abordan algunos aspectos del sistema de servicios de salud:

8.1 Sector de salud e infraestructura sanitaria

Este sector está definido en cualquier momento por la esfera de competencia de la autoridad sanitaria y en él cabe advertir los siguientes niveles de acción:

- a) *Política sanitaria*: Determinación de directrices generales y toma de decisión globales.
- b) *Planificación sanitaria*: Acciones que conducen al señalamiento de objetivos.
- c) *Programación sanitaria*: Tareas de coordinación de medios para el alcance de metas.
- d) *Gestión sanitaria*: Aplicación cotidiana de los programas-presupuestos sanitarios.
- e) *Evaluación sanitaria*: Control técnico de indicadores diversos de medios y fines.
- f) *Reordenación sanitaria*: Propuestas modificadoras de la política sanitaria.

Los ponentes no necesitan insistir ante el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional en la complejidad de este sector, que se ordena y organiza conforme a la ordenación de las autoridades sanitarias y de los Organismos intervinientes, distribuyendo así sus competencias en ámbitos territoriales, finalidades distintas y subsectores específicos muy diferentes. No se puede entrar en consideraciones de carácter general, pero sí cabe predecir la eficacia de la infraestructura sanitaria en función de una rigurosa actuación mediante una toma de decisiones perfectamente clara, exactitud en la aplicación de los medios y recta orientación hacia los objetivos.

A la búsqueda de calificativos los ponentes se atreven a decir que la política sanitaria debe ser acertada; la planificación sanitaria debe ser total; la programación sanitaria habrá de ser minuciosa; la gestión sanitaria debe seguir el modelo epidemiológico; la evaluación sanitaria debe ser cuantificable; la reordenación sanitaria debe ser tenida en cuenta.

Las aperturas más importantes de este sector parecen ser las siguientes:

a) *En política sanitaria*

Las decisiones se ajustarán no sólo a la reordenación propuesta por los técnicos sanitarios, sino más aún a las iniciativas de los órganos políticos (Cortes, comisiones, órganos representativos políticos).

b) *En planificación sanitaria*

Los planes sanitarios, elaborados de forma ascendente y participativos, han de recibir el impulso de técnicos de distinto origen y las orientaciones de planes sociales globales o los datos de planes de sectores próximos. Serán sometidos a un criterio temporo-espacial definido por el poder político.

c) *En programación sanitaria*

La apertura o relación más importante a este nivel se origina con los distintos sistemas de producción de recursos aplicables al sector sanitario, puesto que es en este lugar donde se preverá la utilización de medios personales, económicos y materiales para el diseño de programas-presupuestos. Debe indicarse que el sistema financiero y el docente posibilitan o determinan las actividades sanitarias. Queda dicho sin reparo alguno: la Sanidad de un país será no sólo la que ordene el titular del Departamento de Sanidad, sino la que faciliten el ministro de Hacienda y el titular del Departamento de Educación (y aquí, el de Seguridad Social).

d) *En gestión sanitaria*

El sistema sanitario a este nivel debe abrirse sin reservas a las necesidades y demandas de la población, cambiantes conforme al perfil epidemiológico (factores de riesgo, población vulnerable, morbilidad, mortalidad), comprensiva de los aspectos genéticos, ambientales y culturales proclives a la enfermedad y de los indicadores de salud positiva. Se resalta en este lugar el papel que han de jugar los representantes de la comunidad en la administración del sistema sanitario y el interés de que la cobertura de servicios sea tal que alcance *precisamente* al más necesitado de los ciudadanos.

e) *De evaluación sanitaria*

Será requisito indispensable la obtención de datos externos al sistema sanitario que, en sus variaciones, inciden favorable o desfavorablemente al resultado final de la acción sanitaria. El administrador sanitario no debe caer en la «trampa» de conceder más importancia a los indicadores de rendimiento que a los de resultado (medición en «unidades de salud»). El sistema sanitario puede funcionar rigurosamente y nunca ser una «empresa» que otorgue otros beneficios que el incremento de la salud de los ciudadanos. Entender la salud como inversión y no como gasto o consumo es idea que deben asumir algunos políticos; los sanitarios sabemos desde hace tiempo que la salud es la más importante de las inversiones.

f) *En reordenación sanitaria*

Un eficaz funcionamiento del «subsistema de información sanitaria» debe reordenar a todos los niveles la diaria marcha de la estructura sanitaria y reorientar fines y medios. Estas propuestas deben ser tenidas en cuenta como elementos que flexibilicen la actuación de los organismos públicos, tendentes a una normativa rígida en exceso. Estos criterios técnicos habrán de incorpo-

rarse con los de carácter político, derivados de los organismos democráticos, a las propuestas para decisión de la autoridad sanitaria.

8.2 Sectores afines al de salud

Entre ellos cabe destacar:

a) *Sector de seguridad social*

Las relaciones con el sector de servicios de salud tienen lugar a nivel de programación y, ulteriormente, evaluación sanitaria. El sistema de seguridad social facilitará, en determinado grado —dependiente de su capacidad financiera y de la cuantía que se establezca para prestaciones sanitarias—, los medios económicos pertinentes para la aplicación de las citadas prestaciones a la población protegida por la seguridad social. Las características de ésta influyen poderosamente en el modo de vinculación del personal sanitario. Los gastos que el sector de servicios de salud produzcan en las atenciones reglamentadas por la seguridad social, a su vez, orientarán la política de seguridad social, la armonización de ingresos a gastos y la participación del gasto sanitario en el total de costo de la seguridad social.

Los ponentes recuerdan que en muchos momentos y lugares el sistema sanitario de la seguridad social es independiente del tradicionalmente dedicado a la salud pública. Se considera, sin embargo, que no debe existir otra relación que aquella determinante de que la seguridad social ponga a disposición del sistema de servicios de salud los *recursos económicos* necesarios —sin que pueda hacerse depender la acción sanitaria de la capacidad recaudadora de la seguridad social—, y que, a su vez, la autoridad en seguridad social establezca los medios de análisis en la evaluación sanitaria, sin poder de intervención en la gestión sanitaria.

b) *Sector de trabajo*

Las interconexiones entre sanidad y trabajo deben efectuarse de forma tal que la gestión sanitaria aplique un criterio de cobertura de servicios a la población trabajadora acorde con las singularidades de sus riesgos (epidemiología laboral), que los servicios de Medicina del Trabajo se tecnifiquen hasta librarse de la dependencia del empresario y en armonía con los programas de promoción de la salud de los trabajadores y que se tengan en cuenta aspectos de medicina industrial actuantes sobre los familiares próximos de los trabajadores y sobre el medio ambiente.

c) *Sector de educación*

El nivel de relación entre educación y sanidad se produce en la programación sanitaria y, posteriormente, en la gestión de la salud. La Administración, de la que depende la formación de recursos humanos en todo momento, debe poder facilitar a la sociedad y al sistema de servicios de salud el personal

sanitario provisto de conocimientos actualizados y actitud vocacional que haga posible la eficacia de las actividades de salud. El circuito dinámico formación-aplicación-evaluación del personal sanitario, especialmente estudiado por Füllop, debe contener las previsiones exigidas en un proceso en que el estudiante que hoy inicia la carrera de Medicina comienza la aplicación de su conocimiento tras unos diez años y la vigencia de los mismos posiblemente no alcanzará otros diez. Los ponentes consideran extraordinariamente importante la máxima aproximación o, incluso, integración de las áreas sanitarias del sector educativo en el propio sistema de servicios de salud.

d) *Sector de acción social*

Ha vuelto a instalarse entre nosotros la pobreza, ausente como problema público en las últimas décadas. Esta vuelta obliga a los sanitarios a denunciar, como en el pasado siglo o como en los países subdesarrollados, las relaciones existentes entre pobreza y enfermedad. La razón de ser y existir de la sanidad, beneficencia y seguridad social se basa en la atención a los más necesitados, que debe hacerse detectando los estados de indigencia, acercando los servicios y ejercitando una verdadera cobertura de orden sanitario y social. A nivel de gestión sanitaria, los servicios médico-sociales deben efectuar puente entre ambos sectores y, especialmente, la enfermería de salud pública y la domiciliaria han de mantenerse en estrecha colaboración con los técnicos de trabajo social.

e) *Sector de vivienda*

El componente económico de este sector no debe primar sobre el componente social. El hogar es el marco físico de la familia y la persona. A nivel de evaluación sanitaria deben obtenerse los indicadores precisos para hacer llegar a los poderes públicos la necesidad sanitaria de una vivienda («hogarizada») acorde con el nivel de dignidad que se desee para todos los ciudadanos.

8.3 Elementos situados en los hogares, instituciones docentes, lugares de trabajo y comunidades

Con carácter general estos elementos, que utilizan recursos de naturaleza sanitaria (personal, especialmente), son de titularidad privada o pública y se encuentran situados en el exterior de la estructura sanitaria, aunque, debido a las íntimas relaciones con ésta, pueden y deben ser incluidos, como establece la Organización Mundial de la Salud, dentro del propio sistema de servicios de salud.

Con intención indicativa se señalan los aspectos que parecen más importantes de estos elementos.

Para los situadas en los *hogares*, los grupos familiares y sus miembros pueden realizar actividades positivamente sanitarias, domésticas o hacia el exterior, pudiéndose resaltar las de:

- a) Educación para la salud en la familia, con sentido descendente o ascendente.
- b) Autoasistencia o asistencia intrafamiliar en percepción de signos patológicos, asistencia a niños, ancianos y crónicos, auxilios de urgencia, etc.
- c) Cooperación en investigaciones sanitarias, tales como encuestas de hogares.
- d) Participación familiar en el desarrollo comunitario.

En cuanto a los situados en las *instituciones docentes* comprenderá todas aquellas actividades que forman parte normalmente de los programas de salud escolar y salud del adolescente. Incluirá funciones relativas al medio escolar, trabajo y tareas del alumno, salud del estudiante y sanidad del personal docente, teniendo en cuenta aspectos de desarrollo de la personalidad, salud psicósomática y social, relaciones de grupo y participación. Generalmente estos elementos forman parte de la estructura sanitaria.

Respecto a *lugares de trabajo*, los programas de promoción y protección, así como de acción médico-social y prevención, pueden tener en cuenta las singulares características de cada lugar de empleo además de cooperar con los servicios públicos (laborales y sanitarios) que pudieran alcanzar a estos lugares y valorar significativamente las situaciones más generales. Se debe conceder una gran importancia a la salud del adulto, al componente cultural determinante de salud o enfermedad y a la prevención precoz (primaria o secundaria).

En cuanto concierne a elementos situados en las *comunidades* es esencial, en caso de que no existiera, la creación de núcleos de interés sanitario al objeto de promover la organización y desarrollo de la comunidad para la salud con el fin de hacer partícipe a las mismas de las tareas de gestión sanitaria. Los ponentes consideran que no es posible evaluar la cobertura de utilización y la de eficacia del sistema de servicios de salud sin una participación de la comunidad que haga posible aquella valoración mediante los apropiados análisis sociológicos en hogares y estudios longitudinales sanitarios.

En los dos últimos apartados se ha descrito someramente la organización de los servicios de Salud Pública, teniendo en cuenta las autoridades y los agentes de la política sanitaria. Esta orientación de carácter orgánico obliga aquí a las consideraciones siguientes:

- a) Los agentes actuantes de la política sanitaria se encuentran situados no sólo en los niveles superiores del sistema de servicios de salud, sino en toda la extensión de este sistema en donde sea necesaria una toma de decisión política.
- b) El sistema de servicios de salud, por definición, es de carácter *dinámico*. Se entiende con este término que constituye un conjunto de

fuerzas, ordenadas o en tensiones, de origen distinto y que en este sistema fluyen las actividades acompañadas de la carga científica que corresponde a su carácter sanitario. Entienden los ponentes que este concepto es totalmente diferente al de ciclo o cauce, terminología «pasiva» para un conjunto donde los documentos o las órdenes circulan *cinéticamente* sin que los niveles intermedios posean capacidad creadora o iniciativa.

- c) Las formas de actuación en el sistema sanitario y en los órganos políticos ordenadores del mismo se señalan en el capítulo que sigue:

9. ESTRATEGIA, PROCESO DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD PÚBLICA

El contenido fundamental de la política sanitaria lo constituye la *estrategia de salud*, que ha sido definida en algún momento por la OMS como «un conjunto de líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de la política sanitaria».

Esta estrategia, por consiguiente, debe ser definida por los órganos políticos que ostentan el poder sanitario. Sin embargo, en esta reunión de técnicos cabe recordar que, para aquel Organismo internacional, algunas de las características de la estrategia sanitaria son las siguientes:

- a) La salud es un derecho y una meta.
- b) Los Gobiernos de los Estados miembros deben comprometerse políticamente para adoptar medidas sanitarias y sociales que eleven el nivel de salud.
- c) Existe un derecho y un deber de la comunidad, en participar individual y colectivamente, en la planificación y gestión sanitarias.
- d) La distribución de los recursos en salud ha de ser equitativa, de modo que reduzca las desigualdades existentes en la situación sanitaria de la población.
- e) En los procesos de desarrollo económico, la salud no sólo es un medio sino un fin en sí misma.
- f) La estrategia sanitaria ha de basarse en un sistema de salud fundamentado en la atención primaria de salud.
- g) Debe reforzarse la estructura del sistema de servicios sanitarios y apoyarse en una acción concertada entre el sistema de salud y los sectores socioeconómicos afines.

En todo caso, las decisiones políticas en un estado democrático se encarnan en la soberanía del pueblo y se encauzan por las instituciones que se establezcan, y las notas antes citadas se apuntan exclusivamente desde nuestra posición de técnicos en salud pública.

En lo que respecta al *proceso de gestión*, se han descrito ya algunos componentes del sistema de servicios de salud y características de los órganos administrativos que forman parte del mismo. Se ha advertido de la necesidad de programar, administrar y evaluar. Sólo a título indicativo se señalan algunas preguntas que el administrador sanitario debe hacerse ante la gestión de los servicios, las cuales se han extraído de K. L. White y colaboradores (OMS, 1976):

- a) Necesidades de la población y grupos que merecen especial atención.
- b) Factibilidad de una solución.
- c) Recursos de que se dispone.
- d) Coberturas del programa (de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización y eficacia).
- e) Demandas insatisfechas.
- f) Recursos y su desarrollo y sustitución.
- g) Productividad y eficacia.
- h) Indicadores y subsistema de información sanitaria.

Además de estos aspectos de singular interés para la administración sanitaria, el proceso de gestión está sometido a idénticas reglas que las que se derivan de las regulaciones generales administrativas, lo que muchas veces dificulta la agilidad de recursos y la variación de objetivos peculiar a la acción sanitaria. Es posible predecir las necesidades de gestión si la situación sanitaria fluctúa dentro de una banda de normalidad, pero es imposible adaptar el instrumento de salud a circunstancias catastróficas, estados epidémicos, distorsiones en los recursos humanos y económicos que pueden producirse de modo inesperado. Puesto que muchas veces los límites de la acción sanitaria se perciben en las restricciones económicas, los ponentes se atreven a sugerir la creación de un Fondo de Epidemias que pudiera atender a emergentes situaciones con las que se enfrenta el sistema de servicios de salud.

Por último, en este capítulo se han de decir algunas palabras referentes a la *participación en Salud Pública*.

Indicada ya la necesaria y exigida participación de la comunidad en las tareas de planificación, gestión y evaluación del sistema de servicios de salud, resulta obligado crear o localizar los núcleos de interés en favor de la salud pública que existan en el seno de la comunidad. Estas comunidades deberán ser:

- a) Informadas a nivel de comprensión sobre las cuestiones sanitarias más relevantes, evitándose toda desinformación espontánea o interesada con finalidad varia (comercial, industrial, política, etc.).
- b) Motivadas para que muestren una opinión favorable a las actividades sanitarias positivas dentro de los límites de la libertad exigida a la dignidad humana.

- c) Capaces de aceptar los principios y programas de salud puestos en marcha por el sistema de servicios sanitarios.
- d) Participes activos en los estudios e identificación de necesidades sanitarias, especialmente en las cuestiones de determinación del «dintel de percepción de la necesidad sanitaria», valoración de la demanda y de la necesidad no expuesta y evaluación de los distintos modos de cobertura (según se indicó anteriormente).
- e) Colaboradoras en la programación, gestión y evaluación al nivel y ámbito que les corresponda sin que su intervención perjudique los criterios técnicos, sino que los enriquezca de contenido social y político.

Sólo de este modo el sistema de servicios de salud puede acercarse a alcanzar las metas previamente establecidas.

10. OBJETIVO EN LA PRACTICA DE LA SALUD PÚBLICA: EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

El artículo 43 de la Constitución Española, en su apartado I, proclama: «Se reconoce el derecho a la protección de la salud.»

Esta afirmación, en virtud del rango jurídico que posee, deberá ser interpretada en la normativa legal adecuada, puesto que, conforme al párrafo 2 del mismo artículo «...la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto», y, por consiguiente, es dentro de un texto legal donde han de comprenderse la hermenéutica y el desarrollo del citado precepto. De ello se deduce que los ponentes sólo intentan exponer ahora sus criterios personales y en función de su formación técnica ante el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.

No se necesita recordar la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud en su norma constitucional. Nos permitimos recordar algunas críticas a tal definición, tales como las de poseer los aspectos negativos de:

- a) Utópica, porque el bienestar completo para todos es absolutamente inalcanzable.
- b) Materialista, porque la búsqueda de un estado perfecto de bienestar es norma orientadora de filosofías con importante ingrediente de este carácter (hedonismo, epicureísmo, utilitarismo, etc.).
- c) Inmanente, porque el objetivo final lo constituye el bienestar personal y ni trasciende temporalmente hacia las generaciones venideras ni espacialmente hacia los convivientes.
- d) Subjetiva, porque no es posible una metodología común para que alcancen el bienestar todos y cada uno de los hombres.
- e) No operativa, a tenor de su carácter utópico.

Todas estas críticas, excesivamente rigurosas, han olvidado la situación histórica en que se proclamó esta definición, en un mundo posbélico donde era preciso instaurar objetivos de largo alcance. También se ha olvidado que por primera vez en la referida definición se recogen los aspectos armónicos entre la salud somática, la vertiente psíquica y el mundo social. Los ataques más intensos del concepto de salud provienen actualmente de los economistas sanitarios que no sepan distinguir entre objetivo y meta y de aquellos otros que hacen prevalecer la contención del gasto sanitario sobre la calidad y desarrollo de los servicios de salud. Es razonable que el caminar hacia un horizonte lejano sea aventurado, en período de recursos escasos.

Si el término *salud* en la Constitución Española es el que ha dejado establecido el Organismo internacional citado, por difícilmente alcanzable, los niveles de protección de esta salud habrán de ser abordados minuciosamente por la ley. Puede pensarse también en la adopción de otros conceptos de salud como el de «equilibrio entre el hombre y el ambiente» o «adaptación mutua medio-ambiental y humana», aún menos preciso que los de la Organización Mundial de la Salud para poder ser desarrollados en una ley. En todo caso, se presentará a estas Jornadas Técnicas una Ponencia sobre la futura ley de Sanidad, y con toda probabilidad este tema será abordado en la misma.

El concepto de protección parece más claro en el ordenamiento jurídico español. La expresión «acción protectora» ha sido empleada en distintos sectores, tales como el de seguridad social, con carácter lo suficientemente genérico como para que bajo este término puedan incluirse las medidas de promoción de la salud o sanidad constructiva, de prevención individual de enfermedades y accidentes, de prevención colectiva o defensa de la salud pública y de asistencia restauradora, rehabilitación y medidas para la docencia y la investigación que garanticen el desarrollo del sistema de servicios de salud. Probablemente en la ley de Sanidad se dará este contenido omnicompreensivo al concepto de «protección».

En cuanto a la naturaleza del derecho a la protección de la salud que se establece, cabe señalar que el artículo 43 se encuentra situado, dentro del título I de la Constitución Española, en su capítulo 3.º («De los principios rectores de la política social y económica»). Por esta razón no forma parte de los «derechos fundamentales y de las libertades públicas» contenidos en la sección 1.ª del capítulo 2.º, ni tampoco de la sección 2.ª sobre «derechos y deberes fundamentales de los ciudadanos». La clasificación de este derecho es obligada en cuanto a las garantías tuteladas por los Poderes públicos (derechos fundamentales y libertades públicas) o al recurso de amparo instituido en defensa de los derechos con régimen constitucional reforzado. De acuerdo con el artículo 53.3 de la Constitución Española el reconocimiento de este derecho «informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los Poderes públicos» y solamente podrá ser alegado «ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen».

Se advierte, por tanto, que el derecho a la protección de la salud, aun siendo de carácter constitucional, se encuentra garantizado en sólo un tercer grado con referencia a otros derechos básicos.

No solamente el artículo 43 guarda relación con la materia sanitaria, sino que en otros lugares del texto constitucional se hacen referencias explícitas a la salud o se contienen aspectos que de cierto modo habrán de influir decisivamente en la actuación sanitaria.

Sólo a título orientador y en cuanto esta cuestión puede ser tratada en otra Ponencia se resumen las competencias y obligaciones de los Poderes públicos y los derechos fundamentales relacionables con la sanidad en las líneas que siguen:

1. *Competencias y obligaciones de los Poderes públicos*
 - a) Velarán por la seguridad e higiene en el trabajo (art. 40.2).
 - b) Garantizarán asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad (art. 41.2).
 - c) Derecho a la protección de la salud (art. 43).
 - d) Promoverán la investigación científica y técnica (art. 44.2).
 - e) Velarán por la protección y mejora de la calidad de la vida y la defensa y restauración del medio ambiente (art. 45.2).
 - f) Promoverán las condiciones necesarias para que todos los españoles disfruten de una vivienda digna y adecuada (art. 47).
 - g) Realizarán una política de tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran (art. 49.1).
 - h) Promoverán el bienestar de los ciudadanos durante la tercera edad, atendiendo sus problemas específicos de salud (art. 50).
 - i) Protegerán la salud de los consumidores y usuarios (art. 51).
 - j) La ley establecerá la participación de los interesados en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de vida (art. 129).

2. *Derechos fundamentales y libertades públicas y su relación con los servicios de salud*
 - a) Derecho a la integridad física (art. 15).
 - b) Derecho a la libertad (art. 17.1).
 - c) Derecho a la intimidad personal (art. 18).
 - d) Derecho a circular (art. 19).
 - e) Derecho de reunión (art. 21).
 - f) Derecho de participación (art. 23).
 - g) Derecho a la educación (art. 27.1).
 - h) Derecho a la huelga (art. 28.2).
 - i) Derecho a la libre elección de profesión u oficio (art. 35.1).

- j)* Derecho de protección de los niños en armonía con los Acuerdos internacionales (art. 39,4).
- k)* Igualdad de todos los españoles respecto a los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio de España (art. 139).

Estas cuestiones y otras más que por brevedad se eluden habrán de ser consideradas en la futura ley de Sanidad como con toda probabilidad se expondrá en la correspondiente Ponencia.

Fue intención de los ponentes profundizar en los aspectos que componen la definición de Salud Pública establecida por Winslow. La actualización de sus partes puede prestar elementos suficientes para un debate y para que cada uno, de acuerdo con su personal criterio, construya su definición de Salud Pública conforme a su conceptualización singular. Los ponentes sólo han procurado estimular la discusión, siguiendo la interpretación que dieron a la confianza otorgada por sus compañeros.

COMUNICACIONES

Sanometría y salud pública

Dr. P. CORTINA GREUS

Las actuaciones sanitarias que tiendan a la protección y promoción de la salud de una población deben siempre realizarse sobre la base de un conocimiento adecuado del nivel de salud de la misma.

Nos vamos a referir estrictamente a los indicadores sanitarios, aunque es evidente que existe una relación estrecha entre los indicadores de salud o indicadores sanitarios y distintos indicadores sociales, económicos y culturales, todos ellos de un valor inestimable en ocasiones.

Aunque se puede pretender diversas finalidades al medir el nivel de salud de una población (información sanitaria sistemática, información al público de problemas sanitarios, incluso investigación etiológica de tales problemas en ocasiones), el objeto fundamental de medir el nivel de salud de una población, es, ante todo, obtener una información fidedigna en cuanto a las medidas sanitarias que deban llevarse a cabo, establecimiento de un orden de prioridades y evaluación del resultado de tales medidas.

Por supuesto, nosotros no nos referimos a los «indicadores de sistemas» o «indicadores de costos» (las Administraciones sanitarias, en general, manejan muchos más indicadores económicos y de consumo: costos de servicios, tasas de frecuentación hospitalaria, etc.), ya que, aunque existan relaciones y repercusiones, no enfocamos el problema desde el punto de vista de la economía sanitaria sino desde el de la salud pública.

Ya en 1957, la OMS esquematizó los indicadores de salud de población en tres grandes grupos (cuadro 1): referentes a la salud de individuos o grupos de población, referentes al nivel de saneamiento ambiental y referentes a la disponibilidad y recursos de atención sanitaria. Hay que advertir que algunos de estos indicadores son mixtos (por ejemplo, las tasas de morbilidad por infecciones tifo-paratíficas pertenecen al primer grupo de indicadores, pero dependen en gran parte del grado de saneamiento del medio ambiente).

El tercer grupo se refiere fundamentalmente a la disponibilidad de esa población en cuanto a recursos sanitarios de todo tipo, tanto personales como de instalaciones, tanto de carácter preventivo como curativo, así como al grado de utilización de estos servicios por parte de la población (por ejemplo, porcentaje de población infantil vacunada por los servicios sanitarios o índices de utilización de camas hospitalarias). Es evidente que las Administraciones sanitarias suelen centrar su atención en este gran grupo de indicadores, si bien debemos señalar que no se ha podido establecer una correlación precisa entre disponibilidad de recursos sanitarios y grado de utilización de los mismos y niveles de salud de esa población.

Nosotros nos vamos a referir exclusivamente a los distintos subgrupos de indicadores pertenecientes al primer grupo, referentes al nivel de salud de individuos o grupos de población.

Los indicadores de salud clásicos que hemos señalado tienen varios inconvenientes (dificultad de evaluación de enfermedades crónico-degenerativas, etc.) pero, sobre todo, tienen el grave inconveniente de que se basan en un concepto meramente negativo de la salud, miden la salud en términos exclusivamente negativos. Por ello, las dos características fundamentales de estos indicadores son: que están basados en el estudio de la mortalidad y morbilidad (incidencia y prevalencia), y que se basan siempre en datos codificables y objetivables por la ciencia médica (no valoran datos sociales).

A partir de estos indicadores, se han obtenido una serie de derivados, variando la metódica de su obtención o combinándolos adecuadamente, para obtener indicadores mixtos (véase cuadro 2).

A causa de las limitaciones que hemos indicado de «los indicadores clásicos», ha surgido un segundo grupo de indicadores que se basan en el concepto de morbilidad ampliada o extendida, mediante los que se mide la enfermedad, más que por sus manifestaciones, por las consecuencias de la misma (véase cuadro 3). En este sentido, se ha distinguido entre: morbilidad comunicada (medible por la demanda de atención de salud), morbilidad diagnosticada (u objetivada por las técnicas de la ciencia médica) y morbilidad comportamental (consecuencias sociales, invalidez, absentismo laboral, etcétera).

Así mismo, y de acuerdo con la definición de la OMS de salud global o incrementable, se ha obtenido una serie de indicadores de salud, considerando distintos niveles o planos de salud global que son dinámicos en el tiempo (véase cuadro 4).

En los cuadros 5, 6, 7 y 8 se indican, de acuerdo con Dab W. y Cols (1982), que han estudiado 16 indicadores pertenecientes a distintos grupos de los que hemos señalado anteriormente, los criterios que se pueden utilizar en la actualidad con dos finalidades: para valorar un indicador de salud de acuerdo con sus características, modo de construcción del mismo, concepto de salud sobre el que se asienta, y para poder seleccionar los

indicadores de salud más utilizables según la finalidad que nos propongamos en un estudio determinado.

Dificultades importantes para la utilización y validez general de los indicadores de salud que hemos señalado son:

— Que, al igual que todas las técnicas científicas, deben reunir los requisitos de: facilidad de obtención, reproductibilidad, objetividad, sensibilidad y especificidad.

— Que no se conoce con exactitud la naturaleza de la relación entre la salud de los individuos y la salud global de una población. O, dicho en otras palabras, no se puede afirmar tajantemente que el nivel de salud de una población es una integración de factores individuales, ya que hay factores de tipo colectivo o social que pueden influir esta relación.

— Que la gran mayoría de indicadores disponibles en la actualidad son aplicables con mayor exactitud en determinadas circunstancias o a determinados grupos de población (distintas edades, etc.), lo que dificulta en ocasiones la generalización de los resultados.

— La necesidad de desarrollar métodos más precisos de autoevaluación de la salud.

— La necesidad de obtener indicadores de salud dirigidos al nivel de población, cuya construcción sea independiente de los individuos.

— Los indicadores de salud no pueden monopolizar el dominio de las investigaciones sobre las técnicas de decisiones en salud pública, no son las únicas técnicas médico-sociales.

INDICADORES SANITARIOS

1. Acerca del estado de salud de personas o núcleos de población.
 - 1.1 Generales:
 - Tasa proporcional de mortalidad (SWAROOP).
 - Expectativa de vida.
 - Tasa de mortalidad general.
 - 1.2 Específicos:
 - Mortalidad infantil.
 - Mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles.
 - Estado de nutrición.
 - Grado de salud mental.
 2. Sobre condiciones del medio ambiente:
 - Porcentaje de población con agua potable, porcentaje de población con sistema de evacuación de excretas, condiciones sanitarias de las viviendas, contaminación atmosférica, condiciones sanitarias de los lugares de trabajo.
 3. Sobre actividades y servicios sanitarios:
 - 3.1 Número y distribución de personal sanitario, tipos de asistencia (Seguridad Social...), número de camas por hospitales y distribución.
 - 3.2 Grado de formación y especialización del personal sanitario, utilización de los servicios sanitarios.
-

CUADRO 2

INDICADORES DE SALUD DERIVADOS DE LOS CLASICOS

- *Esperanza de vida a distintas edades (OCDE, 1976).*
 - *Nivel potencial de años de vida perdidos (Pvll) (Romeder, J. M., 1977).*
 - *Índices que combinan datos de mortalidad (Damiani, 1974).*
 - *Índices que combinan datos de mortalidad, morbilidad y utilización de servicios sanitarios (Chen, M. K., 1975).*
 - *Índice biológico de Suchet (1972).*
 - *Valoración de la morbilidad en función de la gravedad (Magdelaine y derivados, 1967, 1971).*
-

CUADRO 3

**INDICADORES DERIVADOS DEL CONCEPTO DE MORBILIDAD
AMPLIADA O EXTENDIDA**

- *Indicadores de incapacidad (Linn, 1968, 1980; Williams, R. G. A., 1976; Brook, R. H., 1979; McWhinnie, J. R., 1981).*
 - *Esperanza de vida sin incapacidad (Sullivan, D. F., 1971).*
 - *Años de esperanza de vida en buena salud (Sullivan, D. F., 1971) o años-persona en buena salud (OMS, 1974, 1981).*
-

CUADRO 4

INDICADORES DE SALUD GLOBAL O DE SALUD POSITIVA

-
- *Indicador global de Grogono y Woodgate (1971).*
 - *Indices ADL (Katz, S., 1970; Dunt, D. R., 1980).*
 - *Indicadores de salud física (Belloc, N. B., 1971).*
 - *Indicadores de salud mental (Berkman, P. L., 1971).*
 - *Indicador global de Breslow, L. (1972).*
 - *Indicador de salud social (Renne, K. S., 1974).*
 - *Análisis de Ridits (relative to an identified distribution, 1974).*
 - *Indices SIP (Sickness impact profile; Bergner, 1976, 1979).*
 - *Índice de salud global de Jenicek, M. (1977, 1979).*
 - *Indicadores de bienestar (IWB; Patrick, D. L., 1973).*
 - *Índice de salud subjetiva e incapacidad (Linn, M. W., 1980).*
 - *Índice de salud subjetiva (Hunt, S. M., 1981).*
-

CUADRO 5

CRITERIOS DE ANALISIS DE INDICADORES

(DAB. W.; GOLDBERG, M., y cols., 1982)

-
- *Determinar el concepto de salud en que se basa el indicador.*
 - *Comprender la naturaleza de los fenómenos medidos por el indicador.*
 - *Conocer su modo de construcción.*
 - *Precisar sus propiedades esenciales (fiabilidad, validez, interpretabilidad, etc...).*
 - *Precisar su posible utilización.*
-

CUADRO 6

ANALISIS DE INDICADORES DE SALUD**PRIMERA PARTE: CATEGORIAS CONCEPTUALES**

(Id., id., 15 indicadores)

Salud negativa:

- *Mortalidad.*
- *Morbilidad.*
- *Morbilidad ampliada o extendida.*

Salud global o positiva.

ANÁLISIS DE INDICADORES DE SALUD
SEGUNDA PARTE: DESCRIPTIVA
 (Id., id., 15 indicadores)

Fenómenos medidos

Mortalidad ——— { *d, d, v*
 { *t, x*
 { *Q*

Morbilidad ——— { Tiempo ——— } *I*
 { } *L*
 { Codificación — } *R*
 { } *D*
 { } *O*

Consecuencias ——— { *Funciones: N₁, N₂, N₃...*
 { *Temporales: Mortalidad prematura, incapacidad temporal,*
 { *incapacidad permanente.*
 { *Económicas.*

Factores de riesgo

Ponderación ——— { *Gravedad.*
 { *Utilidad.*
 { *Sensibilidad.*
 { *Costo.*
 { *Arbitrariedad.*

Escala ——— { *Ordinal.*
 { *De intervalos.*

Construcción ——— { Nivel individual ——— { *Medida única.*
 { } *Combinación simple.*
 { } *Ponderación.*
 { Nivel de población — } *Independiente de los individuos.*
 { } *Dependiente de los individuos.*

ANALISIS DE INDICADORES DE SALUD

TERCERA PARTE: ANALITICA

(Id., id., 15 indicadores)

Practicabilidad	_____	{	Datos	—	{	Encuesta.
						Sistema existente.
						Cálculo: 3 grados.
Fiabilidad	_____					3 grados.
Validez	_____	{	Sensibilidad.			
			Especificidad.			
			Interpretabilidad.			
Utilización	_____	{	Prioridades.			
			Recursos necesarios.			
			Evaluación.			

BIBLIOGRAFIA

- [1] GOLDBERG, M., et al. (1979): «Indicateurs de santé et "sanometrie"». *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 27, 51-68.
- [2] BELLOC, N. B., et al. (1971): «The measurement of physical health in a general population survey». *Am. J. Epidemiol.* 93, 328-336.
- [3] BERKMANN, P. B. (1971): «Measurement of mental health in a general population survey». *Am. J. Epidemiol.* 94, 105-111.
- [4] CHEN, M. K. (1975): «Aggregated physiological measures of individual and group health status». *Int. J. Epidemiol.* 4, 87-92.
- [5] DAMIANI, P. (1974): «Contribution à la mesure du niveau de santé». *Int. Stat. Rev.* 42, 29-37.
- [6] KATZ, S., et al. (1970): «Progress in development of the index of A.D.L.». *Gerontologist.* 10, 20.
- [7] SULLIVAN, D. F. (1971): «A simple index of mortality and morbidity». *Health reports.* 86, 348-354.
- [8] WILLIAMS, R. G. A., et al. (1976): «Disability: a model and measurement techniques». *Br. J. Prev. Soc. Med.* 30, 71-78.
- [9] JENICEK, M., et al. (1979): «Principal component analysis of four health indicators and construction of a global health index in the aged». *Am. J. Epidemiol.* 110, 343-349.
- [10] RENNE, K. S. (1974): «Measurement of social health in a general population survey». *Social Sci. Res.* 3, 25-44.
- [11] MCWHINNIE, J. R. (1981): «Disability assessment in population surveys». *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 29, 413-419.

- [12] DUNT, D. R., et al. (1980): «A technique for precisely measuring activities of daily living». *Community Medicine*. 2, 120-125.
- [13] LANDEFELD, J. S., SESKIN, E. P. (1982): «The economic value of life: linking theory and practice». *A.J.P.H.* 72, 555-565.
- [14] KIND, P. (1982): «A comparison of two models for scaling health indicators». *Int. J. Epidemiol.* 11, 271-275.
- [15] LINN, M. W., et al. (1980): «Self-assessed health, impairment and disability in anglo, negros and cubanos aged». *Med. Care*. 18, 282-288.
- [16] HUNT, G. M., et al. (1981): «The Nottingham health profile». *Soc. Sci. Med.* 15, 221-229.
- [17] DAB, W., et al. (1982). «Un outil multicritère d'analyse des indicateurs d'état de santé d'une population». *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 30, 325-342.
- [18] SUCHET, A. (1972): «Examens systématiques». *La Gazette des Hôpitaux*. 8-9, 269-292.
- [19] ROMEDER, J. M., McWHINNIE, J. R. (1977): «Potential years of life lost between ages 1 and 70». *Int. J. Epidemiol.* 6, 143-151.
- [20] SULLIVAN, D. F. (1971): «A single index of mortality and morbidity». *Health reports*. 86, 248-254.
- [21] GROGONO, A. W., WOODGATE, D. J. (1971): «Index for measuring health». *Lancet*. 2, 1.024-1.026.
- [22] BRESLOW, L. (1972): «A quantitative approach to the W.H.O. definition of health». *Int. J. Epidemiol.* 1, 347-355.
- [23] BERGNER, M., et al. (1979): «The sickness impact profile», in *Socio-medical health indicators*. J. ELINSON and A. E. SIEGMANN. Baywood, 1979.

Enfermedades crónicas y salud pública

Dr. P. CORTINA GREUS

Como indica Lilienfeld A. M. (1980), la epidemiología es una ciencia esencialmente comparativa y conceptual. Comparativa, ya que, en la mayoría de ocasiones, los datos absolutos y sin términos de comparación tienen escaso valor, y conceptual porque trata de obtener una visión de conjunto de los distintos procesos de enfermar.

Las enfermedades crónicas son actualmente las principales causas de morbilidad y mortalidad en países desarrollados, por lo que los esfuerzos de prevención dedicados a ellas deben gozar de prioridad en cuanto a inversiones, investigaciones y formación de personal (Fries J. F., 1980). Basta observar la importancia relativa de las principales causas de mortalidad en España en los últimos años (cuadro 1). Esta preponderancia de las enfermedades crónicas sobre las agudas transmisibles, que se va incrementando en las últimas épocas, correspondería a la denominada por Terris M. (1980), «segunda revolución epidemiológica».

La clásica división entre enfermedades unifactoriales de causa conocida y enfermedades multifactoriales de causa desconocida ha planteado, en los últimos tiempos, el problema de si, ante tan profundas diferencias la epidemiología, como método, sería única o bien existirían dos divisiones de la misma, enteramente diferenciadas, para el estudio de cada uno de estos dos grandes grupos de enfermedades.

En definitiva, las enfermedades denominadas clásicamente «enfermedades infecciosas» tienen como atributo fundamental la presencia y proliferación de elementos uni o pluricelulares, o componentes de los mismos, ajenos al organismo huésped. Sin embargo, el reciente conocimiento de que numerosas enfermedades crónicas no transmisibles (arteriosclerosis, diabetes *mellitus* y numerosas formas de cáncer, etc.) pueden ser consideradas como enfermedades neoplásicas en el sentido de que en ellas se ha producido, sea por la acción de diversos agentes físicos o químicos o incluso de agentes vivos, un fenómeno de inducción que ha dado lugar a la proliferación de determinados elementos celulares del propio huésped.

En el primer caso («enfermedades infecciosas»), los elementos celulares serían exógenos al organismo y la alteración sería a nivel celular, en tanto

que en el segundo caso («enfermedades crónicas») la alteración se produciría en elementos propios del huésped a nivel molecular, induciendo las mutaciones correspondientes que serían teratogénicas (caso de la arteriosclerosis) u oncogénicas (caso de los cánceres), según el previo grado de diferenciación celular (cuadros 2 y 3). De este modo, la teoría mutagénica de las enfermedades crónicas no transmisibles (Lower G. M., Kanarek M. S., 1982), aunque no aplicable por el momento a todas ellas, y admitiendo la existencia de diferencias sustanciales entre los dos grandes grupos de enfermedades, supone una interpretación de conjunto de las enfermedades crónicas.

Como ha indicado Murphy S. (1980), uno de los mayores adelantos de la epidemiología en las últimas décadas ha sido advertir que los métodos clásicamente empleados en el estudio de las enfermedades por agentes vivos podían también ser utilizados en la investigación de las enfermedades crónicas.

Así, las teóricas barreras conceptuales entre uno y otro grupo de enfermedades han ido disminuyendo su importancia progresivamente; la diferencia en el período de latencia (hay, por ejemplo, enfermedades víricas de largo período de latencia), transmisibilidad (muchas enfermedades infecciosas no son transmisibles de persona a persona y, por el contrario, hay cada vez más seguridad de que en enfermedades crónicas, tales como determinadas formas de cáncer, hay intervención de agentes vivos). En cuanto a las diferencias etiológicas, ya hemos comentado la teoría mutagénica de numerosas enfermedades crónicas, que anula una gran parte de esas clásicas diferencias conceptuales. Por el contrario, es cada vez más evidente que factores ambientales diversos, así como actitudes, hábitos o pautas de comportamiento personales y sociales, son capaces de influir decisivamente en ambos grupos de enfermedades, de modo que si la falta de hábitos higiénicos individuales tiene una reconocida repercusión en la incidencia de enfermedades transmisibles, pautas de conducta tan importantes, como los hábitos alimentarios, la dependencia tabáquica o alcohólica o la falta de ejercicio, tienen también una evidente repercusión en la incidencia y prevalencia de numerosas enfermedades crónicas no transmisibles.

Otra diferencia importante, clásicamente señalada entre estos dos grandes grupos de enfermedades, es que las infecciosas serían unicasales y las no transmisibles multifactoriales. Pero hay dos observaciones generales contrarias a esta afirmación: en primer lugar, que si examinamos atentamente las causas de las enfermedades infecciosas, observaremos que no solamente influye el agente vivo etiológico (en la tuberculosis no sólo influye el bacilo de Koch, sino numerosos factores individuales, sociales y ambientales, que eran ya conocidos en gran parte por la epidemiología clásica). En segundo lugar, que, a medida que se profundiza gradualmente en el conocimiento de los factores causales de las enfermedades crónicas, se va deduciendo que son factores cada vez más concretos los responsables de la aparición de las mismas, si bien las diferentes circunstancias o duración de la exposición al

riesgo pueden dar lugar a manifestaciones diferentes. Dicho de otro modo, se puede afirmar, en términos generales, «que todas las enfermedades son multifactoriales» (Barrett-Connor E., 1979).

Evidentemente, los clásicos postulados de Koch aplicables a las enfermedades causadas por agentes vivos hubieron de ser actualizados para su aplicación a las enfermedades crónicas no transmisibles, ante la cada vez mayor repercusión de este segundo gran grupo de afecciones. Siendo Evans A. S. (1976) el que ha llevado a cabo esta formulación de una manera más concreta y más aplicable a la práctica (cuadro 4).

Básicamente, el epidemiólogo usa una secuencia de razonamiento en dos etapas (Lilienfeld A. M., 1980): la determinación de una asociación estadística entre una característica y una enfermedad y la derivación de deducciones biológicas desde tal modelo de asociación estadística. Los métodos usados para determinar las asociaciones estadísticas pueden basarse en caracteres de grupo o en caracteres individuales. Los primeros, fundamentalmente estudios de morbilidad y mortalidad, proporcionan con frecuencia claves («clues») para hipótesis etiológicas, pero tienen el gran peligro de las «falacias epidemiológicas» (por ejemplo, cuando se comparan las diferentes tasas de morbilidad o mortalidad por una causa en dos grupos diferentes de población en función de un factor o característica, pero no se cuenta con el efecto de otros muchos factores).

Las asociaciones con respecto a los individuos se realizan merced a los estudios transversales (cross-sectional), retrospectivos (case-control) y prospectivos (cohortes).

Como indica San Martín H. (1980), la epidemiología, en el estudio de las enfermedades crónicas, tratará de investigar factores de riesgo, sean causales, específicos o etiológicos (ligados necesariamente a la enfermedad y presentes siempre que existe la afección), principales o condicionantes (asociados siempre o muy frecuentemente en forma significativa), adicionales o favorecedores (no siempre presentes), demostrar la relación causal o de asociación entre las enfermedades y los factores identificados e investigar individuos y grupos de población expuestos a alto riesgo de enfermar (población en riesgo), acudiendo en ocasiones a exámenes de salud de población o a la organización de registros de grupos de población de mayor nivel de exposición.

Al aplicar el método epidemiológico, en sus tres fases clásicas (descriptiva, analítica, experimental), a las enfermedades crónicas, habremos de contar con algunas circunstancias especiales. Así, en muchas ocasiones, la definición de «caso» en estas enfermedades resulta difícil o poco precisa (cifras normales o anormales de presión arterial, de glucemia, etc.). Debemos también valorar los factores ambientales en la epidemiología descriptiva de las enfermedades crónicas (estudio de patología geográfica, de gran difusión en la actualidad) y estudios posteriores de las posibles interrelaciones o efectos independientes de esos factores (análisis múltiple de regresión con dos o más asociaciones causales, o etc.).

Asimismo, utilizar para el estudio descriptivo o analítico de estas enfermedades no solamente las fuentes clásicas de las estadísticas vitales, sino también métodos de investigación clínica (por ejemplo, la relación entre contraceptivos orales y cardiopatía isquémica) o investigaciones de laboratorio, especialmente las técnicas seroepidemiológicas.

Y teniendo en cuenta que la mejor comprobación de esos factores de riesgo será valorar el resultado de los estudios programados en que se influya sobre esos factores en comparación con un grupo testigo. Esto se está llevando a cabo ampliamente en la actualidad en los estudios programados de prevención de cardiopatía isquémica (proyecto de once países en medio laboral, proyecto belga, etc.). Por supuesto, teniendo en cuenta el largo período de latencia de la mayor parte de estas enfermedades, es lógico que sean en su mayoría tributarias de técnicas de exámenes de salud de la población.

En el cuadro 5 se señalan los cambios fundamentales experimentados por la morbilidad en los últimos decenios.

Un problema fundamental en el estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles será determinar la responsabilidad relativa de los distintos factores de riesgo. Los conceptos de riesgo relativo y de riesgo atribuible, de amplia utilización actual, son esencialmente diferentes. El riesgo relativo mide el efecto de un factor en cuanto a riesgo de enfermedad *del individuo*, en tanto que el riesgo atribuible significa la mayor o menor importancia de un factor como responsable de la frecuencia de la enfermedad *en la población*. Es clásica la utilización de tablas de 2×2 (tablas de ausencia-presencia) para valorar un factor de riesgo en relación grupos de población (cuadro 6).

Dada la frecuente multiplicidad de factores implicados en las enfermedades crónicas, sus efectos deberán ser explicados en la mayoría de ocasiones en términos de probabilidad estadística. Así, una misma manifestación morbosa puede deberse a conjuntos de factores (constelaciones causales) diferentes.

Algunas técnicas de epidemiología descriptiva o de epidemiología analítica de especial interés y aplicación en el estudio de las enfermedades crónicas serían las siguientes:

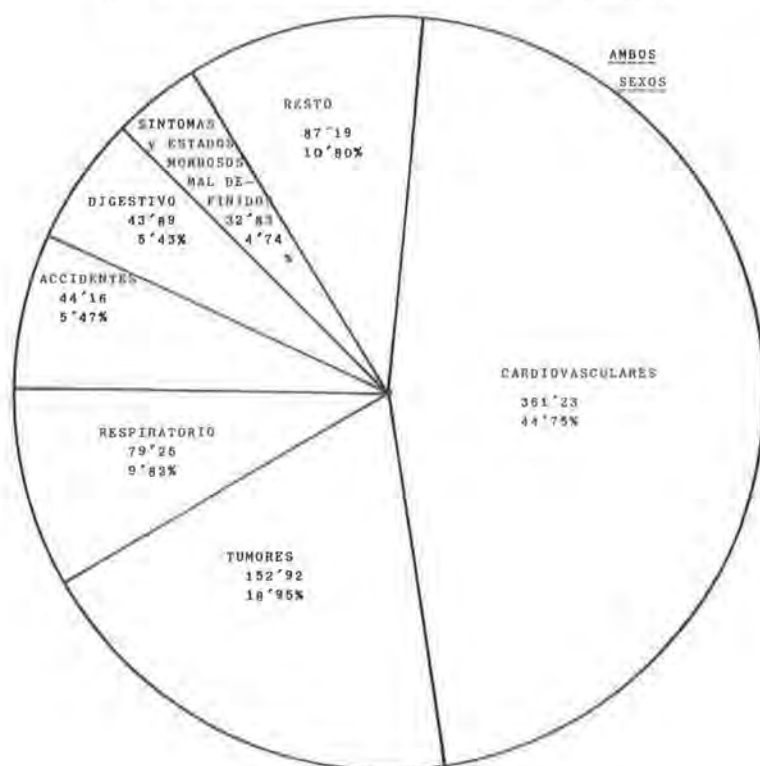
- Estudios de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas por cohortes de nacimiento, basándose en que cada generación tiene una similitud de «factores de riesgo».
- Método de «clues» (indicios, pistas). El estudio de caracteres de grupos, fundamentalmente estudios de morbilidad o mortalidad, proporciona con frecuencia «clues», útiles para establecer hipótesis etiológicas. Por ejemplo, si se observa una diferencia geográfica de mortalidad por enfermedades cardiovasculares que se puede relacionar con el diferente contenido de determinados oligoelementos en el agua de bebida.

- Nivel potencial de años de vida perdidos (PYLL; Romeder 1977). Permite determinar la repercusión sanitaria y socioeconómica de los distintos grupos de enfermedades sobre una colectividad.
- Método de «clustering» (investigación en racimo). Clásicamente empleado en la investigación de algunas enfermedades transmisibles, se está empleando en la actualidad en numerosas enfermedades crónicas (por ejemplo, investigación de factores de riesgo asociados a leucemias).
- Relación de antecedentes («record linkage»). La recogida sistemática de todos los datos de interés sanitario de individuos o grupos de población y su valoración posterior, relacionando sus datos con las alteraciones de salud presentadas, método que puede tener algunas dificultades de tipo ético-legal. Por ejemplo, se está utilizando en la actualidad en investigaciones de farmacovigilancia.

CUADRO 1

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS. ESPAÑA, 1978

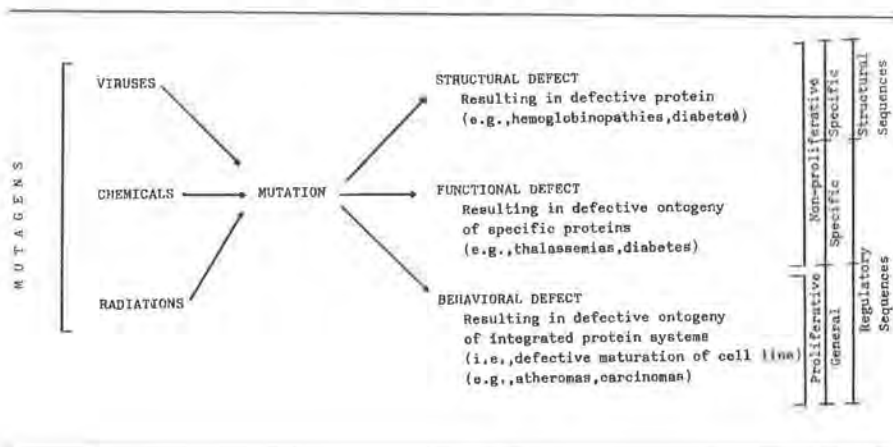
Tasas por 100.000 habitantes y porcentaje sobre la tasa de mortalidad total («BES» núm. 1.115, del 6 al 12 de diciembre de 1981)



CUADRO 2

TEORIA MUTAGENICA DE LAS ENFERMEDADES NEOPLASICAS

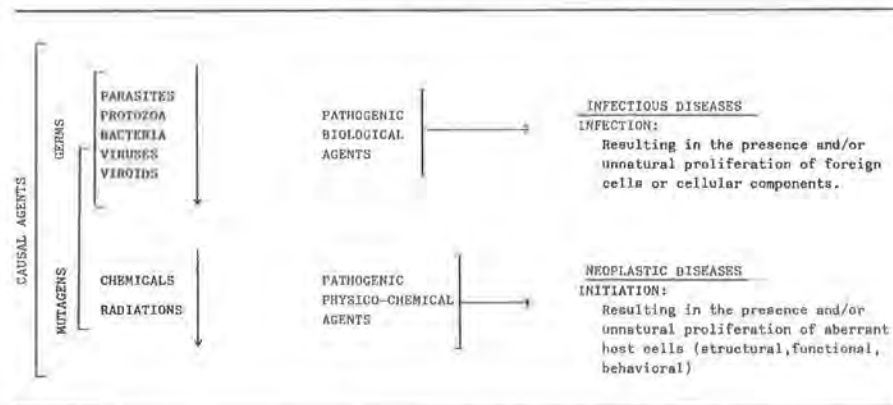
(LOWER, G. M.; KANAREK, M. S., 1982)



CUADRO 3

AGENTES CAUSALES EN INFECCIONES Y ENFERMEDADES NEOPLASICAS

(LOWER, G. M.; KANAREK, M. S., 1982)



CUADRO 4

**POSTULADOS REFERENTES AL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES
CRONICAS**

(EVANS, A. S., 1976)

-
- La prevalencia de la enfermedad debe ser significativamente más elevada en los expuestos que en los no expuestos.
 - La exposición al agente incriminado debe ser más frecuentemente presente en los afectados de la enfermedad que en los no afectados.
 - La incidencia de la enfermedad debe ser significativamente más elevada en los expuestos que en los no expuestos (estudios prospectivos).
 - La presentación de la enfermedad debe seguir cronológicamente a la exposición al agente.
 - La intensidad y gravedad de las respuestas del huésped deben ser paralelas a las exposiciones al agente incriminado.
 - Una respuesta medible del huésped tras la exposición debe aparecer regularmente, o aumentar en importancia, y no debe aparecer en los no expuestos.
 - La reproducción experimental de la enfermedad debe producirse con una incidencia más elevada en el animal o el hombre expuestos al agente que en los no expuestos.
 - La eliminación o modificación del agente incriminado o de su vector debe hacer disminuir la incidencia de la enfermedad.
 - La prevención o la modificación de la respuesta del huésped frente a la exposición debe provocar una disminución o desaparición de la enfermedad.
 - El conjunto debe tener sentido lógico, general y epidemiológico.
-

CUADRO 5

**EVOLUCION PREFERENTE DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD
Y MORTALIDAD EN LOS ULTIMOS DECENIOS**

(LOWER, G. M., y KANAREK, M. S., 1982; ampliado)

-
1. De enfermedades tendiendo a ser agudas a enfermedades tendiendo a ser crónicas.
 2. De enfermedades de corto período de latencia a largo período de latencia.
 3. De la naturaleza infecciosa o transmisible a naturaleza no infecciosa o no transmisible.
 4. De enfermedades unicasuales a enfermedades multicausales (o multifactoriales).
 5. De enfermedades específicas a enfermedades con frecuente falta de especificidad.
 6. De enfermedades causadas por agentes biológicos infectivos a las causadas por virus, agentes físico-químicos mutagénicos o agentes psico-sociales y culturales.
 7. De enfermedades con frecuente facilidad para la definición de «caso» a enfermedades con frecuentes dificultades para definir un «caso».
 8. De enfermedades frecuentemente no invalidantes a enfermedades habitualmente invalidantes.
 9. De enfermedades con escasa tendencia a las recidivas a enfermedades con gran tendencia a las recidivas.
 10. De enfermedades con presencia y/o proliferación no natural de células extrañas o componentes celulares a aquéllas con presencia y/o proliferación no natural de células anormales del huésped.
 11. De enfermedades comprensibles al nivel celular de organización a las comprensibles al nivel molecular de organización.
-

MEDIDAS DE RIESGO EN TABLAS DE 2 × 2

(Extractado de WALTNER-TOEWS D., 1982)

I. MEDIDA DE LA INTENSIDAD DE LA ASOCIACION

- Riesgo relativo.
- Razón de exceso (Odd Ratio).
- Exceso de riesgo relativo (Cole, MacMahon).

II. MEDIDA DEL IMPACTO DE LA ASOCIACION

II₁: *Impacto sobre el grupo expuesto.*

- Diferencia simple (Berkson).
- Riesgo atribuible.
- Riesgo atribuible (MacMahon, Pugh).

II₂: *Impacto sobre la población.*

- Tasa atribuible de población.
- Riesgo atribuible de población.
- Riesgo relativo de población.
- Riesgo atribuible (Levin).
- Fracción etiológica.
- Reducción proporcional de la enfermedad.
- Tasa de prevención.

BIBLIOGRAFIA

- [1] LOWER, G. M.; KANAREK, M. S. (1982): «The mutation theory of chronic, noninfectious diseases: relevance to epidemiologic theory». *Am. J. Epidemiol.* 115, 803-817.
- [2] FRIES, J. F. (1980): «Aging, natural death and the compression of morbidity». *N. Engl. J. Med.* 303, 130-135.
- [3] BARRETT-CONNOR, E. (1979): «Infectious and chronic disease: separate and unequal?» *Am. J. Epidemiol.* 109, 245-249.
- [4] LILIENTHAL, A. M. (1973): «Epidemiology of infectious and non-infectious disease: some comparisons». *Am. J. Epidemiol.* 97, 135-147.
- [5] HERSHEY, N. (1982): «Putting the lamentations of epidemiologists in perspective». *AJPH.* 72, 1155-1157.
- [6] WALTER, S. D. (1980): «Prevention for multifactorial diseases». *Am. J. Epidemiol.* 112, 409-416.
- [7] KIMBALL, A. W. (1982): «Direct and indirect association». *Am. J. Epidemiol.* 115, 9.
- [8] WALTER, S. D.; HOLFORD, T. R. (1978): «Additive, multiplicative and other models for disease risks». *Am. J. Epidemiol.* 108, 341-346.
- [9] WALKER, A. M. (1981): «Proportion of disease attributable to the combined effect of two factors». *Int. J. Epidemiol.* 10, 81-85.
- [10] COLE, P.; MACMAHON, B. (1971): «Attributable risk percent in case-control studies». *Br. J. Prev. Soc. Med.* 25, 242-244.

- [11] SAN MARTÍN, H., et al. (1980): «Evolución de la epidemiología como instrumento de la salud pública». *Rev. San. Hig. Pub.* 54, 113-135.
- [12] CORTINA, P.: «El concepto actual de epidemiología». *Rev. San. Hig. Pub.*, en prensa.
- [13] DUNT, D. R., et al. (1980): «A technique for precisely measuring activities of daily living». *Community Medicine*. 2, 120-125.
- [14] LANDEFELD, J. S.; SESKIN, E. P. (1982): «The economic value of life: linking theory and practice». *AJPJ*. 72, 555-565.
- [15] KIND, P. (1982): «A comparison of two models for scaling health indicators». *Int. J. Epidemiol.* 11, 271-275.
- [16] LINN, M. W., et al. (1980): «Self-assessed health, impairment and disability in anglo, negros and cubanos aged». *Med. Care*. 18, 282-288.
- [17] HUNT, G. M., et al. (1981): «The Nottingham health profile». *Soc. Sci. Med.* 15, 221-229.
- [18] DAB, W. et al. (1982): «Un outil multicritère d'analyse des indicateurs d'état de santé d'une population». *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 30, 325-342.
- [19] SUCHET, A. (1972): «Examens systématiques». *La Gazette des Hôpitaux*. 8-9, 269-292.
- [20] ROMEDER, J. M.; McWHINNIE, J. R. (1977): «Potential years of life lost between ages 1 and 70». *Int. J. Epidemiol.* 6, 143-151.
- [21] SULLIVAN, D. F. (1971): «A single index of mortality and morbidity». *Health reports*. 86, 248-254.
- [22] GROGONO, A. W.; WOODGATE, D. J. (1971): «Index for measuring health». *Lancet*. 2, 1024-1026.
- [23] BRESLOW, L. (1972): «A quantitative approach to the WHO definition of health». *Int. J. Epidemiol.* 1, 347-355.
- [24] BERGNER, M., et al. (1979): «The sickness impact profile». In *Socio-medical health indicators*. J. Elinson and A. E. Siegmann. Baywood, 1979.
- [25] TUYNIS, A. J.; SOHIER, R. (1981): «Principes et définitions de l'épidémiologie». *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 29, 75-83.
- [26] EVANS, A. S. (1976): «Causation and disease: the Henle-Koch postulates revisited». *Yale J. Biol. Med.* 49, 175-195.
- [27] SARTWELL, P. E. (1960): «On the methodology of investigations of etiologic factors in chronic diseases». *J. Chronic. Dis.* 11, 61-63.
- [28] ROMEDER, J. M.; McWHINNIE, J. R. (1979): «Potential years of life lost between ages 1 and 70». *Int. J. Epidemiol.* 6, 143-151.
- [29] W. H. O.: *Manual of mortality analysis*. Edit. W. H. O. Geneva, 1980.
- [30] YUSTE GRIJALBA, F. J. (1982): «Estrategia epidemiológica». I. *JANO*, 533, 24-27.
- [31] Id., id. II. 31-34.
- [32] PASTOR ADEGUER, V. (1982): «Epidemiología de las afecciones crónicas no transmisibles». *JANO*, 533, 55-58.
- [33] TERRIS, M.: *La revolución epidemiológica y la Medicina social*. Siglo XXI. México, 1980.
- [34] WALTNER-TOEWS, D. (1982): «Nomenclature of risk assessment in 2 x 2 tables». *Int. J. Epidemiol.* 11, 411-412.

Relación entre el modelo organizativo sanitario y las posibilidades de aplicación de la epidemiología

Dr. ANDREU SEGURA BENEDICTO

El objetivo de esta comunicación es el de considerar la organización de los servicios sanitarios como marco que permite y que condiciona, a la vez, las aplicaciones de la epidemiología.

Morris (1975) define la epidemiología como la ciencia básica de la salud pública. Esta consideración viene sustentada por el carácter eminentemente metodológico de la disciplina que le da una serie muy amplia de posibles aplicaciones en distintos ámbitos de la salud pública. Una concepción moderna de la epidemiología significa que ésta es un instrumento idóneo como auxiliar de los procesos de planificación sanitaria. Efectivamente, la cuantificación de las necesidades, o, cuando menos, de los problemas de salud, la elaboración de un orden en las prioridades —en base a la valoración sanitaria y económica de los problemas y, también, de la vulnerabilidad de éstos a la acción—, y la evaluación de la efectividad de los programas sanitarios son componentes de la planificación que requieren de la metodología epidemiológica. Asimismo, la investigación etiológica, a partir de los estudios epidemiológicos, constituye otro campo específico, ya sea en la vertiente académica, administrativa o clínica. De otro lado, la utilización de técnicas epidemiológicas en las áreas asistenciales ha permitido el desarrollo de una nueva especialidad, sobre todo en los países anglosajones, como es la epidemiología clínica. Finalmente, y aunque ello no sea lo menos importante, la epidemiología puede utilizarse como un instrumento útil para el control inmediato de enfermedades transmisibles y brotes epidémicos. De hecho esta es la aplicación que mayor tradición tiene en nuestro país, ya que, mediante un rudimentario y desasistido sistema de vigilancia epidemiológica, un red estatal que cuenta con epidemiólogos debe encararse cotidianamente a estos problemas.

Esta abrumadora potencialidad de la epidemiología no se corresponde con la utilización que de ella se hace, y no me refiero a los profesionales de la disciplina sino a la disciplina misma, ya que desde el médico clínico hasta el gestor y administrador sanitario, encontramos una numerosa gama de

usuarios posibles. Entre las causas de esta subutilización creo que una destaca sobremanera. Se trata del tipo de organización que tengan los servicios sanitarios.

En nuestro país, la epidemiología y la salud pública se han desarrollado de manera marginal respecto de otros servicios sanitarios controlados o tutelados por el Estado, sobre todo desde 1944. Esta marginación puede estimarse mediante un análisis de los recursos destinados a los diversos sectores de la sanidad. La desproporción entre lo que puede considerarse salud pública —encarnada durante muchos años en la Dirección General de Sanidad— y otras actividades públicas o parapúblicas es muy intensa. De ello se ha derivado que la salud pública, y con ella la epidemiología, no ha podido cumplir la función de coordinación general que le asignaba la Ley de Bases de 1944. El vacío que ha dejado la salud pública no ha sido cubierto, al menos satisfactoriamente, por ningún otro órgano de la Administración. En efecto, el crecimiento del sector sanitario español, comparable al de los países desarrollados aunque en menor grado, no ha obedecido a una planificación, en el sentido riguroso del término; si bien pueden traerse a colación programas sanitarios diseñados y ejecutados a partir del conocimiento de problemas reales de salud —como, por ejemplo, las actividades de vacunación antipoliomielítica—, no ha existido una cuantificación de los problemas de salud, ni tampoco una valoración extensa que hubiera hecho posible la elección racional de prioridades. Todo ello ha comportado, en la práctica, una posición segundona de la salud pública como tal, aun cuando las necesidades de los tiempos —las modas y, fundamentalmente, la crisis económica— hayan facilitado la incorporación de técnicas y metodologías sanitarias y, más concretamente, epidemiológicas, en amplios sectores de la estructura asistencial. Por ejemplo, las actividades de administración y de gestión de la Seguridad Social han requerido el uso —más o menos acertado— de tales instrumentos o, en otro caso, las Facultades de Medicina y el sector más sensible a los planteamientos académicos, han iniciado investigaciones de carácter nítidamente epidemiológico. Pero esta adopción de técnicas y métodos no ha implicado un enfoque sanitario, ni, tan sólo, el aprovechamiento sistemático de los organismos de la salud pública, sino que ha tenido lugar al margen, cuando no clara confrontación con ellos.

La importancia relativa de la estructura asistencial significa, no obstante, que se ejercen más funciones epidemiológicas de corte moderno —aunque sean huérfanas de doctrina— por parte del sector asistencial que por parte de la salud pública «*strictu sensu*». Lo cual no es ilógico; sí lo es, no obstante, que la epidemiología no esté íntimamente relacionada con la asistencia, precisamente en su calidad de actividad de planificación y evaluación.

Otro elemento a considerar es la atención que la salud pública ha dedicado a aquellas áreas que no tienen una relación directa con la asistencia, como la sanidad ambiental, el control de los alimentos o, incluso, la

educación sanitaria —entendida como campañas masivas dirigidas indiscriminadamente a la población—. Sin olvidar el interés y la repercusión de los tópicos citados, los cuales probablemente tienen una influencia sobre la salud mayor que la de los recursos asistenciales, hay que admitir que se trata de actividades políticas generales con implicación de diversos departamentos ministeriales, por lo cual constituyen un terreno no específico y desde luego no exclusivo de la sanidad. A no ser que, como Virchow o más recientemente Vicente Navarro, admitamos que la política no es más que medicina (sanidad) en su sentido más amplio.

A mayor abundamiento, los medios de que ha dispuesto la sanidad oficial para tratar estos problemas de saneamiento, de agricultura o ganadería, de comercio y de cultura, han sido como mínimo escasos. Pero el mantenimiento de las actividades dedicadas por la salud pública a estas tareas ha consumido muchos de los esfuerzos de los sanitarios, los cuales han redundado —en un país con penuria de profesionales— en la disminución de la atención hacia el sector asistencial. Con independencia de la responsabilidad política de los dirigentes de la Sanidad —de la Salud Pública— en relación a la responsabilidad política del régimen franquista globalmente considerado, lo cierto es que la creación del seguro obligatorio de enfermedad y, más tarde, de los servicios médicos de la Seguridad Social no contó con la dirección de la Sanidad. Y el caso ha sido que la asistencia —despojada además de contenidos sanitarios de prevención y de promoción de la salud— ha devenido la *Sanidad* del país.

Así, pues, deberíamos encontrar la manera de armonizar los cometidos de la salud pública sin que ello resulte, como hasta ahora, en menoscabo de la influencia y de la dirección de *toda* la organización sanitaria y como parte fundamental, de la asistencia.

Naturalmente que la promoción de la salud es cuestión del saneamiento, de la nutrición —probablemente más que de la contaminación alimentaria—, de la educación y, en general, de un medio menos nocivo —sea el hábitat o el lugar de trabajo—. Sin despreciar tampoco que una distribución más equitativa de la riqueza disminuiría las diferencias en salud de la población y, por lo tanto, sería una de las medidas más efectivas para incrementarla en la mayoría de las gentes. Pero, es obvio, esto no puede ser una política de departamento, debe ser una política de Estado.

En esta perspectiva, la epidemiología debe ocupar el lugar que le corresponde como ciencia básica de la salud pública, es decir, la de poder medir el impacto que tienen los factores citados sobre la salud. Y ello sólo puede hacerse mediante un Sistema de Información Sanitaria o, en su sentido más amplio, mediante un programa de vigilancia epidemiológica con el preciso objetivo de colaborar en la adopción de las estrategias de actuación sanitaria. Este es, en el presente, un problema capital para la sanidad, porque aunque se producen muchos datos, no existe apenas información, y la que nos

proporcionan con penas y trabajos no se elabora, ni analiza, ni, claro está, tiene influencia en la toma de decisiones más que de modo excepcional.

Esto significa que, paralelamente a la promoción de estas actividades de información y de evaluación que puede desarrollar la epidemiología, el énfasis se dirija al sector que no puede ser atendido más que por los sanitarios: el sector de la asistencia. Una asistencia que debe incorporar la prevención. O, ¿es que las vacunaciones no se administran mediante la asistencia? ¿Y acaso la educación sanitaria imprescindible para que el enfermo pueda vivir mejor la enfermedad —que hay que desengañarse, será perpetua compañera del hombre— no es asistencia y promoción de la salud?

Las actividades de planificación, de organización, de ejecución y de evaluación de los programas asistenciales deben ser, según este enfoque, el ámbito primordial del trabajo sanitario. Sin olvidar, por supuesto, la función de sensor de los problemas de salud, ni, tampoco, la actividad de vigilancia epidemiológica inmediata, orientada a la acción rápida de control. Esta función, llevada a término ahora por una estructura depauperada y alejada de la asistencia sólo puede ser eficaz si se realiza en estrecha conexión con la red asistencial.

En el supuesto de que este análisis fuera adecuado, deberíamos pasar a formular propuestas de mejora. Esta pretensión excede, no obstante, las posibilidades de esta comunicación y las mías personales, por lo que podría ser el fruto de un trabajo colectivo de los profesionales de la salud pública. Y está claro que el empeño es arduo. Holland (1982) acaba de publicar un artículo sobre la experiencia de la especialidad de Medicina Comunitaria en Inglaterra, se titula «La medicina comunitaria ¿mito o agente de cambio?», y en él reivindica la recuperación del nombre de salud pública para estas actividades y el papel fundamental de la epidemiología como lenguaje común para administradores y clínicos. El problema sigue siendo, incluso en el Reino Unido, el de encontrar un equilibrio fructífero entre Hygea y Panacea, con el concurso de Epione —la que endulza los dolores y madre de Hygea— y de Telesforo —el dios de la rehabilitación—. Sin que, de tanto reivindicar la importancia de la promoción de la salud, olvidemos aquello que ya podemos hacer; colaborar a que los recursos asistenciales se utilicen de forma que se ayude efectivamente a soportar mejor la enfermedad y sus secuelas.

SEGUNDA PONENCIA

La salud en la Constitución española y en los Estatutos de Autonomía de sus nacionalidades y regiones

Dr. F. J. YUSTE GRIJALBA

INTRODUCCION

La Constitución española, última de los países democráticos europeos, acaba de cumplir sus primeros cuatro años, tiempo suficiente para poder iniciar un análisis crítico de sus potencialidades respecto a algunos supuestos básicos para la convivencia nacional, particularmente al que sustenta el derecho a la salud y su articulación jurídico-administrativa. Este análisis podría abordarse desde varios puntos de vista, todos legítimos, como pueden ser el histórico, el derecho comparado o el político; pero el presente estudio quiere situarse en el campo estricto de la administración sanitaria, juzgando los aciertos de la Constitución para facilitar el paso desde una concepción arcaica en lo teórico (la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944) y centralista en lo organizativo hasta una estructura autonómica, cualitativamente distinta de lo meramente descentralizado, y moderna, actual, en lo conceptual (la Declaración de Alma Alta es coetánea del propio texto constitucional), al tiempo que juzgamos la utilización que se ha dado de tal posibilidad por la autoridad sanitaria.

Así las cosas, el presente documento se desarrollará en cuatro capítulos. El primero tendrá la finalidad de comparar la concepción constitucional de la salud pública con las definiciones más usuales de esta ciencia. En un segundo momento se harán explícitos los modelos organizativos que se han derivado de la voluntad autonómica de la organización territorial del Estado español prevista en el título VIII de la Constitución. En el tercer paso analizaremos la praxis gubernamental implícita en el proceso de transferir las competencias, otrora centrales, a la periferia, puesto que sólo esta cesión es el referente del juicio sobre el cumplimiento de la voluntad afirmada para,

finalmente, comentar los caminos —acertados o desacertados— que se han abierto por la dinámica autonómica, con objeto de proponer el cierre de unos y la ampliación de otros.

CONCEPTO ACTUAL DE SALUD PUBLICA

Hoy día es un hecho perfectamente establecido que la salud es un bien, tanto de los individuos como de las comunidades. Igualmente hay un acuerdo general sobre la salud como fenómeno positivo diferente a la no-enfermedad; incluso hay quien identifica las curvas que expresan gráficamente los parámetros que miden la salud con las que miden la felicidad. Lo cierto es que la salud, como bien que es, puede perderse, y ante esa posibilidad caben esfuerzos preventivos, así como actitudes reparadoras ante la realidad de su pérdida; pero la salud es un bien dinámico, algo que puede mejorarse, incrementarse y, por tanto, son también posibles esfuerzos mejorativos de la misma. En último término, todos los esfuerzos organizados colectivamente, tanto para prevenir la enfermedad, cuanto para restaurar o mejorar la salud, constituyen la esencia de la salud pública, que en palabras de C. Winslow es «la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los cuidados médicos para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo y el desarrollo de los mecanismos sociales para asegurar a cada uno el nivel de vida adecuado para la conservación de su salud». En esta definición y en todas las que como ella destacan la salud como un bien, debemos distinguir tres planos: uno, el que describe actividades concretas para conseguir una mejor o mayor salud; otro más profundo que se percibe en la primera parte de la definición transcrita y, finalmente, un tercer plano que identifica la búsqueda de la salud como la búsqueda del bienestar, de la calidad de la vida; con la vida en libertad, como han sugerido algunos autores en Cataluña.

No es extraño que la potencialidad y progresismo inscrito en esta definición, tal y como se desprende de este último plano del análisis, haya provocado la apertura de horizontes nuevos en la concepción de la salud pública que hablan de ella como ciencia política obligada a responder a las exigencias de los individuos y las colectividades en orden a conseguir niveles óptimos de desarrollo socioeconómicos en un marco de justicia, participación democrática y responsabilización personal. En este sentido es notable la «Estrategia de Salud para Todos en el año 2000» preconizada por la OMS, que no significa tanto la pretensión de suprimir de raíz las enfermedades y las incapacidades cuanto de «tomar una perspectiva distinta de la salud, considerándola en el contexto más general de su contribución al desarrollo socioeco-

nómico y de su promoción por él» (H. MAHLER, *Salud Mundial*, noviembre de 1978).

Este último plano es, en realidad, un objetivo cuyo alcance se nos presenta a la vez como de exigencia irrenunciable e impracticable a la hora de plantear unas reflexiones necesariamente concretas. Del mismo modo las acciones técnico-sanitarias que hoy día instrumentalizan la búsqueda de la salud pública pueden ser demasiado limitadas para deducir de ellas la esencia de nuestro arte. De ahí que, a efectos del presente documento, sea preferible mantenerse en un nivel intermedio que sitúe la salud pública en el margen de las acciones que tengan que ver directamente con la promoción, prevención o restauración de la salud, perspectiva ni tan ilimitada que la haga abstracta, ni tan limitada que no pueda proyectarse hacia el futuro.

LA SALUD EN LA CONSTITUCION

Con estos elementos podemos proceder al rastreo del espíritu sanitario con el que está redactada la Constitución de 1978. En el título I, de los derechos y deberes fundamentales, capítulo III, de los principios rectores de la política social y económica, están incluidos, prácticamente, todos los artículos constitucionales que se refieren a la salud y su lectura debe ser realizada en ese marco y no en otro. La salud se afirma constitucionalmente dentro del marco general de la política socioeconómica cuya promoción obliga a los poderes públicos (art. 40), específicamente en lo que se refiere a la política de pleno empleo (art. 40), igualdad de oportunidades de acceso a la cultura (art. 44) y a la vivienda (art. 47) y, en último término, a la política general de protección y mejora de la calidad de vida (art. 45). Es, entonces, marco adecuado para definir los derechos sanitarios de los españoles este título, puesto que sabemos que la salud es algo que se edifica a través de una política de educación, vivienda, urbanismo, pleno empleo y, finalmente, de desarrollo socioeconómico y mejora de la calidad de la vida.

En este marco el artículo 43 afirma solemnemente:

- «1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.»

No es preciso insistir, por tanto, en que la Constitución afirma los tres elementos básicos que hemos señalado como esencia de la salud pública: la

protección de la salud, la restauración de la misma y su promoción, haciendo explícitos los elementos fundamentales para conseguir este último objetivo, la educación sanitaria y la educación física. La salud pública está afirmada en toda su extensión y toda intensidad en el texto constitucional. Incluso se reconoce como derecho básico la educación sanitaria, que incluye obviamente la educación sexual, superando de este modo las líneas más avanzadas —sanitariamente hablando— de las Constituciones europeas.

La Constitución española, como si quisiera adelantarse a las recomendaciones de la citada «Estrategia de Salud para Todos en el año 2000», en lo que se refiere a «dar prioridad a los grupos sociales menos favorecidos» (H. MAHLER, *Salud Mundial*, noviembre de 1978), y cumpliendo el criterio sanitario de atención preferente a los grupos vulnerables, especifica pormenorizadamente la protección integral de los hijos y las madres, cualquiera que sea la condición civil de unos y otras (art. 39); la previsión, tratamiento y rehabilitación de los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos (art. 49) y la atención de los problemas específicos de salud de los ancianos (art. 50). Finalmente, no falta en este título I una referencia a la salud de los trabajadores, por cuya seguridad e higiene en el trabajo deben velar los poderes públicos (artículo 40), y a la consideración de los ciudadanos como consumidores y usuarios de productos y servicios con riesgos para la salud, al garantizar la defensa de sus intereses en este campo mediante procedimientos que inciden tanto en la protección de aquélla cuanto en su seguridad (art. 51).

En buena lógica jurídica, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud significa la paralela obligación estatal de su sostén financiero, so pena de convertir aquel derecho en una afirmación formal y sin contenido. De ahí que sea mayoritaria la interpretación que se ha dado al artículo 41 de referirse exclusivamente a prestaciones y asistencia sociales, por tanto no sanitarias, aun cuando su redacción —«los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garanticen la *asistencia y prestaciones sociales* suficientes en caso de necesidad, especialmente en caso de desempleo»— pueda dar lugar, junto con la atípica praxis de las prestaciones sanitarias del sistema de Seguridad Social española, a otras lecturas que fundamentan la persistencia de la red de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Mas parece, en hermenéutica jurídica, que ambos artículos confluyen en la posibilidad de «organizar los servicios necesarios» sosteniéndolos por el propio Estado mediante la vía impositiva y cubrientes a todos los ciudadanos en sus necesidades sanitarias, y no estrictamente en sus cuidados médicos. Con otras palabras, la lectura conjunta de los artículos 41 y 43 de la Constitución abre la posibilidad de organizar la salud —prevención, promoción y restauración— como un servicio público.

CRISTALIZACIÓN ESTATUTARIA DEL DERECHO A LA SALUD

El título VIII de la Constitución, por el que el Estado se organiza territorialmente coheriendo los principios de autonomía y solidaridad, desarrolla, en su capítulo tercero, una teoría de competencias sobre las distintas obligaciones del Estado, a repartir entre la Administración central y las Administraciones autonómicas. Posiblemente sean acertadas las críticas que se han realizado a este título, referidas a la confusión con la que está redactado. Al menos tal confusión se hace patente en las competencias acerca de la salud pública, pero igualmente cierto es que existen mecanismos para poner en orden los innegables conflictos. Más aún, las aparentes dificultades para encajar en un esquema unitario el tráfico de competencias, desaparecen si ordenamos las mismas en la dirección centro-periferia.

En este camino, lo primero será ordenar lógicamente los artículos que regulan la cuestión, por lo que habrá que adelantar los artículos 149, «Competencias exclusivas del Estado», y 150, «Principios para delegar, atribuir o transferir estas competencias», al artículo 148, que desarrolla las competencias que podrán asumir para sí las Comunidades autónomas, y volver, finalmente, al artículo 150.3, «Autorización constitucional al Estado para armonizar las materias atribuidas a las competencias de las Comunidades autónomas». Con este esquema presente, encontramos:

A) Que el Estado posee competencia *exclusiva*, de acuerdo con el artículo 149, en los siguientes asuntos relacionados con la salud pública.

- a) Sanidad exterior.
- b) Bases y coordinación de la sanidad.
- c) Legislación sobre productos farmacéuticos.
- d) Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social.
- e) Bases del régimen estatutario de los funcionarios.
- f) Legislación básica sobre protección del medio ambiente.
- g) Estadística para fines estatales.

La reserva en exclusividad de estas materias por parte del Estado ha de ser entendida como que las Cortes Generales detentan el poder legislativo sobre ellas y que la Administración central del estado detenta la competencia de la reglamentación, ejecución y gestión de las materias en las que no se especifica que la exclusividad se refiere sólo a legislación básica. Con otras palabras, lo que el Estado se reserva —en genérico— es todo lo que se refiere a sanidad exterior y a estadística para fines estatales, y sólo la legislación fundamental, básica, de lo que hemos llamado repetidas veces salud pública, del régimen estatutario de los funcionarios y del régimen económico de la Seguridad Social. En consecuencia, el resto puede ser competencia de las

Comunidades autónomas, de acuerdo con la expresa declaración del párrafo 3, del artículo 149, que dice:

«Las materias no atribuidas expresamente al estado por esta Constitución podrán corresponder a las Comunidades autónomas, en virtud de sus propios Estatutos.»

B) Que el Estado, incluso en materias de su competencia exclusiva, puede atribuir a las Comunidades autónomas la facultad de dictar normas legislativas derivadas de los principios definidos en una Ley marco. Es obvio que esta atribución legislativa se ha de hacer mediante una Ley elaborada por las Cortes Generales; pero igualmente obvio es que —sanitariamente hablando— incluso aquellas materias que veíamos reservarse al Estado para sí, en general, pueden ser desarrolladas legislativamente tras la promulgación de una Ley marco, por las Comunidades autónomas.

C) Más aún, constitucionalmente está abierta la posibilidad de transferir o delegar a las Comunidades autónomas facultades de titularidad estatal mediante leyes que sólo requieren la formalidad de la mayoría cualificada por ser orgánicas. Tales facultades deben ser naturalmente transferibles o delegables, lo cual puede ser interpretado como que sean, sanitariamente hablando, materialmente realizables en su ejecución por las Comunidades. Esta autorización, derivada del artículo 150.2 de la Constitución, ha sido utilizada en las Leyes de ampliación de las competencias para las Comunidades de Valencia (LOTRACA) y Canarias (LOTRACAS). En buena doctrina, la aplicación de este principio a la sanidad exterior facultaría a las Comunidades autónomas a recibir, por delegación, la gestión material del control de los puertos y fronteras incluidos en su territorio respetando, lógicamente, la titularidad estatal de tal competencia, para la que no existen límites en el artículo 149 como hemos visto anteriormente.

D) Una cautela final, en el artículo 150, faculta al Estado para dictar leyes que armonicen las disposiciones legislativas periféricas, incluso en materias de competencia exclusiva autonómica, cuando el interés general, apreciado por mayoría cualificada de las Cortes Generales, así lo requiera. Esta cautela, que con carácter general se ha desarrollado en la Ley de Armonización del Proceso Autonómico, fruto de un pacto entre los dos partidos españoles mayoritarios en 1981, tendrá que aplicarse urgentemente en el proceso autonómico sanitario porque la dinámica de transferencia de competencias está desbordando los límites de solidaridad y el buen sentido, como veremos posteriormente.

E) Siguiendo el esquema preestablecido, procede en este momento comentar las posibilidades que se abren a las Comunidades autónomas a la hora de asumir competencias sanitarias, de acuerdo con el artículo 148 de la Constitución. Teniendo una concepción amplia de salud pública, las siguientes materias son susceptibles de ser asumidas por las Autonomías.

- a) Ordenación del territorio, urbanismo y vivienda.
- b) Las obras públicas en su propio territorio.
- c) Las aguas minerales y termales.
- d) Promoción del deporte y la adecuada utilización del ocio.
- e) Sanidad e higiene.
- f) La gestión en materia de protección del medio ambiente.

Todo lo cual significa —desde una perspectiva de administración sanitaria— que las Comunidades autónomas pueden asumir todas las competencias precisas para el desarrollo de la salud pública en su triple faceta de prevención, promoción y restauración de la salud, dado que la ciertamente anticuada denominación de sanidad e higiene debe ser leída a la luz del artículo 43 ya comentado, tal y como ha realizado —en buena lógica— el Estatuto de Castilla-La Mancha que, en su artículo 32.3, reclama para sí la competencia de «Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud. Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social».

F) Entendiendo que el proceso autonómico ha de ser continuado y de larga andadura, se prevé que transcurridos cinco años desde su comienzo, puedan ampliarse las competencias asumidas en un primer momento dentro del marco de las señaladas anteriormente.

Al final de este recorrido por el título VIII de la Constitución española puede llegarse a la conclusión de que la salud pública es contemplada como uno de los elementos más fácilmente transferibles de todos los que constituyen la acción administrativa. En efecto, bien por el impulso inicial de la voluntad de las Autonomías, recabando para sí competencias sanitarias de entrada, bien por la decisión central de delegarlas o transferirlas, es posible situar prácticamente todas las acciones administrativas sanitarias en la periferia, justamente donde los problemas sanitarios se dan realmente. Sólo unos pocos, y por lo demás básicos, asuntos deben quedar en manos de la Administración del Estado y de las Cortes Generales, más con carácter restrictivo que extensivo. A mi modo de ver, pocos más de los que se exponen en la siguiente lista:

- a) Definición del modelo sanitario para todos los españoles. Conjunto de criterios políticos y sociológicos que orienten en cada momento al sistema sanitario.
- b) Definición de las bases del sistema sanitario español. Modos de conjuntar las estructuras organizativas, los centros y los servicios.
- c) Coordinación general de la sanidad.
- d) Relaciones internacionales sanitarias.
- e) Normativa sobre productos farmacéuticos.
- f) Bases del medio ambiente.
- g) Estadísticas sanitarias.
- h) Supervisión general de las acciones realizadas en virtud de delegación.

Ahora bien, para que todo el conjunto tenga la armonía y la coherencia necesarias, parece obligado, previamente a cualquier otra iniciativa, dejar claramente delimitado el alcance de la exclusividad del Estado respecto de sus competencias, la extensión de las funciones y obligaciones de las Comunidades en las materias que se deleguen o transfieran dentro de la autorización del artículo 150.2, así como el significado preciso de bases de la sanidad, legislación básica de la seguridad social, coordinación general y otros conceptos similares que son ambiguos en el texto constitucional.

A pesar de estas imprecisiones, se abren a las Comunidades autónomas posibilidades reales de organizar su salud pública en una perspectiva superadora de la mera descentralización. De hecho, estas posibilidades, que podían adoptar un número teóricamente ilimitado de formas, se han concretado en tres esquemas organizativos, tal vez por el mimetismo suscitado a partir de la redacción de los primeros Estatutos por las Comunidades de más antigua tradición autonómica (Cataluña, Euskadi y Galicia), tal vez por la racionalización introducida por el pacto a que hemos hecho referencia en las extremadamente variadas formas que podían derivarse de combinar los elementos susceptibles de ser introducidos en los Estatutos. Al final, el resultado son tres únicos esquemas de articulación de las competencias sanitarias, a saber:

- 1.º Esquema de Comunidades tradicionales.
- 2.º Esquema complejo de Comunidades poliprovinciales.
- 3.º Esquema simple de Comunidades poliprovinciales y Comunidades uniprovinciales.

Esta esquematización tiene más valor didáctico que realidad geográfica, como se ha de ver.

ESQUEMA DE COMUNIDADES TRADICIONALES

Corresponden a las que plebiscitaron su Estatuto de acuerdo con el artículo 151 de la Constitución española, aunque no exclusivamente, por cuanto las Comunidades valenciana y navarra las han adoptado. De acuerdo con él, corresponde a la Comunidad autónoma en materia sanitaria:

- a) La legislación, reglamentación y ejecución de la higiene y sanidad.
- b) El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, medio ambiente, ordenación farmacéutica y seguridad social, exceptuadas las normas del régimen económico de la misma.
- c) La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.
- d) La organización, administración de todos los servicios relacionados con las materias sanitarias.
- e) La tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de sanidad y seguridad social.

De este esquema general se deducen las siguientes reglas a las que deben hacerse las excepciones que se expresan:

- 1.^a Cataluña, Euskadi, Andalucía y Navarra tienen competencia exclusiva, es decir, las potestades legislativa y reglamentaria, y la función ejecutiva de la salud pública tal y como hemos planteado este término en el punto D de este capítulo, o sea, la ordenación del territorio, las obras públicas comunitarias, las aguas minerales y termales, la promoción del deporte y el ocio, así como el genérico sanidad e higiene, dentro de lo dispuesto en el artículo 149.1 de la Constitución. Galicia excluye de este nivel de competencia, la sanidad e higiene. Cataluña y Euskadi afirman en sus Estatutos la voluntad de recabar para sí la competencia exclusiva sobre la ordenación farmacéutica «dentro de lo dispuesto en el artículo 149 de la Constitución» que justamente se reserva para el Estatuto la legislación sobre los productos farmacéuticos.
- 2.^a Todas ellas asumen el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación del Estado en materia de medio ambiente, contaminación de su territorio, sanidad interior y seguridad social (excepto normas sobre régimen económico), así como la legislación que afecta a productos farmacéuticos (excepto Andalucía).
- 3.^a La ejecución de la legislación del Estado en materia de vertidos industriales y contaminación de las aguas territoriales del Estado en los límites geográficos de la Comunidad. Andalucía sitúa aquí su asunción de competencias sobre productos farmacéuticos.
- 4.^a Gestión del régimen económico de la Seguridad Social.
- 5.^a Organización y administración de todos los servicios sanitarios.
- 6.^a Tutela de instituciones y fundaciones.

ESQUEMA DE COMUNIDADES PLURIPROVINCIALES COMPLEJO

Asumido por Aragón y previsto en el primer Estatuto Castilla-León, entre las más significadas Comunidades.

De acuerdo con este esquema corresponde a las mismas:

- 1.^o La competencia exclusiva, es decir, las potestades legislativa y reglamentaria y la función ejecutiva en el marco de lo dispuesto en el artículo 149 de la Constitución sobre la salud pública en toda su extensión en los términos ya comentados.
- 2.^o El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en la defensa del consumidor y usuario y la coordinación hospitalaria en general, incluida, lógicamente, la seguridad social.

- 3.º La ejecución de la legislación del Estado sobre protección del medio ambiente.
- 4.º Queda abierta la posibilidad de asumir competencias en materia de seguridad social, colegios profesionales y productos farmacéuticos a los cinco años de vida autónoma o mediante Leyes Orgánicas de transferencias o delegación (art. 150).

ESQUEMA SIMPLE DE COMUNIDADES PLURIPROVINCIALES Y UNIPROVINCIALES

Seguido por Cantabria, La Rioja, Asturias y Murcia, pero también por Castilla-La Mancha, Canarias y Extremadura.

De acuerdo con la articulación de competencias adoptada, corresponde a estas Comunidades:

- 1.º La potestad legislativa y reglamentaria y la función ejecutiva (en el Estatuto se habla de competencia exclusiva) sobre las aguas minerales y termales, el deporte y el ocio, la ordenación del territorio, urbanismo y vivienda y las obras públicas. Se excluye, pues, la «Sanidad e Higiene» como competencia exclusiva.
- 2.º El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, de la sanidad e higiene, incluyendo explícitamente la coordinación hospitalaria en general y la de la seguridad social en particular, algunos Estatutos.
- 3.º La ejecución de la legislación del Estado en materia de medio ambiente.
- 4.º Permanece abierta la posibilidad de asumir otras competencias, explícitamente las referentes a productos farmacéuticos, o bien a los cinco años del proceso autonómico o mediante delegación o transferencia estatal mediante los procedimientos ya expuestos.

Dos últimas precisiones son obligadas:

Primera. Los Estatutos de autonomía de las Comunidades tradicionales incluyen la aceptación de la alta inspección del Estado sobre el cumplimiento de las funciones que en virtud de las competencias no exclusivas realicen estas Comunidades. alta inspección que parece jurídicamente extendible a todas las Comunidades, aun cuando no se especifique de forma expresa en sus textos autonómicos fundamentales.

Segunda. A pesar de la cautela «dentro de lo dispuesto en el artículo 149.1 de la Constitución», es de dudosa prudencia aceptar la coexistencia de competencias exclusivas de Estado y Comunidades autónomas sin una inmediata delimitación de lo que está dentro y de lo que está fuera.

JUICIO PROXIMO SOBRE EL PROCESO DE TRANSFERENCIAS

Analizando el marco legal expuesto en el capítulo anterior reconocemos, junto a las imprecisiones reseñadas que pueden ser ocasión de conflicto de competencias, la existencia de tres categorías de Comunidades autónomas, aun cuando esta tripartición pueda ser unificada con el tiempo. Por lo pronto hay, a efectos sanitarios, Comunidades de competencias plenas, medias y mínimas, si bien en una perspectiva temporal todas las Comunidades podrán tener las mismas competencias, el mismo techo de competencias. Dichas así las cosas, podría parecer la apreciación de una injusticia, cuando lo real es que —honestamente— no pueden atribuirse, *hic et nunc*, a todas las Comunidades las mismas competencias sanitarias, so pena de un desorden que afectaría a la salud de sus comuneros, dado que no todos están en el mismo nivel de desarrollo administrativo, ni en todas ellas están situados los mismos recursos estatales transferibles con los que pudiera hacerse frente a las responsabilidades. En este sentido, la igualdad en la atribución de responsabilidades sería la desigualdad en los resultados. Por ello, afirmada la voluntad autonómica, es preciso juzgarla no mediante el análisis de la declaración de principios, sino mirando el ritmo, la cantidad y la calidad de las competencias transferidas de hecho por la Administración central a las Administraciones autónomas. Igualmente, para juzgar la voluntad autonómica, es preciso tomar nota de las rectificaciones que se hayan introducido para corregir los casi necesarios errores inherentes a un proceso que rompe la secular inercia administrativa española, centralista desde el siglo xv, y que de no corregirse pueden poner en cuestión la predicada pero no demostrada bondad del Estado de las Autonomías. Se trata, pues, en este capítulo, de analizar el proceso de transferencias, estudiar los errores cometidos en el paso centro-periferia y estudiar el cómo de su corrección para de este modo juzgar si verdaderamente se desea por el Gobierno la autonomía que se predica.

Por sendos Decretos se han ido transfiriendo funciones y competencias sanitarias desde la Administración del Estado a los Consejos o Juntas autonómicas, al mismo tiempo que se hacían las oportunas adscripciones de personal, cesiones patrimoniales y transferencias presupuestarias, previos los acuerdos oportunos, a través de unas Comisiones mixtas de representantes de ambos Organos elaboradores de las correspondientes propuestas. Llama la atención, sin embargo, la identidad de los paquetes de materias sanitarias transferidas, que chocan con las más que probables diferencias entre la organización administrativa, por no decir los problemas sanitarios, de las distintas Comunidades. Las materias cuya transferencia se realizó de esta forma tan automática, han sido:

- Actividades sanitarias relacionadas con los establecimientos e industrias molestas, insalubres, nocivas o peligrosas.

- Control sanitario de las aguas de bebida, aguas residuales, residuos sólidos, contaminación atmosférica, vivienda y urbanismo, locales y edificios de convivencia pública o colectiva y, en general, medio ambiente en que se desenvuelve la vida humana.
- Control de la publicidad médico-farmacéutica.
- La policía sanitaria mortuoria (cadáveres y cementerios).
- Estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden positiva y negativamente en la salud humana.
- Los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud (higiene maternal e infantil, escolar, laboral, industrial, deportiva, mental, educación sanitaria), así como a las acciones sanitarias permanentes en materia de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Formación en materia de salud pública.
- Autorización para la creación de centros, servicios y establecimientos sanitarios, excepto laboratorios farmacéuticos.
- Control sanitario de la producción, almacenamiento, manipulación, transporte y venta de alimentos en el ámbito de la Comunidad.

Sobre estas acciones la Comunidad tiene, en virtud de transferencia, las funciones de inspección, organización, dirección, resolución, control, vigilancia y sanción, obviando, claro está, la alta inspección a la que nos hemos referido anteriormente.

Reciben, pues, las Comunidades autónomas, sin tener una conciencia clara del compromiso que aceptaban y sólo por la dinámica generada por el deseo de las distintas autonomías de «tener en qué mandar» para demostrar su vocación autónoma, la competencia plena y total sobre prácticamente todas las actividades de la salud pública, si exceptuamos las referidas a la restauración de la salud. Pues bien, estas acciones —que en otros momentos realiza el Estado con su Administración propia—, apoyada con unidades técnicas y administrativas centrales, pasan repentinamente a ser realizadas por las incipientes Administraciones autónomas sin apoyo técnico ni experiencia administrativa. Tal parece como si el Gobierno (decimos esto en 1982) quisiera librarse de la responsabilidad y el desgaste político de una labor sanitaria juzgada muy críticamente, compartiéndola, por no decir arrojándola sobre sus hombros, con las Administraciones autónomas donde otros son los que gobiernan. De pasada es preciso dejar constancia del deterioro sanitario, organizativo y funcional, que se introdujo desde la creación del Ministerio de Sanidad hasta este momento, deterioro particularmente grave en las provincias donde la desaparición de las Jefaturas Provinciales de Sanidad dejó sin autoridad sanitaria al nivel periférico. En un momento posterior las transferencias de competencias dejan paso a las transferencias de servicios a través de unas normas más reposadas, en las que juegan tanto los elementos jurídicos cuanto los económicos, puesto que los servicios a

traspasar son valorados en función de los recursos, asimismo traspasados para gestionarlos y no sólo por la abstracta competencia, vacía de contenido por falta de recursos, y la concreción de los mismos se realiza fijando la fecha de su efectividad por parte de la Comunidad que los recibe. De este modo se corrigen, ciertamente, los defectos del primer procedimiento, que más parecía la atribución de regalos envenenados que efectivas transferencias de poder. Siguiendo este segundo procedimiento será realizado paso a paso y Comunidad a Comunidad el traspaso de los centros sanitarios —hospitales y consultorios—, dependientes anteriormente del Estado (Administración Institucional de la Sanidad Nacional), todas funciones de inspección sanitaria (sólo queda en el Estado la llamada Alta Inspección, que no se define ni en su contenido ni en su alcance) y los centros de cuidados médicos dependientes de la Seguridad Social. Este procedimiento, de aplicación limitada actualmente a las transferencias que siguen el esquema de Comunidades tradicionales, incluido Canarias a favor de la LOTRACA, no está sino iniciado, y ya ha manifestado el grave inconveniente de los déficit económicos crónicos de tales servicios, corregidos en régimen de gestión estatal centralizada por suplementos de crédito recogidos en Presupuestos Extraordinarios de lenta, bien que segura, tramitación, pero que, en régimen de gestión autonómica, puede provocar la quiebra del crédito a la misma y que ha provocado, por lo pronto, un desconcierto en la contabilidad estatal, pues, en espera de recibir la compensación exigida por los déficit, la economía autonómica no ha cerrado sus cuentas de explotación del año 1981, impidiendo el cierre de las del Estado. Ya se han elevado voces, en las Comisiones mixtas, rechazando la transferencia de tales servicios; más parece que la Administración del Estado quiere librarse de ellos que cederlos generosamente.

El proceso de transferencias, que debe ser realizado con coherencia, generosidad y armonía, se está realizando con precipitación y cicatería, al menos en el campo que nos ocupa, lo cual puede significar la coexistencia en el territorio español de varios modelos sanitarios diferentes, distintos niveles de atención médica, diferencias sustanciales en los niveles de salud de las distintas Comunidades, cuando no distintos derechos sanitarios reales para sus ciudadanos. Tal como están las cosas se puede afirmar que la dinámica iniciada a partir de la atribución de competencias y el traslado de servicios del centro a la periferia supone, a la vez, la puesta en marcha de un alud imprevisible o incontenible y la minimización de las ventajas de la autonomía sanitaria, todo ello agravado por la puesta en marcha del proceso sin la clasificación legislativa exigida por la ambigüedades comentadas. Al no existir el cauce que enmarque las políticas sanitarias autonómicas necesariamente diversas en su acción, pero necesariamente unitarias en su esencia, el desbordamiento es previsible al no facilitar los primeros pasos de la andadura sanitaria no centralista. Tal parecían padres que, emitiendo un doble mensaje, introducían a sus hijos, descoscos por otro lado de estrenar su

libertad, en un camino esquizofrénico. Por otro lado, no sería honesto ni tal vez posible frenar las iniciativas de las Comunidades en este campo a la espera de la definición o diseño del proceso por parte de las autoridades centrales, con lo que las perspectivas del quehacer sanitario autónomo son poco esperanzadoras. Estamos, pues, ante la posibilidad de dudar de la voluntad autonómica de los predicadores, por cuanto han abrumado con la atribución de funciones y han empobrecido con la restricción de los recursos que las acompañan. Ahora bien, el cambio de Gobierno que se inicia a partir de diciembre de 1982 permite imponer la corrección de estos defectos, por cuanto en la mesa de negociación podrán estar representados partidos con contrastada voluntad autonómica.

CONSIDERACIONES SOBRE LAS TRANSFERENCIAS DE INSALUD

Pudiendo recibir las competencias de Seguridad Social las Comunidades que han accedido al régimen autonómico por la vía del artículo 151, a las que acompañan Canarias, Valencia y Navarra a favor de Leyes orgánicas especiales, hasta el momento el desarrollo del proceso de transferencias sólo se concreta en Cataluña. Tal proceso, iniciado y terminado durante el año 1981, ha tenido tres fases diferenciadas: traspaso de las competencias referidas a inversiones (24 de julio de 1981), traspaso de la gestión de los conciertos con entidades ajenas a la Seguridad Social para la prestación de los servicios sanitarios de los que está obligada (1 de agosto de 1981), traspaso de todos los servicios y funciones de INSALUD, incluidos los de inspección y las que correspondería a los servicios centrales. Con breves palabras, todas las funciones de INSALUD han sido transferidas.

Los principios que han regido, hasta el presente, estas transferencias supeditan la gestión de los centros, servicios y funciones que se traspasan a la legislación básica del Estado y se suponen abiertos a la alta inspección estatal, una y otra sin regular hasta la fecha, por cuanto la iniciativa de ordenar por decreto (2824/1981, de Planificación y Coordinación Sanitaria) la dispersión naciente resultó fallida por escaso rango normativo de la norma y su posible anticonstitucionalidad.

Las transferencias de INSALUD, iniciadas y completadas en Cataluña, adquirirán su máxima velocidad en el transcurso del año 1983, cuando las Comunidades que tienen derecho a las mismas las reciban. En tal supuesto, el 51 por 100 de las actividades de INSALUD estarán en manos autonómicas (hoy día están el 15 por 100 en manos catalanas), sin que se hayan previsto las medidas cautelares para asegurar la continuidad de la prestación sanitaria y garantizar la plena cobertura asistencial de la población protegida.

Hoy por hoy están pendientes de resolver los problemas de la dependencia del personal, los que se derivan de la competencia exclusiva del Estado de

las normas que configuran el régimen económico de la Seguridad Social y la adaptación a las peculiaridades de ésta del método para el cálculo de los costes de los servicios transferidos aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas en cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 8/1980, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

En el estricto marco de las competencias de Seguridad Social estamos asistiendo, igualmente, a problemas derivados de la ambigüedad de los conceptos constitucionales, de la premura con que se aprobaron los textos estatutarios y la falta de una legislación básica en este campo de nueva redacción. Limitados, hoy por hoy, los problemas a la única Comunidad que ha recibido estas competencias, no es jeremiaco afirmar que en enero de 1983 se extenderán a todas las que tienen el derecho a ellas, por cuanto no se han resuelto jurídicamente los siguientes interrogantes: ¿Quién asume los déficit de gestión atribuibles a la Comunidad, si se producen? Si es necesaria una transferencia de crédito de inversiones a gastos corrientes en el presupuesto total del sistema, ¿de qué modo contribuyen a la misma las partidas globalmente transferidas? ¿Qué significa —en último término— la gestión del régimen económico de la Seguridad Social? La contestación catalana a esta última pregunta alcanza, de hecho, hasta la elaboración, en principio, del presupuesto. La lectura central de la competencia es una resolución de diciembre de 1981, en la que se determina que las Comunidades recibirán el presupuesto elaborado, para su estricta aplicación, por partidas mensuales giradas a la cuenta correspondiente del Banco de España. Esta actitud interpretativa de la Administración central fue recurrida ante el Tribunal Constitucional, aunque de hecho el conflicto se resolvió mediante una negociación intrapartidos (UCD, Unión de Centro Democrático, sostén del Gobierno central hasta 1982, y Convergencia y Unión, mayoritario en Cataluña, ambos en la derecha del espectro político), que dio luz a una interpretación más autonómica por temor a las consecuencias de una sentencia totalmente autonomista —olvidando algo tan elemental como es que las Administraciones autonómicas están en manos de tres partidos más, con diferentes orientaciones, tanto en los límites de las autonomías cuanto en sus filosofías sanitarias—. La prudencia política y lógica jurídica aconsejan la delimitación por Ley de las ambigüedades o la aceptación de la doctrina emitida por el Alto Tribunal con todas las consecuencias. Mientras tanto, las acciones sanitarias enmarcadas en INSALUD y ejecutadas por la Generalidad no son ni vigiladas ni controladas, pues han sido sustraídas a la vigilancia y control del Consejo General de este Instituto y no se ha constituido ningún Consejo autonómico que haga sus veces.

ACCIONES QUE SE JUZGAN NECESARIAS EN EL FUTURO PROXIMO

Si es, pues, legítimo afirmar que la rapidez, la innecesaria intensidad y la infravaloración económica de las transferencias, junto con la no corrección de las ambigüedades han operado en sentido contrario a la verbal voluntad autonómica, puesto que a los ojos de la población y de los contribuyentes la responsabilidad de los fallos carga sobre el sistema y no sobre la de los contribuyentes, cuando en realidad estaba en la improvisación con la que se ha conducido el proceso, debemos corregir de inmediato aquellas deficiencias porque los principios sanitarios afirman la necesidad de autonomizar la acción. De tal improvisación se han derivado —sanitariamente hablando— tantas ambigüedades en la determinación de atribuciones y obligaciones cuantas nacían de la definición como «exclusiva» para ambos, Comunidades y Estado, de las competencias sobre sanidad e higiene, complicando aún más la situación fáctica de competencias a aquéllas sin haber definido previamente las funciones constitucionalmente obligadas de éste, enmarañándose definitivamente al no haberse definido el cómo ni el cuándo de la obligada para el Estado coordinación general de la sanidad. Por otro lado, también se echa de menos la concreción jurídica del principio, aceptado por todos, de la alta inspección estatal sobre las funciones delegadas en régimen de no-exclusividad.

En buena lógica, si pretendemos construir el Estado de las Autonomías, tendríamos que determinar el destino último y los pasos a dar antes de iniciar el camino, incluso con todo lo que de incertidumbre tiene la andadura por sendas desconocidas en la tradición administrativa española; de ahí que parezca necesario:

- 1.º Delimitar en lo posible el significado, el alcance, de la exclusividad en las competencias sanitarias tanto del Estado como de las Comunidades, eliminando las ambigüedades.
- 2.º Determinar las obligaciones de la Administración del estado y consecuentemente las de las Administraciones autonómicas.
- 3.º Tomar las decisiones necesarias sobre las funciones que no se van a delegar o transferir aun cuando pudieran serlo, de acuerdo con el artículo 150.2.
- 4.º Articular e institucionalizar la coordinación general de la sanidad.
- 5.º Definir el contenido de la alta inspección.
- 6.º Articular la cooperación técnica.

No es preciso señalar que todas estas tareas de ordenación del proceso autonómico sanitario deben ser realizadas mediante una Ley, precisamente la Ley de Bases que pide el artículo 149, o la Ley que «establezca los derechos

y deberes de todos» que se anuncia en el 43. La exigencia de una Ley es lo que ha hecho inútil y contraproducente la iniciativa gubernamental de corregir por medio del Decreto de Planificación y Coordinación Sanitaria alguno de los errores enunciados provocando un conflicto inútil con las Comunidades más sensibles a su propia autonomía y, en último término, retrasando todo el proceso, al tener que esperar el dictamen de anticonstitucionalidad solicitado, por posible vulneración de la jerarquía normativa, al Tribunal Constitucional. De algún modo todo el proceso autonómico, no sólo el sanitario, se ha visto ensombrecido por la ambigüedad de las definiciones y la improvisación señalada, por lo que traumáticamente se ha buscado clasificarlo mediante una Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico (LOAPA) que requiere, pues, mayoría cualificada, fruto —como ya se ha dicho— de un pacto entre los partidos mayoritarios, de proyección estatal. Esta Ley, fuertemente contestada por los partidos no estatales, además del Comunista, que será la primera que se someta a «previa» consulta de inconstitucionalidad ante el Alto Tribunal español, pretende justamente delimitar competencias y funciones de Estado, Comunidades autónomas, Gobierno y Cortes Generales mediante seis afirmaciones esenciales:

- a) En las competencias exclusivas de las Comunidades no podrá haber interferencias del Gobierno ni de las Cortes Generales. Ahora bien, las normas que el Estado dicte en el ejercicio de sus competencias exclusivas prevalecerán, en todo caso, sobre las normas de las Comunidades. Prima la exclusividad del Estado sobre la exclusividad de la Autonomía.
- b) La expresión bases, legislación básica o normas básicas, significa los principios generales y reglas esenciales de la regulación de la materia de que se trate y, en todo caso, los criterios generales y comunes a que habrán de acomodarse necesariamente las normas autonómicas de desarrollo.
- c) Las bases no podrán reservar al Gobierno poderes reglamentarios o de ejecución, excepto cuando afecten a intereses generales o exijan en su tratamiento prescripciones uniformes.
- d) A falta de legislación básica actualizada, podrán desarrollarse legislativamente los principios contenidos en el derecho estatal vigente.
- e) El Estado podrá dictar —por razones de interés general— Leyes que armonicen las disposiciones autonómicas *antes o después* de dictadas éstas, previa su audiencia.
- f) Se institucionalizan unas Conferencias Sectoriales de Consejeros Sectoriales, que deben reunirse dos veces al año.

Reconociendo que la LOAPA puede ser un instrumento eficaz para armonizar el proceso autonómico, es preciso hacer presente que con esta Ley no se han resuelto satisfactoriamente todos los cabos sueltos a los que hacemos referencia en el sector sanitario.

Particularmente grave es apelar, a falta de nueva legislación básica, a la vigente, dado que la Ley Sanitaria data de 1944 y sus principios están ampliamente superados. De hecho no podrían ser tenidos en cuenta por solas razones científicas por los legisladores autonómicos y, consecuentemente, habría una ruptura fáctica de la legalidad que sería, siempre, mejor que una sanidad anclada en el pasado.

Se hace necesaria una Ley de Bases de la Salud Pública que corrija radicalmente los problemas señalados, so pena de que los accidentales defectos de la autonomía sanitaria nos lleven a épocas que todos deseamos olvidar.

ESTATUTOS DE AUTONOMIA

Competencias sobre Sanidad y Seguridad Social de las Comunidades autónomas constituidas al amparo del artículo 151 y disposiciones transitorias primera y segunda de la Constitución

<p>PAIS VASCO Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre («BOE» 22-12-1979)</p>	<p>CATALUÑA Ley Orgánica 1/1979, de 18 de diciembre («BOE» 22-12-1979)</p>	<p>GALICIA Ley Orgánica 1/1981, de 8 de abril («BOE» 28-4-1981)</p>	<p>ANDALUCIA Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre («BOE» 11-1-1982)</p>
<p><i>Artículo 10</i></p> <p>La Comunidad autónoma del País Vasco tiene competencia exclusiva en las siguientes materias:</p> <p>.....</p> <p>15. Ordenación farmacéutica de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 149, 1. 16.^a, de la Constitución, e higiene, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 18 de este Estatuto.</p> <p>.....</p>	<p><i>Artículo 9.^o</i></p> <p>La Generalidad de Cataluña tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:</p> <p>.....</p> <p>11. Higiene, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 17 de este Estatuto.</p> <p>.....</p>	<p><i>Artículo 28</i></p> <p>Es competencia de la Comunidad autónoma gallega el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación del Estado en los términos que la misma establezca, de las siguientes materias:</p> <p>.....</p> <p>8. Establecimientos farmacéuticos.</p> <p>.....</p>	<p><i>Artículo 13</i></p> <p>La Comunidad autónoma de Andalucía tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:</p> <p>.....</p> <p>21. Sanidad e higiene, sin perjuicio de lo que establece el artículo 149, 1. 16.^a, de la Constitución.</p> <p>.....</p>
<p><i>Artículo 18</i></p> <p>1. Corresponde al País Vasco el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.</p> <p>2. En materia de Seguridad Social corresponderán al País Vasco:</p> <p>a) El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma.</p>	<p><i>Artículo 17</i></p> <p>1. Corresponde a la Generalidad de Cataluña el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.</p> <p>2. En materia de Seguridad Social corresponderá a la Generalidad de Cataluña:</p> <p>a) El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma.</p>	<p><i>Artículo 33</i></p> <p>1. Corresponde a la Comunidad autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.</p> <p>2. En materia de Seguridad Social corresponderá a la Comunidad autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma.</p>	<p><i>Artículo 20</i></p> <p>1. Corresponde a la Comunidad autónoma de Andalucía el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.</p> <p>2. En materia de Seguridad Social corresponderá a la Comunidad autónoma:</p> <p>a) El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma.</p>

<p>PAIS VASCO Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre («BOE» 22-12-1979)</p>	<p>CATALUÑA Ley Orgánica 1/1979, de 18 de diciembre («BOE» 22-12-1979)</p>	<p>GALICIA Ley Orgánica 1/1981, de 8 de abril («BOE» 28-4-1981)</p>	<p>ANDALUCIA Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre («BOE» 11-1-1982)</p>
<p>b) La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.</p> <p>3. Corresponderá también al País Vasco la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.</p> <p>4. La Comunidad autónoma podrá organizar y administrar a tales fines, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.</p> <p>5. Los poderes públicos vascos ajustarán el ejercicio de las competencias que asuman en materia de Sanidad y Seguridad Social a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los sindicatos de trabajadores y asociaciones empresariales en los términos que la Ley establezca.</p> <p><i>Disposiciones transitorias</i></p> <p>Quinta. La Comisión Mixta de Transferencias que se crea para la aplicación de este Estatuto establecerá los oportunos convenios, mediante los cuales la Comunidad autónoma asumirá la gestión del régimen económico de la Seguridad Social, dentro de su carácter unitario y del respeto al principio de solidaridad, según los procedimientos, plazos y compromisos que, para una ordenada gestión, se contengan en tales convenios.</p>	<p>b) La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.</p> <p>3. Corresponderá también a la Generalidad de Cataluña la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.</p> <p>4. La Generalidad de Cataluña podrá organizar y administrar a tales fines, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.</p> <p>5. La Generalidad de Cataluña ajustará el ejercicio de las competencias que asuma en materia de Sanidad y Seguridad Social a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los sindicatos de trabajadores y asociaciones empresariales en los términos que la Ley establezca.</p>	<p>Corresponde también a la Comunidad autónoma la gestión del régimen económico de la Seguridad Social en Galicia, sin perjuicio de la Caja Unica.</p> <p>3. Corresponderá también a la Comunidad autónoma la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.</p> <p>4. La Comunidad autónoma podrá organizar y administrar a tales fines y dentro de su territorio todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.</p>	<p>b) La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.</p> <p>3. Corresponderá también a la Comunidad autónoma de Andalucía la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.</p> <p>4. La Comunidad autónoma de Andalucía podrá organizar y administrar a tales fines, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.</p> <p>5. La Comunidad autónoma de Andalucía ajustará el ejercicio de las competencias que asuma en materia de Sanidad y Seguridad Social a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los sindicatos de trabajadores y asociaciones empresariales en los términos que la Ley establezca.</p>

ESTATUTOS DE AUTONOMIA

Competencias sobre Sanidad y Seguridad Social de las Comunidades autónomas constituidas al amparo del artículo 143 de la Constitución y ampliadas por posteriores Leyes Orgánicas

COMUNIDAD VALENCIANA Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio («BOE» 10-7-1982)	CANARIAS Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)	COMUNIDAD VALENCIANA Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio («BOE» 10-7-1982)	CANARIAS Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)
<p><i>Artículo 31</i></p> <p>La Generalidad valenciana tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:</p> <p>11. Higiene, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 38 de este Estatuto.</p> <p>19. Ordenación farmacéutica, sin perjuicio de lo dispuesto en el número 16 del apartado 1) del artículo 149 de la Constitución.</p> <p><i>Artículo 38</i></p> <p>1. Corresponde a la Generalidad valenciana el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.</p> <p>2. En materia de Seguridad Social corresponderá a la Generalidad valenciana:</p> <p>a) El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma,</p>	<p><i>Artículo 32</i></p> <p>En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde a la Comunidad autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias:</p> <p>7. Sanidad e higiene.</p> <p>9. Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.</p>	<p>b) La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.</p> <p>3. Corresponderá también a la Generalidad valenciana la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.</p> <p>4. La Generalidad valenciana podrá organizar y administrar, a tales fines, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.</p> <p>5. La Generalidad valenciana ajustará el ejercicio de las competencias que asuma en materia de Sanidad y Seguridad Social a efectos de participación democrática de todos los interesados, así como de los sindicatos de trabajadores y asociaciones empresariales en los términos que la Ley establezca.</p>	<p><i>Artículo 34</i></p> <p>La Comunidad autónoma de Canarias ejercerá también competencias en los términos que en el artículo siguiente se señalan en las siguientes materias:</p> <p>B) Competencia de ejecución:</p> <p>3. Ejecución de los servicios de la Seguridad Social.</p> <p><i>Artículo 35</i></p> <p>La asunción de las competencias previstas en el artículo anterior, cuyo ejercicio se realizará con sujeción a la legislación del Estado, en los casos que así lo exija el artículo 149, 1, de la Constitución, se efectuará por alguno de los procedimientos siguientes:</p>

<p>COMUNIDAD VALENCIANA Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio («BOE» 10-7-1982)</p>	<p>CANARIAS Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)</p>	<p>COMUNIDAD VALENCIANA Ley Orgánica 12/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)</p>	<p>CANARIAS Ley Orgánica 11/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)</p>
<p><i>Disposiciones transitorias</i></p> <p>Primera. Con la aprobación del presente Estatuto, y hasta tanto se ejercite la competencia estatal contemplada en el artículo 150, 2. de la Constitución, todas las competencias comprendidas en el título III del presente Estatuto podrán ser asumidas desde su entrada en vigor, de acuerdo con los criterios que a continuación se establecen:</p> <p>a) Las facultades de ejecución de la legislación que corresponden al Estado en dichas materias, conforme al artículo 149 de la Constitución, serán asumidas por la Comunidad autónoma mediante los correspondientes Decretos de traspaso de los servicios necesarios para hacerlas efectivas, acordados por el procedimiento establecido en la disposición transitoria segunda del presente Estatuto.</p> <p>b) La potestad legislativa sobre tales materias, en cuanto no se encuentre reservada al Estado por la Constitución, podrá ser ejercida por la Comunidad con toda la amplitud prevista en el artículo 150 de aquélla.</p> <p>Segunda.</p>	<p>a) A través de los procedimientos establecidos en los números 1 y 2 del artículo 150 de la Constitución, bien a iniciativa del Parlamento de Canarias, del Gobierno de la Nación, del Congreso de los Diputados o del Senado.</p> <p>b) Transcurridos los cinco años previstos en el artículo 148, 2. de la Constitución, previo acuerdo del Parlamento de Canarias, adoptado por mayoría absoluta y mediante Ley orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo previsto en el artículo 147, 3. de la Constitución.</p>	<p>noma valenciana todas aquellas competencias correspondientes a materias de titularidad estatal comprendidas en el Estatuto de la Comunidad valenciana que excedan de las competencias configuradas en el artículo 148 de la Constitución, de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <p>a) Las facultades de ejecución de la legislación que corresponda al Estado en dichas materias conforme al artículo 149 de la Constitución serán asumidas por la Comunidad autónoma mediante los correspondientes Decretos de traspaso de los servicios necesarios para hacerlas efectivas, acordados por el procedimiento establecido en la disposición transitoria segunda del Estatuto de Autonomía de la Comunidad valenciana.</p> <p>b) La potestad legislativa sobre tales materias, en cuanto no se encuentren reservadas al Estado por la Constitución, podrá ser ejercida por la Comunidad con toda la amplitud prevista en el artículo 150 de aquélla.</p> <p>2. Sin perjuicio de las competencias de los Tribunales, así como de las específicas modalidades de control que sobre las facultades legislativas puedan establecer las leyes estatales a que se refiere el artículo 150 de la Constitución, la Comunidad autónoma ajustará el ejercicio de las facultades transferidas a los siguientes principios y controles:</p> <p>a) La Comunidad autónoma está obligada a facilitar a la Administración del Estado la información que ésta solicite sobre la gestión del servicio.</p> <p>b) Las facultades y servicios transferidos han de mantener, como mínimo, el nivel de eficacia que tenían antes de la transferencia; no podrán ser causa de desequilibrios financieros de la Comunidad</p>	<p>en los artículos de su Estatuto de Autonomía que por su naturaleza y por imperativo constitucional así lo exijan, de acuerdo con los criterios que a continuación se establecen:</p> <p>a) Las facultades de ejecución de la legislación que corresponda al Estado en dichas materias conforme al artículo 149 de la Constitución, serán asumidas por la Comunidad autónoma mediante los correspondientes Decretos de traspaso de servicios necesarios para hacerlas efectivas, acordados por el procedimiento establecido en la disposición transitoria cuarta del Estatuto de Autonomía de Canarias.</p> <p>b) La potestad legislativa sobre tales materias, en cuanto no se encuentre reservada al Estado por la Constitución, podrá ser ejercida por la Comunidad con toda la amplitud prevista en el artículo 150 de aquélla.</p> <p>Artículo 2.º</p> <p>1. Sin perjuicio de la competencia de los Tribunales, así como de las específicas modalidades de control que sobre las facultades legislativas puedan establecer las leyes estatales a que se refiere el artículo 150 de la Constitución, la Comunidad autónoma ajustará el ejercicio de las facultades transferidas a los siguientes principios y controles:</p> <p>a) La Comunidad autónoma está obligada a facilitar a la Administración del Estado la información que ésta solicite sobre la gestión del servicio.</p> <p>b) Las facultades y servicios transferidos han de mantener, como mínimo, el nivel de eficacia que tenían antes de la transferencia; no podrán ser causa de desequilibrios financieros de la Comunidad</p>

autónoma ajustará el ejercicio de las facultades transferidas a los siguientes principios y controles:

a) La Comunidad autónoma está obligada a facilitar a la Administración del Estado la información que ésta solicite sobre la gestión del servicio.

b) Las facultades y servicios transferidos han de mantener, como mínimo, el nivel de eficacia que tenían antes de la transferencia; no podrán ser causa de desequilibrios financieros de la Comunidad o de destrucción grave de los recursos naturales y económicos, así como tampoco podrán introducir desigualdad entre los individuos o grupos ni ir contra la solidaridad individual o colectiva de los españoles.

c) En caso de incumplimiento de los requisitos anteriores el Estado advertirá formalmente de ello a la Comunidad, y si ésta mantiene su actitud, el Gobierno podrá suspender a partir de los tres meses las facultades y servicios, dando cuenta de ello a las Cortes Generales, quienes resolverán sobre la procedencia de la decisión del Gobierno, levantando la suspensión o acordando la revocación del ejercicio de la facultad transferida.

2. En los Decretos concretos de traspaso se precisarán, además, los medios financieros que han de acompañarlos, así como, en su caso, otras fórmulas específicas de control sobre las facultades ejecutivas de la Comunidad autónoma que por Ley le corresponda al Estado.

Ley Orgánica 12/1982, de 10 de agosto
(«BOE» 16-8-1982)

Artículo 1.º

1. Por la presente Ley, el Estado, de acuerdo con el artículo 152. 2, de la Constitución, transfiere a la Comunidad autó-

pañoles.

c) En caso de incumplimiento de los requisitos anteriores, el Estado advertirá formalmente de ello a la Comunidad, y si ésta mantiene su actitud, el Gobierno podrá suspender a partir de los tres meses las facultades y servicios, dando cuenta de ello a la Cortes Generales, quienes resolverán sobre la procedencia de la decisión del Gobierno, levantando la suspensión o acordando la revocación del ejercicio de la facultad transferida.

3. En los Decretos concretos de traspaso se precisarán, además, los medios financieros que han de acompañarlos, así como, en su caso, otras fórmulas específicas de control sobre las facultades ejecutivas de la Comunidad autónoma que por Ley le correspondan al Estado.

Ley Orgánica 11/1982, de 10 de agosto
(«BOE» 16-8-1982)

Artículo 1.º

Se transfieren a la Comunidad autónoma de Canarias las facultades sobre las materias de titularidad estatal contenidas

pañoles.

c) En caso de incumplimiento de los requisitos anteriores, el Estado advertirá formalmente de ello a la Comunidad, y si ésta mantiene su actitud, el Gobierno podrá suspender a partir de los tres meses las facultades y servicios, dando cuenta de ello a la Cortes Generales, quienes resolverán la procedencia de la decisión del Gobierno, levantando la suspensión o acordando la revocación del ejercicio de la facultad transferida.

2. En los Decretos concretos de traspaso se precisarán, además, los medios financieros que han de acompañarlos, así como, en su caso, otras fórmulas específicas de control sobre las facultades ejecutivas de la Comunidad autónoma que por Ley le correspondan al Estado.

ESTATUTOS DE AUTONOMIA

Competencias sobre Sanidad y Seguridad Social de las Comunidades autónomas constituidas al amparo del artículo 143 de la Constitución

PRINCIPADO DE ASTURIAS Ley Orgánica 7/1981, de 30 de diciembre «BOE» 11-1-1982)	CANTABRJA Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre «BOE» 11-1-1982)	LA RIOJA Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio «BOE» 19-6-1982)	MURCIA Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio «BOE» 19-6-1982)
<p><i>Artículo 11</i></p> <p>En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde al Principado de Asturias, para el ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 148 de la Constitución el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias:</p> <p>-----</p> <p>g) Sanidad e higiene.</p> <p>-----</p> <p>j) Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.</p>	<p><i>Artículo 23</i></p> <p>En el marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, corresponde a la Diputación Regional de Cantabria el desarrollo legislativo y la ejecución de las siguientes materias:</p> <p>-----</p> <p>3. Sanidad e higiene.</p> <p>-----</p>	<p><i>Artículo 9.º</i></p> <p>En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde a la Comunidad autónoma de La Rioja el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias:</p> <p>-----</p> <p>5. Sanidad e higiene.</p> <p>-----</p> <p>9. La coordinación hospitalaria en general.</p>	<p><i>Artículo 11</i></p> <p>En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde a la Comunidad autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias:</p> <p>-----</p> <p>f) Sanidad e higiene.</p> <p>-----</p> <p>k) Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.</p>
<p><i>Artículo 13</i></p> <p>1. El Principado de Asturias, ejercerá también competencias en los términos que en el apartado segundo de este artículo se señalan, en las siguientes materias:</p> <p>-----</p> <p>h) Seguridad Social.</p> <p>-----</p> <p>j) Productos farmacéuticos.</p> <p>2. La asunción de las competencias</p>	<p><i>Artículo 25</i></p> <p>1. La Diputación Regional de Cantabria ejercerá también competencias en los términos que a continuación se señalan en las siguientes materias:</p> <p>-----</p> <p>k) Seguridad Social.</p> <p>-----</p> <p>2. La asunción de las competencias</p>	<p><i>Artículo 11</i></p> <p>1. La Comunidad autónoma de La Rioja ejercerá también competencias, en los términos que a continuación se señalan, en las siguientes materias u otras que excedan de lo previsto en el artículo 148.1 de la Constitución.</p> <p>-----</p> <p>g) Trabajo y Seguridad Social.</p> <p>-----</p> <p>2. La asunción de las competencias</p>	<p><i>Artículo 13</i></p> <p>1. La Comunidad autónoma ejercerá también competencia en los términos que en el apartado 2 de este artículo se señalan, en las siguientes materias:</p> <p>-----</p> <p>l) Gestión del régimen económico de la Seguridad Social.</p> <p>-----</p> <p>n) Productos farmacéuticos.</p> <p>2. La asunción de las competencias</p>

del Principado de Asturias adoptado por mayoría absoluta y previa Ley Orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo previsto en el artículo 147, 3. de la Constitución.

b) Mediante Leyes orgánicas de delegación o transferencia, siguiendo el procedimiento del artículo 150, 2, de la Constitución, bien a iniciativa de la Junta General del Principado, del Gobierno de la Nación, del Congreso de los Diputados o del Senado.

Tanto en uno como en otro procedimiento, la Ley Orgánica señalará las competencias que pasan a ser ejercidas por la Comunidad autónoma y los términos en que deben de llevarse a cabo.

Regional adoptado por mayoría absoluta y mediante Ley Orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo previsto en el artículo 147, 3, de la Constitución.

Segundo. A través de los procedimientos establecidos en los números 1 y 2 del artículo 150 de la Constitución, bien a iniciativa de la Asamblea Regional de Cantabria, del Gobierno de la Nación, del Congreso de los Diputados o del Senado.

General adoptado por mayoría absoluta y mediante Ley Orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo previsto en el artículo 147.3 de la Constitución.

Segundo. A través de los procedimientos establecidos en los números 1 y 2 del artículo 150 de la Constitución, bien a iniciativa de la Diputación General de La Rioja, bien a propuesta del Gobierno de la Nación, del Senado o del Congreso de los Diputados.

Tanto en uno como en otro procedimiento, la Ley Orgánica señalará las competencias que pasarán a ser ejercidas por la Comunidad autónoma y los términos en que deben llevarse a cabo.

Regional adoptado por mayoría absoluta, y previa Ley Orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo previsto en el artículo 147, 3, de la Constitución.

b) Mediante Ley Orgánica de delegación o transferencia, siguiendo el procedimiento del artículo 150, 2, de la Constitución, bien a iniciativa de la Asamblea Regional, del Gobierno de la Nación o del Congreso de los Diputados o del Senado.

Tanto en uno como en otro procedimiento, la Ley Orgánica señalará las competencias que pasen a ser ejercidas por la Comunidad autónoma y los términos en que deba llevarse a cabo.

* La Constitución lo recoge en el artículo 148, 2, no existiendo el número 3.

ESTATUTOS DE AUTONOMIA

Competencias sobre Sanidad y Seguridad Social de las Comunidades autónomas constituidas al amparo del artículo 143 de la Constitución

ARAGON Ley Orgánica 8/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)	CASTILLA-LA MANCHA Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)	ARAGON Ley Orgánica 8/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)	CASTILLA-LA MANCHA Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)
<p><i>Artículo 35</i></p> <p>1. Corresponde a la Comunidad autónoma de Aragón la competencia exclusiva en las siguientes materias:</p> <p>20. Sanidad e higiene.</p> <p>2. En el ejercicio de estas competencias corresponderá a la Comunidad autónoma de Aragón la potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva que ejercerá respetando, en todo caso, lo dispuesto en los artículos 140 y 149, 1, de la Constitución y en el presente Estatuto.</p> <p><i>Artículo 36</i></p> <p>1. En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde a la Comunidad autónoma de Aragón, para el ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 148 de la Constitución, el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias:</p> <p>c) Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.</p> <p><i>Artículo 37</i></p> <p>1. La Comunidad autónoma de Aragón ejercerá también competencias en los</p>	<p><i>Artículo 32</i></p> <p>En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, es competencia de la Junta de Comunidades el desarrollo legislativo y la ejecución en las materias siguientes:</p> <p>3. Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud. Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.</p> <p><i>Artículo 35</i></p> <p>1. La Junta de Comunidades ejercerá también competencias en los términos que</p>	<p>términos que en el apartado segundo de este artículo se señalan, en las siguientes materias:</p> <p>e) Seguridad Social.</p> <p>2. La asunción de las competencias previstas en el apartado anterior de este artículo, así como aquellas otras que reguladas en este Estatuto, estén incluidas en el ámbito del artículo 149, 1, de la Constitución, se realizarán por uno de los siguientes procedimientos:</p> <p>a) Transcurridos los cinco años previstos en el artículo 148, 2, de la Constitución, previo acuerdo de las Cortes de Aragón, adaptado por mayoría absoluta y previa Ley Orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo previsto en el artículo 147, 3, de la Constitución.</p> <p>b) Mediante leyes orgánicas de delegación o transferencia, siguiendo el procedimiento del artículo 150, 2, de la Constitución, bien a iniciativa de las Cortes de Aragón, del Gobierno de la Nación, del Congreso de los Diputados o del Senado.</p> <p>Tanto en uno como en otro procedimiento, la Ley Orgánica señalará las competencias que pasan a ser ejercidas por la Comunidad autónoma y los términos en que deben de llevarse a cabo.</p>	<p>en el apartado segundo de este artículo se señalan, en las siguientes materias:</p> <p>h) Ordenación farmacéutica.</p> <p>i) Seguridad Social.</p> <p>2. La asunción de las competencias relativas a las materias enunciadas en el apartado anterior se realizará por uno de los procedimientos siguientes:</p> <p>Primero. Transcurridos los cinco años previstos en el artículo 148, 2, de la Constitución, previo acuerdo de las Cortes de Castilla-La Mancha adoptado por mayoría absoluta y mediante Ley Orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo dispuesto en el artículo 147, 3, de la Constitución.</p> <p>Segundo. A través de los procedimientos establecidos en los números 1 y 2 del artículo 150 de la Constitución, bien a iniciativa de las Cortes de Castilla-La Mancha, del Gobierno de la Nación, del Congreso de los Diputados o del Senado.</p>

ESTATUTOS DE AUTONOMIA

Competencias sobre Sanidad y Seguridad Social de la Comunidad Foral de Navarra constituida por reintegración y mejoramiento de su régimen foral

NAVARRA Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto «BOE» 16-8-1982)	NAVARRA Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)	NAVARRA Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto «BOE» 16-8-1982)	NAVARRA Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto («BOE» 16-8-1982)
<p><i>Artículo 42</i></p> <p>1. En las materias a las que se refiere el artículo 58 de la presente Ley y en las que con igual carácter se regulan en otros artículos de la misma, corresponden a la Comunidad Foral las siguientes potestades:</p> <p><i>a)</i> Reglamentaria, para la organización de sus propios servicios.</p> <p><i>b)</i> De administración, incluida la inspección.</p> <p><i>c)</i> Revisora en la vía administrativa.</p> <p>2. La Comunidad Foral ejercerá las potestades a las que se refiere el apartado anterior, de conformidad con las disposi-</p>	<p>ciones de carácter general que, en desarrollo de la legislación, dicte el Estado.</p> <p><i>Artículo 53</i></p> <p>1. En materia de sanidad interior e higiene corresponden a Navarra las facultades y competencias que actualmente ostenta y, además, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado.</p> <p>2. Dentro de su territorio, Navarra podrá organizar y administrar todos los servicios correspondientes a la materia a la que se refiere el apartado anterior, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones relacionadas con las mismas.</p>	<p>3. Sin perjuicio de lo establecido en los apartados anteriores, corresponde al Estado la coordinación y alta inspección conducente al cumplimiento de las facultades y competencias contenidas en este artículo.</p> <p><i>Artículo 54</i></p> <p>1. En materia de seguridad social, corresponde a Navarra:</p> <p><i>a)</i> El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la Seguridad Social.</p> <p><i>b)</i> La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.</p>	<p>2. Dentro de su territorio, Navarra podrá organizar y administrar todos los servicios correspondientes a las materias a las que se refiere el apartado anterior y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones relacionadas con las mismas.</p> <p>3. Corresponde al Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las facultades y competencias contenidas en este artículo.</p> <p><i>Artículo 58</i></p> <p>1. Corresponde a Navarra la ejecución de la legislación del Estado en las siguientes materias:</p> <p><i>g)</i> Establecimientos y productos farmacéuticos.</p>

COMUNICACIONES

Sobre la administración sanitaria provincial

Dr. JOSE MARIA FRANCIA VIÑA

El desigual desarrollo (por unas u otras circunstancias) del proceso autonómico en nuestro país y la necesidad de dar coherencia a la Administración del Estado en su conjunto, plantea el problema de delimitar con claridad las funciones que tanto la Administración autonómica como la Central del Estado están desarrollando y deben desarrollar en un futuro en cada Comunidad autónoma. Desarrollo de funciones y competencias que actualmente no es homogénea para todas las regiones del país y que precisa tanto una definición técnica como una clarificación política.

Es decir, que no se trata sólo de discutir una distribución concreta de competencias desde el punto de vista técnico, administrativo o jurídico, sino también y fundamentalmente de esbozar un modelo de Administración pública global que pueda servir sin ambigüedad alguna de referencia y de horizonte. Horizonte que probablemente, la situación de espera sobre el dictamen del Tribunal Constitucional sobre la LOAPA y los complejos problemas autonómicos vascos y catalanes impiden despejar lo que es imprescindible conocer cuanto antes en cuanto que proyecto político. Resulta, por tanto, evidente que no puede abordarse con rigor la delimitación a que antes hacíamos referencia de las funciones del Estado, en su dimensión central o autonómica y en sus niveles provinciales, regionales o nacionales, mientras se carezca de esa referencia básica y concreta del modelo de Administración pública que se quiere construir y del tipo de articulación funcional y administrativa con el que se pretende desarrollar la función pública. Pero también es cierto que podemos, partiendo de la situación por la que atraviesa nuestra Administración pública y el análisis sectorial de realidades concretas (en este caso, las sanitarias), urgir ese horizonte desde aportaciones o propuestas que deben someterse a una amplia discusión pública.

Este es el caso de la situación que vive la Administración sanitaria provincial, que requiere la urgente adopción de medidas de carácter político y administrativo para frenar, al menos, el acusado deterioro que se detecta en el ejercicio de las funciones que debería tener encomendadas.

Porque la creación, primero, de las Delegaciones Territoriales de Sanidad y Seguridad Social rompiendo la tradicional estructura sanitaria provincial, el proceso de transferencias en materia de Salud Pública y su peculiar asunción por el Consejo General de Castilla y León, la reconversión subsiguiente de las Delegaciones de Sanidad y Seguridad Social en Direcciones Provinciales de Sanidad y Consumo y la pervivencia «alíptica» del INSALUD como organismo desligado en la práctica de la Administración sanitaria del Estado, ha conducido a una situación de auténtico desorden en cuanto a la estructura provincial de la Administración sanitaria. En este contexto las líneas de dependencia administrativa se han desdibujado, existe una múltiple dirección sanitaria provincial (Dirección Provincial de la Salud, Dirección Provincial del INSALUD y Dirección Provincial de Sanidad y Consumo), sin interconexión orgánica alguna, incapaz de integrar recursos, de coordinar las más elementales actuaciones y sobre todo de adoptar las medidas de todo tipo que requiere la nueva situación y que reclaman las necesidades de los ciudadanos. Aunque quizá sea un poco pronto para adoptar una posición crítica a la espera de disposiciones legislativas de carácter general, lo cierto es que ni desde Madrid, ni desde Burgos, se clarifica por el momento el modelo de Administración en el que piensan desarrollar sus actuaciones el Gobierno del Estado y el Gobierno autonómico, es decir, no se clarifica en último término y se desconoce a estas alturas el ámbito administrativo que deberá regir e impulsar el cambio. Desde una perspectiva sindical es preciso dejar claro que la aplicación de los primeros gestos del Gobierno en cuanto a horarios y vacaciones de Navidad para funcionarios no se corresponden estrictamente todavía con un incremento en la rentabilidad del trabajo realizado, dada la ausencia de una planificación en profundidad de los contenidos de trabajo que requieren un cambio radical de nuestra estructura administrativa y evidentemente un estilo nuevo en la dirección de la misma.

Uno de los instrumentos fundamentales (aunque no el único), para el cambio sanitario lo constituye la racionalización y rentabilización de la Administración a nivel central, regional y provincial, y, en este caso, las medidas políticas encaminadas a acabar con la actual dispersión administrativa deberían tener carácter de urgencia, deberían considerarse como algo previo para poder llevar a buen término el desarrollo de la política del Gobierno. Mientras esto no se aborde en profundidad será imposible transformar nuestra Sanidad, como tantas otras parcelas de la vida pública, y la política del nuevo Gobierno chocará continuamente, no sólo con sus «enemigos naturales», sino también con una caótica situación administrativa (refugio de muchos de sus «enemigos naturales») que va a impedir cualquier actuación eficaz.

En el área sanitaria (y en general, en todo el ámbito periférico de la Administración Pública), parece evidente que las actuales Direcciones de Sanidad y Consumo, como enclaves provinciales de la Administración del

Estado, deben cambiar profundamente su cometido y significación, a medida que se profundice y consolide el proceso de transferencias a las Comunidades autónomas. Es decir, que el proceso de transferencias supone un cambio radical en cuanto a la situación actual y futuro de la Administración Provincial dependiente del Estado. Cambio de cometido administrativo y significación política que no va a ser homogéneo ni concurrente para todas las Comunidades autónomas, dado que tampoco ha sido ni va a ser homogéneo el ritmo mediante el cual se transfieran competencias de gestión efectivas. De manera que aun en el supuesto de que finalmente, y una vez concluido el proceso autonómico con carácter general, las actuales Direcciones Provinciales se convirtieran en meros servicios técnicos en el marco de las Delegaciones del Gobierno en cada Comunidad autónoma o en el ámbito de los respectivos Gobiernos Civiles, no se puede obviar el hecho de que en determinados ámbitos regionales como el nuestro, dado el retraso y la falta de consolidación del proceso autonómico, estas Direcciones Provinciales todavía tendrán que cumplir un importante cometido administrativo y, sobre todo, político.

Al margen, pues, de las funciones de alta inspección, coordinación y gestión de servicios que se le encomiende al Estado y cuya correcta definición es fundamental para el buen funcionamiento de la Administración Pública, es preciso, tener presente las funciones administrativas y políticas que todavía en algunas regiones deberán mantener las Direcciones Provinciales de la Administración del Estado para desarrollar con eficacia el proceso de transferencias, impedir el vacío administrativo y coordinar en el marco de los Gobiernos Civiles actuaciones dispersas del conjunto de organismos públicos hasta su definitiva adscripción.

Mientras no se comprenda bien que la médula de cualquier intento de reforma sanitaria pasa inexcusablemente por un urgente replanteamiento en profundidad de nuestra estructura administrativa, como garantía para el desarrollo de una política de cambio, será difícil superar esa situación tan conocida de conflicto y polémica con la que se suele jalonar históricamente sin apenas fruto cada intento de reforma sanitaria en nuestro país, sin decantar la organización sanitaria al servicio de los ciudadanos, que en este caso y tras la victoria socialista, es un reto y un compromiso consolidar.

El Plan de prevención y control de la tuberculosis de la Generalitat de Cataluña

Dres. MIGUEL GILI MINER Y LUIS SALLERAS SANMARTI

Si bien durante las últimas décadas se ha producido una notable mejora en el nivel de salud de los ciudadanos de Cataluña, en el campo de las enfermedades transmisibles la situación aún es muy inferior a la de los países de nuestro nivel de desarrollo.

La tuberculosis, las enfermedades de transmisión hídrica y la lepra, que ya están prácticamente erradicadas en casi toda Europa, aún continúan siendo un importante problema de salud pública en Cataluña.

La mortalidad por tuberculosis fue en 1978 del 3,7 por 100.000. La tasa de prevalencia de infección a los siete años de edad era, en 1980, del 2,8 por 100, y a los catorce años, del 10 por 100. Se calcula que el riesgo anual de infección ha pasado desde 1966 a 1980 desde un 0,8 a un 0,36 por 100 (tabla).

Al ritmo actual, la tuberculosis desaparecerá espontáneamente de Cataluña en el año 2040, lo cual no es ciertamente un motivo de satisfacción para los sanitarios.

TABLA

EVOLUCION DE LA ENDEMIAS TUBERCULOSA EN BARCELONA

Año	Prevalencia de la infección		Riesgo anual de infección		Declive — Porcentaje
	Edad		Periodo	Porcentaje	
	7 a. — Porcentaje	14 a. — Porcentaje			
1921	80,00	100,0	1921-51	10,30 a 5,70	2,5
1952	60,00	82,0	1952-65	5,70 a 0,89	15,0
1956-66	7,55	21,6	1966-79	0,89 a 0,56	3,5
1979	5,75	10,4			
1980	2,80	10,0	1966-80	0,89 a 0,36	6,0

Por ello, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat convocó a un Comité de expertos con algunas de las personas que trabajan en el campo de la tuberculosis y se les pidió que elaborasen las normativas, bases científicas y estándar para desarrollar un futuro plan de lucha contra la tuberculosis. Las actividades del Comité fructificaron en la edición de un manual, destinado a los médicos de asistencia primaria [1], y de un libro, con los estándares y normativas para un futuro plan, destinado a los especialistas de neumología y técnicos de salud pública [2].

A nivel operativo, el Comité recomendó clasificar las acciones de prevención y control de la tuberculosis en dos grandes grupos:

- A) Las medidas preventivas a nivel comunitario.
- B) Las medidas de control del enfermo y de sus contactos.

A) LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A NIVEL COMUNITARIO

1. Educación sanitaria de la población

En la prevención y control de la tuberculosis, como en las demás enfermedades transmisibles, es muy importante que la población esté bien informada sobre la enfermedad y adopte conductas positivas para la prevención (en las personas sanas) y para la curación (en las personas enfermas).

En cuanto a las personas sanas, la educación sanitaria en relación a la tuberculosis tiene por objeto conseguir que los individuos practiquen conductas encaminadas a prevenir la difusión de la enfermedad, evitando el hacinamiento siempre que sea posible, protegiéndose la boca al toser o estornudar, no escupiendo al suelo, y, sobre todo, acudiendo al médico cuando se sufra cualquier proceso respiratorio o febril que dure más de tres semanas. También es importante que la población conozca los peligros del consumo de leche cruda y que consuma siempre leche higienizada, o si no la hubiese, leche sometida a ebullición con un mínimo de tres «subidas».

En los enfermos e infectados, la educación sanitaria es importantísima para que el paciente siga estrictamente la medicación prescrita por el médico. Al paciente debe informársele de su condición (enfermedad o infección) y se le ha de motivar para que participe activamente en su control mediante la adhesión al tratamiento prescrito por el médico. El no seguimiento de las pautas terapéuticas es uno de los problemas más importantes que tiene planteada hoy en día la lucha antituberculosa.

Por otra parte, la educación sanitaria ha de contribuir a la erradicación de la estigmatización social del tuberculoso. La población debe saber que en la actualidad la tuberculosis es curable en el 100 por 100 de los casos, que los enfermos bacilíferos sometidos a tratamiento no contagian al cabo de quince-treinta días, que el enfermo tuberculoso puede reincorporarse a su trabajo con normalidad a los dos o tres meses, y que hoy en día, ya no es necesario el aislamiento de los enfermos en el hospital en la mayoría de los casos.

Finalmente, la educación sanitaria debe conseguir que la población comprenda que la tuberculosis es un problema comunitario y que lo seguirá siendo aún durante mucho tiempo, inclusive en los países desarrollados, y que para su control y erradicación es fundamental la participación de la comunidad.

A fin de conseguir estos objetivos, en el Servicio de Promoción de la Salud, se ha editado un folleto: «Luchemos contra la tuberculosis», que ha tenido una amplia difusión, sobre todo en las escuelas de Cataluña, y que va dirigido a la población general con mensajes tanto para población sana como para la diagnosticada como infectada o enferma [3].

También se ha editado un Guión de Educación Sanitaria: «El problema sanitario de la tuberculosis», y que va dirigido al personal de enseñanza y a los técnicos de educación sanitaria. La finalidad es la de conseguir que estas personas puedan preparar charlas sobre el tema de la tuberculosis siguiendo las normativas técnicas del Comité de expertos, pero con un lenguaje comprensible y ameno, ya que van dirigidas también a la población general.

Finalmente, el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalidad de Cataluña ha organizado un Curso Itinerante para Personal Sanitario, donde se explica el subprograma de educación sanitaria del Plan de Prevención y Control de la Tuberculosis a los sanitarios de todas las comarcas de Cataluña.

2. Perfeccionamiento de la cobertura asistencial

El perfeccionamiento del sistema de atención de salud, es uno de los factores que puede influir más positivamente en el éxito del programa de prevención y control de la tuberculosis.

En Cataluña, el 100 por 100 de la población tendrá una asistencia gratuita para la tuberculosis. Además de los centros de prevención y control de la tuberculosis dependientes de la Dirección General de Promoción de la Salud, participarán también determinados centros de la Seguridad Social y, otros que tienen conciertos con ella, escogidos por su capacidad técnica y accesibilidad geográfica.

También, la medicación antituberculosa (quimioterápicos) será totalmente gratuita. No sólo será gratuita para la estreptomycina y rifampicina, sino también para los restantes quimioterápicos antituberculosos. Se está elaborando una cartilla personal para que el farmacéutico controle y anote en ella el seguimiento de las prescripciones de los especialistas.

3. Desaconsejar el empleo de la vacuna BCG

Hay varios factores que han determinado que en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis se prescindiera de la vacunación con BCG:

- a) Existen grandes discrepancias en los resultados de los estudios sobre la eficacia de la vacuna con BCG, inclusive en estudios aleatorios

controlados (eficacia que oscilaba del 0 por 100 al 80 por 100, según los estudios).

- b) La vacunación con BCG no protege a los ya infectados, que son los que requieren una mayor protección y que constituyen el reservorio de la enfermedad.
- c) La vacunación interfiere la interpretación de la prueba de la tuberculina, que tiene un papel decisivo en el diagnóstico de la infección y de la enfermedad tuberculosa. La vacunación aumenta la tasa de falsos positivos y con ello disminuye la especificidad y el valor predictivo de la prueba de la tuberculina. Esta interferencia será más grave a medida que disminuya la prevalencia de la infección.
El costo de las radiografías inútiles y el riesgo de irradiación innecesaria que provocan las falsas positividades de la prueba tuberculínica son actualmente inaceptables, teniendo en cuenta todos los factores anteriores.
- d) Finalmente, una razón fundamental para no dudar sobre el abandono de la vacunación es que actualmente disponemos de unos medios que son los antibióticos antituberculosos cuya eficacia es del 100 por 100 si se toman las debidas precauciones y cuya utilización acaba con las fuentes de infección (quimioterapia) y con el reservorio (quimioprofilaxis) simultáneamente.

4. Identificación y tratamiento de enfermos y de infectados

Se basa en dos técnicas:

- a) Los «screenings» tuberculínicos en los escolares.
- b) Los «screenings» radiológicos en instituciones cerradas de alto riesgo.

Según la legislación desarrollada por la Generalidad [4 y 5] son obligatorios los «screenings» tuberculínicos en todos los niños que asistan al primer curso de EGB, tanto en las escuelas públicas como en las privadas.

Para ello, el Servicio de Promoción de la Salud contrató y capacitó a un grupo de enfermeras de salud pública que se están desplazando a todas las poblaciones de Cataluña con la finalidad de ayudar al personal de los Centros de Prevención y Control de la Tuberculosis de cada provincia.

Los familiares de los niños tuberculín-negativos reciben una carta informándoles del resultado y de que no hace falta que adopten ninguna medida. Los familiares de los niños tuberculín-positivos reciben una carta redactada en términos tranquilizadores en la cual se les dice que su niño ha estado en contacto alguna vez con el bacilo tuberculoso pero que muy pronto será sometido a un estudio radiológico para descartar la presencia de la enfermedad.

En efecto, la Dirección General de Promoción de la Salud dispone de una Unidad Móvil que se desplaza a cada centro y hace las radiofotoseriaciones exclusivamente a los niños tuberculín-positivos.

Si los resultados de la radiofotoseriación son negativos, los padres reciben una carta remitiéndoles al médico titular que se encarga de la quimiopprofilaxis del niño y del estudio de la familia. Si es una ciudad grande se les remite a los Centros sanitarios que participan en el Plan.

Si los resultados de la fotoseriación son dudosos o positivos se les remite a estudio a los centros de prevención y control de la tuberculosis o a otros Centros sanitarios que participen en el Plan.

Los «screenings» radiológicos (que están terminantemente prohibidos para la población escolar) se hacen con la Unidad Móvil que se desplaza a instituciones penitenciarias, centros psiquiátricos, centros de subnormales y asilos de ancianos.

El personal sanitario responsable de estos centros recibe un listado nominal con los resultados y con las recomendaciones a seguir.

En este sentido vale la pena comentar que en la Cárcel Modelo de Barcelona nos hemos encontrado con una tasa de prevalencia de tuberculosis pulmonar de 4,3 por 100, lo cual nos indica la rentabilidad de estos «screenings» radiológicos en poblaciones de alto riesgo.

B) MEDIDAS DE CONTROL DEL ENFERMO Y DE SUS CONTACTOS

Consideramos que esta es la parte crucial del programa. El tratamiento correcto es fundamental si pretendemos eliminar esta enfermedad de nuestra comunidad.

Para ello se ha acordado con la Dirección General de Asistencia Sanitaria que cree una red asistencial que permita que cada enfermo de tuberculosis sea tratado por un especialista que siga las pautas terapéuticas recomendadas por el Comité. Así conseguiremos la desaparición de los enfermos bacilíferos crónicos, producto de monoterapias o terapias inapropiadas en composición, cantidad o duración, que perpetúan la infección y la enfermedad en nuestra población.

También se ha creado un Registro Nominal de Casos y Contactos de Tuberculosis que permitirá conocer la situación actual, la distribución de la enfermedad en distintos sectores poblacionales y nos permitirá evaluar los resultados del programa.

En Cataluña, la tuberculosis pulmonar y las otras formas de tuberculosis son enfermedades de declaración obligatoria nominal [6]. Esto permite que al Registro de Casos y Contactos llegue una fotocopia de cada caso declarado a los Servicios Provinciales y al Instituto Municipal de la Salud de Barcelona con los datos personales del paciente y del médico notificador. En el Registro

se cumplimenta una ficha (fig. 1) para cada caso de enfermedad que se envía al médico encargado del caso para que la devuelva cumplimentada. La ficha vuelve a ser enviada al cabo de nueve o dieciocho meses para que se rellenen los datos sobre cumplimiento del tratamiento.

En los centros donde se trate a los enfermos se deberá llevar a cabo también el control de los contactos familiares del enfermo. Para ello se enviará otra ficha (fig. 2) para que el médico encargado del caso índice la cumplimente y la devuelva al Registro de Casos y Contactos. La pauta a seguir con los contactos, tanto familiares como esporádicos, es la que recomienda la American Thoracic Association y que está recogida en el Manual del Comité de expertos (fig. 3).

Uno de los mayores problemas con que se encuentra el desarrollo del programa es el de la necesidad urgente de reciclaje del personal sanitario. Con la finalidad de informar a todo el personal sanitario de Cataluña se han llevado a cabo otras actividades adicionales. Además de la edición del Manual y de la inminente publicación de las normativas y estándares, se está desarrollando un curso itinerante que explica los aspectos técnicos del programa en todas las comarcas de Cataluña. En la asignatura de Medicina preventiva y social de las Facultades de Medicina de las dos Universidades de Barcelona se ha explicado el programa a los estudiantes de 5.º curso. Finalmente, se están estudiando otras actividades de promoción e información del programa en el ámbito del Colegio Oficial de Médicos, tanto en la Academia de Ciencias Médicas, como en el Centro de Estudios Colegiales.

Uno de los factores que más ha contribuido a la situación actual nada envidiable que disfrutamos, ha sido la ausencia de unos criterios normalizados para el control de los enfermos y convivientes y, en muchos otros casos, la aparición de recomendaciones contradictorias y científicamente erróneas. De ahí la necesidad de disponer de unas bases que permitan garantizar la igualdad en la calidad del tratamiento a todos los pacientes de tuberculosis y la aplicación de unas normas preventivas basadas en el mejor conocimiento científico disponible en la actualidad.



	DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DIRECCIO GENERAL DE PROMOCIO DE LA SALUT REGISTRE DE MALALTS I CONTACTES DE TUBERCULOSI	FULL DE REGISTRE DE MALALTS		
1. N.º DE REGISTRE (assignat per la Secció) <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>				
2. DADES DE L'IMPRES				
I: Inclusió M: Modificació E: Exclusió <input type="checkbox"/>	PROVINCIA DEL CENTRE (Vegeu codi territorial) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	DATA DE L'ACTE MEDIC Dia Mes Any <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	MOTIU EXCLUSIO 1: Curació 2: Defunció 3: Canvi residència 4: Perdut <input type="checkbox"/>	MOTIU INCLUSIO 1: Nou cas conviv. 2: Nou cas 3: Recidiva 4: Trasllat <input type="checkbox"/>
3. DADES D'IDENTIFICACIO DEL CAS (cal omplir-lo sempre)				
D.N.I. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	Data de Naixement Dia Mes Any <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>			
Cognoms <div style="border: 1px solid black; width: 480px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>		Nom <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>		
4. DADES QUE CAL OMLIR EN EL MOMENT DE LA INCLUSIO I EN CAS DE MODIFICACIO				
RESIDENCIA ACTUAL Carrer/Placa N.º Pis Porta Telefon <div style="border: 1px solid black; width: 560px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>				
Municipi <div style="border: 1px solid black; width: 360px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> Província <div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	SEXE 1: Home 2: Dona <input type="checkbox"/>	ESTAT CIVIL 1: Solter 2: Casat 3: Separat o divorciat 4: Vidu 5: Religió <input type="checkbox"/>		
Província d'origen <div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	PROFESSIO <input type="checkbox"/> 1. Estudiant 2. Mestre casa 3. Agropecuari 4. Industrial 5. Serveis i comerç 6. Prof. liberals i empresaris 7. D'altres			
NIVELL D'INSTRUCCIO <input type="checkbox"/> 1: Analfabet 2: EGB incompleta 3: EGB completa 4: Graduat escolar 5: F.P. completa 6: BUP complet 7: Titulat mitjà 8: Titulat superior				
5. DADES CLINQUES				
DATA D'INICI SIMPTOMATOLOGIA Dia Mes Any <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	DATA DEL DIAGNOSTIC Dia Mes Any <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>	DADES ANALITQUES 0: No practicat 1: Negatiu 2: Dubtós 3: Positiu <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; text-align: center; padding: 5px;">Clínica <input type="checkbox"/></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; text-align: center; padding: 5px;">Tubercu- lina <input type="checkbox"/></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; text-align: center; padding: 5px;">Bacil-los cò- pia o cultiu <input type="checkbox"/></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; text-align: center; padding: 5px;">Radiolo- gia <input type="checkbox"/></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; text-align: center; padding: 5px;">Anatomia Patològica <input type="checkbox"/></div> </div>		
Vacunat amb BCG: 1: SI 2: NO 3: DUBTOS <input type="checkbox"/>	LOCALITZACIO 1: Pulmonar 2: Pleural 3: Osteoarticular R. 4: Gènit-Uriniària 5: Meninge 6: Altres <input type="checkbox"/>	TRACTAMENT 1. Isoniacida 2. Etambutol 3. Rifampicina 4. Estreptomicina 5. Pirazinamida 6. D'altra <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>		
		ACOMPLIMENT TRACTAMENT 0: Desconegut 1: No 2: Declara si 3: Segur si <input type="checkbox"/>	ANTECEDENTS D'INTERES: 1. Alcohòlic 2. Drogadependent 3. Diabètic 4. Neumoconiosi 5. Gestant 6. Hepatopatia 7. Medicació immuno- depressora <input type="checkbox"/>	

FIGURA 1

	DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DIRECCIO GENERAL DE PROMOCIO DE LA SALUT REGISTRE DE MALALTS I CONTACTES DE TUBERCULOSI	REGISTRE DE CONVIVENTS AMB FONT D'INFECCIO CO- NEGUDA
---	--	---

IDENTIFICACIO CAS INDEX					
N. ^o Registre	D. N. I.	Data Naixement	Dia	Mes	Any
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognoms			Nom		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

INSTRUCCIONS DE CODIFICACIO					
SEXE: 1: Home 2: Dona		TUBERCULINA (C) 1: Negativa 2: Positiva			
GRAU DE CONVIVENCIA (B) 1: Comparteixen llit 2: Comparteixen habitació 3: Comparteixen domicili 4: Mateix lloc de treball 5: Altres 6: Desconegut		RADIOLOGIA (D) 1: Negativa 2: Positiva			
RESULTAT: (E) 0: No infectat 1: Infectat 2: Infectat tributari de Quimioprofilaxi 3: Infectat no tributari de Quimioprofilaxi 4: Malat					

	Cognoms	Nom	A	Sexe	Any Naix.	B	C	D	E
						Conv.	Tuberc.	Radiol.	Result.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									

FIGURA 2

CONDUCTA A SEGUIR CON LOS CONTACTOS
DE UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

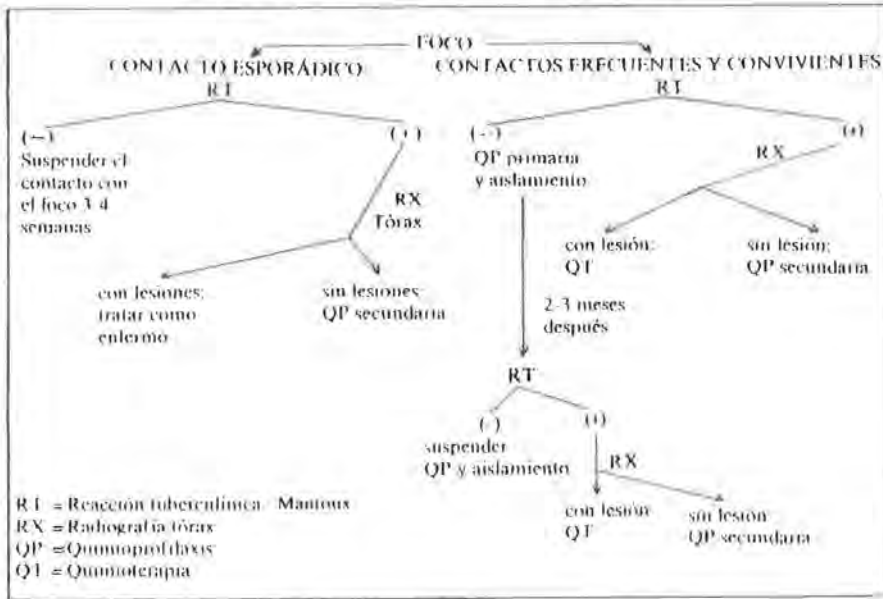


FIGURA 3

BIBLIOGRAFIA

- [1] Comité de expertos en tuberculosis: *Manual de prevención y control de la tuberculosis*. Colección «Quaderns de Salut», número 4. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1982.
- [2] Comité de expertos en tuberculosis: *Normativas y standard para el Programa de lucha contra la tuberculosis de la Generalitat de Cataluña*. Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña. Barcelona (en prensa).
- [3] *Luchemos contra la tuberculosis*: Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalidad de Cataluña. Barcelona, 1982.
- [4] *Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña*. Orden de 24 de marzo, estableciendo el Programa de lucha contra la tuberculosis en Cataluña, número 227, 28 de marzo de 1982.
- [5] *Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña*. Resolución de 29 de septiembre de 1982 por la que se ordena practicar la prueba de la tuberculina a todos los escolares de primero de EGB, número 272, 2 de noviembre de 1982.
- [6] *Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña*. Orden de 9 de noviembre de 1981, estableciendo una lista de enfermedades de declaración obligatoria, número 178, 25 de noviembre de 1981.



Un nuevo indicador de calidad material de la vida apto para medir el desarrollo socio-sanitario de las diversas provincias y regiones autónomas españolas

Dr. FERNANDO LUIS GOMEZ POMAR

Desde que en 1952 las Naciones Unidas, conforme a la resolución 527 adoptada por la Asamblea General y a la resolución 434 B del Consejo Económico y Social, convocaron la reunión de un Comité de expertos con la participación de la OIT, la UNESCO, la FAO y la OMS, que tuvo lugar en Nueva York en 1953, con el objetivo de estudiar «la definición y evaluación de los niveles de vida desde el punto de vista internacional», los esfuerzos para encontrar mejores indicadores de medida de los logros alcanzados por las diferentes naciones en sus intentos de mejorar el nivel de vida de sus pueblos ha sido incesante.

El referido Comité hizo mención de doce elementos constitutivos del nivel de vida de los pueblos: salud y estado demográfico; alimentación y nutrición; educación, comprendiendo la instrucción elemental y la enseñanza técnica; condiciones de trabajo; situación en cuanto al empleo; consumo y ahorro; transporte; vivienda e instalaciones domésticas; vestido; ocio y distracciones; seguridad social, y libertades humanas.

Como se ve la «salud y el estado demográfico» figuraba a la cabeza de la lista.

No obstante, la «fiebre desarrollista» de la década del sesenta y primeros años de la del setenta hizo que la primacía pasara a los factores económicos. Fue la época de la deificación del PIB y de la «renta per cápita». Todos los países medían su desarrollo en términos monetarios, olvidando muchas veces otros elementos de gran importancia en la auténtica calidad de vida de sus ciudadanos.

En efecto, pronto se empezaron a poner de manifiesto disparidades evidentes entre algunos indicadores económicos y ciertos indicadores sanitario-sociales. Así, en los primeros años de la década de 1970-79, la esperanza de vida en Costa Rica era aproximadamente igual a la de Washington, D. C., pese a que los ingresos anuales por habitante eran de unos 700 dólares, mientras que los de Washington, D. C., pasaban de 5.000 dólares. Hong-

Kong y Jamaica (1.480 y 930 dólares de ingresos anuales por habitante) tienen una esperanza de vida más larga (72 y 70 años, respectivamente) y unas tasas de mortalidad infantil más bajas (19 y 26 por 1.000 nacidos vivos) que Washington, D. C. (esperanza de vida de 66 años y mortalidad infantil de 29 por 1.000 nacidos vivos y renta per cápita de 5.000 dólares).

Estas sorprendentes disparidades han motivado la búsqueda de instrumentos de medición más adecuados. Cada vez más los especialistas en desarrollo dejan de basarse en las estadísticas de ingresos y en los indicadores compuestos que incorporan al mismo tiempo los ingresos y los datos sobre resultados y buscan otras medidas que permitan evaluar los progresos obtenidos en la atención de las necesidades básicas de los ciudadanos.

Existe una tendencia, cada vez más extendida, a evaluar el desarrollo no en términos de bienes (es decir, alimentos, combustibles, servicios de salud, vivienda, etc.), sino en términos de ciertos resultados finales alcanzados y que son de apreciación por todos los humanos, como la mejora de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil o incremento de la alfabetización.

Así, está siendo muy empleado en la actualidad el indicador complejo denominado «Índice de la calidad material de la vida», utilizado por el Consejo de Desarrollo de Ultramar para medir los progresos de los diferentes países en la atención de las necesidades básicas. Este indicador ha sido difundido especialmente por las publicaciones de James P. Grant, director ejecutivo de UNICEF, y consiste en el promedio de los parámetros anteriormente mencionados: mortalidad infantil, expectativa de vida al nacer y grado de alfabetización.

Nosotros hemos trabajado con este indicador complejo y hemos comprobado sus excelentes cualidades que le hacen idóneo para las comparaciones internacionales. Ahora bien, al tratar de utilizarlo para evaluar el estado socio-sanitario de las provincias y regiones autónomas de nuestro país tropezamos con el inconveniente de la difícil obtención año a año de las cifras de la esperanza de vida.

Ello nos movió a buscar una sustitución de este parámetro por otro de más fácil cálculo, llegando a la conclusión de que podía ser éste el conocido índice de Swaroop-Uemura que mide la mortalidad proporcional por edades.

Así la fórmula del nuevo indicador complejo que nosotros proponemos y que podría denominarse «Índice modificado de calidad material de vida» sería la siguiente:

$$\text{IMCAMV} = \frac{\text{Índice de Swaroop-Uemura} + \% \text{ de alfabetización en } > 10 \text{ años}}{2} - \text{T. mortalidad infantil}$$

Con este indicador nosotros hemos hecho una valoración, utilizando cifras de 1978, de la situación de las provincias y regiones autónomas españolas cuyo resultado se recoge en las tablas 1 y 2.

TABLA I

**INDICE MODIFICADO DE CALIDAD DE VIDA DE LAS DIFERENTES
PROVINCIAS ESPAÑOLAS
Año 1978**

Número de orden	Provincia	IMCAV	Número de orden	Provincia	IMCAV
1	Huesca	81,17	27	Albacete	72,53
2	Lérida	79,72	28	Zamora	72,24
3	Avila	79,52	29	Cádiz	72,05
4	Cantabria	78,93	30	Cáceres	72,01
5	Barcelona	78,90	31	Cuenca	71,95
6	Madrid	78,64	32	Oviedo	71,86
7	Segovia	78,45	33	Guipúzcoa	71,75
8	Gerona	78,27	34	S. C. Tenerife	71,50
9	Teruel	77,79	35	Jaén	71,41
10	Guadalajara	77,36	36	Lugo	71,21
11	Logroño	77,16	37	Almería	70,77
12	Burgos	76,76	38	León	70,54
13	Zaragoza	76,25	39	Málaga	70,54
14	Baleares	76,19	40	Palencia	70,37
15	Murcia	75,86	41	Huelva	70,09
16	Toledo	75,67	42	Pontevedra	69,92
17	Valencia	75,60	43	La Coruña	69,79
18	Tarragona	75,59	44	Alava	69,70
19	Salamanca	75,32	45	Córdoba	69,25
20	Castellón	75,14	46	Soria	68,99
21	Ciudad Real	75,12	47	Granada	68,96
22	Alicante	74,53	48	Las Palmas	68,84
23	Valladolid	74,20	49	Badajoz	67,73
24	Navarra	74,19	50	Orense	66,92
25	Sevilla	73,51	51	Melilla	63,31
26	Vizcaya	73,31	52	Ceuta	54,63

La distribución provincial del indicador muestra algunas disparidades hasta cierto punto sorprendentes y que ratifican la idea de que no existe una correlación perfecta entre la renta per cápita y el desarrollo socio-sanitario. En efecto, hay provincias de medianos e incluso bajos ingresos que, sin embargo, tiene unos índices altos de calidad de vida.

En el cartograma número I se observa claramente que la distribución provincial de este indicador se realiza de tal modo que los índices más altos se concentran en la zona nordeste (provincias catalanas y aragonesas) y en la central (Madrid, Guadalajara, Avila y Segovia), con una prolongación hacia el Norte a través de las provincias de Burgos y La Rioja, llegando hasta Cantabria. Hacia el Este llegan los índices altos hasta las islas Baleares.

Los índices provinciales mas bajos se concentran principalmente en el Noroeste (provincias gallegas, con una mejoría en la de Lugo, León y

TABLA 2

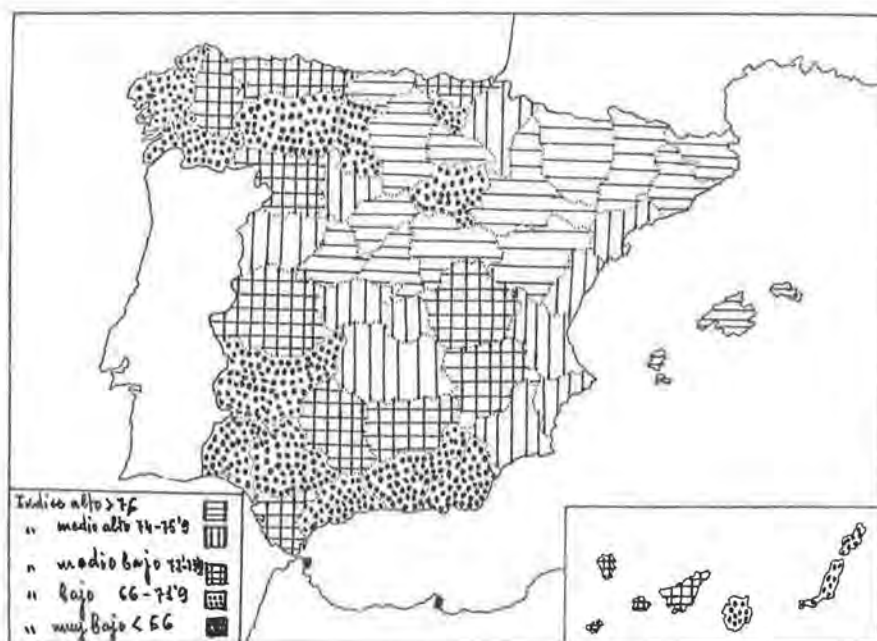
**INDICE MODIFICADO DE CALIDAD MATERIAL DE VIDA
DE LAS DIVERSAS REGIONES AUTONOMICAS ESPAÑOLAS**

Año 1978

Número de orden	Región	IMCAV	Número de orden	Región	IMCAV
1	Cantabria	78,93	11	Castilla-León	74,04
2	Madrid	78,64	12	Asturias	71,86
3	Aragón	78,40	13	País Vasco	71,58
4	Cataluña	78,12	14	Andalucía	70,82
5	Rioja	77,16	15	Canarias	70,17
6	Baleares	76,19	16	Extremadura	69,87
7	Murcia	75,86	17	Galicia	69,46
8	Valencia	75,09	18	Melilla	63,31
9	Castilla-La Mancha	74,52	19	Ceuta	54,63
10	Navarra	74,19			

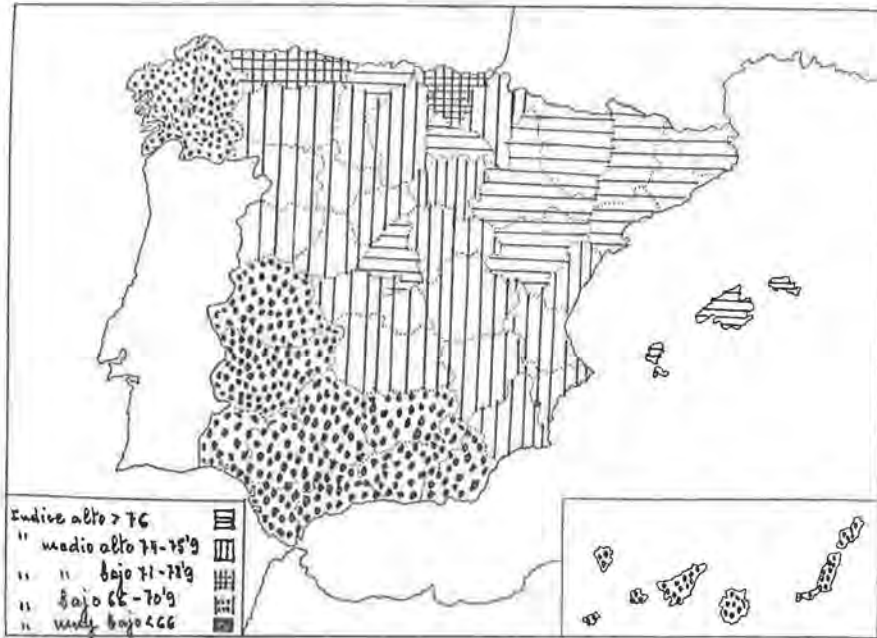
**INDICES MODIFICADOS DE CALIDAD MATERIAL
DE VIDA PROVINCIALES**

Año 1978



INDICES MODIFICADOS DE CALIDAD MATERIAL DE VIDA DE LAS REGIONES AUTONOMAS

Año 1978



Palencia) y en el Suroeste y Sur (Badajoz, Huelva, Sevilla, Málaga, Granada, Almería y la provincia insular de Las Palmas). En el centro se mantiene de modo aislado una provincia con bajo índice: la de Soria. Es de destacar que los índices más bajos, casi de tipo tercermundista, se dan en las ciudades españolas del norte de África; es decir, Melilla y Ceuta.

La valoración del desarrollo socio-sanitario de las regiones autónomas mediante la aplicación de este indicador nos da una imagen parecida, aunque no absolutamente superponible.

En el grupo de índices altos-superiores a 76 encontramos un grupo constituido por cuatro autonomías uniprovinciales, Cantabria, Madrid, La Rioja y Baleares, y dos pluriprovinciales, Aragón y Cataluña. Después viene un grupo de zona media alta de índices que van de Noroeste a Levante y Sureste (índices entre 72 y 76) integrados por Castilla-León, Castilla-La Mancha, País Valenciano y Murcia. En este grupo también se integra Navarra.

A continuación vienen las dos autonomías que tienen índices que podemos calificar de zona media-baja (Asturias y Euskadi, con índices de 71,86 y 71,58, respectivamente).

Por último hemos de contemplar aquellas autonomías que muestran índices bajos de calidad de vida (inferiores a 71). En este grupo se encuentran, en orden descendente, Andalucía, Canarias, Extremadura y Galicia.

Otra aplicación del indicador que proponemos consiste en que mediante su uso podemos medir las disparidades existentes entre los índices actuales y los correspondientes a una situación ideal que nos fijemos como meta.

Me explicaré: en la denominada Declaración de Amsterdam y en el informe RIO se fijaron como metas ideales para todos los países las siguientes cifras, que se supone serán las máximas que podrán alcanzar a la mayoría de los países desarrollados en el año 2000. Dichas cifras son: una expectativa de vida de setenta y siete años, una tasa de mortalidad infantil de siete defunciones de menores de un año por 1.000 nacidos vivos y una alfabetización del 100 por 100 de los ciudadanos mayores de diez años. Ello representa para el indicador de calidad material de la vida un índice de 77.

Para fijar los criterios de disparidad con el indicador que nosotros proponemos habremos de suponer —lo que no parece disparatado— que los países más adelantados podrán alcanzar en el año 2000 un índice de Swaroop-Uemura de 95 por 100. Ello representaría para nuestro indicador un valor ideal para ser alcanzado en el año 2000 por todas las regiones españolas de 90,5. Tomando como base este valor y haciéndolo igual a 100 podremos ir construyendo año a año los índices de disparidad correspondientes.

Esperamos que esta modesta aportación nuestra pueda representar un instrumento utilizable por las autoridades políticas y sanitarias de los Entes autonómicos para medir los resultados de sus esfuerzos por mejorar la calidad de vida de sus pueblos.

Estudio crítico de la Constitución desde el punto de vista sanitario

Dr. RAMON NAVARRO GARCIA

Nuestra Constitución de 1978 contempla por primera vez el derecho a la salud, reflejando así la progresiva toma de conciencia sobre el tema, que pasa del derecho natural al derecho positivo.

Por otra parte, la ampliación del concepto de salud adoptado por la OMS, que alcanza al «completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o invalidez», entronca con otros campos del bienestar y de la calidad de vida, que también se contemplan en la Constitución de 1978.

En este estudio, aparte de referir y analizar los textos que se relacionan con la salud, y que, en general, suponen un avance considerable en el aspecto sanitario, se pretende también aportar algunas ideas que sirvan de base a los legisladores del futuro para perfeccionar nuestro texto constitucional en estas áreas; y así:

El artículo 15 dice «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral...», por tanto, queda excluida la integridad psíquica. O se añade, o bien se deja simplemente «integridad» sin más adjetivos. Pues si no, queda entredicho la integridad psíquica. También se podría poner integridad personal.

En los artículos 40, 49, 50 y 51 se hace referencia a los problemas específicos de salud de determinados grupos en riesgo, concretamente se mencionan los de los trabajadores, los minusválidos, los ancianos y los consumidores, pero los legisladores se han olvidado del grupo principal que es el de los niños y las madres. Únicamente en el artículo 39.4 se citan los derechos de los niños a través de los acuerdos internacionales.

En el artículo 41 se dice que «Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos...». Y, aunque parezca una cuestión puramente gramatical, «Seguridad Social» no es nombre propio y, por tanto, no debe ir con mayúsculas por grande que sea su presupuesto y aparato.

En el artículo 43, que es el fundamental del sector, en el punto 1 «se reconoce el derecho a la protección de la salud», pero ello no implica forzosamente otros aspectos esenciales como la promoción de la salud y la recuperación de la salud perdida.

Esta limitación a lo preventivo se reafirma en el punto 2, que dice «compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas *preventivas* (subrayo preventivas) y de las prestaciones y servicios necesarios».

«Prestaciones» viene de prestar y lo que se presta se devuelve, que no es el caso. Y también es un término actuarial que se suele aplicar al contratar un seguro, por lo que tampoco resulta de aplicación aunque se considere un derivado de las prestaciones de la seguridad social.

Pero lo más llamativo, es que se dice «y los servicios necesarios», sin decir para qué, lo que remite a la salud pública. Y se podría argumentar que las enfermedades son algo privado.

Por ello se propone la siguiente redacción del artículo 43:

1. «Se reconoce el derecho a la protección y a la promoción de la salud, así como a la asistencia sanitaria en caso de enfermedad.»
2. «Compete a los poderes públicos la organización y control de los servicios sanitarios.»

En el punto 3 se dice «los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria». Fomentar viene de fomento, o sea, «poner paños calientes» y dada la importancia que tiene hoy en día la educación sanitaria, parece una frivolidad dejarla a nivel de «fomento». Y, por otra parte, la educación sanitaria es inherente al derecho a la *protección de la salud* ya citada y a la *educación general*, por lo que es impropio mencionarla así aquí.

En el artículo 44.2 se incluye la promoción de «la ciencia y la investigación científica y técnica...», que también atañe a las ciencias de la salud.

En el artículo 45.1 se reconoce «el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado...» y en el 45.2 se hace referencia a «la calidad de la vida...», concepto íntimamente relacionado con la salud.

El artículo 47 expone «el derecho a disfrutar de una vivienda digna». El calificativo «digna» es un tanto ambiguo; sería más positivo decir «saludable».

El artículo 49 se refiere a «una política de *previsión*, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos...». Debe querer decir prevención en lugar de «previsión», pues no es lo mismo prever que prevenir.

En el artículo 148 se relacionan las materias que pueden asumir las Comunidades autónomas, y, entre ellas, se menciona:

- 9.^a «La gestión en materia de protección del medio ambiente».
- 21.^a «Sanidad e higiene», términos, que aparte de resultar redundantes, al no establecer limitación alguna, entran en conflicto con las competencias del Estado.

El artículo 149 atribuye al Estado, con carácter exclusivo, entre otras:

- 2.^a «Nacionalidad, inmigración, emigración...» que exige el control sanitario de los migrantes.
- 3.^a «Relaciones internacionales» y, por tanto, relaciones internacionales de carácter sanitario.
- 4.^a «Defensa y Fuerzas Armadas». Con los servicios sanitarios militares.
- 5.^a «Administración de Justicia». Con los servicios sanitarios correspondientes (forenses, prisiones, Registro Civil).
- 7.^a «Legislación laboral», que, lógicamente, implica la de la sanidad laboral.
- 15.^a «Fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica.»
- 16.^a «Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.»
- 17.^a «Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social...»
- 20.^a «Marina mercante..., puertos de interes general..., aeropuertos de interés general..., transporte aéreo...» y, por tanto, sus problemas sanitarios.
- 21.^a «Ferrocarriles y transportes terrestres...» supraautonómicos.
- 22.^a «Recursos hidráulicos...» también supraautonómicos.
- 23.^a «Legislación básica sobre protección del medio ambiente...»
- 24.^a «Obras Públicas de interés general.»
- 27.^a «Normas básicas del régimen de..., todos los medios de comunicación social...»
- 31.^a «Estadística para fines estatales.»

En la competencia 16.^a de esta relación, que es la más importante desde el punto de vista sanitario, figura escuetamente la «Sanidad exterior». Y resulta difícil saber hoy en día qué se comprende con este término. Históricamente la Sanidad se dividía en Sanidad exterior y Sanidad interior; pero ya en 1927, para constituir el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, se fusionaron ambas ramas, ya que tal separación cada vez resultaba más artificiosa. Por otra parte, en la Ley de Sanidad vigente del 25 de noviembre de 1944, se obvió el término «sanidad exterior», que pasa a denominarse «Sanidad de puertos, fronteras y transportes» (base 5.^a), cuyo «objeto será impedir la recepción en nuestro territorio de las enfermedades infecciosas, así como su transmisión al exterior». Y «estará reglada por los convenios sanitarios», siendo hoy de aplicación el Reglamento Sanitario Internacional, que prácticamente reduce el control sanitario de personas a tres enfermedades (fiebre amarilla, cólera y peste). Pero en cambio el control sanitario de mercancías, especialmente de alimentos, se ha hecho sumamente complejo en

cantidad y calidad, así como las condiciones sanitarias de los transportes y del trabajo en los mismos, la vigilancia sanitaria de los inmigrantes y de los emigrantes. Y como además hemos visto que el Estado se reserva, en exclusiva, la competencia sobre la Marina mercante, puertos y aeropuertos de interés general, transporte aéreo (20.^a) y los transportes terrestres ínter o supraautonómicos (21.^a), parece que se regresa al desdoblamiento de la sanidad, lo que puede representar una duplicación de recursos costosos, si no se arbitran fórmulas de cooperación eficaces.

La citada competencia 16.^a asigna también al Estado «las bases y coordinación general de la sanidad». El término «bases» significa fundamentos o apoyos, pero no es fácil definir cuáles son los límites de los fundamentos de la sanidad, por lo que resulta necesario y urgente que la nueva Ley de Sanidad los defina y que establezca, asimismo, donde comienza la «Sanidad e Higiene» que podrá gestionar cada Comunidad autónoma en aplicación del artículo 137 de la Constitución.

En cualquier caso, en la Constitución se ha omitido entre las competencias expresas e inexcusables del Estado en materia sanitaria *la vigilancia epidemiológica*, si bien considerándola fundamental ha de entenderse incluida entre las referidas «Bases».

TERCERA PONENCIA

Instituciones técnico-sanitarias de la Administración central del Estado: aspectos técnicos, de investigación, docentes y de servicios

Dres. FLORENCIO PEREZ GALLARDO, PEDRO CARDA APARICI, FERNANDO RUIZ-FALCO, RAMON NAVARRO GARCIA, RAFAEL NAJERA MORRONDO y ANTONIO BORREGON MARTINEZ

CENTROS NACIONALES

Justificación

La Constitución (art. 103) determina que la Administración pública se regirá por los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación.

En virtud de la descentralización y de la desconcentración, se están realizando las transferencias de competencias sanitarias a las Comunidades autónomas, pero por razones de eficacia y eficiencia obvias se hace necesario concentrar determinados recursos técnico-sanitarios en algunos centros de ámbito nacional, que, al definirse con carácter excepcional, confirman la regla general de la descentralización.

Funciones genéricas

1. Servir de centros de referencia de técnicas y estudios.
2. Actuar como centros de homologación de técnicas, equipos y títulos.
3. Realizar aquellos trabajos o estudios que por su alta tecnología no fuera eficiente verificar a nivel local.
4. Apoyar a las Comunidades autónomas.
5. Realizar experiencias piloto o de demostración sanitaria.
6. Asistencia técnica al Ministerio de Sanidad en sus funciones de:
 - Alta inspección.
 - Sanidad exterior.
 - Sanidad internacional.

- Estadísticas sanitarias.
- Control epidemiológico a nivel nacional.
- Control de productos, medicamentos, alimentos, aguas y ambientes que excedan los intereses de cada Entidad autonómica.

Clasificación de los centros nacionales

A) Centros de investigación, control y referencia

1. El Instituto Nacional de Sanidad:
 - Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias.
 - Centro Nacional de Farmacobiología.
 - Centro Nacional de Alimentación.
 - Centro Nacional de Sanidad Ambiental.
 - Servicio de Informática Sanitaria.
 - Brigada de Vigilancia Epidemiológica.

B) Centros de investigación y demostración sanitaria

1. Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.
2. Instituto Nacional de Oncología.
3. Centro Nacional de Enfermedades del Tórax.
4. Centro Nacional de Rehabilitación.
5. Centro Nacional de Lucha Contra el Reumatismo.
6. Instituto Oftálmico Nacional.
7. Centro Piloto de Salud Mental.
8. Centro de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina.
9. Instituto Leprológico Nacional.
10. Hospital de Enfermedades del Tórax «Victoria Eugenia».
11. Hospital de Enfermedades del Tórax «Infante D. Felipe», etc.

C) Centros de docencia

1. Escuela Nacional de Sanidad y sus filiales:
 - Escuela Nacional de Puericultura.
 - Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias.
 - Escuela Nacional de Terapia Ocupacional.
 - Escuela Nacional de Gerencia Hospitalaria.

RED DE LABORATORIOS DE MICROBIOLOGIA DE SALUD PUBLICA

Ideas básicas sobre su organización

La situación de los laboratorios de microbiología en España presenta un claro contraste, según consideremos los laboratorios hospitalarios, cuya finalidad es el estudio etiológico de la enfermedad infecciosa desde el punto de

vista clínico, o los Laboratorios de Microbiología de Salud Pública (LMSP), que estudian la enfermedad infecciosa a nivel comunitario, en sus vertientes etiológicas preventivas y de referencia. Los primeros están suficientemente desarrollados para el nivel socioeconómico de nuestro país, mientras que, como es bien sabido, los LMSP o no existen en la mayoría de las provincias o funcionan a bajo nivel, faltándoles en diversos grados los tres elementos para su trabajo eficaz: personal cualificado y suficiente, material adecuado y una utilidad funcional acorde a las necesidades sanitarias del país. Esta situación es, evidentemente, reflejo de la preponderancia que se ha venido dando a la medicina individual sobre la medicina integral y comunitaria.

Ante este estado de cosas queremos presentar a nivel genérico unas ideas acerca de la constitución de una red de LMSP. Hablamos de red, ya que por su función, básicamente sanitaria, los LMSP no pueden funcionar individualizados, siendo necesario que estén conectados y estructurados funcionalmente, constituyendo varios niveles.

Nos parece que la clasificación tradicional de los LMSP en tres niveles, laboratorios centrales, laboratorios regionales (autonómicos en la nueva estructura del Estado) y laboratorios provinciales, sigue siendo lo más adecuado para nuestro país.

1. Laboratorios centrales.—Constituirán la cabeza de la red. Tendrán funciones de referencia y coordinación de programas. Estarán constituidos por laboratorios de referencia en aquellos temas importantes para el estudio de la enfermedad infecciosa a nivel etiológico y preventivo. Desarrollarán investigación en cada uno de sus campos. Los laboratorios integrados en este nivel deberán estar agrupados en un centro o institución única. Esto no debe impedir que puedan situarse laboratorios de referencia en zonas periféricas, siempre que, con una idea clara de aprovechamiento máximo de los recursos existentes, se considera que en ello trabajen las personas más especializadas en el tema correspondiente. El objetivo último de estos laboratorios será obtener información a nivel de todo el país de las distintas enfermedades infecciosas.

2. Laboratorios autonómicos o regionales.—Son la pieza intermedia de la red, deberá habilitarse para este nivel el laboratorio mejor acondicionado en personal y material de los existentes en la zona correspondiente. Sus funciones serán de estudio y coordinación de las actividades de los laboratorios provinciales. Recibirán las muestras y cepas de los diferentes microorganismos, recopilando la información necesaria a nivel de la autonomía. Estos laboratorios estarán en íntima conexión con los laboratorios centrales, suministrándoles a su vez cepas para estudios de referencia e información.

3. Laboratorios provinciales.—Formarán la estructura básica desde la cual deben partir las muestras y la información general. Siguiendo el criterio antes expuesto de aprovechamiento de recursos, creemos que los laboratorios provinciales deberán estar situados en aquellos laboratorios ya existentes y

mejor dotados, bien sean de delegaciones provinciales de salud o de hospitales. En este último caso habría que buscar la forma de separar las funciones propias de un LMSP de aquellas del laboratorio clínico, utilizando los recursos de personal, material y experiencia de éste. En la red de LSP de Inglaterra hay ejemplos de laboratorios hospitalarios que trabajan simultáneamente para salud pública, que podrían servir como un modelo eficaz y económico.

Los laboratorios provinciales de SP estarán íntimamente conectados con los laboratorios de microbiología de los hospitales de la provincia; recibirán de ellos todas las cepas de interés a nivel de SP y a través de su estudio obtendrán información a nivel provincial.

El objetivo fundamental de los LMSP es, como ya se ha indicado, obtener la información más amplia y precisa posible sobre las enfermedades infecciosas. Esta información, convenientemente analizada, constituirá la base sobre la cual se podrá planificar una acción sanitaria eficaz. Para conseguir este objetivo es necesario integrar, dentro de la red de LMSP, la información procedente de otros laboratorios sanitarios, como son los veterinarios, farmacéuticos, laboratorios municipales y provinciales, etc.

Funciones

Las funciones de los LMSP serían:

1. Estudio de brotes epidémicos y/o evaluación de la endemia de las enfermedades infecciosas.
2. Evaluación del grado de inmunidad de la población de la zona frente a distintos agentes infecciosos, especialmente aquellos contra los que se realizan campañas sanitarias para comprobar su eficacia y eventual refuerzo en las distintas zonas.
3. Búsqueda de portadores de gérmenes.
4. Conocimiento semanal de los aislamientos y de los estudios de sensibilidad de cepas bacterianas, realizados por otros laboratorios de la provincia.
5. Recogida de las cepas aisladas por otros laboratorios y estudio sanitario de las mismas (tipaje y resistencia a antibióticos) bien a nivel provincial, autonómico o a nivel central.
6. Información a las autoridades sanitarias.
7. Estudios sobre determinados gérmenes de interés dentro de los programas provinciales y/o nacionales.
8. Control microbiológico de los productos que lo requieran y sean encomendados (agua, sangre, alimentos, etc.).

Los laboratorios de referencia realizarán el trabajo final de identificación, tipaje, perfil de resistencias, etc., de los gérmenes de interés sanitario remitidos por los laboratorios provinciales y en los casos pertinentes los transmitirán a los centros internacionales. Constituirán colecciones de gérmenes, con

objeto de referencia y de poder suministrarlas a los laboratorios que lo soliciten. Controlarán y/o producirán ciertos sueros, antígenos y otros reactivos que, contrastados con los patrones internacionales, servirán como patrones nacionales. Realizarán y distribuirán la normalización de técnicas y procedimientos analíticos. Contribuirán, dentro del ámbito de su especialidad, a la formación de personal. Realizarán los trabajos epidemiológicos y de investigación que, dentro de su especialidad, a la formación de personal. Realizarán los trabajos epidemiológicos y de investigación que, dentro de su especialidad, revistan interés sanitario. Estarán en íntima conexión con los servicios epidemiológicos para dar y recibir información. Contribuirán a montar aquellas técnicas avanzadas que vayan apareciendo en los distintos campos, facilitando su puesta a punto a los laboratorios de la red, LMSP.

BIBLIOGRAFIA

- Los Servicios de Laboratorio de Salud Pública.* Primer Informe del Comité de Expertos en Métodos de Laboratorio de Salud Pública. Serie de Informes Técnicos número 128. Organización Mundial de la Salud. 1957.
- El Servicio de Laboratorio en el Hospital.* Segundo Informe del Comité de Expertos en Métodos de Laboratorio de Salud Pública número 161. Organización Mundial de la Salud. 1959.
- Planificación, Organización y Administración de un Servicio Nacional de Laboratorio de Salud Pública.* Tercer Informe del Comité de Expertos en Servicios de Salud Pública. Serie de Informes Técnicos número 236. Organización Mundial de la Salud Pública. 1962.
- The planning and Organization of a Health Laboratory Service.* Fifth Report of the WHO Expert Committee on Health Laboratory Service. Fifth Technical Report Series núm. 491. World Health Organization. 1972.
- R. NÁJERA y J. CASAL: *Importancia de los Laboratorios de Sanidad. Ideas acerca de la Organización de una Red de Laboratorios de Microbiología Sanitaria.* Primeras Jornadas Técnicas del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. Talavera de la Reina. 1977.

CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION

La Constitución Española no señala expresamente la competencia del Estado en la Ordenación Alimentaria, tal como lo hace para la Ordenación Farmacéutica, pero creemos que el alimento tiene connotaciones socio-económicas y sanitarias de carácter general para todo el pueblo español, y por tanto, el dar un tratamiento unitario a la ordenación legal (Código y Reglamentaciones Alimentarias); a los medios de control y a los sistemas de fiscalización y represión, debe ser competencia del Estado.

Queremos diferenciar el control de las actividades de producción, de transformación y de comercialización, de las del producto alimenticio, sea éste natural o transformado, puesto que el control de las actividades señala-

das, en cuanto a caracteres higiénico sanitarios y de repercusión ambiental, así como el control de los manipuladores de alimentos, puede ser perfectamente competencia de los entes autonómicos donde radican estas actividades; sin embargo, los productos alimenticios y alimentarios se distribuyen por todo el territorio nacional, e incluso a la exportación, por lo cual el Estado, para garantizar el consumo de estos productos, debe de contar con las instituciones técnico sanitarias necesarias como instrumento de control, docencia, investigación y educación sanitaria en esta área.

En este aspecto sanitario, es prioritario el control de la «Calidad Sanitaria» de los productos alimenticios y alimentarios, la cual aunque en teoría debería ser en caso de faltar éste, exigente de la calidad comercial, en la práctica, se establecen parámetros distintos para contemplar la calidad comercial y la calidad sanitaria.

Es necesario establecer el concepto de «Calidad Sanitaria» basado en los cuatro parámetros siguientes:

1.º La carga microbiana representada no solamente por la posible existencia de gérmenes patógenos, hongos, parásitos y las toxinas de los anteriores, sino también por el número de gérmenes, aunque éstos sean saprófitos, contemplando al mismo tiempo la existencia de aquella flora, tanto bacteriana como de levaduras propia y específica de determinados productos.

2.º La presencia y cuantificación de los contaminantes abióticos, como plaguicidas, metales pesados y radio contaminación.

3.º La utilización de aditivos, su necesidad de utilización, la pureza de los mismos y la cuantificación.

4.º El valor nutricional, sobre todo el de aquellos productos de mayor consumo en población vulnerable (niños, enfermos, embarazadas, etc.), y especialmente de los llamados dietéticos o para regímenes especiales.

El estudio de estos cuatro parámetros debe ser el objetivo primordial de cualquier Institución Sanitaria relacionada con el área del alimento. Este estudio conlleva la dedicación a una investigación básica y aplicada, con objeto de mejorar sistemas analíticos para obtener mejores resoluciones en los resultados, estandarización de técnicas, detección de productos metabolizados, repercusión en la salud del consumidor por el consumo de sustancias mutagénicas (nitrosaminas, etc.), inmunopatología y toxicidad alimentaria, además de contribuir con los conocimientos obtenidos a la ordenación legal en esta materia y adopción de medios de carácter preventivo.

Los análisis informativos son imprescindibles para conocer, por una parte, las características de calidad sanitaria de cada uno de los sectores de la alimentación, y por otra, el estudio epidemiológico nutricional de los distintos grupos de población, con objeto de tener un conocimiento real de la situación, y poder adoptar, desde el punto de vista sanitario y de salud pública, la política alimentaria correspondiente.

La instrumentación debe realizarse con la existencia de Institución o Instituciones Centrales (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Escuela Nacional de Sanidad, etc.), dotadas de medios de personal económicos e instrumentales de alto nivel, que sean los Centros de referencia orientación, unidad de criterio y estandarización de métodos en relación con otros Centros bien específicos o integrados en los Laboratorios de Salud, formando una red por todo el territorio nacional y con una graduación de tecnología desde la más sofisticada, y de alta capacitación técnica a Centros con nivel técnico más sencillo para problemas de resolución inmediata. El contacto entre todas estas Instituciones, tanto las del Estado como las de las Administraciones Autonómicas y locales, debe ser establecido para la perfecta coordinación.

La sanidad exterior, como competencia del Estado, debe ser contemplada también en los establecimientos de esta red de Instituciones técnicas.

En resumen, el Estado debe mantener Instituciones propias que sean su instrumento de control, pero que al mismo tiempo estén coordinadas con las del mismo cometido en las distintas Administraciones.

Las Instituciones del Estado tendrán la capacitación superior dentro de su especialidad, con finalidad además de control, de alta inspección, investigación y docencia.

INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA

Pertenece a la Administración Central del Estado, entonces Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, desde 1931, hace ya cincuenta años, con el nombre de Instituto Nacional del Cáncer.

Desde entonces ha sido la única institución que ha podido asesorar, directamente y con dependencia inmediata, a las autoridades sanitarias sobre cualquier problema relacionado con la Lucha contra el cáncer, en sus aspectos preventivos y asistenciales.

Ha servido y continúa sirviendo como centro experimental del Estado y modelo para la planificación y organización, a nivel nacional, de servicios de investigación oncológica, fundamental y aplicada a nuestra realidad sanitaria, con las siguientes funciones:

Investigación epidemiológica, a través de su Registro hospitalario de Cáncer, actualmente de acuerdo con las directrices de la Sección de Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra), y en conexión con el Servicio de Información, coordinador de los Registros oncológicos de población, de la Subdirección General de Vigilancia epidemiológica, y la Sección de Estadísticas demográficas del Instituto Nacional de Estadística, para la epidemiología descriptiva de incidencia y mortalidad, respectivamente.

En este aspecto, el Instituto Nacional de Oncología está cumpliendo una misión activa, de catalizador para la creación, organización y funcionamien-

to de los Servicios sanitarios ocupado en el estudio de la Epidemiología del cáncer en España.

Investigación continua y programada, con carácter institucional, sobre la biología y bioquímica del cáncer, partiendo de los conocimientos básicos sobre carcinogénesis y biología molecular de la célula cancerosa, para desarrollar técnicas de caracterización de antígenos, comportamiento celular frente a citostáticos (antiblastogramas) y efectos citotóxicos y citológicos de diversas sustancias.

Investigación sobre la relación tumor-huésped y su inmunopatología, uno de los campos más prometedores de la Oncología actual, derivando los estudios experimentales *in vitro* e *in vivo* con animales hacia su aplicación en clínica humana, a la terapia antileucémica y de los tumores sólidos.

Estas investigaciones han dado lugar a la creación de grupos de trabajo interhospitalarios que, coordinados por los servicios respectivos del Instituto, constituyen equipos multidisciplinarios de ámbito nacional, e internacional en ciertos aspectos, que pueden en cualquier momento asesorar a las autoridades sanitarias en la organización de servicios oncológicos de niveles preventivo y asistencial, primario, secundario y terciario.

En el *aspecto preventivo* está en conexión con los Servicios de Educación sanitaria del Ministerio y los de Medicina laboral del INSALUD, a efectos de promover actividades programadas de prevención primaria (profilaxis) oncológica, y sobre todo con la Subdirección General de Programas de Salud, para ensayo de campañas piloto de prevención secundaria (detección de precancerosis y diagnóstico precoz de neoplasias), a través de exámenes generales en salud e investigación operativa en detección de carcinoma de cervix uterino, endometrio y mama, incluida la evaluación comparativa de técnicas diagnósticas, como la citología exfoliativa «versus» colposcopia en su día y actualmente la termografía, ecografía y mamografía para detección del carcinoma de mama.

El capítulo de *estudio y valoración de nuevas técnicas* de diagnóstico, tanto clínicas complementarias como de laboratorio (marcadores tumorales por RIA y ELISA), para recomendar una dotación racional de centros ambulatorios y hospitalarios, aconsejando a los Servicios de planificación, es otra de las misiones a encomendar al Instituto Nacional de Oncología en relación con la Lucha contra el cáncer en España.

Por último están las *funciones asistenciales* terapéuticas y rehabilitadoras. La asistencia correcta al enfermo canceroso, en los muy numerosos casos que desbordan las posibilidades preventivas (se estima una incidencia anual de más de 100.000 casos nuevos de cáncer en nuestro país), requiere unas particularidades de integración multidisciplinaria, según recomendaciones de la OMS y la UICC, que sólo pueden llevarse a cabo en centros completos u hospitales con unidades oncológicas bien organizadas.

El Instituto Nacional de Oncología ha llevado a cabo una labor paciente de *investigación operativa*, coordinadora de los servicios sucesivamente creados: quirúrgicos, radioterapéuticos, de oncología médica e inmunoterapia. Son dos los instrumentos de coordinación: en primer lugar, el comité de tumores o *comisión de decisión terapéutica*, integrado por el patólogo, cirujano, radioterapeuta y oncólogo médico encargados de estudiar cada caso clínico, y, en segundo, el *Registro hospitalario de cáncer*, para evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de las decisiones del comité o los protocolos por él elaborados.

No es sencillo lograr esta coordinación, imprescindible para una asistencia oncológica de calidad, y el Instituto Nacional de Oncología ha asumido la misión de estudiarla, comprobando sus ventajas y corrigiendo sus defectos, para poder ofrecer a las autoridades sanitarias asistenciales el *modelo a reproducir en la red hospitalaria nacional*, o la de cada autonomía en su caso, como un objetivo primordial en la mejora del tratamiento integral a los enfermos cancerosos.

En resumen, el Instituto Nacional de Oncología es un centro completo, imprescindible para la Administración sanitaria central del Estado español, como organismo experimental, de ensayo y referencia en todas las cuestiones planteadas por la *Lucha total contra el cáncer a nivel nacional*: investigación básica y aplicada, docencia y educación sanitaria, prevención primaria y secundaria, asistencia diagnóstica y terapéutica, rehabilitación clínica y social, así como planificación coordinadora de los múltiples servicios sanitarios implicados en este problema, segunda causa de muerte en España, como más de 60.000 fallecimientos anuales.

ASPECTOS DOCENTES DEL ESTUDIO EN LA FORMACION DE PERSONAL DE SALUD PUBLICA

Para considerar los aspectos relativos a la enseñanza en materia de Salud Pública, hemos de referirnos al concepto más amplio de ésta, formulado por la OMS que la define como el «conjunto de problemas que afectan a la Salud de un población, al nivel de salud del pueblo en su conjunto, a los Servicios de Higiene general y del medio y la organización y administración de la asistencia médica incluida la asistencia primaria».

El desarrollo de los pueblos hace que cada día sea mayor la exigencia de prestaciones y servicios sanitarios, por lo que el número de efectivos dedicados a la Salud Pública resulta insuficiente.

Las necesidades de personal de Salud se incrementa de forma general por los siguientes factores:

1. Crecimiento demográfico y aumento de la expectativa de vida,
2. Aumento de la esperanza individual de recibir asistencia sanitaria,

3. Asunción por parte de los gobiernos de mayores obligaciones en materia de Salud Pública.

4. La rapidez con que se suceden los avances en materia de tecnología sanitaria, equipo y niveles de Rendimiento.

Por otra parte, la estrategia de «Salud para todos en el año 2000» exige la preparación de recursos humanos suficientes para su desarrollo.

España, en el momento actual, es claramente deficitaria en personal técnico de Salud Pública (administradores y gestores, sanitarios, epidemiólogos y en general especialistas en las diferentes ramas de la Sanidad).

En consecuencia, la planificación de la enseñanza de Salud Pública se debe basar en las necesidades actuales y en la previsión de las futuras.

De modo esquemático, para evaluar las necesidades de personal se debería seguir el siguiente orden:

Planificación Sanitaria global.

De la que se deduce la planificación de personal, y de ésta, la planificación de la Docencia, la cual ha de contemplar a su vez los objetivos de la enseñanza, las actividades docentes y la evaluación global.

Es necesario tener en cuenta que las previsiones de personal de Salud no deben ser rígidas, y se deben revisar a medio e incluso a corto plazo.

Dos factores inciden fundamentalmente en la enseñanza de la Salud Pública. Su carácter multidisciplinario y multiprofesional. Es decir: de una parte es preciso formar a múltiples profesionales de grado superior y medio tales como (Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos, Veterinarios, Biólogos, Matemáticos, Químicos, Ingenieros, Arquitectos y Urbanistas, Economistas, Sociólogos, Administradores, Diplomados de Enfermería, Personal de Enfermería, Agentes Sanitarios, etc.) y de otra, el contenido de la enseñanza abarca a materias tan diversas como: Microbiología sanitaria, Genética, Estadística y Demografía, Epidemiología y métodos epidemiológicos, Enfermedades transmisibles, Zoonosis, Sociología y Ciencias de la conducta, Economía sanitaria, Organización y administración sanitaria, Legislación sanitaria, Planificación, Asistencia médica, Ecología sanitaria e higiene del medio, Medicina social, Educación sanitaria, Ciencias de la Alimentación y Nutrición, etc.

Es evidente que la enseñanza y formación de personal de Salud debe hacerse en toda Institución que tenga capacidad y medios para ello y en consecuencia la formación práctica debe extenderse a toda la organización sanitaria, incluyendo centros e instituciones de todos los niveles.

Sin embargo, el carácter multidisciplinario de la enseñanza exige que en una primera etapa de la formación se realice mediante cursos programados en unas instituciones que puedan representar lo que se llamaría la Facultad de Ciencias de la Salud o como habitualmente se denomina en la mayoría de los países Escuelas de Salud Pública.

En el mundo existen algo más de 120 Escuelas de Salud Pública con programas de enseñanza diversos, según la idiosincrasia del país (tradicional, avanzada y moderna) y con recursos técnicos, humanos y económicos muy variables. Sin embargo, la OMS calcula que para que las Instituciones de enseñanza sean rentables y dispongan de los medios adecuados, hacen falta se destine a una población de más de 20 millones de habitantes.

En el Informe Técnico de la OMS número 533 define las Escuelas de Salud Pública como «una entidad funcional cuyo objetivo principal es proporcionar formación sanitaria general y especializada del personal de Sanidad y de otras profesiones que lo necesiten. Para el mejor desarrollo de esta labor deben desempeñar funciones de investigación y proporcionar a la colectividad servicios directos (o estar íntimamente relacionado con ellos) y de asesoramiento».

En general, estas instituciones cubren fundamentalmente lo que se ha llamado el curso básico (cuyos *currícula* son variables pero cubren como mínimo un año a tiempo completo) y los cursos de especialización, así como la formación de personal docente.

Los cursos superiores de Salud Pública (denominados anteriormente curso básico) por necesitar un alto nivel académico no pueden ser descentralizados; incluso existen escuelas de nivel supranacional.

Los cursos medios de Salud Pública pueden ser regionalizados con apoyo técnico y control académico de la institución central. En algunas áreas de la OPS y de otras regiones de la OMS esta regionalización ha sido incluso a nivel supranacional dependiendo de la demografía de los países.

Las Escuelas de Salud Pública de carácter tradicional deben desechar la formación clásica por disciplina y planificar y organizar los programas en función de los puestos de trabajo y en base al desarrollo integrado de los servicios sanitarios y del personal de salud.

Es necesario señalar también que así como las planificaciones son cambiantes y deben revisarse incluso a corto plazo, los *currícula* también deben adaptarse a las necesidades, lo que obliga a que las Escuelas sean dinámicas y adapten sus recursos y sus programas a las necesidades del país.

En España, la Escuela Nacional de Sanidad se crea por Decreto de 9 de diciembre de 1924, desglosándose del Instituto Nacional de Higiene «Alfonso XIII». Si bien la Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944 refunde de nuevo ambas Instituciones fagocitando la Escuela al Instituto, el Decreto 252, de 25 de enero de 1974, vuelve a independizar ambas instituciones creando sobre la base de los Centros Nacionales de Majadahonda del Instituto Nacional de Sanidad, continuador del extinguido Instituto «Alfonso XIII», ya que aunque tuvieron un origen común (la investigación y enseñanza de las enfermedades transmisibles), en la actualidad sus fines y medios son absolutamente diferentes.

La Ley de Bases y el posterior Reglamento (Decreto de 31 de mayo de 1946) tiene, en contraposición, aspectos positivos muy importantes, de los que queremos destacar su incorporación a la Universidad Española y la creación de Escuelas filiales y Departamentales.

Por razones difíciles de comprender y largas de enumerar, la Escuela Nacional de Sanidad no ha sido en los últimos veinticinco años suficientemente potenciada en sus recursos, por lo que en la actualidad existe en el país un déficit de personal de Salud Pública. En consecuencia, parece obvio decir que es de urgencia reestructurar y potenciar la actual Escuela Nacional de Sanidad, máxime cuando por razones técnicas no se deben diversificar sus medios y por razones legislativas las titulaciones y Diplomas de ámbito nacional no han sido ni deben ser transferidas.

El Estado debe proporcionar a través de sus programas (cursos y otros métodos) formación en Salud Pública, tanto general como especializada, al personal de las distintas administraciones del Estado y una vez cubiertas estas necesidades reservar una parte de sus actividades y alumnado para los países de habla hispánica.

Para la formación práctica de los alumnos, utiliza además de sus propias instalaciones y laboratorios, no sólo los Centros Nacionales sino también centros y servicios de los diferentes niveles de la Administración del Estado. Como centro específicamente creado para la formación y entrenamiento de Campo dispone del Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina.

Para la alta especialización de personal en diferentes materias mantiene constante relación con la OMS y muy especialmente con la ASPHER (Asociación de Escuelas de Salud Pública de la Región Europea) de la que es miembro de pleno derecho desde su fundación.

La base legal de la Escuela Nacional de Sanidad ha sido recientemente afectada por las siguientes disposiciones: El Real Decreto 2001/1980, de 3 de octubre («BOE» del 7 de octubre de 1980), en el artículo 2.º extingue la Escuela de Terapia Ocupacional y la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, y sus funciones quedan asumidas directamente por la Escuela Nacional de Sanidad. El Decreto 18082, del 3 de agosto de 1981, deroga varios artículos del vigente Reglamento de la Escuela y suprime el Alto Patronato, creando la Junta Asesora. Confirma su dependencia directa de la Secretaría de Estado para la Sanidad (hoy Subsecretaría de Sanidad), así como su conexión con la Universidad Española. En su artículo 3.º, obliga al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social (hoy Ministerio de Sanidad y Consumo), previo informe de la Junta Asesora, a elevar al Gobierno para su aprobación el nuevo Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad, sin que hasta la fecha haya sido aprobado. Por último, el reciente Decreto 29382, de 18 de diciembre de 1981 («BOE» de 19 de diciembre), por el que se organiza el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su artículo 3.º punto cuarto,

adscribe la Escuela de Gerencia Hospitalaria a la Escuela Nacional de Sanidad. Consideramos que esta adscripción debe ser completa, única forma de conseguir una formación integrada del personal de salud.

De todo lo anteriormente expuesto, se deduce la urgente necesidad de reformar y potenciar la Escuela Nacional de Sanidad, que podría resumirse en estas acciones:

- 1.º Actualizar su base legislativa, de acuerdo con la evolución de la tecnología de los servicios de la salud y con la nueva situación administrativa de nuestro país.

- 2.º Actualizar sus recursos en base a estas mismas consideraciones.

COMUNICACIONES

Niveles de organización de laboratorios de salud pública

Dr. JOSE AREVALO ALONSO

En las I Jornadas Técnicas del Cuerpo de Sanidad Nacional (Talavera de la Reina, 1977), los doctores R. Nájera y J. Casal, expusieron sus criterios sobre la organización de una red de laboratorios de microbiología, con cuyas tesis nos identificamos y nosotros expresamos nuestras ideas sobre la estructura básica de un laboratorio de salud pública a nivel provincial, esquematizando las funciones a desarrollar, abarcando todos los aspectos: microbiología sanitaria, exámenes en salud, sanidad ambiental, sanidad veterinaria, bromatología, etc.

En estas II Jornadas Técnicas, vamos a exponer cómo, a nuestro entender, pueden planificarse en distintos niveles de menor a mayor complejidad los laboratorios de salud pública en un sistema integrado de salud, especificando sus funciones, así como su coordinación en orden a evitar duplicaciones innecesarias y una mayor eficacia.

Para el estudio de esta organización, tenemos que ubicar estos laboratorios en los centros de salud previstos en la asistencia sanitaria integral en sus tres niveles y, para el Primario y Secundario, se debe tener en cuenta si se trata de las áreas urbana o rural. La denominación de estos laboratorios y sus conexiones, se resume en el organigrama que se acompaña.

ASISTENCIA PRIMARIA

A nivel rural, está representada por la Unidad Sanitaria Local, que atiende una población de 5.000 a 6.000 personas. La actuación de un laboratorio a este nivel debe ser coordinada por el médico, farmacéutico y veterinario y no tiene que requerir aparataje costoso. Sus funciones podrían ser:

- Control de Cloración de las Aguas.
- Análisis Bacteriológico de las Aguas de Consumo.

- Análisis básicos de Leche.
- Control de Parasitosis en Animales.
- Análisis Clínicos Elementales.
- Recogida de Muestras para Análisis Sanitarios.

A nivel urbano, la asistencia primaria está encomendada al Centro Primario de Salud, para una población estimada entre 25.000 a 35.000 habitantes. En estos Centros no está justificado la existencia de un laboratorio, pero el personal del equipo de salud debe colaborar con el Centro Secundario o Terciario de quien dependa para recogida de muestras de:

- Análisis clínicos.
- Análisis sanitarios.
- Contaminación atmosférica.

ASISTENCIA SECUNDARIA

A nivel rural, está representada por los Centros de Salud Comarcales o Subcomarcales para una población entre 30.000 a 100.000 personas. Pueden disponer de un laboratorio de salud a cargo de personal especializado. Sus funciones las podemos resumir en los siguientes aspectos:

- Análisis químicos y bacteriológicos de aguas de consumo.
- Análisis clínicos: bioquímicos, hematológicos y microbiológicos básicos:
 - Diagnóstico.
 - Exámenes en salud: trabajadores, escolares.
- Control de salud en los animales:
 - Bacteriológicos.
 - Parasitológicos.
- Control analítico básico de alimentos:
 - Leche.
 - Carnes.
 - Conservas.
- Exámenes sistemáticos de manipuladores de alimentos.
- Control convivientes de afectos de enfermedades transmisibles.

A nivel urbano es el actual Ambulatorio, reestructurado en un Centro de Salud, al que se le encomendaría la asistencia secundaria integral de 100.000 a 150.000 personas. El laboratorio de este tipo de Centros podría tener una cierta complejidad técnica para desarrollar con eficacia las siguientes funciones:

- Análisis clínicos: Bioquímicos, hematológicos automatizados:
 - Diagnóstico.
 - Exámenes sistemáticos en salud.
- Análisis inmunológicos, microbiológicos y parasitológicos.
- Citología diagnóstica y preventiva.
- Control convivientes y manipuladores de alimentos.

En algunos Centros de grandes ciudades:

- Análisis químicos y bacteriológicos de las aguas de su distrito urbano.
- Controles sanitarios de interés.

ASISTENCIA TERCIARIA

Los laboratorios integrados en la asistencia secundaria estarán conectados con los Centros a nivel terciario, a los que remitirán muestras y/o pacientes con problemas más complejos.

Estos laboratorios, así como sus funciones esenciales, son los siguientes:

Laboratorios hospitalarios:

- Análisis clínicos:
 - Bioquímica.
 - Hematología.
 - Microbiología.
- Anatomía patológica y Citología.
- Epidemiología (Servicios de medicina preventiva):
 - Control de gérmenes del aire, agua, alimentos y fómites.
 - Diagnóstico sistemático de portadores sanos.
 - Control de manipuladores de alimentos.
 - Examen de convivientes de ingresados afectados de enfermedades transmisibles.
 - Valoración de desinfectantes.
 - Control de procesos epidémicos.
 - Estudios seroepidemiológicos.

Laboratorio provincial (Dirección de Salud):

- Análisis clínicos:
 - Despistaje de enfermedades.
 - De interés epidemiológico.
- Análisis sanitarios y toxicológicos.
- Sanidad veterinaria.
- Bromatología.
- Sanidad ambiental.

Laboratorio de higiene municipal:

- Idénticas funciones que el Laboratorio Provincial en el ámbito del municipio.
- Coordinación con el Laboratorio Provincial para realizar funciones complementarias.

Laboratorio de higiene industrial:

- Estudio analítico de trabajadores con riesgo específico.
- Valoración contaminación intramuros.

NIVEL ESPECIAL

La complejidad de algunas técnicas, así como la necesidad de contrastar resultados, aconsejan la existencia de laboratorios monográficos y nacionales, donde puedan remitirse las muestras para ser procesadas.

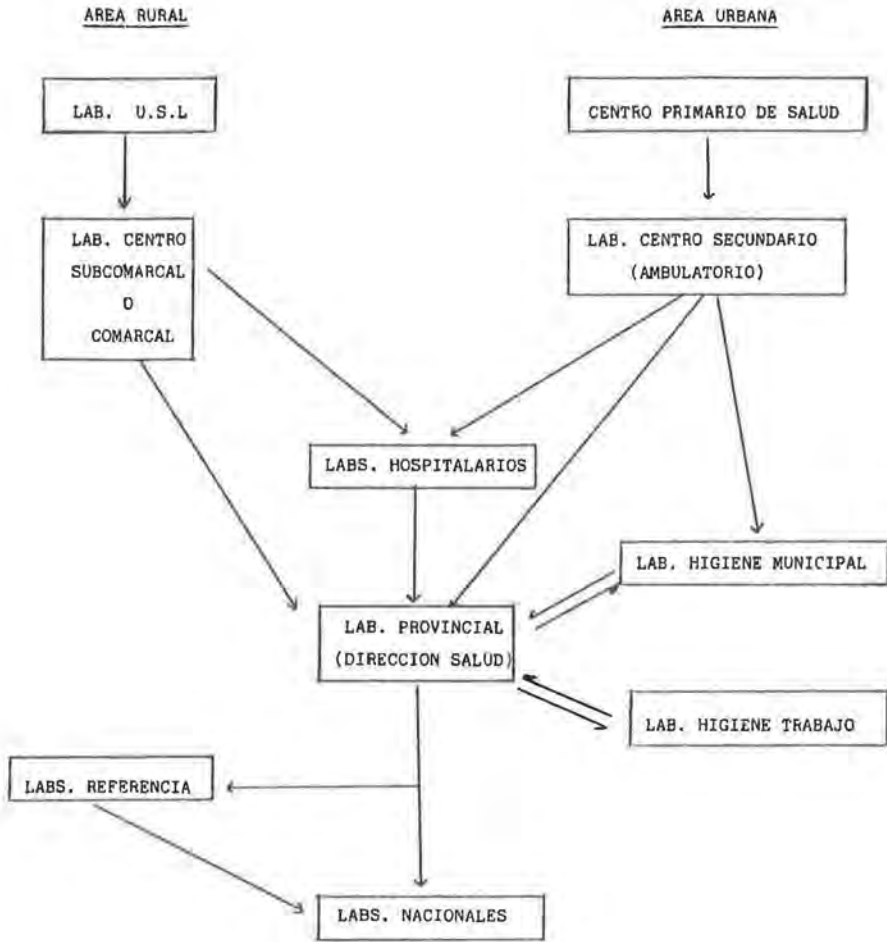
Laboratorios de referencia:

Pueden estar ubicados en Centros hospitalarios, facultades o escuelas técnicas o en Direcciones de Salud, donde existan personas cualificadas y especializadas para ello, contando con los medios necesarios para llevar a efecto tales técnicas. A título de ejemplo, citamos algunos ejemplos:

- Errores congénitos del metabolismo.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Diagnóstico de rabia animal.
- Micobacterias.
- Meningococos.
- Lisotipia entérica.
- Gripe.
- Contaminación atmosférica.

Laboratorios nacionales:

- Escuela Nacional de Sanidad.
- Centro de Virología y Ecología Sanitarias.
- Centro de Farmacobiología.
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Instituto Nacional de Toxicología.



Importancia de los laboratorios de sanidad. Ideas acerca de la organización de una red de laboratorios de microbiología sanitaria

Dres. R. NAJERA (*) y J. CASAL (**)

En sanidad, como en toda actividad humana, debemos plantear una hipótesis de trabajo, comprobarla de forma objetiva, actuar en consecuencia con una acción y controlar la eficacia de la misma. Este planteamiento nos lleva a considerar tres actividades fundamentales: la epidemiología, el laboratorio y las luchas sanitarias que serían los pilares básicos de la sanidad.

El laboratorio es un elemento fundamental para el conocimiento de los problemas sanitarios y para el control de la eficacia de las medidas que se adopten. Debe ser, por tanto, pieza clave de cualquier organización sanitaria.

Dentro del laboratorio existirán varias unidades, dependiendo de las responsabilidades que tenga encomendada la administración sanitaria pero que son, al menos: microbiología, nutrición, farmacobiología, alimentación, medio ambiente y otras que eventualmente se le añadan.

Nos vamos a referir concretamente a la importancia del laboratorio de microbiología, campo de nuestra actividad, sin entrar en el análisis de los otros laboratorios, que posiblemente sean considerados en otras intervenciones.

El laboratorio de microbiología debe ser el encargado del estudio y control microbiológico de las enfermedades transmisibles en el ámbito territorial que cubra.

La importancia de su función viene dada por la gran morbilidad, complicaciones, secuelas y muertes que aún producen las enfermedades transmisibles en nuestro país. Con respecto a la mayoría de este grupo de enfermedades, conocemos su epidemiología, disponemos de una metodología microbiológica para medir susceptibilidad o protección y poseemos recursos preventivos o terapéuticos, lo que hace que en este momento y desde el punto de vista sanitario, consideremos a este grupo de enfermedades como de carácter prioritario en nuestro país.

(*) Jefe del Servicio de Virus Respiratorios y Exantemáticos.

(**) Jefe del Servicio de Bacteriología, Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias. Majadahonda. Madrid.

Somos conscientes de la existencia de otros problemas importantes, como las enfermedades crónicas, degenerativas, tumores, etc., que si bien constituyen hoy un estimulante tema de estudio, son de menos importancia en la práctica sanitaria inmediata, pues desconocemos su etiología en la mayor parte de los casos, desconocemos su epidemiología y no disponemos por tanto de medidas eficaces de lucha, por lo que por el momento, lo que podemos hacer frente a ellas, es mucho menos rentable en términos de prevención.

También debemos considerar que hoy día, en los países más avanzados, uno de los problemas sanitarios más importantes, está constituido, una vez controlado en gran medida el problema infeccioso, por el problema congénito, pero no olvidemos que una parte del mismo es infeccioso a su vez y que algunas de las malformaciones congénitas que se producen se pueden prevenir.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los países en que el control de las enfermedades transmisibles está más avanzado, es porque poseen una red de laboratorios microbiológicos bien dotados, que ejercen un activo programa de vigilancia. Por último debemos recordar que quedan enfermedades infecciosas por controlar, así como otras nuevas cuya etiología infecciosa se va descubriendo, o cuyo peligro «se va acercando».

En toda lucha contra la enfermedad es necesario realizar un análisis costo-beneficio. En enfermedades infecciosas, está claramente demostrado que la aplicación de medidas preventivas supone un enorme ahorro, ya que disminuyen el número de vidas perdidas y se reduce considerablemente el número de casos de enfermedad, complicaciones, secuelas, hospitalización, costo de asistencia médica, absentismo laboral y escolar, incidiendo por tanto de forma importante sobre el proceso de producción.

ANÁLISIS DEL SISTEMA ACTUAL Y NECESIDADES

Disponemos en todas las provincias de un laboratorio de microbiología, que hace bacteriología, cierta parasitología y en pocos de ellos se ha incorporado alguna técnica virológica.

Estos laboratorios tienen, en general, falta de medios y de personal especializado, pero sobre todo tienen falta de coordinación y falta de programas de trabajo integrados dentro de planes generales de sanidad.

Por otra parte, faltan programas de normalización de técnicas y reactivos, así como centros de referencia que en conexión con los centros internacionales resuelvan los problemas que les sean enviados por los laboratorios periféricos.

Creemos falta también, como pieza importante, un servicio de información que recoja los resultados de los laboratorios microbiológicos. Estos datos deberían incluirse semanalmente en la información epidemiológica que

se da a conocer mediante el nuevo *Boletín Epidemiológico* de la Subsecretaría de la Salud. Con ello se dispondría en todo el Estado de una información rápida y de primera mano sobre la situación y la distribución de los gérmenes de interés sanitario.

Del análisis de los puntos anteriores deducimos la necesidad de:

1. Laboratorios provinciales. Suficientemente dotados de personal y material, deberán formar una red en íntimo contacto con los laboratorios de microbiología clínica de su provincia y con los laboratorios centrales o de referencia. Estos laboratorios deberían poseer como mínimo una calidad, al menos similar, sino superior a la de los otros laboratorios de microbiología existentes en su provincia.

2. Laboratorios centrales. Deberán agrupar la mayor parte de los laboratorios de referencia, lo cual no impide que puedan situarse laboratorios de referencia en zonas periféricas, siempre que en ellos trabajen las personas más especializadas en el tema correspondiente.

3. Programas a distintos niveles territoriales y a nivel del Estado, de lucha contra las enfermedades transmisibles, donde se especifiquen las misiones de los laboratorios.

4. Un sistema que permita la coordinación entre todos los laboratorios microbiológicos de la zona.

5. Un sistema de información que llegue a todas las personas interesadas en microbiología.

6. Consideración de las autonomías a nivel del Estado para adecuar la estructura de laboratorios a este sistema administrativo.

FUNCIONES

La bacteriología clínica, diagnóstico de enfermedades bacterianas y vigilancia del tratamiento, se realiza hoy, generalmente, en los laboratorios de los hospitales.

Las funciones del laboratorio de microbiología sanitaria, que incluiría bacteriología, virología, parasitología y micología, serían:

1. Estudio de brotes epidémicos y/o evaluación de la endemia de las enfermedades infecciosas.

2. Evaluación del grado de inmunidad de la población de la zona frente a distintos agentes infecciosos, especialmente aquellos contra los que se realizan campañas sanitarias para comprobar su eficacia y eventual refuerzo en las distintas zonas.

3. Búsqueda de portadores de gérmenes.

4. Conocimiento semanal de los aislamientos y de los estudios de sensibilidad de cepas bacterianas, realizados por otros laboratorios de la provincia.

5. Recogida de las cepas aisladas por otros laboratorios y estudio sanitario de las mismas (tipaje y resistencia a antibióticos) bien a nivel provincial o a nivel central.

6. Información a las autoridades sanitarias.

7. Estudios sobre determinados gérmenes de interés, dentro de los programas provinciales y/o nacionales.

8. Control microbiológico de los productos que lo requieran y le sean encomendados (agua, sangre, alimentos, etc.).

Los laboratorios de referencia realizarán el trabajo final de identificación, tipaje, perfil de resistencias, etc., de los gérmenes de interés sanitario remitidos por los laboratorios provinciales y en los casos pertinentes los transmitirán a los centros internacionales. Constituirán colecciones de gérmenes, con objeto de referencia y de poder suministrarlas a los laboratorios que las soliciten. Controlarán y/o producirán ciertos sueros, antígenos u otros reactivos que, contrastados con los patrones internacionales, servirán como patrones nacionales. Realizarán y distribuirán la normalización de técnicas y procedimientos analíticos. Contribuirán dentro del ámbito de su especialidad a la formación de personal. Realizarán los trabajos epidemiológicos y de investigación, que dentro de su especialidad, revistan interés sanitario. Estarán en íntima conexión con los servicios epidemiológicos, para dar y recibir información.

ESQUEMA DE ORGANIZACION

De acuerdo con las necesidades expuestas, un posible esquema podría ser:

1. Organización de los laboratorios provinciales como organismo autónomo, de forma similar a como lo están los Centros Nacionales. Dependencia administrativa de la Jefatura Provincial de Sanidad de la misma forma en que los Centros Nacionales dependan de la Subsecretaría. Coordinación técnica con los Centros Nacionales.

2. Dotación de personal y medios para desarrollar las funciones analíticas en todo el ámbito de las enfermedades infecciosas. El laboratorio de microbiología deberá tener categoría de Servicio, para poder disponer de secciones especializadas y poder estar a la altura de otros microbiólogos de la zona territorial correspondiente. Será necesario organizar un sistema eficaz de entrenamiento y perfeccionamiento de personal.

3. Creación de laboratorios de referencia, dentro y fuera de las instituciones sanitarias, centrales o provinciales, con la idea de aprovechar todos los recursos del país y reconocer y estimular la labor realizada por distintos grupos. Potenciación de los Centros Nacionales con objeto de que en ellos se puedan agrupar el mayor número posible de laboratorios de referencia.

4. Provisión por parte de los Centros Nacionales o laboratorios de referencia, de determinados elementos diagnósticos, técnicas, información, etcétera, a los laboratorios periféricos.

5. Organización de los «Comités provinciales de laboratorios de microbiología», cuyo secretario coordinador debería ser el jefe del Servicio de Microbiología Sanitaria, y cuya misión, como secretario de este Comité, sería la de recoger la información y las cepas de los otros laboratorios y transmitirles la información microbiológica sanitaria.

6. Información semanal de resultados de laboratorio que se vehicularía a los servicios de epidemiología para su inclusión en el *Boletín Epidemiológico*, el cual se debería distribuir a todos los microbiólogos clínicos y sanitarios del país.

No hemos pretendido hacer una revisión completa del tema, sino aportar ciertas ideas. Sobre el tema existe amplia bibliografía donde se recogen detalles sobre instalaciones necesarias, personal y su cualificación, etc., detalles que no creo sean oportunos en este momento. Lo que sí nos parece oportuno en este momento, es insistir en que todos seamos conscientes de que es imprescindible para una sanidad eficaz, contar con una red de laboratorios de este tipo. Por otra parte, debemos ser conscientes también de que somos un país relativamente pobre y con una economía deficiente, por lo que no podemos permitirnos el lujo de no organizar esta red de laboratorios.

Para terminar, expresar nuestra opinión de que en el seno de cualquier comisión de estudio y planificación sanitaria debe existir un especialista en Laboratorios de Salud Pública.

Ideas sobre la organización de un laboratorio nacional de control de biológicos

Dres. R. NAJERA y J. B. MATEOS (*)

Dentro de la amplia gama de sustancias que se utilizan con fines diagnósticos, preventivos o terapéuticos en Medicina humana, y también en Veterinaria, están incluidos los llamados «productos biológicos». Estos son sustancias derivadas de la materia viva (o productos análogos semisintéticos), cuyos caracteres de actividad e inocuidad no se pueden valorar exclusivamente por pruebas físicas o químicas. Esa evaluación debe llevarse a cabo mediante procedimientos biológicos, los cuales exigen cierto grado de especialización y competencia, siendo obligatorio, por otra parte, la realización de dichas pruebas y controles durante las distintas etapas del proceso de fabricación, así como sobre el producto final. Estos productos pueden ser de origen microbiano (vacunas, reactivos para diagnóstico, antibióticos y enzimas) o bien de origen humano o animal (sueros, productos hematológicos, hormonas y vitaminas); figuran también entre ellos otras sustancias, como los alérgenos, utilizadas con fines de diagnóstico y tratamiento.

El control de los productos biológicos utilizados en medicina tiene por objeto garantizar la inocuidad, la pureza y la actividad de los mismos, incumbiendo su responsabilidad al Ministerio de Sanidad.

La autoridad nacional de control debe estar facultada para:

- a) Fijar los criterios o normas de eficacia e inocuidad que han de satisfacer los productos biológicos.
- b) Establecer patrones utilizables como material de referencia en las pruebas biológicas.
- c) Expedir licencias de fabricación de productos biológicos y autorizaciones de los mismos para su utilización en el propio país.
- d) Establecer los medios técnicos o de otra índole que resulten necesarios para la aplicación de los requerimientos.

(*) Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias de Majadahonda (Madrid).

Los medios técnicos a los que puede recurrir la Autoridad Nacional de Control para el cumplimiento de sus funciones variarán mucho de unos países a otros, dependiendo de los recursos económicos y técnicos disponibles y del grado de desarrollo en que se encuentre la inspección de los productos biológicos. Ahora bien, aun en el supuesto de que no se pueda establecer un sistema complicado, todo país debe tratar de organizar, en su propio beneficio, el control de las sustancias biológicas, aunque sea a un nivel modesto.

Aunque en algunos países existan servicios técnicos para el control de alimentos e incluso para algunos medicamentos, las técnicas para el control de los productos biológicos difieren tan marcadamente de aquellas utilizadas en el análisis químico, que el control de los mismos requerirá el establecimiento de un servicio independiente para las sustancias biológicas, que es el criterio que rige en todos los países desarrollados, en los que los servicios de control e inspección de los productos biológicos están separados de aquellos dedicados a los restantes medicamentos.

Hay dos importantes razones por las que el control de calidad de los productos biológicos debe ser establecido antes de que la producción de cualquiera de ellos sea considerada.

1. Un dispositivo global de control de calidad puede:

- a) Controlar los aspectos de potencia y seguridad de las vacunas importadas, lo cual implica la verificación de los productos de fabricantes, incluyendo el del control de calidad durante el proceso de producción.
- b) Confirmar la potencia de la vacuna durante el almacenamiento.
- c) Comprobar las respuestas en anticuerpos a las vacunas; y
- d) Realizar estudios serológicos para conocer el grado de inmunidad de una comunidad a enfermedades infecciosas.

2. Cuando un país desea participar en la fabricación de productos biológicos la cual en su comienzo puede consistir en la importación de productos a granel inacabados, llevándose a cabo localmente las operaciones de dilución, mezcla, llenado y envasado definitivo, entonces el producto final debe ser sometido a un control de calidad. Así pues, el establecimiento de un sistema de control de calidad de los productos biológicos debe por tanto preceder a la fabricación de los mismos.

El laboratorio nacional de control facilitará a la autoridad nacional de control los servicios técnicos que éste necesite para garantizar la aplicación de las regulaciones nacionales sobre productos biológicos.

Uno de los cometidos de la autoridad nacional de control es formular, en colaboración con el personal técnico del laboratorio nacional y si se considerase conveniente, con los establecimientos productores, los requerimientos que deban ser aplicados en el país. Al llevar a cabo esta tarea deben ser tenidos en cuenta los requerimientos internacionales publicados por la OMS, así como las normas nacionales vigentes en el país.

Las funciones asesoras del laboratorio se extienden también a los diversos problemas técnicos que plantea la aplicación de dichos requerimientos. Sólo una persona técnicamente capacitada puede hacer una evaluación correcta de las partidas de productos fundándose en los resultados de las pruebas y en otros datos de orden técnico. Entre las funciones asesoras del laboratorio nacional de control figura, también, la de asesorar sobre el mejoramiento de los métodos de control, basándose en los resultados de sus propias investigaciones.

La autorización de los productos puede basarse sobre un sistema con tres modalidades:

a) Aquellos productos en los que en su producción y análisis puedan existir peligros intrínsecos (por ejemplo, vacuna de la poliomielitis, vacuna BCG, etc.) o cualquier producto procedente de un nuevo fabricante. Estos productos necesitarán un control de cada lote con la presentación de los protocolos de producción y pruebas realizadas, y de muestras, las cuales pueden incluir materias primas a granel y muestras tomadas en etapas intermedias del proceso de fabricación, así como envases finales.

b) Aquellos productos en los que los métodos de control no dan resultados reproducibles o para los que han sido establecidas las normas muy recientemente. Estos productos requerirán la presentación de los protocolos de producción de cada lote.

c) Aquellos productos que han sido vendidos por el fabricante durante muchos años cumpliendo estrictamente las normas establecidas. Estos productos podrían ser vendidos una vez que el fabricante haya demostrado que el lote es satisfactorio y sin otra formalidad posterior.

B I B L I O G R A F I A

Organización de un Laboratorio Nacional de Inspección de Sustancias Biológicas (Normas sobre la instalación técnica). Vigésimo segundo Informe del Comité de Expertos en Patrones Biológicos. Serie de Informes Técnicos número 444. Organización Mundial de la Salud. 1970.

The National Control of Vaccines and Sera (A guide to the provision of technical facilities). Thirty-first Report of the WHO Expert Committee on Biological Standardization. Technical Report Series no. 658. World Health Organization. 1981.

Escuela Nacional de Sanidad. Problemática pasada, actual y futura

Dr. FERNANDO RUIZ-FALCO LOPEZ (*)

I. ANTECEDENTES

El enorme avance científico realizado en el último tercio del siglo XIX, tanto en el conocimiento de la etiología de las enfermedades infecciosas y parasitarias como en el mecanismo de su transmisión, vislumbra una perspectiva clara de que estas enfermedades se pueden evitar. Esta conciencia de introducirse en una nueva e importante etapa en la lucha de las enfermedades transmisibles, estaba apoyada por la utilización ya muy generalizada de la vacuna antivariólica descubierta en 1796 por E. Jenner. Esta había conseguido disminuir las epidemias de viruela que hasta entonces y durante varios siglos constituían una importante causa de morbilidad y mortalidad, acompañada de numerosas secuelas. Hay que hacer notar que en la lucha contra la viruela se organizaron verdaderas campañas de vacunación, siendo la más importante la iniciada por España en 1803 con la expedición del «María Pita», que fue la primera campaña mundial de vacunación, e inicio de otras posteriores, culminadas con las acciones sanitarias de la OMS, hasta conseguir recientemente la erradicación de esta enfermedad en el mundo.

Todos estos avances indujeron a que se creasen en diversos países, a finales del siglo XIX, instituciones, fundamentalmente laboratorios, que con el nombre de Institutos de Higiene, de Medicina Tropical u otros similares investigaban la etiología de las enfermedades transmisibles, estudiaban sus ciclos biológicos y su mecanismo de transmisión, así como realizaban diagnósticos y estudios epidemiológicos. Estos Institutos, además, desarrollaban programas de enseñanza y formación técnica y divulgaban los nuevos conocimientos para que se aplicasen en la prevención de las enfermedades bacterianas, víricas y parasitarias.

Posteriormente, de tales Institutos, se desglosaron las Escuelas de Salud Pública, en un principio con relaciones más o menos estrechas y de depen-

(*) Director de la Escuela Nacional de Sanidad

dencia con los propios Institutos y más tarde con plena autonomía e independencia, si bien manteniendo la colaboración necesaria. En esta separación de las Escuelas con respecto a los Institutos Nacionales de Higiene, intervienen dos factores fundamentales: de una parte, la dificultad de mantener dos fines absolutamente prioritarios, la prestación de servicios y la enseñanza, que en ocasiones obligaba a anteponer una sobre la otra en detrimento de una de las funciones, generalmente la dedicación al alumno. De otra parte, con el avance de las ciencias sanitarias, se introducen hacia los años 20 de este siglo nuevas materias de enseñanza en los programas de formación ajenas a las enfermedades transmisibles (Administración sanitaria y Medicina social, Lucha contra las enfermedades crónicas, etc.), materias que están distantes de la labor que realizaban los Institutos de Higiene. De esta forma las enseñanzas de las Escuelas de Salud Pública evolucionaron progresivamente y pasaron de una enseñanza «clásica o tradicional» (Química sanitaria, Microbiología y Parasitología, Estadística y Demografía, Epidemiología y enfermedades transmisibles, Saneamiento del medio) a una enseñanza «avanzada» (en la que se incluía además Medicina social, Administración sanitaria, Educación sanitaria y Lucha contra las enfermedades no transmisibles), para posteriormente llegar a una enseñanza moderna y multidisciplinaria, donde adquieren importancia la Sociología, Ciencias del comportamiento, Economía sanitaria, Planificación sanitaria, Técnicas de gestión, etc. De todas formas los tipos de enseñanza y su contenido dependen, como es obvio, del desarrollo sanitario del país y de su problemática de salud pública.

2. BREVE HISTORIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD

En España se crea, por Real Decreto de 23 de octubre de 1894, el Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene. Este Instituto de nueva formación se apoya en el Instituto Central de Vacunación del Estado (creado por Decreto de 24 de julio de 1881). En el discurso del ministro de la Gobernación don Alberto Aguilera, solicitando la aprobación del Decreto, señala que «se han levantado por todas partes en el extranjero laboratorios e institutos donde se siguen los modernos procedimientos y las nuevas prácticas a la profilaxis y curación de enfermedades que se habían reputado hasta aquí como difíciles de evitar y vencer».

Poco tiempo pudo actuar el Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene, puesto que hasta 1898 no se nombró director (don Antonio Mendoza), y el Real Decreto de 28 de octubre de 1899 refunde los dos Centros citados en uno nuevo denominado Instituto de Seroterapia, Vacunación y Bacteriología Alfonso XIII, que tuvo como directores a don Santiago Ramón y Cajal

(1899-1920) y don Jorge Francisco Tello (1920-1939). En el apartado 2 de este Decreto se señala como funciones de esta Institución «la enseñanza práctica de las técnicas bacteriológicas en su relación con la Higiene y la Epidemiología» y «la generalización y práctica de los procedimientos preventivos y curativos». Ya en 1902 se organizan los primeros cursos, iniciándose así, por consiguiente, la labor de la Escuela de Sanidad.

El Instituto, en 1910, abandona los primitivos locales de la calle Ferraz que pertenecían al Instituto Central de Vacunación del Estado y por Real Decreto del 29 de enero de 1911 cambia su denominación por la de Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, nombre que fue prestigiado internacionalmente y que todos los sanitarios recuerdan con añoranza.

La Escuela Nacional de Sanidad se crea por Real Decreto del 9 de diciembre de 1924, sobre la base del Instituto y del Hospital del Rey, y su misión primordial es «instruir y formar en lo sucesivo los cuerpos de funcionarios sanitarios pertenecientes a los organismos dependientes de la Dirección General de Sanidad».

Ya, de inicio, la Escuela nace con una mala estrella, pues hasta 1929 no es nombrado su primer director (doctor don Gustavo Pittaluga) y sólo un año después es aprobado, por Real Decreto del 12 de abril de 1930, su primer Reglamento. Este Reglamento es verdaderamente modelo para su época y casi podría transcribirse a la actualidad con la simple modernización del contenido de la enseñanza.

En el folleto Constitución de la Escuela Nacional de Sanidad, de G. Pittaluga (publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad, número 1), y en el propio Reglamento se especifica que «la Escuela Nacional de Sanidad se constituye como organismo autónomo que forma parte de las Instituciones sanitarias dependientes, desde el punto de vista administrativo, del Ministerio de la Gobernación». De esta publicación prácticamente podríamos transcribir todos sus párrafos, lo que haría este trabajo demasiado extenso, pero recomendamos sin embargo su lectura.

El Reglamento está dividido en 31 artículos que podrían estar vigentes si se efectuara una modernización científica de más de medio siglo.

Aunque los cursos de Salud Pública se iniciaron ya en la Escuela en 1925, en 1931 dio comienzo (una vez definido el título por el Reglamento ya aprobado) el primer curso de Oficiales sanitarios, que representa el curso superior de Salud Pública, con la duración de un año a tiempo completo.

La mayor parte de los alumnos de este primer curso fueron posteriormente prestigiosos sanitarios del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.

La guerra civil origina los desastres que todos conocemos y obliga a emigrar a muchos eminentes sanitarios (no citaré nombres para no olvidarme de ninguno) y entre ellos al propio director de la Escuela.

3. EVOLUCION Y SITUACION ACTUAL

La Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944, en su base 3.^a, crea de nuevo la Escuela Nacional de Sanidad sobre la base del Instituto y señala como fines primordiales de esta nueva Institución: La enseñanza universitaria, investigación científica, función epidemiológica y producción de elementos sanitarios. Evidentemente representa un paso atrás, ya que refunde el Instituto y la Escuela en un solo organismo, con misiones tan polivalentes como la formación de personal especializado en salud pública, la prestación de servicios a nivel nacional y la producción de elementos sanitarios.

Sin embargo, el apartado A de la base 3.^a tiene un contenido muy positivo al incorporar la Escuela a la Universidad española de acuerdo con la Ley de Ordenación Universitaria, siendo, por tanto, un órgano para el ejercicio de las funciones primordiales de la Universidad.

Para confirmar la dependencia con la Universidad estará la Escuela bajo la dirección de un Patronato formado por cuatro miembros pertenecientes al Ministerio de Gobernación (ministro, subsecretario, director general de Sanidad y director de la Escuela Nacional de Sanidad) y tres miembros del Ministerio de Educación Nacional (ministro, director general de Enseñanza Universitaria y rector de la Universidad de Madrid). La presencia predominante de altos cargos en este Patronato (dos ministros, un subsecretario, etc.), provocó que prácticamente no se reunieran y en consecuencia resultase inoperante.

También puede considerarse de interés en esta misma base que las Escuelas especiales, tales como la de Puericultura, Instructoras sanitarias y cuantas pudieran crearse en lo sucesivo, funcionaran en el orden docente como filiales de la Escuela Nacional de Sanidad, a la que habrían de someter sus planes de estudio.

Una vez más se produce una demora en la publicación del nuevo Reglamento de la Escuela, que fue aprobado por real Decreto de 31 de mayo de 1946 («BOE» de 27 de junio del mismo año) y está todavía parcialmente vigente.

Este Reglamento está dividido en 54 artículos con los siguientes apartados: «Objetivos y Fines» (art. 1.^o); «Función docente» (art. 2.^o); «Investigación» (art. 3.^o); «Epidemiología y Producción» (art. 4.^o); «Del Alto Patronato Directivo» (arts. 5.^o y 6.^o); «De la Dirección y Profesorado» (arts. 7.^o al 15); «Junta Técnica» (arts. 16 y 17); «Enseñanzas sanitarias especiales» (arts. 19 al 21); «De los alumnos y planes de estudio» (arts. 22 y 23); «Oficiales sanitarios» (arts. 24 y 25); «Especialistas sanitarios» (arts. 26 al 28); «Diplomados de Sanidad» (arts. 29 y 30); «Instructoras sanitarias» (arts. 31 al 33); «Obra de perfeccionamiento sanitario» (art. 34); «Otros planes» (arts. 35

al 38); «De los títulos y diplomas» (arts. 39 al 43); «De las Escuelas departamentales de Sanidad y provinciales de Puericultura» (arts. 44 al 46) y «Relaciones y dependencias docentes con otros Centros» (arts. 47 al 54).

Queremos destacar el artículo 2.º, donde al hablar de la función docente afirma que «queda perfectamente encajada dentro de la Universidad española con el nuevo y peculiar carácter de una Escuela de postgraduados, en donde se atiende a la formación de especialistas sanitarios entre médicos, farmacéuticos y veterinarios, y en general, de muy distintos grados».

En definitiva dos puntos importantes merecen destacarse de este artículo: en primer lugar su «encajamiento» dentro de la Universidad española para respaldar oficial y legalmente los títulos que la Escuela expida. En segundo lugar, afirma ya el carácter multiprofesional y pluridisciplinario de la salud pública y por consiguiente indica que deben formarse en la Escuela de postgraduados «profesionales de muy distintos grados».

En este mismo artículo se señalan como objetivos docentes la preparación de oficiales sanitarios, especialistas médicos al servicio de la Sanidad Nacional, diplomados de Sanidad, especialistas en Higiene escolar, instructoras sanitarias y agentes sanitarios.

El artículo 39 expone que «la más esencial labor docente de la Escuela Nacional de Sanidad estará dirigida, como ya se ha señalado, a la formación de oficiales sanitarios y especialistas sanitarios» y además define los títulos como la especialización superior de Higiene y Sanidad. Los programas de formación de los oficiales sanitarios, así como los sistemas de selección y evaluación están especificados en el artículo 24.

Por otra parte, el artículo 40 especifica que el título de oficial sanitario médico es indispensable:

- 1) Para ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.
- 2) Para dirigir Centros Secundarios de Higiene.

El título de oficial sanitario médico, farmacéutico o veterinario se exigirá para desempeñar:

- a) Cargos dependientes de la Dirección General de Sanidad, con funciones inspectoras, central o privada.
- b) Para ejercer la docencia de la higiene y técnicas sanitarias en las Escuelas superiores especiales.
- c) Para desempeñar jefaturas de servicio en los Institutos Provinciales de Sanidad.
- d) Para nombramientos de directores de laboratorios municipales.

El apartado número I fue derogado en 1960, y el resto ha sido incumplido, con grave perjuicio para la salud pública.

Conviene insistir en que los Centros secundarios de Higiene pueden equipararse a lo que serán en un futuro los Centros comarcales y subcomar-

cales de Sanidad, y por consiguiente es preciso definir la preparación técnica y titulación requeridas para el personal responsable de estos centros.

Desde la aprobación del Reglamento, la Escuela Nacional de Sanidad no ha sido actualizada en sus recursos, quedando desfasada para el cumplimiento de su labor docente.

Someramente indicaremos los aspectos que no fueron suficientemente potenciados o, por mejor decir, que quedaron estancados o relegados:

1) Las instalaciones de la Escuela ocupan las plantas basamento, 1.^a, 2.^a y 3.^a, del pabellón número 1 de la Facultad de Medicina, compartiendo éstas con la Escuela de Enfermedades del Tórax. En diferentes reformas la Escuela ha tenido que ceder, por orden superior, locales de la planta basamento a la otra institución. La situación real es que la escuela no dispone ni de aulas suficientes, ni de seminarios, ni de laboratorios de prácticas adecuadas para poder desarrollar su misión.

2) El presupuesto de la escuela es, no sólo insuficiente, sino que podría calificarse de irrisorio.

3) Su propia estructura no ha sido debidamente actualizada, de acuerdo con el avance de la tecnología en salud pública. Frente a unos departamentos en materias biológicas, físico-química sanitaria y de higiene del medio suficientemente evolucionados y con alta especialización de su profesorado, existe, sin embargo, una laguna en el desarrollo de algunos departamentos de ciencias sociales.

4) El propio Reglamento, después de su publicación hace treinta y seis años, ha quedado obsoleto e inadecuado al concepto actual de salud pública.

Este Reglamento ha sido modificado por las siguientes disposiciones:

— El Decreto 2312, de 19 de julio de 1967, creó el Centro de Virología y Ecología Sanitaria que comenzó funcionando con técnicos desglosados de la sección de Virus de la Escuela Nacional de Sanidad y con otro personal contratado al efecto. De esta forma se inicia el nuevo Instituto Nacional de Sanidad.

— El Decreto de 25 de enero de 1974 vuelve a independizar ambas instituciones, creándose sobre la base de los Centros Nacionales de Majadahonda (Centro de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria, Centro de Alimentación y Nutrición y Centro de Farmacobiología) el Instituto Nacional de Sanidad, continuador del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII. Sin embargo, la Escuela continúa desarrollando y prestando servicios como Instituto entre otros en el campo de la sanidad ambiental, inexistente como tal en los Centros de Majadahonda.

El Real Decreto 2001/1980, de 3 de octubre («BOE» del 7), en el artículo 2.º extingue la Escuela de Terapia ocupacional y la Escuela Nacional de

Instructoras Sanitarias, y sus funciones quedan asumidas directamente por la Escuela Nacional de Sanidad.

— El Decreto 1762/81, de 3 de agosto de 1981, deroga varios artículos del vigente Reglamento de la Escuela y suprime el Alto Patronato, creando la Junta Asesora (presidida por el subsecretario de Sanidad y Consumo y como vocales los directores generales de Salud Pública, Planificación Sanitaria, Farmacia y Medicamentos, Secretaría General Técnica y tres representantes del Ministerio de Educación —directores generales de Ordenación Universitaria, Enseñanza Media y Enseñanza General Básica—, actuando como secretario el director de la Escuela). Confirma su dependencia directa de la Secretaría de Estado para la Sanidad (hoy Subsecretaría de Sanidad y Consumo), así como su conexión con la Universidad española. En su artículo 3.º, obliga al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social (hoy Ministerio de Sanidad y Consumo), previo informe de la Junta Asesora, a elevar al Gobierno, para su aprobación, el nuevo Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad.

Es de suponer que en este nuevo Reglamento se incluyan las definiciones de los diferentes títulos que la escuela otorgue, así como su exigencia para las actividades sanitarias y, en consecuencia, de las pautas que permitan elaborar los programas de estudio correspondientes.

Este nuevo Reglamento no ha sido aún aprobado al redactar estas líneas.

— Por último, el reciente Decreto 2967/81, de 18 de diciembre de 1981 («BOE» del 19), por el que se organiza el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su artículo 3.º, punto cuarto, adscribe la Escuela de Gerencia Hospitalaria a la Escuela Nacional de Sanidad. No ha habido ninguna disposición posterior que aclare la forma en la que debe realizarse esta adscripción.

Otras disposiciones han incidido así mismo en la Escuela Nacional de Sanidad:

— La Ley de 20 de julio de 1955 sobre «Enseñanzas, título y ejercicio de las especialidades médicas». Esta Ley define 31 especialidades médicas, entre ellas, la de «Higiene y Sanidad» (art. 4.º). Si bien afirma en el artículo 1.º que el título de especialista médico se expide únicamente por el entonces Ministerio de Educación Nacional, en el artículo 5.º reconoce que las enseñanzas de la especialización podrán cursarse: A) ... B) En los institutos y escuelas de especialización médica reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional con anterioridad a la presente Ley.

— El Decreto de 23 de diciembre de 1957, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del 20 de julio de 1955, en su capítulo I, artículo 1.º, dice textualmente: «El título de especialista es condición precisa para ocupar un cargo de médico especialista en cualquier establecimiento o institución pública o privada».

— El Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención del título de especialidades médicas. En su artículo 3.º se enume-

ran cinco especialidades, entre ellas la de «Medicina preventiva y salud pública» en sustitución de la de «Higiene y sanidad».

El artículo 1.º dice, puntualmente, «para ocupar puestos de trabajo en centros o instituciones públicas y privadas con tal denominación se requiere estar en posesión del correspondiente título de especialista». Produce asombro reconocer que, en lo que se refiere a la medicina preventiva y salud pública, este artículo parece inexistente y ha sido repetidas veces incumplido con grave detrimento de las funciones asignadas.

El desempeño de puestos de trabajo de especialistas en medicina preventiva y salud pública por titulados en otras materias y, por consiguiente, incompetentes para esta función, se ha incrementado recientemente con la organización sanitaria de las Comunidades autónomas. Esto se está admitiendo con una pasividad y una lenidad pasmosas, incluso aceptándose como algo normal cuando, para decirlo claro, es el mismo disparate que el que se produciría si un especialista en medicina preventiva entrase en un quirófano como cirujano jefe para extirpar un cáncer de estómago o realizar una operación cardiaca extracorpórea.

El citado Decreto 2015/1978, no hace ninguna referencia (y esto es un grave vacío legislativo) al Decreto de 31 de mayo de 1946 (del Reglamento vigente de la Escuela Nacional de Sanidad), donde se definen las titulaciones de medicina preventiva y salud pública. También ignora por completo que las primeras especializaciones sanitarias con rango académico se establecieron por Real Decreto del 12 de abril de 1930 (del primer Reglamento de la Escuela) y que anteriormente, primero por el Instituto Nacional de Higiene y posteriormente por la Escuela Nacional de Sanidad, se impartieron los primeros cursos de especialización.

Esta laguna en el Decreto de especialidades 2015/1978, ha originado que el proyecto de Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad, elaborado recientemente, fuese informado negativamente por el anterior director general de Ordenación Universitaria.

También este Decreto olvida que la salud pública es una especialidad multiprofesional y multidisciplinaria. Así, en efecto, el Decreto 2078/1982, de 15 de octubre, regula los estudios de especialización y la obtención del título de farmacéutico especialista. Entre estos títulos se incluye el de «sanidad ambiental y salud pública». Es de esperar que en sucesivos Decretos se regulen los estudios de especialización de las diferentes titulaciones universitarias y de escuelas técnicas, y es de desear que todas las profesiones (veterinarios, biólogos, químicos, físicos, sociólogos, psicólogos, economistas, ingenieros, urbanistas, etc.), puedan optar por una especialización en salud pública. Pero lo que constituye un grave error es la desconexión en la formación en salud pública de las diferentes ramas sanitarias. Nadie puede poner en duda en la actualidad que la sanidad es una labor de equipo, equipo que debe ser compuesto por especialistas de diferentes profesiones. Pero para

que estas profesiones puedan entenderse es imprescindible que hablen un mismo lenguaje y ese lenguaje debe aprenderse en una parte de formación en común de la especialidad.

INICIATIVAS Y ACCIONES REALIZADAS, TENDENTES A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS PLANTEADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS SITUACIONES ORIGINADAS POR LAS DEFICIENCIAS EN EDIFICIO, ESTRUCTURA PERSONAL, PRESUPUESTOS Y REGLAMENTACION

Por disponer de instalaciones insuficientes el director de la Escuela Nacional de Sanidad, don Primitivo de la Quintana, proyectó la construcción de un nuevo edificio, para lo cual solicitó al Rectorado de la Universidad de Madrid, mediante escrito de fecha 1 de marzo de 1971, la concesión de 10.000 metros cuadrados en el recinto universitario.

— Con fecha 19 de enero de 1972, el Ministerio de Educación y Ciencia autoriza, mediante orden ministerial comunicada al Rectorado de la Universidad Complutense, la concesión de los 10.000 metros cuadrados en el área de la Ciudad Universitaria. El 10 de abril, el Rectorado puso en conocimiento de la Dirección General de Sanidad esta concesión.

El director general de Sanidad, con objeto de acelerar en lo posible la construcción e instalaciones del nuevo edificio de la Escuela Nacional de Sanidad, cuyo gasto se encuentra incluido en las previsiones presupuestarias del III Plan de Desarrollo, ordena con fecha 9 de diciembre de 1972 la constitución de una Comisión encargada de estudiar, promocionar y coordinar las obras y medidas necesarias a tal fin.

— El 12 de enero de 1973 la Junta Económica Administrativa acuerda la concesión de créditos para la preparación de las obras de la Escuela.

— El 30 de marzo de 1973, la Dirección General de Sanidad remite al Rectorado el anteproyecto, memoria descriptiva, presupuestos estimativos y maqueta del conjunto.

— El 2 de mayo de 1973, la Junta Técnica Administrativa aprueba un gasto de 12.723.000 pesetas, para excavación definitiva y cimentación, que se deducirá del importe del edificio, autorizándose igualmente la celebración del concurso-subasta.

— Con fecha 4 de octubre de 1973 el nuevo director general de Sanidad constituye, bajo su presidencia, una Comisión para «el estudio ponderado, conjunto y objetivo de la situación y circunstancias de la Escuela Nacional de Sanidad» (se refiere a «estructura arquitectónica, administrativa, la de personal e instalaciones, etc.»), con el fin de emitir un informe a la superioridad,

que sirva de base para adoptar ulteriores decisiones. Esta Comisión se reunió el día 10 de octubre y siguientes, e incomprensiblemente, se presentaron informes desfavorables de algunos compañeros que formaban parte de ella.

— El día 9 de noviembre de 1973, la Junta Económica Administrativa suspende la efectividad del gasto por orden del director general de Sanidad.

— El 30 de diciembre de 1973 se realiza la apertura de pliegos, adjudicándose la obra a la empresa COMILSA, pero no se llegan a firmar los contratos ni a iniciarse las obras.

— El 31 de diciembre de 1973 se autoriza el gasto de 4.500.000 pesetas para pagar los honorarios del arquitecto autor del proyecto.

— Con fecha 15 de abril de 1974, el director general de Sanidad emite un informe absolutamente desfavorable para la Escuela por considerar que el proyecto era excesivo en cuanto a edificio e instalaciones, por este motivo se suspende definitivamente la construcción del nuevo edificio. En este mismo informe se propone en sustitución del previsto edificio la ampliación de los locales de la Escuela con las plantas 4.^a y 5.^a, ocupadas por la Escuela de Enfermedades del Tórax en el mismo pabellón.

— En octubre de 1977 se constituye una Comisión presidida por el subsecretario de Sanidad y formada por cinco miembros (director del Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social, director general de Salud Pública, subdirector general de Enseñanza e Investigación, decano de la Facultad de Medicina de Valladolid y director de la Escuela Nacional de Sanidad) para estudiar la problemática de la Escuela Nacional de Sanidad y elaborar un nuevo Reglamento.

Esta Comisión se reunió en varias ocasiones elaborando un proyecto de Reglamento que se elevó a la superioridad en enero de 1979. Una vez más, el informe quedó relegado y murió, como otros muchos, en el cesto de los papeles.

— Como consecuencia del artículo 3.º del Decreto 1762/1981, de 3 de agosto, la dirección de la escuela constituyó una comisión para elaborar un borrador de reglamento que se consideró imprescindible para el mejor y más rápido desarrollo de la Escuela.

Esta comisión trabajó intensamente, reuniéndose en múltiples ocasiones hasta redactar un primer borrador, que fue consultado con diferentes personas e instituciones, introduciéndose en el mismo, en consecuencia, varias modificaciones que mejoraron el texto.

Posteriormente la Secretaría General Técnica del Ministerio, previa consulta a la Asesoría Jurídica, adaptó el citado borrador en forma de decreto. Este proyecto fue aprobado por la Junta Asesora de la Escuela Nacional de Sanidad, que asistió en su totalidad con la sola excepción del director general de Ordenación Universitaria, quien envió posteriormente un informe desfavorable basándose en el Decreto 2015/1978.

— Con fecha 24 de octubre de 1978 la Junta Central de Retribuciones del Ministerio acuerda congelar los niveles y puestos de trabajo de la Escuela Nacional de Sanidad.

En repetidas ocasiones la dirección de la escuela expone, mediante los correspondientes informes razonados, la necesidad de modificar este acuerdo.

— Por fin, como consecuencia del escrito presentado con fecha 22 de octubre de 1980, la Junta Central de Retribuciones, en el acta número 527, de fecha 3 de marzo de 1981, rectifica el acuerdo de 24 de octubre de 1978 y aprueba el nuevo catálogo de puestos de trabajo de la Escuela Nacional de Sanidad.

Por tanto los puestos de trabajo habían quedado congelados durante tres años con el consiguiente grave perjuicio para el desarrollo de las funciones de la Escuela.

Al liberarse estos puestos de trabajo se realiza una reorganización interna de la Escuela Nacional, que queda estructurada en los siguientes Departamentos y Servicios:

- Dirección.
- Subdirección y Jefatura de Estudios.
- Secretaría Técnica.
- Administración.
- Biblioteca-Repografía-Museo.
- Estadística y Epidemiología.
- Físico-Química Sanitaria.
- Sanidad Ambiental.
- Bacteriología Sanitaria.
- Parasitología y Artropodología Sanitaria.
- Inmunología y Virus.
- Higiene de los Alimentos y Nutrición.
- Veterinaria de Salud Pública-Zoonosis.
- Sociología Sanitaria.
- Educación Sanitaria.

La dirección actual de la escuela ha elevado a la superioridad en los últimos años los siguientes informes, exponiendo la situación de la institución y proponiendo las soluciones que a su juicio deberían llevarse a cabo:

— 28 de julio de 1977, «Organigrama de la Escuela Nacional de Sanidad. Su historia, vicisitudes, realidad actual y proyecto para el futuro».

— 3 de agosto de 1977, «Informe previo sobre la Escuela Nacional de Sanidad».

— Septiembre de 1977, «Informe sobre la Escuela Nacional de Sanidad. Situación actual y proyección futura».

— 21 de julio de 1978, «Datos económicos y memoria del subprograma, anexo de personal».

— 1 de junio de 1979, «Objetivos y funciones de la Escuela Nacional de Sanidad».

— 7 de julio de 1980, Informes sobre:

1. Definición de Escuelas de Salud Pública.
2. Breve historia de la Escuela Nacional de Sanidad.
3. Base jurídica actual.
4. Cursos realizados.
5. Situación actual.
 - a) Edificio.
 - b) Personal.
 - c) Presupuesto.
6. Compromisos de cursos inmediatos.
7. Necesidades urgentes.
8. Objetivos y funciones de la Escuela Nacional de Sanidad.
9. Proyección para un futuro inmediato.
 - a) Reestructuración de la Escuela.
 - b) Actualización legislativa.
 - c) Edificio.
 - d) La Escuela y los Entes Autonómicos.
 - e) La Escuela y el Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina.
 - f) La Escuela Nacional de Sanidad y los países de habla hispana.

— 14 de octubre de 1980, «Actualización del informe anterior».

— 13 de mayo de 1981, «Problemática actual de la Escuela Nacional de Sanidad y soluciones posibles».

— 17 de junio de 1982, «Informe sobre la inadecuación entre la actividad de la Escuela Nacional de Sanidad y el presupuesto a ella asignado, solicitando aumento del mismo».

Este informe se emitió independientemente de las memorias anuales justificativas de las concesiones de presupuestos adecuados.

SOLUCIONES

Como corolario de todo lo expuesto, para que la escuela pueda desarrollar con eficacia las misiones que tiene encomendadas, es preciso realizar sin demora las siguientes acciones:

1) *Actualización de la legislación* mediante la aprobación de un nuevo reglamento, en el que se dictamine:

- Mantener su dependencia directa con la Subsecretaría de Sanidad y Consumo y especificar su relación con el Ministerio de Educación y Ciencia.
- Programas de formación y títulos.
- Clasificación y conexión de los títulos en relación con los Decretos de especialidades médicas, farmacéuticas y de cuantas Facultades y Escuelas Técnicas puedan reglamentarse.
- Incorporación de la Escuela de Gerencia Hospitalaria y unificación de las enseñanzas.
- Relación con el Centro de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina y de cuantos Centros pueden utilizarse para la enseñanza práctica y de campo.
- Relación con las Escuelas filiales.
- Relaciones de la Escuela Nacional de Sanidad con las Comunidades autónomas y sus Escuelas departamentales.
- Relaciones con el Ministerio de Asuntos Exteriores y con los Organismos sanitarios internacionales y normas de admisión de alumnos extranjeros, particularmente de los países de habla hispana.
- Funciones dependientes de la enseñanza: Programas de investigación, órgano asesor, etc.

2) *Reestructuración de la Escuela.*

Es necesario reestructurar los departamentos de esta escuela, para modernizar la enseñanza y adaptarla al contexto actual del país. El avance de las ciencias sanitarias en los países desarrollados obliga a que los programas docentes evolucionen hacia una mayor participación de las ciencias económicas, sociales y administrativas, conservando la enseñanza de las ciencias biológicas tradicionales en salud pública.

Según nuestro criterio, y de acuerdo con las normas recomendadas por la OMS para escuelas de salud pública, esta escuela debería reestructurarse en las siguientes áreas de enseñanza e investigación:

- a) Ciencias biológicas de interés en salud pública: Bacteriología, Virología, Parasitología y Artropodología, Inmunología, Bioquímica y Genética.
- b) Epidemiología y Estadística: Estadística y Demografía, Enfermedades transmisibles, Zoonosis y Enfermedades no transmisibles y crónicas.
- c) Ciencias sociales: Sociología y Ciencias de la conducta, Economía sanitaria.
- d) Administración y Organización sanitaria: Legislación sanitaria, Planificación y Evaluación sanitarias y aspectos sanitarios de la Seguridad Social.
- e) Ecología sanitaria e Higiene del medio: Saneamiento ambiental, Físico-Química sanitaria, Urbanismo, Ingeniería sanitaria.

- f) Medicina social: Higiene materno-infantil, Higiene escolar, Tercera edad, Salud mental, Higiene del trabajo, Deportes.
- g) Educación sanitaria: Formación sanitaria y docente: Pedagogía sanitaria y métodos didácticos audiovisuales.
- h) Alimentación y Nutrición; Tecnología, control e inspección, organización y métodos.
- i) Asistencia sanitaria: Hospitalaria, Asistencia extrahospitalaria y Servicios de urgencia. Las funciones correspondientes a esta área tendrán como misión fundamental la formación de personal cualificado en materia de organización, planificación, dirección y administración de centros y servicios sanitarios asistenciales.

3) *Adecuación de los presupuestos*, para conseguir un mayor rendimiento de los recursos existentes y poder cumplir con la misión asignada. Es conveniente, como ocurre en casi todas las Escuelas de Salud Pública del mundo, que funcione como *organismo autónomo* y pueda revertir los importes de matrículas y tasas en la propia enseñanza.

4) *Ampliación del edificio y modernización de las instalaciones* en las que se disponga de número suficiente de aulas, seminarios, laboratorios de prácticas, biblioteca, métodos audiovisuales de enseñanza, servicios bibliográficos, publicaciones, etc. Así mismo, es conveniente disponer de residencia para la estancia de alumnos, tanto nacionales no residentes en Madrid como extranjeros.

No nos extendemos en el desarrollo de las acciones que se deben llevar a cabo porque el punto 1 está ampliamente expuesto en el borrador del Reglamento que redactó la Comisión designada. En este borrador, proyectado para su aprobación por decreto, no se pudo definir a la escuela como organismo autónomo, ya que es preciso que esta condición sea legislada por ley. Los puntos 2, 3 y 4 han sido objeto de diferentes informes presentados a la Subsecretaría de Sanidad por la dirección de la escuela.

CUARTA PONENCIA

Directrices generales para una nueva Ley de Sanidad

Dres. ROMAN HERRERO AYLLON, RAMON NAVARRO GARCIA, JOAQUIN VAAMONDE FERNANDEZ y EMILIO ZAPATERO VILLALONGA

1. Operar el cambio desde un sistema basado en la enfermedad a un sistema que tenga por objetivo la salud, como concepto positivo.
2. Realizar el cambio desde un sistema meramente defensivo de la salud pública a un sistema dinámico, prospectivo y predictivo de promoción de la salud y de recuperación en caso de su pérdida.
3. Pasar de una organización múltiple, incoordinada y centralista a otra única, jerarquizada, sectorizada, coordinada, descentralizada y participada.
4. Transformar en un *Servicio Nacional de Salud Pública*, financiado fundamentalmente por el Estado, la obsoleta asistencia médico-farmacéutica que actualmente se verifica a través de beneficencias o de seguros sociales.
5. Integrar la organización sanitaria con la asistencial, dando prioridad a la asistencia primaria.
6. Ordenar los recursos disponibles para su mayor eficiencia.
7. Coordinar las acciones que inciden en la atención primaria de salud: alimentación, educación, vivienda, trabajo, salario, etc.

PREAMBULO

Durante el tiempo transcurrido desde el año 1944, en que fue aprobada la Ley de Bases de Sanidad Nacional —la cual nunca llegó a ser plenamente desarrollada y que, además, fue degradada a rango de Reglamento por el Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre—, se han producido dos hechos que la han afectado gravemente:

— Los grandes avances, a ritmo crecientemente acelerado, de los conocimientos sanitarios y de la tecnología, que imponen un cambio radical en el

enfoque de los problemas que plantea la salud, tanto individual como colectiva.

— La promulgación de la nueva Constitución que, al dar nacimiento al Estado de las Autonomías, exige un cambio también radical en los planteamientos de toda la Administración y, por tanto, de su sector sanitario.

Existe tal toma de conciencia general por cuanto atañe a este sector sanitario, que todos coinciden en considerar necesario introducir en el mismo una profunda reforma, ya debatida y aprobada por el Congreso de los Diputados, pero que aún no llegó a plasmarse en las pertinentes disposiciones legales.

En la idea de que el Gobierno estima llegado el momento de elaborar el correspondiente proyecto de Ley, los funcionarios médicos de Sanidad Nacional, guiados del exclusivo propósito de aportar sus conocimientos técnicos en la materia, se honran en elevar a la consideración de la superioridad las siguientes «Directrices generales para una nueva Ley de Sanidad».

GLOSARIO DE TERMINOS

Las diversas acepciones que tienen en el diccionario algunos términos empleados en el texto constitucional, así como en el lenguaje habitual, relacionados, directa o indirectamente, con el «derecho a la protección de la salud», nos hacen aconsejar que, al elaborar el proyecto de Ley de Sanidad, se comience por definir lo que, a efectos de la misma, se entiende por cada uno de los términos conceptuales que se empleen.

1. Fines y bases

1.1 Todos tienen derecho a la protección de la salud. A los efectos de esta Ley se entiende por *salud* el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no a la mera ausencia de enfermedad o defecto. Y se entiende por *protección* la conservación y la promoción de la salud, así como la asistencia sanitaria integral en caso de enfermedad.

1.2 Son sujetos de este derecho los ciudadanos españoles y sus hijos, así como los ciudadanos extranjeros que, estando en el territorio nacional, procedan de países con los que exista reciprocidad y aquellos otros cuyas enfermedades puedan afectar a la comunidad.

1.3 Se considera base de toda acción sanitaria el conocimiento permanente de la situación epidemiológica, tanto en sus aspectos de enfermedad como de niveles de salud.

2. Competencias y responsabilidades

2.1 Será competencia y responsabilidad del *Estado*, la organización y control de los servicios sanitarios públicos, así como la adopción de medidas o normas que tengan por objeto la protección, promoción y recuperación de la salud. Y asimismo, la vigilancia sobre el cumplimiento de las normas que rijan los servicios sanitarios privados.

2.2 Será competencia y responsabilidad de los Ayuntamientos, individual o mancomunadamente, la sanidad ambiental o sanidad del medio, que comprenderá entre otros:

- Aguas potables.
- Vigilancia y examen de alimentos y bebidas.
- Higiene de viviendas.
- Policía sanitaria en vías públicas, mercados, mataderos, lavaderos, cementerios, lugares y locales públicos.
- Higiene de las escuelas.
- Evacuación de aguas negras y residuales.
- Inspección del sector de la alimentación.
- Sostenimiento de centros sanitarios locales.

2.3 Será competencia y responsabilidad de las Diputaciones Provinciales organizar los servicios de sanidad ambiental que desborden las posibilidades técnicas o financieras de los Ayuntamientos, así como apoyar las obligaciones mínimas de los municipios que lo precisen.

2.4 Será competencia y responsabilidad de las Comunidades autónomas la gestión, control y participación en la planificación del Servicio Nacional de Salud Pública en su territorio en los términos que establezca el Estatuto correspondiente, sin perjuicio de su posible delegación en otros Entes locales. Y, asimismo, la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones sanitarias de los citados Entes locales de su demarcación.

2.5 Será competencia y responsabilidad de la Administración central del Estado, a través del Ministerio correspondiente:

- La planificación y coordinación general de la sanidad.
- La alta inspección.
- La vigilancia epidemiológica.
- La sanidad exterior.
- Las relaciones sanitarias internacionales, en colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores.
- La sanidad de transportes y otros servicios inter o supraautonómicos.
- La educación sanitaria por medios de comunicación social y la elaboración de los programas que hayan de incluirse en los distintos niveles de educación, en colaboración con los Ministerios implicados.

- La normativa del control sanitario del medio ambiente, alimentos, aguas, fármacos, aditivos, productos de uso o consumo humanos, material, actividades y establecimientos sanitarios.
- La normativa sobre formación de personal sanitario y sus puestos de trabajo.
- La normativa sanitaria laboral, en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- El desarrollo y coordinación general de la investigación sanitaria.
- La gestión directa de aquellos centros o servicios sanitarios que, por su ámbito o especialización, se estimen necesarios.
- La cooperación técnica con las Comunidades autónomas.

3. Estructura

3.1 *Administración central del Estado:*

3.1.1 Órgano de dirección, planificación y control.—El órgano rector de la política sanitaria del Estado tendrá rango de Departamento ministerial, con la estructura que el Gobierno determine.

Para atender las necesidades sanitarias a nivel territorial, existirán los órganos precisos en los que se ubicarán las Inspecciones de Sanidad y Salud, que estarán desempeñadas por funcionarios facultativos especializados en salud pública.

3.1.2 Órgano consultivo.—A nivel nacional existirá un Consejo Nacional de Sanidad, formado por representantes de la Administración central y autonómica.

3.1.3 Órgano de gestión.—Se hace necesaria la creación de un único organismo sanitario, como ente gestor de todos los servicios sanitarios públicos (preventivos, asistenciales y de promoción de la salud), que se denominará *Servicio Nacional de Salud Pública*. Encuadrará la totalidad de los servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, de los Entes sanitarios de la Seguridad Social, de los servicios sanitarios de la Administración local, el Plan Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo y aquellos otros que se estime necesario.

El Ministerio asumirá, a través de dicho Servicio, la gestión de la red de centros, instituciones y servicios que se consideren de ámbito nacional.

Todo ello con absoluto respeto de los legítimos derechos adquiridos por el personal que se integre y sin perjuicio de la libre concurrencia del sector privado, que se someterá a las normas legales correspondientes.

3.2 *Administración local:*

3.2.1 Entes autonómicos:

3.2.1.1 Órganos de dirección, planificación y control.—El órgano rector de la política sanitaria de cada Ente autonómico será la Consejería o Unidad

del ramo, con la estructura que se determine y que contará con funcionarios facultativos especializados en salud pública.

3.2.1.2 Órgano consultivo.—A nivel de Comunidad autónoma existirá un Consejo de Sanidad.

3.2.1.3 Órgano de gestión.—En cada Comunidad autónoma existirá un Servicio de Salud Pública, que estará constituido por todos los servicios sanitarios que se transfieran de los que integran el *Servicio Nacional de Salud Pública*.

3.2.2 Nivel provincial.—Órgano de dirección, gestión y control: Para atender las necesidades sanitarias a este nivel, existirá en cada provincia una Dirección Provincial de Salud, que actuará como delegada permanente del Gobierno autonómico respecto a esta materia y que tendrá como misión dirigir y vigilar el cumplimiento de las acciones y normas de carácter sanitario. Asumirá la dirección del *Servicio Nacional de Salud Pública* de su circunscripción y la jefatura directa del Servicio de Vigilancia Epidemiológica y del Laboratorio de Salud Pública.

3.2.3 Nivel municipal:

3.2.3.1 Órgano de dirección y gestión.—En cada municipio existirá una Jefatura Local de Sanidad, que actuará como delegada permanente de la Dirección Provincial de Salud. Asumirá la dirección del *Servicio Nacional de Salud Pública* local y la jefatura directa del Servicio de Vigilancia Epidemiológica y del de Sanidad Ambiental.

3.2.3.2 Órgano consultivo.—En cada municipio existirá un Consejo Municipal de Sanidad.

3.2.4 Otros niveles:

En aquellos territorios que por sus características geográficas o sociales se considere necesaria otra estructura, podrá adaptarse la más adecuada a las circunstancias, dentro de las directrices generales señaladas.

4. Derechos y deberes

4.1 Son derechos fundamentales de los usuarios:

- La protección de su salud, en función de los recursos técnicos y materiales *disponibles*.
- El respeto a la intimidad y a la integridad personal. No se podrá tomar ninguna medida asistencial o sanitaria que pueda afectar a estos extremos sin autorización expresa del sujeto o de sus representantes, salvo caso de urgencia o de imposibilidad manifiesta.
- El secreto profesional, salvo cuando peligre la salud pública.

- La asistencia indiscriminada y humanizada, que implica un tratamiento personal y, en lo posible, la elección de facultativo y centro.
- El conocimiento de los juicios hipocráticos (diagnóstico, pronóstico y terapéutica), así como de sus posibles consecuencias y la seguridad técnica de las instalaciones.
- En caso de hospitalización, el enfermo tendrá, además, derecho al informe clínico correspondiente, a la compañía de amigos y familiares, a una muerte digna y a la asistencia religiosa, cuando sea solicitada.

4.2 *Serán deberes inexcusables:*

- Cuidar de su propia salud y de la de los suyos.
- Contribuir a preservar la salud de la comunidad, evitando la producción o difusión de agentes morbosos y colaborando con los servicios sanitarios en la investigación y control epidemiológicos.
- Cumplir las prescripciones sanitarias indicadas en caso de enfermedad que implique riesgo para la comunidad.

5. Recursos

5.1 *Institucionales:*

5.1.1 Públicos: La red de Instituciones del Servicio Nacional de Salud Pública estará constituida, inicialmente, por el conjunto de centros y servicios de los organismos que se integran, debidamente ordenados.

5.1.2 Privados: Los que correspondan al sector privado, que podrán colaborar a los fines del Servicio Nacional de Salud Pública, dentro de las normas establecidas por éste.

5.2 *Personales:*

5.2.1 Personal del Servicio Nacional de Salud Pública: Se incluirá en él todo el personal de los organismos integrados, sin perjuicio de sus derechos funcionariales o laborales. Se evitará, en lo posible, la extinción de cuerpos y escalas y la irreversibilidad de las alternativas. Se regularán, cuidadosamente, los derechos y deberes de todo el personal, con participación del mismo.

5.2.2 Personal del sector privado: Se regularán también de forma análoga sus derechos y deberes.

5.3 *Financieros:*

En principio, el Servicio Nacional de Salud Pública se financiará con los recursos procedentes de los organismos integrantes, que constituirán un presupuesto único. Se tenderá a la financiación progresiva a cargo del Estado.

Las Entidades locales aportarán, como mínimo, los porcentajes que actualmente dedican a sus obligaciones sanitarias, aunque éstas sean de distinta naturaleza.

Los servicios que se consideren básicos, serán gratuitos para los usuarios, a los que, no obstante, se les podrá exigir una participación en los demás servicios.

6. Acciones sectoriales

- Planificación.¹
- Vigilancia epidemiológica.
- Evaluación.
- Inspección.
- Medicina preventiva.
- Promoción de la salud.
- Educación sanitaria.
- Programas y luchas sanitarias.
- Sanidad ambiental.
- Sanidad de los alimentos.
- Sanidad farmacéutica.
- Veterinaria de salud pública.
- Asistencia sanitaria.
- Sanidad exterior. Relaciones sanitarias internacionales.
- Salud mental.
- Sanidad infantil y maternal.
- Sanidad escolar.
- Sanidad laboral.
- Sanidad rural.
- Sanidad de viviendas, locales y agrupaciones de población.
- Planificación demográfica sanitaria.
- Sanidad vial y de transportes.
- Planificación y formación de personal sanitario.
- Investigación sanitaria.
- Sector sanitario privado.
- Atención sanitaria en las catástrofes.
- Policía sanitaria mortuoria.

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

	FUNCIONES	ORGANOS CONSULTIVOS	ORGANOS DE GESTION
<p>1. <i>Nivel nacional</i></p> <p>Ministerio de Sanidad y Consumo.</p>	<p>Planificación. Coordinación. Inspección. Competencias exclusivas.</p>	<p>Consejo Nacional de Sanidad.</p>	<p>Centros Nacionales del Servicio Nacional de Salud Pública.</p>
<p>2. <i>Nivel autonómico</i></p> <p>Gobierno de las Comunidades autónomas.</p>	<p>Competencias transf.</p>	<p>Consejo Regional de Sanidad del Ente autónomo.</p>	<p>Servicio Nacional de Salud Pública del Ente autónomo.</p>
<p>3. <i>Nivel provincial</i></p> <p>Dirección de Salud. Diputaciones. Direcciones Pvles. de Sdad. y Consumo. Inspecciones Pvles. de Sdad. y Salud.</p>	<p>Competencias transf. Sanidad ambiental. Competencias no transf. Competencias no transf.</p>		<p>Servicio Provincial de Salud Pública.</p>
<p>4. <i>Nivel municipal</i></p> <p>Jefatura Local de Sanidad. Ayuntamientos.</p>	<p>Competencias transf. Sanidad ambiental.</p>	<p>Consejo Municipal de Sanidad.</p>	<p>Servicio Municipal de Salud Pública.</p>

COMUNICACIONES

Elementos para una nueva política sanitaria rural *

Dr. JOSE MARIA FRANCIA VIÑA

Hablar de sanidad rural ha supuesto tradicionalmente la aceptación de una realidad contrapuesta y aislada en relación con los servicios sanitarios urbanos, concepción que merecería la pena revisar; porque la denominada «sanidad rural», en función del progreso socioeconómico y especialmente del de las comunicaciones, ya no constituye algo tan diferenciado y de significación tan distante a la sanidad urbana desde el punto de vista de la organización de servicios. En realidad se debería hablar de la organización y distribución territorial de servicios sanitarios en el medio rural, como un aspecto más del sistema sanitario general en el cual se interconexión profundamente instituciones y servicios urbanos y rurales.

I. SITUACION ACTUAL

En el marco del proceso de centralización que ha caracterizado la evolución desde principios de siglo de los servicios sanitarios rurales, mediante el cual el Estado, especialmente a través de los sanitarios locales, ha vaciado de contenido las competencias sanitarias municipales (1), es imprescindible, para proyectar una nueva política en el sector, analizar con rigor la situación actual.

Frente a continuas declaraciones oficiales sobre la necesidad de potenciar la medicina rural, se ha constatado la ausencia de planes concretos de organización, de programas eficaces desde la Administración para transformar la situación actual y, por qué no decirlo, ha faltado voluntad política para emprender los cambios necesarios. Como consecuencia de todo ello se ha producido un profundo proceso de deterioro de nuestra sanidad rural constatado por la población, el personal sanitario y algunos sectores de la Administración. Proceso que se caracteriza por: a) La desmoralización y aislamiento del personal sanitario local, marginado profesionalmente ante la

* Conferencia pronunciada en diciembre de 1982, en el curso de diplomados de Sanidad.

(1) SANTIAGO MUÑOZ MACHADO: *La sanidad en España*.

inexistencia de un proyecto global de salud pública en el cual puedan integrarse: *b)* El desfase y precariedad de las actuales estructuras asistenciales y preventivas, tanto desde el punto de vista de la dotación y de equipamiento, como en cuanto a la coordinación del conjunto de instituciones sanitarias que deberían desarrollar funciones de apoyo a los niveles locales. *c)* Infrautilización, e incluso falta de funcionamiento en algunos casos, de la red de centros comarcales y subcomarcales ya construidos, cuya rentabilidad en el momento presente es más que dudosa, rayando en el despilfarro. *d)* Falta de participación y responsabilidad municipal en el área sanitaria, en virtud de la escasez de recursos y de la dependencia de la Administración central en esta materia. *e)* Creciente burocratización y desprestigio de las tareas sanitarias ejercidas en el medio rural por los sanitarios locales. *f)* Pasividad e inercia de la Administración del Estado en relación con esta situación e incapacidad del INSALUD para el establecimiento de un sistema de atención sanitaria en el medio rural con unos niveles mínimos de calidad y una orientación de salud pública. *g)* Medicalización de la problemática sanitaria rural ligada al incremento del consumo farmacéutico en virtud en buena medida de la persistencia de la iguala médica, problemática que tiene evidentemente su raíz en problemas de carácter social y económico.

La despreocupación, indolencia y en cierto modo cinismo de la política seguida en este campo por anteriores gobiernos, ha tenido su expresión concreta en proyectos como los continuos planes de comarcalización (2), la elaboración del mapa sanitario y las propuestas contenidas en los reiterados proyectos de reforma sanitaria.

En todo caso, parece evidente que la problemática sanitaria rural tiene una estrecha relación con cuatro variables o elementos que deben contemplarse conjuntamente: personal sanitario, administración central y provincial, ayuntamientos y población. Cualquier política que intente abordar los problemas sanitarios del medio rural sin considerar conjuntamente estos cuatro elementos está condenada al fracaso, tanto si se plantea desde el marco corporativo, como experiencia municipal o como imposición por parte de la Administración de una determinada política.

1.1 Sobre el personal sanitario

El individualismo y la formación estrictamente médica recibida en la Universidad, condiciona la situación actual del personal sanitario rural, en cuanto a su disponibilidad para integrarse en un trabajo de salud pública que por sus propias características implica el trabajo en equipo. Existe por tanto una clara insuficiente formación en salud pública en el personal sanitario rural, que como antes hemos dicho se traduce muchas veces en el mero

(2) LUIS FELIPE ALONSO TEIXEIRO: *Comarcalización sanitaria*.

ejercicio burocrático de las funciones sanitarias que tienen encomendadas. La doble condición de médico de la Seguridad Social y jefe local de Sanidad en el caso de los médicos titulares, se descompensa claramente hacia el ejercicio de su labor asistencial médica, constituyendo las tareas sanitarias una mera labor subsidiaria.

El sistema de iguales, vigente a pesar de la legislación, condiciona asimismo el tipo de asistencia médica prestada, posibilitando la discriminación en función del pago de la iguala, el incremento del gasto farmacéutico y un importante obstáculo para el trabajo en equipo. Un cierto grado de insensibilidad social y de distanciamiento con respecto a los principales problemas de la comunidad, constituyen otra característica (con numerosas excepciones) del ejercicio sanitario rural.

1.2 Sobre la Administración

Ya hemos indicado anteriormente las características generales de la actuación de la Administración, intentando plantear la comarcalización, como panacea de la problemática sanitaria rural que nunca se llevaba a efecto. El divorcio entre una sanidad preventiva y asistencial ha impedido una política integrada que se planteara las más elementales necesidades sanitarias de la población. Prácticamente puede decirse que se ha carecido de política alguna, ya que si la comarcalización fue una falacia en los planes de desarrollo, la elaboración del mapa sanitario ha constituido un absurdo intento cartográfico, y el reciente Decreto sobre guardias médicas se sitúa ya en un claro abandono de la iniciativa oficial.

Es de destacar no obstante la potencialidad de los recursos sanitarios provinciales de cara como luego veremos a la proyección de una política específica en esta área.

1.3 Sobre los Ayuntamientos

Las Corporaciones municipales rurales no han decantado órganos específicos de gestión sanitaria, dadas sus peculiares características y en función de la fuerte dependencia estatal en materia sanitaria. Se constata por tanto inexperiencia en cuanto a lo que puede considerarse como gestión municipal de los asuntos sanitarios, falta de recursos para poderlos utilizar y una conflictiva relación de dependencia entre la figura del alcalde y los sanitarios locales. Las funciones asesoras al Ayuntamiento por parte de los sanitarios locales se realizan a título individual o en el marco del mero trámite burocrático, sin que dicho asesoramiento se haya normalizado, ni consolidado orgánicamente. Los ayuntamientos se rigen en este campo por

disposiciones legales claramente trasnochadas y cuya vigencia e interpretación se sitúan en una continua discusión entre ayuntamientos y organismos provinciales.

1.4 Sobre la población

En general la problemática sanitaria es vivida por la población rural más como problema individual, que se expresa a través de denuncias o conflictos con los sanitarios locales, que como problema colectivo de responsabilidad comunitaria y que exige una cuidadosa búsqueda de soluciones globales. No preocupa la sanidad nada más que cuando afecta individualmente y de forma grave a intereses particulares y a pesar de que en los últimos años se aprecia una proliferación de lo que pueden denominarse «denuncias sanitarias», éstas en la mayoría de los casos no plantean la problemática colectiva de la comunidad rural.

La población ha asistido con absoluto escepticismo a las continuas promesas de transformación de la sanidad rural y en muchos casos, como ha ocurrido con la elaboración del mapa sanitario, apenas ha participado en la expresión de sus propias necesidades, que han sido manipuladas en reducidos sectores de influencia generando expectativas de construcción de centros sanitarios que al no haberse realizado posteriormente sólo han servido para incrementar la frustración y el desaliento de cara a una participación activa para la solución de los problemas sanitarios.

2. ALGUNOS ASPECTOS DE LA POLITICA SANITARIA RURAL A CORTO Y MEDIO PLAZO

Sólo una política que aborde equilibradamente acciones en las cuatro áreas descritas, podrá aspirar a superar la mera especulación y situarse en el plano real de una acción eficaz rigurosamente programada y con las garantías de control y evaluación necesarias. El diseño de la política a corto y medio plazo que a continuación se expone se basa en una concepción de la asistencia sanitaria rural realista, en una racional utilización de los recursos disponibles y en un esquema de actuación operativa y de distribución territorial de servicios que se ampliará posteriormente y que se contrapone radicalmente con el intento del mapa sanitario.

2.1 Política en relación con el personal sanitario rural

En función del análisis anteriormente realizado y teniendo presente la situación del deterioro de la asistencia sanitaria rural, las líneas de actuación a corto y medio plazo serían:

2.1.1 *Formación y reciclaje en salud pública* del conjunto de sanitarios locales mediante actividades docentes programadas a nivel provincial y comarcal dentro de un plan general de formaciones en salud pública tutelado y apoyado por la Escuela Nacional de Salud.

2.1.2 *Aplicación estricta de las incompatibilidades* en aquellos casos en que el trabajo sanitario rural se compatibilice con la dedicación asistencial en centros sanitarios o instituciones provinciales.

2.1.3 *Racionalización del trabajo sanitario* rural en base a programas y cometidos concretos que dignifiquen las funciones de salud pública encomendadas a los sanitarios locales.

2.1.4 *Resolución del problema de las guardias rurales* en la línea a que hace referencia las propuestas que a continuación se indican en el campo de actuación de la Administración.

2.1.5 *Establecimiento de un control de calidad* de la asistencia sanitaria rural mediante el diseño de los oportunos protocolos, fichas, historias clínicas y mecanismos de supervisión y evaluación por parte de la Dirección Provincial de la Salud y Dirección Provincial del INSALUD.

2.2 Política en relación con la actuación de la Administración sanitaria

Sobre la base de una necesaria integración de las acciones asistenciales y sanitarias en el medio rural que clarifique una dirección técnica y administrativa del personal sanitario rural acabando con la actual dispersión, en cuanto al establecimiento de múltiples líneas de dependencia jerárquica (Dirección Provincial de la Salud, INSALUD, Dirección Provincial de Sanidad, etc.), algunas acciones urgentes que debe poner en práctica la Administración sanitaria a corto y medio plazo son:

2.2.1 *Elaboración de programas integrales de salud pública* a nivel provincial, de acuerdo con las características de cada zona, por parte de la Dirección Provincial de la Salud y de la Dirección Provincial del INSALUD. Programas que, aunque pueden ampliarse sustancialmente en función de la situación epidemiológica de cada Comunidad autónoma y provincia, deben incluir por lo menos: Programa de protección materno-infantil, programa de cuidados geriátricos en el medio rural, programa básico de saneamiento, sistema de información epidemiológica y lucha contra las enfermedades transmisibles más importantes, veterinaria de salud pública y educación sanitaria.

2.2.2 *Organización de equipos provinciales de acción sanitaria* a partir de los recursos disponibles en las Direcciones Provinciales de la Salud, que se responsabilicen del desarrollo de los programas anteriormente citados y del apoyo técnico y administrativo necesario al nivel local y comarcal en el marco de una planificación provincial de estas actuaciones.

2.2.3 *Revisión en profundidad de las propuestas contenidas en los mapas sanitarios* orientada no tanto al establecimiento artificial de divisiones territoriales, como a la puesta en práctica bajo la dirección y supervisión de la Administración sanitaria provincial de unos equipos rurales que a nivel local e intermunicipal puedan resolver el problema de las guardias médicas y de la urgencia rural mediante una política de incremento de recursos personales, de aprovechamiento de los locales municipales actualmente disponibles y de una política racional de nuevas inversiones. Se deberá tender más que al establecimiento de centros de nueva construcción comarcales o subcomarcales al establecimiento de un sistema de trabajo en equipo aprovechando locales ya disponibles.

2.2.4 *Apertura de las instituciones asistenciales provinciales al medio rural* (hospitales, ambulatorios, etc.) mediante la potenciación de las relaciones con los sanitarios locales, y el establecimiento de consultores especializados con responsabilidad para normalizar pautas diagnósticas-terapéuticas, establecimiento de una labor docente y continuada y de apoyo clínico y diagnóstico a los sanitarios locales.

2.2.5 *Coordinación en línea con lo apuntado anteriormente entre el ejercicio médico rural y la asistencia especializada que prestan los ambulatorios.*

2.2.6 *Rentabilización inmediata de los centros comarcales y subcomarcales existentes* mediante la puesta en práctica con carácter prioritario en estos centros de los programas a que hemos hecho referencia anteriormente.

2.2.7 *Flexibilización de las actuales divisiones territoriales* de tal forma que puedan establecerse áreas territoriales específicas en actuación diferente en función de los programas a desarrollar (saneamiento, docencia postgraduada, apoyo clínico, etc.).

2.2.8 *Ejercicio de la autoridad* por parte de la Administración ante el hecho discriminatorio de la iguala médica y en el campo disciplinario.

2.2.9 *Recopilación de acuerdo con la legislación vigente* de las funciones y competencias de los sanitarios locales, tanto en el área asistencial como en la de la salud pública.

2.3 Política en relación con las Corporaciones municipales

El proceso de centralización en el ejercicio de las actuaciones sanitarias que aunque formalmente se encuentran entre las competencias municipales son ejercidas efectivamente por funcionarios técnicos del Estado, debe invertirse progresivamente con el fin de decantar competencias definidas para las Corporaciones locales respetando su autonomía y promoviendo una amplia coordinación y apoyo técnico con los organismos sanitarios provinciales. En este sentido podían ser líneas de actuación prioritarias las siguientes:

2.3.1 *Recopilación de las competencias y funciones sanitarias locales* atribuidas por la legislación vigente a los ayuntamientos, promoviendo un amplio acuerdo a nivel provincial sobre la interpretación por parte de la Administración sanitaria de dichas competencias con el fin de articular jurídica y administrativamente un marco de relaciones hasta que una nueva Ley de Régimen Local establezca estas competencias y clarifique aspectos transnochados e inoperantes de la actual legislación.

2.3.2 *Establecimiento de mecanismos institucionales por parte de la Administración provincial para el apoyo técnico a las Corporaciones locales.* Apoyo técnico que deberá normalizarse adecuadamente e incluir determinados aspectos de la dependencia municipal de los sanitarios locales.

2.3.3 *Corresponsabilización entre las Corporaciones municipales y la Administración sanitaria provincial,* teniendo presente lo enunciado en el punto anterior en cuanto al ejercicio y desarrollo de las competencias sanitarias.

2.3.4 *Dedicación corporativa específica al tema sanitario* mediante la decantación de órganos municipales responsables en este campo.

2.3.5 *Estímulo para la incorporación de voluntariado a las tareas de salud pública y a la participación comunitaria.*

2.4 Política en relación con acciones dirigidas a la población rural

La actuación sanitaria en el medio rural se ha caracterizado hasta el momento por una absoluta falta de información real por parte de la Administración pública en un programa de saneamiento ambiental, para un programa de vacunaciones infantiles o de apoyo clínico. Se trataría por tanto de ir en una primera fase a la concepción de áreas comarcales de actuación operativa, desde el nivel provincial, que permitieran un conocimiento exhaustivo de cada zona, y fueran configurando unas posibles áreas de actuación sanitaria dependientes de la Dirección Provincial de la Salud, de carácter comarcal, ya que considerar en este momento las comarcas como cabezas de dirección sanitaria o de actuación autónoma, es simplemente desconocer la realidad.

En función de todo lo dicho podría configurarse un esquema, desde luego heterodoxo (en relación con toda la confusa terminología y planteamientos de los mapas sanitarios), pero eficaz de distribución de servicios sanitarios en el medio rural que podría recoger los siguientes niveles:

A) *Ámbito asistencial de consulta médica, visita domiciliaria y actuación sanitaria municipal,* incluyendo lo que actualmente constituyen los actuales partidos sanitarios, con las necesarias reestructuraciones si es que fueran precisas.

B) *Ambito de asistencia médica de urgencias.* Incluiría una demarcación intermunicipal de dimensiones no muy amplias, en las cuales se pudieran garantizar puntos fijos de urgencia rural, mediante la guardia diaria de los médicos de la zona, potenciados en cuanto a dotación de recursos personales y materiales, que posibilitaran turnos razonables y sobre todo personal sanitario para la actuación interna y externa.

C) *Ambito de actuación sanitaria provincial* mediante la determinación de diferentes demarcaciones provinciales operativas, que podrán coincidir o no con las denominadas tradicionalmente comarcas geográficas o administrativas.

Sólo considerando la realidad de que estos tres niveles (especialmente el A y el B) son los recursos disponibles; que sería posible mediante una política de incremento de recursos personales, a la que ya hemos hecho referencia, determinar el nivel B, y que (hoy por hoy) la actuación sanitaria tiene que partir del nivel provincial, podremos en un futuro ir consolidando unidades realmente comarcales de actuación sanitaria. Todo lo demás es y ha sido pura especulación.

Principios básicos de la asistencia sanitaria

Dr. RAMON NAVARRO GARCIA

La Asistencia Sanitaria por razones técnicas, de economía y de justicia social ha de ser:

1. *Nacional*, es decir, extensiva a toda la población y a todo el territorio.
2. *Comunitaria*: Para y con la comunidad. La participación y, por tanto, la autorresponsabilidad de la comunidad son esenciales.
3. *Homogénea e Indiscriminada*, o sea, igual para todos.
4. *Integral*, que implica la medicina Preventiva, Asistencial, Rehabilitadora, Mejorativa y Social, sin separaciones o fragmentaciones artificiosas. Y basada fundamentalmente en la Educación Sanitaria.
5. *Humanizada*, lo que exige evitar las tensiones entre la Comunidad y el Personal Sanitario.

6. *Completa*, que abarque desde la Medicina de Familia a las Especialidades y medios precisos para obtener una Asistencia Médica Básica, acorde con la situación socioeconómica del país, pero que en cualquier caso habrá de incluir la asistencia psiquiátrica y excluirá la denominada medicina del confort (estética, eugenésica cuando implique daños a terceros, eutanasia, etcétera).

7. *Ordenada* en tres niveles debidamente integrados:

Primario: de Medicina de Familia y Comunitaria.
Secundario: de Especialidades ambulatorias.
Terciario: de Hospitales.

8. *Adaptada a las necesidades reales* de la población en cantidad, calidad, clase, tiempo, espacio y modo de vida.

Las necesidades no coinciden siempre con la demanda. Frecuentemente existen necesidades soterradas y en cambio pueden existir demandas superfluas o desviadas. Por todo ello se hace necesario establecer un programa científico de necesidades y orientar al público consecuentemente, adecuando los servicios en cantidad y calidad para que estas necesidades puedan ser satisfechas.

Asimismo, la clase de Servicios tendrán que ser consonantes con las necesidades y, por tanto, se hace preciso dar preferencia a la asistencia extrahospitalaria, ya que el área dominante es siempre de tipo ambulatorio y existen razones médicas y económicas que lo justifican.

También se habrán de ordenar los servicios en el tiempo y en el espacio. Los servicios serán, por tanto, permanentes y continuos, siendo esencial sobre todo acercarlos al usuario, haciéndolos accesibles. Y además habrán de adecuarse al modo de vida de la población.

9. *Adaptada a los recursos disponibles.* Dada la limitación de los recursos, que nunca permiten atender todas las necesidades es obligado ordenar éstas por prioridades y limitar las innovaciones tecnológicas de dudosa rentabilidad sanitaria.

10. *Científica:* Ya que las necesidades y prioridades deberán establecerse con riguroso criterio epidemiológico y sanitario.

En el aspecto organizativo deberá ser:

11. *Única,* suprimiendo la multiplicidad actual.

12. *Sectorizada.* Es decir, atribuyendo a cada servicio la responsabilidad sanitaria sobre un determinado sector de población.

13. *Organizada, Controlada y Financiada por el Estado,* que asumirá las siguientes funciones:

— *Planificación,* en colaboración con las Comunidades autónomas y los Organismos locales con objeto de obtener una distribución homogénea de los recursos.

— *Acción normativa,* con el fin de homologar los servicios y garantizar los mínimos.

— *El Control de la Gestión.*

— *El Control de la formación* de Personal Sanitario en cantidad y calidad.

— *El Control de la selección* de personal más cualificado o directivo.

— *La Coordinación.*

— *La Asistencia técnica.*

— *La distribución de los Presupuestos.*

— *La Educación Sanitaria* a escala Nacional.

— *La Planificación y Desarrollo* de la Investigación Sanitaria y Médica.

14. *Gestión Descentralizada,* que permite una respuesta ágil y adecuada a las oscilaciones y tendencias de las necesidades.

15. *Coordinada* con otros Sectores: Educación, Vivienda, Obras Públicas, Agricultura, Comercio, Industria, Trabajo, Servicios Sociales, etc.

La libre elección de médico en los sistemas de asistencia sanitaria pública

Dr. R. NAVARRO GARCIA

La libre elección de médico es una tesis que proclaman los médicos, los clientes de los médicos e incluso algunos partidos políticos. Los argumentos que aportan no superan las desviaciones que surgen al llevarla a la práctica.

1. La libre elección de médico se basa en el *liberalismo* practicado tradicionalmente por las denominadas profesiones liberales, entre las que siempre ha figurado la medicina y se rigen por la ley del mercado libre, que como es sabido, sigue el juego del binomio oferta/demanda. En este juego, los profesionales prestigiosos decantan su clientela elevando sus honorarios, con lo cual se establece rápidamente una clara división entre médicos de ricos y médicos de pobres. En un servicio social esto resulta inadmisibile y, por tanto, se hace necesario buscar sistemas rectificadores. En Francia, donde se implantó hace tiempo la asistencia de la Seguridad Social con esta premisa de la libre elección, en un principio iba apareada con la libertad de honorarios, pero la Seguridad Social sólo reembolsaba una cantidad fija y el cliente pagaba la diferencia con lo que seguía manteniéndose una medicina de ricos y otra de pobres. Ulteriormente, con objeto de corregir la desviación se han impuesto unas tarifas que han sido aceptadas por casi todos los médicos; no todos. Y entonces lo que sucede es que los médicos prestigiosos tienen una lista de espera insostenible para los enfermos agudos o graves, con lo cual la libre elección de médico también queda en entredicho.

2. Por otra parte, *la distribución geográfica* de la población y de los facultativos también dificulta la libre elección de médico, llegando al colmo en los partidos rurales con un solo médico. A nivel de especialistas hay muchas provincias con un solo especialista en determinadas áreas. ¿Y en las grandes ciudades, cómo evitar que los facultativos trabajen más tiempo de conductores, yendo de barrio en barrio, que de médicos?

3. Otro aspecto a considerar son los criterios de elección. Dejando de lado las dificultades que puede tener cada persona para seleccionar a su médico, ya que más que por su ciencia, difícil de valorar por un profano, ha

de guiarse de sus «aciertos», de su trato o de su aspecto, lo que a todas luces no es sinónimo de garantía. En muchos casos entra en juego otro factor nefasto. Me refiero a *la complacencia*. El médico de los sistemas de asistencia sanitaria pública, además de médico, asume otros tres roles que no se pueden despreciar:

- A) Administra medicamentos (a 400 ptas./receta).
- B) Administra prestaciones económicas (a 1.000 ptas./día).
- C) Justifica absentismos (a 2.000 ptas./día por pérdida de producción).
- D) Administra exploraciones, intervenciones, evacuaciones, etc., cuyos costes pueden resultar muy elevados.

¿Cómo evitar la tendencia a la complacencia con un cliente que ha tenido con nosotros el detalle de habernos elegido y que puede rehusarnos en cualquier momento?

4. Si todos los enfermos pueden cambiar libremente de médico y de hospital, ¿cómo evitar que para una misma enfermedad acudan a varias consultas o varios centros para contrastar diagnósticos y tratamientos que muchas veces difieren sólo en la terminología?

5. ¿Cómo conjugar *la medicina de equipo* imprescindible en el nivel técnico actual, con la libre elección de médico?

6. En tocología ¿cómo elegir el tocólogo que le toque de guardia el día y a la hora del parto?

7. En los casos graves que precisan hospitalización que obviamente son los más trascendentales, ¿con qué criterios se eligen los hospitales? ¿Cuántas veces se prefiere la entrada libre de visitas o la cama de acompañante a la calidad técnica del hospital? Y en cualquier caso ¿cómo seleccionar la enfermedad que le ha de llevar al servicio que le gustaría o cómo seleccionar al cirujano o al anestésico? Es célebre la pregunta de un médico que le tenían que operar y sólo preguntó quién le iba a anestesiar.

8. Y fundamentalmente, si se estructura la asistencia sanitaria desde la salud (promoción y prevención) y no desde la enfermedad, teoría que defendemos todos los expertos y los partidos políticos, y se organizan *centros de salud comunitaria* por barrios, es obvio que serán los médicos del sector los que tendrán la responsabilidad de la salud de esa comunidad y de sus enfermedades, y, por tanto, la elección quedará limitada a los facultativos de cada centro, si es que hay más de uno, y ello sólo en casos de enfermedad o actos preventivos en sus familiares, pero no para lo principal que es la protección de la salud a diario, a través del control del medio ambiente, de los alimentos, de los tóxicos, de la publicidad, de la educación sanitaria, etc.

En conclusión, la libre elección de médico es una cuestión secundaria siempre que el sistema de asistencia sanitaria pública garantice un nivel profesional y una calidad técnica aceptables para lo que es necesario revisar

los sistemas de selección, de equipamiento y de control y establecer sistemas de formación continuada.

El sistema actual de elección entre los facultativos de la zona que permite elegir entre unos 20 médicos resulta suficiente para poder tener un médico de cabecera «comprensivo». Y únicamente sería necesario desligar al pediatra y poder disponer de una segunda pirámide de especialistas para resolver algunos casos de conflicto. Pero la libre elección de facultativo a ultranza es una utopía y proponer utopías es defraudar.

Borrador de un anteproyecto de «Ley de Sanidad»

Dr. FRANCISCO JAVIER YUSTE GRIJALBA

CAPITULO PRIMERO

Principios y objetivos

1.º Corresponde a los poderes públicos, según el artículo 43 de la Constitución, proteger la salud de los españoles, como un derecho fundamental de los individuos. Esta protección se consigue a través de la conservación y promoción del bienestar físico, mental y social de la población, y de la asistencia y rehabilitación de los enfermos y minusválidos. Todas estas tareas se realizan mediante un Servicio Nacional de Salud (SNS). Este servicio atiende a la población española sin discriminación de sexo, edad, raza, residencia o clase social.

2.º El SNS está constituido por el conjunto de organismos, funciones y servicios del sector público, destinados a la promoción, prevención y recuperación de la salud física y psíquica de la población. Esta labor, sin distinción de condiciones individuales, económicas o sociales, de tal modo, que se asegure la igualdad de la población en el ejercicio del derecho a la protección de la salud, y en concreto al acceso a la utilización del SNS.

3.º El SNS persigue de un modo especial tres objetivos:

- a) La organización de un sistema público sanitario, unificado, coordinado y justo, que alcanza a toda la población.
- b) La mejora de los desequilibrios regionales, sociales, rurales y urbanos en la situación socio-sanitaria de la población del país.
- c) El aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y materiales existentes dentro del sector sanitario público.

4.º La actuación del SNS compete al Estado, los entes autonómicos, las provincias y los municipios. Garantiza la participación de los ciudadanos, la unidad de acción del SNS, así como de los órganos, centros y servicios que desarrollan las actividades de aquél.

5.º El funcionamiento del SNS se inspira en criterios de descentralización territorial, participación comunitaria y de la población, democratización

de sus Organos de Gobierno y de los establecimientos y centros sanitarios en el marco de lo dispuesto en la presente Ley.

6.º La consecución de los fines previstos en el artículo 1.º del capítulo primero se asegura mediante los siguientes procesos:

- a) Conocimiento epidemiológico continuado de los niveles de salud de la población, así como de los factores que inciden en la salud y en la enfermedad.
- b) Formación de una conciencia sanitaria basada en la educación sanitaria de la población para conseguir su responsabilidad respecto de su salud individual y la de la colectividad.
- c) Prevención de las alteraciones de la salud.
- d) Diagnóstico y terapéutica de las enfermedades, cualquiera que sea su causa, sintomatología o duración.
- e) Rehabilitación y reinserción social de las personas con estados de invalidez física o psíquica.
- f) Promoción y salvaguarda de la salubridad del medio ambiente en general, y en particular de la vivienda, los centros escolares y lugares de trabajo.
- g) Control de los alimentos y bebidas desde su producción a consumo.
- h) Supervisión de la experimentación, producción y comercialización de los medicamentos y de sus acciones, dirigida a garantizar su eficacia, no nocividad y economía.
- i) Formación inicial y permanente del personal del sector sanitario a todos los niveles.
- j) Promoción y desarrollo de la investigación científico-sanitaria, tanto básica como aplicada dentro del sector sanitario.

7.º Son responsabilidades del SNS las siguientes:

- a) Promoción de la salud y la prevención de sus alteraciones.
- b) Asistencia médico-quirúrgica, psiquiátrica y la rehabilitación.
- c) Seguridad e higiene en el trabajo.
- d) Asistencia maternal e infantil, incluidos los servicios de planificación familiar.
- e) Sanidad escolar.
- f) Programas sanitarios contra las enfermedades, mediante campañas específicas (entre otras: alcohol, tabaco, accidentes, drogas, cáncer).
- g) Geriatria y gerocultura.
- h) Control sanitario de las actividades deportivas.
- i) Promoción y cuidado de la salud mental.
- j) Control sanitario del medio ambiente, vivienda y establecimientos públicos.
- k) Educación sanitaria de la población.

- l) Estudios epidemiológicos generales y las estadísticas sanitarias de la nación.
- m) Asistencia de urgencia y en situaciones de grandes catástrofes.

CAPITULO II

Derechos reconocidos

1.º El acceso al SNS se garantiza gratuitamente a todos los ciudadanos y para los extranjeros en régimen de reciprocidad, dentro de los recursos existentes.

2.º La garantía del derecho a la protección de la salud, mantiene el máximo respeto a la dignidad y libertad personales. Todo paciente tiene derecho a ser informado, cuando lo requiera, de su historia clínica, pruebas de laboratorio, de la naturaleza exacta y pronóstico de su dolencia así como de los riesgos de las terapéuticas a que pueda ser sometido y de las recetas farmacéuticas que se prescriban.

3.º Dentro del SNS se reconoce el derecho a una muerte digna. Una comisión clínica, a la que para estos efectos se incorpora un forense, tiene facultades para decidir, a petición del interesado (o sus familiares directos en caso de inconsciencia) cuándo una terapéutica parece inútil o superflua, pudiendo autorizar su suspensión. El Gobierno dictará oportunamente el procedimiento adecuado para la aplicación de ese derecho.

4.º Una comisión clínica análoga puede evaluar, a petición de la interesada, si un embarazo supone un grave riesgo para su salud o la del feto, pudiendo, en su caso, autorizar su interrupción. El Gobierno dictará oportunamente el procedimiento adecuado para la aplicación de este derecho.

5.º Se reconoce el derecho de la población a la libre elección de personal sanitario, dentro de las posibilidades del SNS. Se favorece este derecho con la información abierta del currículum a los pacientes.

6.º Nadie está obligado a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos si no está dispuesto expresamente por una ley.

7.º Las asociaciones voluntarias, altruistas, benéficas y las instituciones sanitarias privadas, pueden concurrir a los fines del SNS en los términos previstos en la presente Ley.

CAPITULO III

Distribución de competencias

- 1.º Compete al Estado dentro de todo el territorio español:
- a) La determinación de los objetivos básicos del sector sanitario público y las prioridades generales.
 - b) La planificación y ordenación del sistema sanitario público.

- c) La fijación de los niveles mínimos de calidad de los servicios o cuidados sanitarios garantizados a todos los ciudadanos.
 - d) La promulgación de normas que aseguren condiciones de salud básica para todo el territorio nacional, a las que deben ajustarse los Entes locales.
 - e) El análisis epidemiológico general.
 - f) La codificación de los recursos existentes y el estudio de las necesidades a escala nacional.
 - g) La sanidad exterior en lo relativo a las relaciones exteriores.
 - h) El control de las epidemias que afecten o puedan afectar el territorio nacional.
 - i) La legislación sobre producción, calidad, precio y distribución de los productos medicamentosos y terapéuticos, tanto químicos como físicos o biológicos.
 - j) El control sanitario del cultivo, producción y comercialización de todas las sustancias estupefacientes o psicotropas o que puedan producir dependencia.
 - k) La regulación de las condiciones para la obtención de las enseñanzas técnicas y profesionales, así como la titulación de especialistas relativos al sector sanitario.
 - l) La asistencia técnica.
 - m) La elaboración de la estadística sanitaria básica.
 - n) La gestión de los centros de referencia estatales.
- 2.º Compete a las Comunidades autónomas en su ámbito territorial, y en los términos de sus propios estatutos, entre otras cosas:
- a) El desarrollo de la legislación del Estado.
 - b) La normativa adicional respecto al medio ambiente.
 - c) La ejecución de la legislación del Estado en lo que se refiere a salud pública.
 - d) Las atribuidas a Diputaciones, Cabildos y Consejos insulares según el artículo 3.º del capítulo III.
- 3.º Son competencia de las Diputaciones, Cabildos y Consejos insulares, en su ámbito territorial:
- a) La elaboración del Plan territorial.
 - b) La planificación, ordenación y organización de las acciones sanitarias de las regiones y áreas de su territorio y su evaluación posterior.
 - c) La inspección y vigilancia del medio ambiente a efectos sanitarios.
 - d) La asistencia médico-quirúrgica y psiquiátrica hospitalaria.
- 4.º Son competencia de los Ayuntamientos en su ámbito territorial:
- a) La elaboración de los planes sanitarios de las áreas de su territorio.
 - b) La planificación, ordenación, organización y prestación de las acciones sanitarias referentes, al menos, a:

1. Proporcionar agua potable, garantizada físico-química y bacteriológicamente.
2. Poseer un buen servicio adecuado de vigilancia y examen de alimentos y bebidas.
3. Formación del padrón de viviendas.
4. Formación de estadísticas de viviendas, su inspección y mejora.
5. Ejercicio de una policía sanitaria en vías públicas, mercados, mataderos, lavaderos, basureros y cementerios.
6. Prevención individual y colectiva de las enfermedades psíquicas y físicas.
7. La protección maternal e infantil incluida la planificación familiar.
8. La higiene y medicina escolares.
9. Higiene y medicina del trabajo, así como la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
10. Medicina del deporte y vigilancia de las actividades deportivas desde el punto de vista sanitario.
11. Asistencia médico-quirúrgica y psiquiátrica primarias.
12. Asistencia farmacéutica y vigilancia de farmacias.
13. Geriátrica, gerocultura y la salud mental.
14. Higiene de la producción, elaboración y comercialización de alimentos y bebidas.
15. Profilaxis y vigilancia veterinaria.
16. Inspección de fábricas de embutidos, salazones, comercios del ramo de la alimentación, lecherías y establos.
17. Evacuación de excretas de aguas negras y residuales, clausura de pozos negros y antihigiénicos, supresión de aguas estancadas, así como la instalación de red de alcantarillado donde sea posible con carácter urgente o en etapas sucesivas.
18. Habilitación de locales adecuados para enfermos de carácter epidémico y del material para la práctica de desinfecciones y desinsectaciones.
19. Educación sanitaria de la población.
20. Sosténimiento de centros sanitarios.
21. Servicio social, información y gestión.

5.º Las funciones delegadas o transferidas permanecen bajo la normativa del órgano planificador del Estado, su vigilancia y alta inspección. En el caso de las competencias asumidas por los Ayuntamientos, están subordinados al órgano planificador del Ente territorial.

6.º La normativa sanitaria de las Comunidades autónomas debe ser remitida a la Comisión de Sanidad de las Cortes Generales (Senado), que emitirá informe sobre su convalidación en el plazo de quince días.

7.º El Gobierno, previo informe del Consejo de Estado, puede anular las disposiciones sanitarias emanadas de las Comunidades autónomas cuando no se ajusten a los programas o normativa general del Estado, y hace de árbitro en disposiciones conflictivas entre diversas Comunidades autónomas o territorios.

8.º Los Entes territoriales pueden suscribir acuerdos de cooperación sanitaria, al objeto de facilitar determinadas prestaciones asistenciales no suministradas en alguna de aquéllas. Tales acuerdos deben ser visados por el Senado en los términos previstos en el capítulo III, artículo 7.º

CAPITULO IV

Participación de la población

1.º Se crea el Consejo Nacional de Salud para la determinación de las líneas generales de la política sanitaria y su evaluación posterior. Están representadas las Comunidades autónomas, Ministerios sociales, Federaciones de Sanidad de los Sindicatos, Colegios Profesionales, Diputaciones o Ayuntamientos, Asociaciones Patronales y voluntarias, usuarios, así como técnicos expertos a nivel individual.

2.º El Consejo Nacional de Salud es el máximo órgano asesor sanitario, sin perjuicio de las competencias de otros órganos dentro del SNS. Su reflejo en los diversos niveles territoriales asume la forma de Consejos Territoriales de Salud y de Consejos de Área.

3.º El Consejo Nacional de Salud puede formar Comisiones de estudio para aspectos específicos, compuestas de expertos de reconocida importancia que presenten propuestas técnicas de soluciones en aquellos aspectos o evalúen los resultados de los programas.

4.º En todos los centros e instituciones sanitarias la participación de la población se hará en las Juntas de gobierno en las que estarán representadas las entidades del capítulo IV, artículo 1.º

CAPITULO V

De la Administración sanitaria central y periférica

1.º Para la consecución de los fines previstos en la presente Ley está el Ministerio de Sanidad que, como departamento de la Administración Central del Estado, asume de modo exclusivo cuanto se refiere a lo previsto en el artículo 1.º del capítulo III.

2.º Las funciones de vigilancia, control, alta inspección y evaluación de la Administración sanitaria del Estado se ejercen a través del delegado general del Gobierno en los Entes autonómicos, o del gobernador civil en caso de provincias no integradas en aquéllos.

CAPITULO VI

Ordenación del derecho a la protección a la salud

1.º En cuanto a la ordenación orgánica, el SNS es el instrumento estatal para la acción sanitaria, que bajo la dependencia del Ministerio de Sanidad se divide en tantos servicios territoriales como Comunidades autónomas existan. Los servicios Territoriales de Salud gozan de autonomía administrativa plena.

2.º La ordenación territorial se realiza conforme a los siguientes criterios:

- a) La defensa y promoción de la salud y la asistencia médico-quirúrgica y psiquiátrica se organiza en Regiones Sanitarias autosuficientes. Las Regiones están configuradas por la suma de áreas menores (Áreas Sanitarias), con una red de servicios coordinados y graduados, de acuerdo con criterios demográficos, epidemiológicos, geográficos, socioeconómicos y otros.
- b) Las Áreas Sanitarias son las unidades organizativas que en manos de Ayuntamientos o Mancomunidades de los mismos proveen a las funciones previstas en el artículo 4.º, capítulo III.
- c) Las Regiones Sanitarias son las unidades organizativas que en manos de las Comunidades autónomas o en su caso de las Diputaciones, Cabildos y Consejos insulares proveen a las funciones previstas en los artículos 2.º y 3.º, respectivamente, del capítulo III.
- d) La Unidad Básica Sanitaria (UBS) constituye el primer escalón en la Ordenación Sanitaria Territorial, destinado a prestar atención sanitaria al individuo, familia y comunidad local.

Dispone al menos de un equipo sanitario compuesto por personal de: Medicina General, Asistencia Técnico-Sanitaria, Pediatría y Servicios Sociales.

Cuando existan circunstancias excepcionales (demográficas, geográficas, históricas, climatológicas, etc.), se pueden crear UBS atendidas fundamentalmente por personal médico con apoyo mínimo de otro personal.

3.º Mediante normativa de alcance territorial, pueden definirse acuerdos para la prestación de servicios no atendidos en una área o región determinada, cuando la prestación de los mismos no pueda ser asumida por esas.

4.º En el ámbito de la programación sanitaria territorial, las Comunidades autónomas y en su caso las Diputaciones, Cabildos y Consejos insulares,

articulan y ordenan la asistencia hospitalaria, en base a principios de integración, sectorización y coordinación de los mismos con los servicios de las Areas Sanitarias.

5.º En aquellas Areas Sanitarias donde la densidad de población sea excesivamente alta se realiza una distribución en Distritos Sanitarios.

6.º Respecto de las Instituciones y Centros Sanitarios dentro del SNS hay que tener en cuenta:

- a) Los hospitales públicos se clasifican en niveles según la complejidad de sus servicios. En cuanto a su función todos deben ser considerados como generales y proveer como mínimo a la asistencia médico-quirúrgica, pediátrica, psiquiátrica y ginecológica. Pueden contener además otras especialidades según las circunstancias.
- b) Deben determinarse las condiciones mínimas (tanto de servicios como calidad de la atención) de los hospitales para ser considerados como tales.
- c) El Centro de Salud constituye el establecimiento sanitario básico del SNS y en él confluyen la asistencia médica especializada, los servicios que desarrollan las acciones preventivas y la información sanitaria.
- d) En el Centro de Salud se realizan funciones de análisis epidemiológico, promoción de la salud, sanidad escolar y laboral, asistencia social, suministro de medicamentos, planificación familiar, odontología básica, asistencia mental ambulatoria, veterinaria de salud pública, reconocimiento de salud, estadísticas en demografía y salud, así como diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio dentro de una concepción integral de la asistencia sanitaria. En ellos radican laboratorio y salud pública como instrumentos técnicos de apoyo a la labor sanitaria. Se establecen con criterios organizativos y de acuerdo con las necesidades de la Región y Area Sanitaria.

CAPITULO VII

Funciones sanitarias del área

1.º El Area Sanitaria provee a las tareas sanitarias de prevención, asistencia y rehabilitación que aseguran a toda la población el nivel básico previsto en el apartado d) del artículo 1.º del capítulo III.

2.º El Consejo de Salud del Area tiene las funciones de distribución de los recursos asignados por el Estado, control y vigilancia de la gestión, participación en el nombramiento del gestor del Area, elaboración de las propuestas de política sanitaria, evaluación de las mismas así como la elaboración de los presupuestos.

3.º Corresponde al gestor del Area el ejercicio de las facultades administrativas para la consecución de los fines previstos dentro del Area Sanitaria.

4.º Las actividades preventivas del Area Sanitaria comprenden entre otras:

- a) Determinación y control de los factores de riesgo, nocividad y deterioro del medio ambiente y comunicación de los datos a ellos referidos.
- b) Organización de la declaración obligatoria de enfermedades.
- c) Indicación de medidas para la reducción de los factores de riesgo.
- d) Adopción de las medidas necesarias para la profilaxis de las enfermedades, así como los programas y campañas sanitarios dirigidos a evitar la extensión de una enfermedad, su erradicación y control.
- e) Desinfección, desinsectación y desratización.
- f) Redacción del informe sanitario previo a las decisiones de construcción o instalación de cualquier actividad susceptible de deteriorar el medio ambiente o afectar a la población o trabajadores.
- g) Comprobación del cumplimiento de los estándares legales en materia de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, así como de los mínimos establecidos en materia de higiene y seguridad en el trabajo.
- h) Policía sanitaria mortuoria.
- i) Evaluación de la compatibilidad sanitaria con los planes urbanísticos.
- j) Reconocimiento de salud de la población supuestamente sana, el reconocimiento médico deportivo, de los escolares, la gerocultura, la puericultura, la atención prenatal desde el momento de la concepción, el control del embarazo, la planificación familiar y la medicina laboral.
- k) Cualquier otra actuación sanitaria tendente a prevenir la enfermedad o limitar la secuela de la misma.

4.º La asistencia curativa del Area Sanitaria comprende:

- a) Asistencia médico-quirúrgica y psiquiátrica, general y especializada, ambulatoria y la asistencia farmacéutica básica para la población.
- b) Hospitalización en Hospitales Generales y la obstetricia sin riesgos.
- c) Asistencia pediátrica.
- d) Diagnóstico clínico instrumental y de laboratorio de los casos más frecuentes de la patología de esa población.
- e) Enfermería de Salud Pública.

5.º La asistencia de rehabilitación del Area Sanitaria comprende al menos:

- a) Las tareas dirigidas a la recuperación somática y psicológica y social de los minusválidos físicos, psíquicos o sensoriales.

- b)* Termalismo terapéutico.
- c)* Servicio Social, sobre todo en lo relativo a la información sobre los derechos sanitarios de la población.

6.º Las atenciones sanitarias del Area Sanitaria pueden suministrarse a través de acuerdos o controles con Instituciones de la Región Sanitaria, tanto públicas como privadas, cuando la misma no esté en condiciones de prestar el servicio directamente, en la forma prevista por esta Ley en el artículo 5.º del capítulo X.

7.º El Area Sanitaria realiza la asistencia farmacéutica si es posible directamente, o temporalmente a través de contratos o acuerdos con el sector privado. Se regula la adquisición, por parte de los servicios y centros de las Areas Sanitarias, de medicamentos y material sanitario.

CAPITULO VIII

Asistencia sanitaria de la región

1.º La Región Sanitaria provee a los servicios sanitarios de prevención, asistencia y rehabilitación, no facilitados por las Areas Sanitarias integradas en ella y por la que se especifican en los apartados *b)* y *c)* del artículo 2.º, capítulo III; con la perspectiva de autosuficiente.

2.º Corresponde al gestor de la Región Sanitaria el ejercicio de las facultades administrativas para la consecución de los objetivos y tareas sanitarias del SNS en la región.

3.º Las actividades preventivas de este nivel comprenden entre otras:

- a)* La investigación epidemiológica en base a los datos o estudios aportados por las Areas.
- b)* La elaboración periódica de informes sanitarios y epidemiológicos de la región.
- c)* El control, apoyo técnico y la contrastación de los análisis de los laboratorios de Salud Pública del Area.
- d)* El desarrollo de programas tendentes al control higiénico de los alimentos y de la contaminación atmosférica e hídrica.
- e)* Las que vengan determinadas por las necesidades que superen el ámbito de las Areas Sanitarias.

4.º Las actividades curativas más importantes de este nivel son:

- a)* Asistencia médico-quirúrgica y psiquiátrica en régimen de hospitalización especializada.
- b)* La asistencia obstétrica de alto riesgo.

- 5.º Las actividades de rehabilitación de este nivel comprenden al menos:
- Rehabilitación somática, psíquica, social y ergoterapia.
 - Recalificación ocupacional de la población afectada.
 - Servicio Social.

CAPITULO IX

Sectores sanitarios específicos

- 1.º Respecto del sector farmacéutico se debe tender a que:
- La producción de medicamentos, su control de calidad, distribución y comercialización se inspire en criterios coherentes con las finalidades del SNS, en la función terapéutica de los fármacos y la economía de su administración.
 - La legislación del Estado dicta normas para: el funcionamiento del Centro Técnico de Farmacobiología; registro de productos farmacéuticos y su publicidad; el control y vigilancia de la información y propaganda limitada a los profesionales, y el fomento de la investigación.
- 2.º Referente a la veterinaria de salud pública las responsabilidades son:
- El Ministerio de Sanidad dicta las disposiciones generales referentes a veterinaria, sin perjuicio de las competencias correspondientes al Ministerio de Agricultura, con capacidad legal en todo el territorio nacional (o parte de él) que comprenda varias provincias o comunidades.
 - Las Comunidades autónomas, Diputaciones, Cabildos y Consejos Insulares regulan la materia en su ámbito territorial.
 - Los Ayuntamientos proveen a la veterinaria mediante ordenanzas y servicios tendentes a inspeccionar y controlar la producción y comercialización de alimentos de origen animal, así como las zoonosis susceptibles de afectar a la población.
- 3.º Respecto a la asistencia psiquiátrica y a la salud mental de la población, la asistencia psiquiátrica se realiza en todos los niveles del servicio del SNS.
- Las Comunidades autónomas o, en su caso, las Diputaciones, Cabildos o Consejos Insulares, organizan la asistencia psiquiátrica intentando superar la actual estructura manicomial, mediante la creación de servicios psiquiátricos en los Hospitales Generales. Estos deben ser considerados como una especialidad más y con el establecimiento de instituciones «a medio camino». Los Hospitales Psiquiátricos Pú-

blicos, actualmente existentes, deben pasar a ser considerados como divisiones especializadas de los Hospitales Generales, tanto a los efectos organizativos como orgánicos.

- b) El tratamiento obligatorio en régimen hospitalario por enfermedad mental, sólo puede establecerse si existen alteraciones psíquicas que no permitan el tratamiento extrahospitalario. Estas alteraciones deben ser certificadas por el especialista de Centro de Salud y convalidadas por otro médico del Área Sanitaria. El ingreso obligatorio del paciente tiene que ser decretado por el alcalde, y comunicado al juez de Primera Instancia, dentro de las primeras cuarenta y ocho horas de hospitalización.
- 4.º Respecto de la labor técnica a nivel estatal:
- a) Son Centros de Referencia Estatal los que realizan una labor de contraste y estandarización de técnicas, control de calidad, suministro de productos de producción propia a escala estatal, asesoramiento técnico y otros similares.
 - b) Los que cumplen dentro de la asistencia médico-quirúrgica y psiquiátrica atenciones a enfermedades específicas a escala estatal.
 - c) Los Centros de Referencia Estatal permanecen bajo la dependencia prevista en el artículo 1.º del capítulo III.

CAPITULO X

Personal del sector sanitario

1.º Bajo la denominación de personal del sector sanitario se engloban todos los trabajadores que presten servicios en este sector, cualquiera que sea su titulación, formación, dependencia administrativa u orgánica. Su estatuto jurídico y económico se regula de acuerdo con los principios generales que rigen la Administración pública a efectos de empleo.

2.º La dependencia organizativa del personal del sector sanitario puede ser:

- a) De los Ayuntamientos, cuando su trabajo o labor principal se desarrolla en las Áreas Sanitarias.
- b) De las Comunidades autónomas, Diputaciones, Cabildos y Consejos Insulares cuando se desarrolle en las Regiones.
- c) De la Administración central, cuando se desarrolle en los centros o servicios de la misma.

3.º El Gobierno, con la participación del Consejo Nacional de Salud, los Colegios Profesionales y los Sindicatos Sanitarios, establece la nortmati-

va adecuada para asegurar la homogenización jurídica, administrativa y económica del personal del sector sanitario, con los siguientes principios y criterios:

- a) Definición de las tablas de equiparación del personal pertenecientes a Cuerpos Nacionales, cuyas funciones sean transferidas a Comunidades autónomas, Diputaciones, Cabildos, Consejos Insulares.
- b) Regulación de todos los concursos de acceso a los puestos de trabajo, traslados y ascensos.
- d) Definición de requisitos para ingreso en la función pública sanitaria, garantizando las posibilidades de traslado en todo el territorio nacional.
- d) Elaboración de los planes de estudios impartidos en las Facultades de Medicina, Farmacia, Veterinaria y Salud Pública, así como Diplomados de Enfermería, y otras ocupaciones sanitarias.

4.^o El Gobierno reconoce y protege la libertad de ejercicio profesional con la prestación de servicios propios o contratados dentro del Servicio Nacional de Salud o en los servicios parasanitarios de la Administración pública.

5.^o La homologación del tratamiento del personal del sector está garantizada por convenios de carácter nacional estipulados entre el Gobierno, los entes territoriales y los representantes de los Sindicatos y Colegios sanitarios. Los convenios prevén:

- a) La óptima relación población-personal dentro del sector sanitario para la medicina-general y la pediatría de libre elección y sus cupos máximos.
- b) Las tarifas de los médicos-generales, pediatras y diplomados de enfermería, de libre elección, mediante una retribución económica básica y una compensación proporcional capitativa, que pondere de forma complementaria los riesgos de morbilidad del colectivo que atienden, las necesidades de la población y las dificultades especiales para su atención.
- c) Horarios de trabajo.
- d) Las modalidades de control, las obligaciones del personal, las sanciones, así como los procedimientos sancionadores.

CONCLUSIONES

De las ponencias presentadas a las II Jornadas Técnicas del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional

(Enero, 1983)

CONCLUSIONES DE LA PRIMERA PONENCIA

1. La Salud Pública, como teoría, es la resultante de la permanente integración de aportaciones de numerosas ciencias y tiende al objetivo de bienestar de la comunidad. Como práctica, es una actividad multiprofesional y especializada en la aplicación de esa teoría y encuadrada en el seno de la Administración Pública con participación de la población.

2. Los Poderes Públicos deberán suprimir el grave y creciente distanciamiento que se produce, en el Estado español, entre los conocimientos y la práctica de Salud Pública, mediante el desarrollo de un sistema de servicios sanitarios de ámbito a toda la población, comprensivo de todas las funciones sanitarias y que ordene todos los recursos existentes.

3. La exigida calidad de vida obliga a que la Administración adopte las medidas necesarias, para que el desarrollo tecnológico modifique el medio ambiente, con un sentido favorable a la salud de la comunidad y sin que produzca efectos adversos.

4. El sistema sanitario debe mantener los necesarios recursos para el control de las enfermedades transmisibles que, aunque han variado en su espectro, continúan siendo factor importante. Simultáneamente debe desarrollarse la lucha contra las enfermedades no transmisibles, que ha de integrarse en la atención primaria de salud y contar con una permanente evaluación epidemiológica.

5. La activa participación social en las tareas sanitarias exige el desarrollo del derecho de todo ciudadano, a ser educado para su salud, la de su familia y su comunidad. Los educadores y los profesionales de la información deberán jugar un importante papel en el alcance de ese objetivo.

6. Existen razones jurídicas y operativas por las cuales la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y de las Beneficencias Públicas debe integrarse con los servicios tradicionales de salud pública y constituir un único sistema de servicios de salud.

7. El método epidemiológico es la herramienta técnica insustituible para una racional planificación, gestión y evaluación en el sistema sanitario.
8. Es característica esencial de la Administración Sanitaria la prestación de servicios persona-a-persona, lo que determina la importancia de una rigurosa profesionalización a todos los niveles sin permitirse frivolidades administrativas que atentan a la salud de la comunidad.

CONCLUSIONES DE LA SEGUNDA PONENCIA

1. La Constitución española y los Estatutos de autonomía que la desarrollan (Bloque constitucional) permiten el ejercicio de una política sanitaria centrada en la salud.
2. La participación de la comunidad en las tareas sanitarias exige las transferencias de competencias de funciones y servicios sanitarios a los Entes autonómicos.
3. Estas transferencias deben ser realizadas con prudencia, previo un estudio de necesidades y capacidades administrativas de cada comunidad, para evitar el propio fracaso de la política de transferencias.
4. Se constata en la discusión, la existencia de tres redes sanitarias y, por tanto, autoridades y personal sanitario distintos e incoordinados, por lo que procede su unificación a través de las fórmulas administrativas correspondientes.
5. Se estima de excepcional importancia la urgente corrección de indefiniciones y ambigüedades (significado de exclusividad de competencias compartidas, contenido de la alta inspección y dependencia del funcionariado) a través de una Ley de Sanidad, so pena de colisiones de competencias, y conflictos.
6. La Ley de Sanidad, que se estima de urgencia, encauzará o enmarcará la política sanitaria de las Autonomías en una única, solidaria y moderna política sanitaria española.

CONCLUSIONES DE LA TERCERA PONENCIA

1. Por razones de eficacia, jerarquía y coordinación, la Administración Central del Estado necesita disponer de unas Instituciones técnico-sanitarias de carácter nacional.
2. La misión de estas Instituciones será:
 - 1.º Servir de Centros de Referencia de técnicas y estudios.
 - 2.º Actuar como Centros de Homologación de técnicas, equipos y títulos.

- 3.º Efectuar aquellos trabajos o estudios que, por su alta tecnología, no fuera adecuado verificar a nivel local.
 - 4.º Colaborar con las Comunidades autónomas.
 - 5.º Realizar experiencias piloto o de demostración sanitaria.
 - 6.º Prestar asistencia técnica al Ministerio de Sanidad en sus funciones de:
 - Alta Inspección.
 - Sanidad Exterior.
 - Sanidad Internacional, en colaboración con Asuntos Exteriores.
 - Estadísticas Sanitarias.
 - Control Epidemiológico a nivel nacional.
 - Control de productos, medicamentos, alimentos, aguas y ambientes que excedan los intereses de cada Entidad autonómica.
3. Deben mantenerse, en todo caso, como centros nacionales de la Administración Central del Estado:
- a) La Escuela Nacional de Sanidad.
 - b) El Instituto Nacional de Sanidad de Majadahonda, con los Centros nacionales de Alimentación y Nutrición, Farmacobiología, Virología e Inmunología Sanitarias, Sanidad Ambiental y el Servicio de Informática.
 - c) El complejo sanitario constituido por el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas (Hospital del Rey), el Instituto Nacional de Oncología, el Hospital de Enfermedades del Tórax «Victoria Eugenia» y el Hospital «Infante Don Felipe».
 - d) El Area, Programas y Centro Especial de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina.
 - e) Y aquellos otros que se considere operativo.

CONCLUSIONES DE LA CUARTA PONENCIA

1. Operar el cambio desde un sistema basado en la enfermedad a otro que tenga por objetivo la salud, como concepto positivo, transformando el concepto meramente defensivo de la salud pública en otro dinámico, prospectivo y predictivo que incluya la prevención, la promoción de la salud y la recuperación en caso de su pérdida, así como la reinserción social.
2. Organización de un Servicio Nacional de Salud, cuyas esencias son el derecho a la atención sanitaria y la financiación pública.

3. Necesidad imperiosa de una nueva Ley de Sanidad adaptada al Estado de las Autonomías.

4. Los médicos de Sanidad Nacional ofrecen toda su entusiasta colaboración para la reestructuración y el funcionamiento de las actividades sanitarias del país, a cuyo fin, consideran imprescindible el incremento de su plantilla, hasta alcanzar la proporción de uno por cada cien mil habitantes.

5. Ante las deficiencias cuantitativas y cualitativas en la formación de personal especializado en Salud Pública, se considera necesario que el Ministerio de Sanidad asuma la responsabilidad total, legislativa y operativa, de la formación de dicho personal. A este respecto, resulta imprescindible y urgente la potenciación de la Escuela Nacional de Sanidad.

INFORMES DE LA OMS

Grupo de Trabajo sobre consecuencias para la salud de la Biotecnología

Dublín, 9-12 de noviembre de 1982

INFORME-RESUMEN

ICP/RCE 602 (1) (S)
08181
6 enero 1983
Original: Inglés

Introducción

El Grupo de Trabajo fue acogido por el Consejo Nacional Irlandés para la Ciencia y la Tecnología. El Grupo se reunió para considerar el estado actual de la biotecnología, para valorar su probable impacto sobre la salud y para formular conclusiones y recomendaciones que aseguraran su desarrollo continuado seguro con respecto al hombre y a su ambiente. El Grupo consistía en 32 consejeros temporales procedentes de autoridades sanitarias, universidades, institutos de investigación e industrias de 12 países.

El Grupo empezó con una revisión general de la biotecnología y después seleccionó los siguientes temas para consideración especial: la definición de biotecnología, técnicas recombinantes de DNA, tratamiento de desechos, determinación de los posibles riesgos a largo plazo, la definición de áreas que requieren nuevas investigaciones y los posibles requisitos de estudios relacionados con la sanidad. Estos temas se discutieron en subgrupos que prepararon cortos informes que junto con sus conclusiones, se revisaron en sesión plenaria.

Discusión

El Grupo de Trabajo consideró un documento de base sobre el impacto de la biotecnología e hizo comentarios y sugerencias para correcciones. Había la idea de que el documento de base podía ser de tono demasiado pesimista y que habría que tener cuidado de no fomentar miedos injustificados en el público. Se destacó la importancia de la educación a todos los niveles de biotecnología. Se destacó que la naturaleza multifactorial de la patogenicidad significa que la probabilidad de que se generen patógenos durante los desarrollos biotecnológicos es extraordinariamente baja. Sin embargo, todavía son necesarios métodos para determinar si las cepas de microorganismos recientemente aislados son patógenas. En lo que se refiere a la determinación de riesgos, es muy difícil montar experimentos y debe hacerse un uso total de la información existente sobre todo el trabajo que se ha hecho en biotecnología.

El primero de los subgrupos consideró la definición de biotecnología como se han formulado muchas definiciones y consideró necesario encontrar una que fuera más aceptable y apropiada al Grupo de Trabajo. El Grupo aceptó la definición usada en el documento de base con adición de frases calificadoras que indicaban las disciplinas implicadas y las amplias áreas de aplicación. La aplicación de técnicas recombinantes de DNA a la genecoterapia en plantas, animales o seres humanos no se consideró que estuviera dentro de la competencia del Grupo.

El segundo subgrupo consideró las técnicas recombinantes de DNA y su aplicación a los microorganismos. La considerable experimentación de los últimos siete años no ha obtenido hasta ahora ningún riesgo nuevo observable. Siempre que se observen las directrices aceptadas sobre precauciones de seguridad, toda la evidencia actual sugiere que los microorganismos que contienen inserciones recombinantes de DNA pueden usarse con seguridad. Esto no quiere decir que los microorganismos que contienen moléculas recombinantes DNA están libres de riesgo. La evidencia sugiere, sin embargo, que el nivel de riesgo puede determinarse examinando las propiedades intrínsecas y conocidas de riesgo de los componentes usados en el proceso recombinante de DNA.

El tercer subgrupo consideró los problemas del tratamiento de desechos. Un problema principal puede ser el gran volumen de agua que puede estar envuelto en procesos biotecnológicos y la presencia en ella de solventes orgánicos y otros materiales usados para extraer materiales. En principio, los microorganismos deberían destruirse en su origen, pero para los microorganismos que no pueden sobrevivir libremente, esto puede no ser necesario.

El subgrupo cuarto consideró los riesgos inmediatos o a corto plazo de la biotecnología y formuló sugerencias para ayudar a los implicados en la determinación del riesgo. Se consideró importante que cada proceso fuera

considerado caso por caso. Donde se hayan establecido orientaciones nacionales existentes, prácticas y leyes, éstas deberían cumplirse. Debe concederse atención a la vigilancia adecuada de la salud humana y al ambiente. Debe tenerse cuidado de evitar la contaminación microbiana y química de los procesos biotecnológicos.

El subgrupo quinto consideró posibles riesgos indirectos y a largo plazo. En general, se pensó que éstos eran mínimos, pero también deberían considerarse caso por caso. Debería tenerse el debido cuidado para evaluar completamente las propiedades de microorganismos y plantas con inserciones recombinantes DNA antes de que se hayan vertido deliberadamente al medio ambiente. Los organismos producidos para usarse en el ambiente natural deben ser evaluados cuidadosamente en condiciones cerradas antes de ser aplicados. Deben evaluarse también los posibles efectos socioeconómicos de la biotecnología en una etapa precoz.

Los efectos beneficiosos para la salud de la biotecnología y los futuros desarrollos se estudiaron por el sexto grupo. En asistencia sanitaria hay que esperar la fabricación de nuevas vacunas y la producción en gran escala de hormonas y proteínas humanas por microorganismos ya se ha previsto para la producción de insulina humana por *Escherichia coli* K12 con la adecuada inserción de DNA. La mejora de asistencia sanitaria de los animales de granja por avances similares llevará a una mayor producción de alimentos. La producción de alimentos también se facilitará por un aumento de producción de nutrientes esenciales y la producción de nuevos alimentos tales como proteínas de una sola célula. La protección del ambiente aumentará por la disponibilidad de organismos para romper compuestos intransigentes tales como aceites y clorofenoles en los residuos. Se espera que los pesticidas biológicos reemplazarán muchos de los químicos que se usan corrientemente y reducirán el peligro ambiental derivado de éstos.

Finalmente, el séptimo subgrupo consideró el impacto de la biotecnología en la salud humana y ambiental en su más amplio sentido. Se destacó la importancia de la colaboración entre científicos, empresas de biotecnología y autoridades sanitarias. Para asegurar el funcionamiento seguro continuado de los procesos biotecnológicos, debe mantenerse la vigilancia, de los efectos no beneficiosos, pero deben explotarse claramente las oportunidades para aumentar la salud humana y la calidad del ambiente.

Conclusiones y recomendaciones

1. La biotecnología se ha definido generalmente como la aplicación de organismos, sistemas y procesos biológicos a las industrias de fabricación y servicios. Esto supone la integración de la bioquímica, biología, microbiología, ingeniería química e ingeniería de procesos en una forma que optimice la

explotación de sus posibilidades. Las aplicaciones a la asistencia sanitaria, la energía, la agricultura y al tratamiento de residuos y al ambiente están implícitas en esta definición.

Debería reconocerse que la biotecnología no es nueva, sino que representa una tecnología en desarrollo y expansión con raíces establecidas hace muchos años.

2. Los presuntos riesgos de la aplicación del DNA recombinante y otras técnicas a la biotecnología pueden medirse y manejarse con estrategias de evaluación del riesgo normal y métodos de control.

Se recomienda que una valoración cuidadosa de los posibles impactos ocupacionales, ambientales y sanitarios sea una parte fundamental e integral de las aplicaciones industriales presentes y futuras de la biotecnología. La buena educación y formación de los trabajadores son esenciales para reducir al mínimo los riesgos.

3. Dado lo inevitable del muy considerable desperdicio de los procesos biotecnológicos, el tratamiento de los desechos debería considerarse como parte integral de estos procesos. El tratamiento eficiente de los desechos en biotecnología requiere el uso de adecuados procesos de eliminación que reduzcan al mínimo el riesgo.

Se recomienda que los organismos patógenos deberían mantenerse en un nivel adecuado. Los desechos contaminados con microorganismos vivos que contengan moléculas de DNA recombinante no deberían abandonarse normalmente en el ambiente. La descarga de microorganismos puede considerarse sólo cuando se está seguro de que no van a ser un peligro para el ambiente.

La vuelta a usar y la conversión en planta de los desechos se considera preferible a su descarga.

4. La biotecnología en general se considera como una industria segura. Se recomienda que la ejecución de nuevas técnicas y procesos biotecnológicos debería ser vigilada sobre efectos a largo plazo que aseguren que tienen lugar futuros desarrollos de una forma igualmente segura.

Se supone que muchos países han desarrollado o desarrollaran orientaciones adecuadas para futuros desarrollos. Debería concederse especial atención al uso industrial de organismos patógenos para el hombre, animales superiores y plantas y a la contención de estos organismos. Debe concederse especial atención también, sin embargo, a cualquier introducción deliberada en la naturaleza de microorganismos alterados genéticamente o de organismos mayores que son capaces de sobrevivir o multiplicarse en el ambiente.

5. La biotecnología contribuye de varias maneras a la mejora de la salud humana y se espera que la extensión de esta contribución aumente significativamente en el futuro próximo.

Para apoyar más esto, se recomienda que debe ser fuertemente estimulado el libre intercambio de información en este campo entre todas las partes de la sociedad, así como entre naciones.

Se recomienda que la OMS considere cómo puede ser realizado esto.

6. La realización de futuros progresos en la aplicación de biotecnología a la protección y mejora de la salud humana y del ambiente beneficiará a través de una colaboración y comunicación ampliada entre las autoridades sanitarias y los ocupados del desarrollo y ejecución de la biotecnología.

7. Deberían establecerse las prioridades sanitarias a las que puede contribuir específicamente la biotecnología, tales como la provisión de mejores alimentos y la mejora de la medicina preventiva.

8. La evaluación de los efectos socioeconómicos de la biotecnología debería emprenderse, teniendo en cuenta las condiciones prevalentes en diferentes partes del mundo.

9. Todos los implicados en la biotecnología tienen la responsabilidad general de informar al público de su impacto sobre la salud y el ambiente.

Se recomienda que deberían prepararse y distribuirse folletos y otros materiales educativos a los implicados en la educación del público respecto a la biotecnología.

10. Se recomienda que la OMS debería mantener una relación vigilante sobre el estado prevalente del arte, revisar nuevos desarrollos y formular, cuando sea adecuado, recomendaciones que podrían ser beneficiosas para las autoridades sanitarias y del ambiente de los Estados miembros.

Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page. The text is arranged in several paragraphs and is mostly illegible due to fading and low contrast.

¿Qué es la cuarta encuesta sobre hábito de fumar y salud en Europa?

ICP/HED 020
22 de febrero de 1983

¿Otra encuesta?

Usted puede pensar que hay muchas encuestas y actividades semejantes en marcha en Europa, puede incluso creer que hay demasiadas.

Esta información debería convencerle de que no necesitamos otra encuesta sobre hábitos de fumar. Sin embargo, este nuevo tipo de análisis que se llama «Cuarta Encuesta sobre Hábito de Fumar y Salud en Europa» está dirigida a demostrar la preocupación continua de la Oficina Regional para Europa de la OMS que durante muchos años ha tratado del problema del tabaco.

La Cuarta Encuesta tiene una nueva filosofía y ofrece una variedad de enfoques para establecer la situación en Europa respecto a:

- Enfermedades debidas al hábito de fumar.
- Hábitos de fumar y su dinámica.
- Actividades de control del hábito de fumar.

Una de las actividades clave se considera la difusión de la idea de la promoción de la salud y también puede considerarse el enfoque de los estilos de vida en el contexto de las estrategias generales para alcanzar la «Salud para todos para el año 2000».

¿Qué es realmente nuevo?

La Cuarta Encuesta está orientada a la acción y debería estimular las actividades políticas y científicas dentro de la región europea. Muchos tipos de estrategias de control del hábito de fumar han de lanzarse o promoverse en este momento internacional, que es de hecho la base de un Programa de Control del Hábito de Fumar de la OMS, así como el primer compromiso a largo plazo de la OMS en este importante campo de la salud pública e individual.

Un banco completo de datos no es el objetivo último, sino iniciativas locales y regionales basadas en un buen análisis de la situación. Se necesitan datos, cifras y otra información de base para este fin no para trabajos científicos muy sofisticados, sino para promover la acción política.

La eficacia de la Cuarta Encuesta deberá ser demostrada en los años próximos cuando funcione como documento básico para la evaluación del Programa de Control del Hábito de Fumar de la OMS.

Diez millones de europeos pueden morir

Diez millones de europeos pueden morir a causa del hábito de fumar entre ahora y el año 2000 (1).

El fumar es la causa individual más importante de muerte prematura y de enfermedad en los países desarrollados, y es una causa de preocupación creciente en países menos ricos. Aunque el cáncer de pulmón —así como otros tipos de cáncer— es el ejemplo más claro de una enfermedad relacionada con el fumar, el fumar cigarrillos es también una causa importante de cardiopatía coronaria, bronquitis crónica, enfisema y ciertas enfermedades arteriales crónicas de las piernas. Además, los efectos del hábito de fumar por mujeres embarazadas sobre el feto están atrayendo una atención creciente.

Política regional sobre control del hábito de fumar

La Oficina Regional para Europa reconoce la necesidad de una política regional de control del uso del tabaco basada en los principios de «Salud para todos en el año 2000» con los que están de acuerdo los Estados Miembros de la Región para combatir conjuntamente sus problemas sanitarios principales. Los programas de educación sanitaria dirigidos a los individuos necesitan el apoyo de medidas a nivel nacional y de política europea para restringir y contrarrestar la política de la industria. Esto sólo puede alcanzarse a través de una acción conjunta de política europea sobre control del hábito de fumar que a largo plazo puede también ayudar a detener la tendencia a exportar los problemas del tabaco al mundo en desarrollo.

Los puntos principales a abordar incluirían, por tanto:

- La necesidad de una política europea coordinada de control del hábito de fumar.
- La necesidad de programas generales de control del hábito de fumar en los Estados Miembros.

(1) *British Medical Journal*, 6 de febrero de 1982.

- La necesidad de programas generales de promoción de la salud para grupos de alto riesgo tales como mujeres y jóvenes.
- La necesidad de promover una imagen positiva de las personas que no fuman.
- La necesidad de desarrollar programas útiles para dejar de fumar para el gran grupo de fumadores que desean dejarlo.

El enfoque de educación sanitaria

Dentro del marco del Sexto Programa General de Trabajo (1970-80), se trató con cierta amplitud del hábito de fumar en el programa de educación para la salud. El problema del tabaco se considera ahora en mucha mayor extensión bajo los aspectos de una política recién diseñada de educación sanitaria. Ha habido cuatro principales reorientaciones conceptuales respecto a la educación sanitaria:

- De la modificación individual de la conducta a un enfoque sanitario sistemático,
- De la orientación médica al reconocimiento de competencia del público,
- De la prescripción sanitaria a la promoción de la salud,
- De la educación sanitaria autoritaria a la educación sanitaria de apoyo.

En base a esta nueva política están disponibles una gran variedad de estrategias de intervención en el marco de un programa general de control del hábito de fumar.

Primeras encuestas. Bases para el concepto de la Cuarta Encuesta sobre Hábito de Fumar y Salud en Europa

La Oficina Regional impulsó tres encuestas en Estados Miembros sobre el tema de fumar y salud, la primera de las cuales se hizo en 1971 y la segunda en 1975. La tercera encuesta se llevó a cabo en 1978-79 y los resultados preliminares se presentaron a la Cuarta Conferencia Mundial sobre Hábito de Fumar y Salud (Estocolmo, 1979). Al revisar los resultados finales de la tercera encuesta (2) se acordó que la Cuarta Encuesta (que se realizaría en 1982-83) debería realizarse, usando un nuevo enfoque de estudio de casos. Una reunión de planificación sobre la estrategia de control del hábito de fumar en Europa (enero, 1982) se ocupó de las principales directrices de la estrategia y coordinación de los esfuerzos de la Oficina Regional con actividades relacionadas de la Comunidad Económica Europea (CEE), la Unión Internacional para la Educación Sanitaria (UIES), la Unión Interna-

(2) La tercera encuesta no se va a publicar.

cional contra la Tuberculosis y la Unión Internacional sobre el Cáncer (UICC). Se mantiene estrecha colaboración con la sede de la OMS para evitar cualquier duplicidad de esfuerzos. Se dispondrá en 1983 de un informe sobre la Cuarta Encuesta.

Se recogerán datos sobre asuntos tales como prevalencia del fumar, actitudes del público y estadísticas sanitarias en la medida en que se necesitan a fines de campañas específicas. La Cuarta Encuesta sobre Hábito de Fumar y Salud a que se ha comprometido la Oficina Regional para Europa de la OMS, implicará en mucho mayor grado el estudio de casos y será más específico y aparentemente fragmentado. Basados en la experiencia desde principios de 1970 hasta la actualidad podemos decir que las encuestas generales en todos los países sobre el asunto de actividades de control del hábito de fumar proporcionan información incompleta que no puede usarse fácilmente para ningún fin particular.

Elementos de la cuarta encuesta

Durante el período (1982-83) destinado a la Cuarta Encuesta sobre Hábito de Fumar y Salud en Europa se realizarán los siguientes tipos de actividades:

- Talleres y otras reuniones de expertos.
- Trabajos de toma de posición.
- Establecimiento de metas regionales y perfiles de países.
- Estudios de casos.

Otros estudios se enfocarán sobre el problema del hábito de fumar en niños y mujeres, estos esfuerzos están ya en un estado de desarrollo y planificación muy avanzado. El tema de las mujeres y el fumar recibe especial atención ya que un taller especial se dedicará sobre este asunto.

Talleres

Un mínimo de tres talleres se reunirán para cubrir la región europea:

- Taller para países de habla alemana.
- Taller para la zona sur de Europa.
- Taller para la zona este de Europa.

La Reunión de Planificación sobre Estrategia Europea del Control del Hábito de Fumar (Edimburgo, enero, 1982) fue el primer taller de esta serie y sirvió como modelo para el enfoque de estudios de casos. Participantes y consejeros temporales invitados informaron sobre estudios de temas específicos de su conocimiento.

Perfiles de países

Para describir la magnitud y las dimensiones del problema del tabaco en cada Estado Miembro se proporcionará una directriz en forma de una lista de control, que solicitará, en particular, un informe completo sobre el estado del arte del control del hábito de fumar. Este enfoque permitirá que cada país informe sobre lo que es significativo dentro del contexto nacional al tiempo que se facilitan la comparabilidad y las bases para el seguimiento de desarrollos.

Trabajos de posición

Problemas específicos tienen que ser analizados invitando a expertos reconocidos a preparar trabajos de toma de posición sobre la situación en Europa. Los puntos siguientes se tratarán usando esta técnica de recogida de información:

- Hábito de fumar y niños.
- Hábito de fumar en el lugar de trabajo.
- Hábito de fumar y mujeres.
- Hábito de fumar y publicidad.

Estos son sólo ejemplos de iniciativas ya en marcha y demostrarían la clase de temas de que trata la Cuarta Encuesta. Afortunadamente, surgirán muchos más trabajos de toma de posición y estudios de casos por la implicación activa de Estados Miembros y colaboradores interesados, tales como científicos, políticos, educadores sanitarios y médicos. Esta información debería considerarse como una invitación para los que deseen contribuir a la Cuarta Encuesta. Deben sentirse libres para contactar OMS/EURO para proporcionar ideas e información. Todas las propuestas se tendrán en consideración muy cuidadosamente como una actividad posible dentro del marco de esta encuesta.

Metas regionales

Como resultado de las discusiones científicas y políticas, el establecimiento de metas regionales para control del hábito de fumar es parte de la Cuarta Encuesta. En vista del objetivo de «Salud para todos en el año 2000», la Oficina Regional para Europa considera la reducción de las tasas de fumar en la Región como una preocupación importante para la acción conjunta de los Estados Miembros. Afortunadamente, este nuevo programa concentrará

la atención de los estados Miembros sobre la magnitud del problema y la acción de control del hábito de fumar que es posible, así como estimulará a los Estados Miembros a tomar la acción apropiada a nivel nacional.

Programa de control del hábito de fumar de la OMS

La Cuarta Encuesta es la primera parte de un compromiso a largo plazo de la OMS de actividades completas sobre el hábito de fumar. Es el estudio básico para un programa específico de la OMS para el primer período 1984-89 con los siguientes objetivos:

- Desarrollar y apoyar la política europea en que la reducción del hábito de fumar se considere como un elemento de promoción de la salud continuo y de primera prioridad y un compromiso a largo plazo.
- Estimular y apoyar el establecimiento y futuro desarrollo de programas nacionales eficaces de control del hábito de fumar en los Estados Miembros.
- Estimular el desarrollo y uso de programas de promoción de la salud que promuevan el no fumar en grupos claves específicos, con especial referencia a grupos vulnerables y del alto riesgo.
- Promover una imagen social positiva del no fumador en los Estados Miembros.
- Estimular la búsqueda de métodos mejores para ayudar a los fumadores a dejar de fumar y promover la mayor accesibilidad de ayuda a los fumadores.
- Facilitar el desarrollo continuado de programas que respondan a las necesidades de los Estados Miembros europeos y en apoyo de la ejecución de programas eficientes.

Coordinador de la Cuarta Encuesta

La Cuarta Encuesta sobre Hábito de Fumar y Salud en Europa se realiza por la Unidad de Educación Sanitaria de la Oficina Regional para Europa de la OMS en Copenhague.

La ayuda técnica se presta por un equipo de la Universidad de Viena, Austria. El Coordinador para la Cuarta Encuesta es el Dr. Michael Kunze, Departamento de Medicina Social, Instituto de Higiene, Universidad de Viena, Kinderspitalgasse, 15, A-1095 Viena (Austria).

COMUNICADOS DE PRENSA

Prevención de las cardiopatías coronarias. El director general y el Consejo Ejecutivo de la OMS preconizan un «enfoque centrado en la población». Comunicado OMS/1 (13 de enero de 1983).

«El mundo debería emprender verdaderamente una guerra sin piedad a las cardiopatías coronarias que se pueden evitar», ha declarado el doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS, con ocasión de la sesión de apertura de la 71.ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS que se celebra actualmente en Ginebra.

El doctor Mahler tomó la palabra después de que no menos de 17 miembros de los 30 que cuenta el Consejo expresaran su plena satisfacción al conocer un comité de expertos de la OMS titulado «Prevención de las cardiopatías coronarias» (1).

«Lo que yo aprecio en la estrategia del Comité de expertos es que combina la promoción de modos de vida más de acuerdo con una buena salud, la disminución de las afecciones que pueden evitarse y la prestación de cuidados de salud adecuados. Pienso pues que debemos, nosotros que presidimos la elaboración de las políticas sanitarias, tomar el desafío que nos lanzan los especialistas científicos y los técnicos de la salud, que han sabido convertirse en verdaderos estrategas de la salud», ha añadido el doctor Mahler.

Las enfermedades coronarias constituyen un problema que afecta a los países muy industrializados tanto como a los países en desarrollo y lo han subrayado, entre otros, el doctor F. S. J. Oldfield, director de los Servicios Médicos de Gambia, y el señor N. M. Hussain, ministro de Salud de las Maldivas.

El doctor Mahler ha declarado que era «verdaderamente notable» que los mejores cardiólogos del mundo hayan llegado a un completo acuerdo respecto a las estrategias de prevención poniendo énfasis en la necesidad de cooperar con los responsables de la opinión pública y de la dirección de los asuntos políticos.

(1) «Prevención de las cardiopatías coronarias». Serie de informes técnicos, número 678, OMS, Ginebra, 1982.

El director general de la OMS ha subrayado que una estrategia de lucha contra las enfermedades cardiovasculares que se apoya en un «enfoque centrado en la población» constituye un esfuerzo mucho más amplio que una campaña contra una sola enfermedad. Muchos sectores de la vida pública tienen mucho que ganar con un enfoque fundado en la interacción de diversas disciplinas. La comunidad cardiológica mundial, que colabora plenamente con la OMS, está dispuesta a aportar su ayuda, tanto más cuando la prevención es indispensable en un campo en que la terapéutica sobre todo la cirugía coronaria y los trasplantes alcanzan costes que los hacen inaccesibles en salud pública.

Recomendaciones

El informe hace sobre todo las recomendaciones siguientes:

— Una actividad física regular debería formar parte de la vida cotidiana, porque supone una disminución de los factores de riesgo en la población, manteniendo un control del peso, y, por tanto, la reducción de las tasas elevadas de tensión arterial y de colesterol en la sangre.

— Los niños deberían crecer en todas partes con modos de vida conformes a una buena salud para evitar así la aparición precoz de arteriosclerosis. Este enfoque preventivo es particularmente importante en sociedades en vías de cambio socioeconómico.

— Cada persona debería tratar de no consumir más de 5 g. de sal por día.

— El consumo de lípidos debería reducirse al 30 por 100 de la ración energética y el de grasas saturadas al 10 por 100 solamente.

— El hecho de no fumar debería considerarse como un comportamiento «normal». Según el informe, «las informaciones de que disponemos no justifican la promoción de cigarrillos pretendidamente "menos peligrosos"».

— La desalinización del agua de las ciudades no debería decidirse sin que se hayan estudiado sus incidencias sobre la mortalidad de origen cardiovascular.

— Los contraceptivos orales deberían ser «prescritos bajo vigilancia médica de manera que se desaconsejara su uso por las mujeres que tengan riesgo coronario bastante elevado. En particular, las que utilizan contraceptivos orales deberían abstenerse de fumar».

CONSEJO EJECUTIVO. *El doctor Halfdan T. Mahler, director general de la OMS, designado para un tercer mandato.* Comunicado OMS/2 (14 de enero de 1983).

El doctor Halfdan T. Mahler ha sido designado hoy para un tercer mandato como director general de la OMS por el Consejo Ejecutivo reunido actualmente en Ginebra para su 71.ª sesión.

El mandato actual del doctor Mahler termina en julio de 1983, habrá ocupado entonces las funciones de director general de la OMS durante diez años. La designación está sometida a la aprobación de la trigésima sexta Asamblea Mundial de la Salud que se reunirá en Ginebra en mayo próximo.

La decisión fue tomada a puerta cerrada. En sesión pública, el doctor Maureen M. Law, presidente del Consejo Ejecutivo, declaró: «Mi única pena, doctor Mahler, es que la sesión se haya celebrado a puerta cerrada y que no quede testimonio del gran entusiasmo con que los miembros del Consejo os han designado. Si os ocurre que os sentís desalentado, como nos ocurre a todos a veces, acordaos de que el Consejo os ha manifestado este año su estima de manera muy alentadora.»

Aceptando esta designación, el doctor Mahler ha declarado que le había emocionado mucho la iniciativa del Consejo, con motivo de la cual la Asamblea será llamada a tomar una decisión en mayo próximo. Ha declarado que interpretaba esta decisión del Consejo como «un voto de confianza en la lealtad y la dedicación del Secretariado respecto de las políticas colectivas de la OMS».

«Yo acepto esta designación —añadió el doctor Mahler— con una humildad no desprovista de agresividad.» «Humildad, declaró, porque las numerosas tareas con que nos enfrentamos deberían cumplirse en una situación mundial injusta e irracional, y la agresividad porque la misión de la OMS está bien definida y podemos todos nosotros reunirnos con un espíritu de democracia y de participación sabiendo que todos los Estados miembros podrán identificarse con fuerza, dinamismo y sabiduría con el combate en favor de la salud para todos.»

Dos condiciones son necesarias, según el director general, para que pueda existir este espíritu de democracia y de participación y también para la paz en el mundo: por una parte, crear un clima de confianza mutua y, por otra, merecer esta confianza. Para que estas condiciones se cumplan, la Secretaría y los órganos directivos de la OMS, así como todos los responsables de la salud y del desarrollo en los Estados miembros deberán luchar encarnizadamente.

CONSEJO EJECUTIVO. *El doctor Carlyle Guerra de Macedo (Brasil), nuevo director regional para las Américas, jura su cargo.* Comunicado OMS/3 (18 de enero de 1983).

A partir del 1 de febrero de 1983 y por un período de cuatro años, el director de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Oficina Regional de la OMS para las Américas será el doctor Carlyle Guerra de Macedo (Brasil) que ha prestado juramento el lunes 17 de enero de 1983 en Ginebra, en presencia del doctor Halfdan T. Mahler, director general de la OMS y de los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS reunidos para su 71.ª sesión.

El doctor Macedo fue elegido por la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, mantenida en Washington, D. C. en septiembre último y nombrado ayer director regional para las Américas por el Consejo Ejecutivo.

El doctor Macedo, nacido en Parnaguá, Brasil, en 1937, posee un diploma de Medicina de la Facultad de Medicina de Recife y un diploma de Salud Pública de la Universidad de Chile. Está igualmente especializado en planificación sanitaria, en demografía y en desarrollo económico y social. Ha estado al servicio de la Organización Panamericana de la Salud como responsable de la formación en Santiago, Chile, y después desde 1976 como coordinador de un programa de cooperación técnica en Brasil.

El doctor Macedo ha realizado funciones de secretario de la Salud del Estado de Panamá, organizando las actividades sanitarias en este Estado rural y dirigiendo el trabajo de unos 2,500 empleados. Ha sido profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro y jefe de la División de la Salud de la SUDENE, organismo de desarrollo del nordeste brasileño. Es miembro de un gran número de sociedades científicas, entre ellas, la Asociación Americana de Salud Pública, la Asociación Médica Brasileña, la Sociedad de Higiene del Brasil y la Asociación Brasileña de Educación Médica.

Al responder a las felicitaciones y a los votos expresados por varios miembros del Consejo Ejecutivo, el doctor Macedo ha reafirmado que se encargaba de buscar soluciones innovadoras para hacer progresar la salud en la región de las Américas, en coordinación con todos los Estados miembros de la OMS.

Testimonio de gratitud al doctor Héctor R. Acuña

El Consejo Ejecutivo ha deseado, en el momento en que el doctor Héctor R. Acuña acaba de ejercer las funciones de director regional para las Américas, testimoniarle su gratitud por los servicios que ha prestado en la OMS.

Reconociendo, en una resolución, la contribución inestimable que ha aportado a la causa de la salud internacional, y recordando más especialmente los ocho años durante los que ejerció las funciones de director regional para las Américas, el Consejo ha dado las gracias al doctor Acuña por los servicios excepcionales que ha prestado a los países de las Américas y a toda la Organización y le ha dirigido sus mejores deseos de éxito animándole a poder consagrar numerosos años aún al servicio de la humanidad.

Defunción del doctor M. G. Candau. Comunicado OMS/4 (24 de enero de 1983).

El doctor M. G. Candau, que fue el segundo director general de la OMS en funciones desde 1953 a 1973, ha muerto hoy en Ginebra.

En el curso de la 71 sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que se celebra actualmente en Ginebra, los miembros del Consejo han guardado un minuto de silencio para rendir un primer homenaje a la memoria del doctor Candau inmediatamente después del anuncio de su muerte, por el doctor Halfdan T. Mahler, director general de la OMS después del cese del doctor Candau en 1973.

El doctor Candau había nacido en Río de Janeiro (Brasil) en 1911. Hizo sus estudios médicos en la Escuela de Medicina del Estado de Río de Janeiro y en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Maryland, E.U.A.). Antes de entrar al servicio de la OMS, el doctor Candau fue director general del «Servicio Especial de Saúde Pública» (SESP), un programa de salud pública realizado conjuntamente por el Gobierno brasileño y el Instituto de Asuntos Interamericanos. Aparte de sus actividades en el seno de organismos sanitarios, el doctor Candau ocupó también puestos de docencia en Brasil. En 1938 fue nombrado profesor adjunto de Higiene en la Escuela del Estado de Río de Janeiro.

El doctor Candau entró al servicio de la OMS en Ginebra en 1950, como director de la División de la Organización de los Servicios de Salud. Un año después fue nombrado subdirector general encargado de los Servicios Consultivos. En 1952, fue llamado a Washington para convertirse en subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana, que es también la Oficina Regional de la OMS para las Américas. Ocupaba este puesto cuando la Asamblea Mundial de la Salud le eligió director general —el segundo en el tiempo— de la OMS para suceder al doctor Brock Chisholm, del Canadá.

En 1973, reconociendo los eminentes servicios que el doctor Candau había prestado a la salud pública internacional en el ejercicio de sus funciones de director general, la XXVI Asamblea Mundial de la Salud le declaró director general emérito de la OMS. El doctor Candau era igualmente miembro del Consejo de la Universidad de las Naciones Unidas.

El doctor Candau es autor de numerosos artículos científicos consagrados a temas muy diversos, sobre todo al paludismo, a parasitología, a administración sanitaria, a bioestadística y a higiene rural.

Como director general, el doctor Candau fue testigo del crecimiento de la Organización, que pasó de 81 Estados miembros en 1953 a 138 en 1973.

El doctor Mahler, en una breve y emocionante intervención ante el Consejo Ejecutivo, habló en términos calurosos de su predecesor, que describió «el gran arquitecto de la infraestructura de la OMS», y sin el cual no hubiera sido posible poner una tras otra las piedras del gran edificio de la salud para todos de aquí al año 2000.

El doctor Candau era miembro de honor de un gran número de asociaciones. Era doctor *honoris causa* de varias universidades y ha recibido numerosos premios en recompensa a sus notables cualidades científicas y eminentes servicios que ha prestado a la salud pública. En 1974 había

recibido de la Asociación de Salud Pública de São Paulo (Brasil) la Medalla Geraldo Paula Sousa y la Asamblea Mundial de la Salud le había concedido la Medalla y el Premio Leon Bernard.

CONSEJO EJECUTIVO. *Un proyecto de presupuesto por programas para 1984-1985 de 520.100.000 dólares.* Comunicado OMS/5 (26 de enero de 1983).

Una cifra de 520.100.000 dólares de Estados Unidos para el presupuesto efectivo de la OMS para 1984-1985 establecería un justo equilibrio entre la necesidad de ir hacia adelante para instaurar la salud para todos y dar prueba de realismo frente a la situación económica mundial.

Esta ha sido la conclusión a la que han llegado los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS, con motivo de la 71 sesión, que tuvo lugar en Ginebra el 26 de enero de 1983 bajo la presidencia del doctor Maureen M. Law, del Canadá.

El Consejo ha aprobado así las propuestas del director general de la OMS que serán sometidas a la 36 Asamblea Mundial de la Salud en mayo próximo. El Consejo ha sentido de todos modos que la situación económica mundial imponga a la Organización un «inmovilismo presupuestario», es decir, la reconducción pura y simple del presupuesto en términos reales.

Utilización de los recursos extrapresupuestarios

Estos últimos años, los recursos extrapresupuestarios de que dispone la OMS han llegado a financiar el 50 por 100 del programa sanitario internacional integrado de la Organización. El Consejo ha expresado la esperanza de que aquéllos se mantendrán al menos al mismo nivel en 1984-1985 y ha especificado que deberían utilizarse por la OMS y los países para aplicar sus políticas y sus estrategias con vistas a instaurar la salud para todos.

Responsabilidades que incumben respectivamente a los gobiernos y a la OMS

El Consejo Ejecutivo «recomienda vivamente» que los gobiernos y la OMS emprendan en común exámenes de las políticas, programas y estudios conjuntos a fin de desarrollar sistemas de salud que utilicen una tecnología que convenga a los países afectados.

El Consejo ha especificado que será preciso una mayor disciplina para garantizar que los recursos de la OMS se empleen de acuerdo con las políticas convenidas. Los gobiernos tienen la responsabilidad de vigilar que la utilización de los recursos técnicos, materiales y financieros de su país reflejen fielmente estas políticas. En lo que concierne al apoyo directo aportado por la OMS a los países, el paso de la «asistencia» a la cooperación

deberá acelerarse si se quieren poner en práctica los principios que rigen la estrategia de la salud para todos y el séptimo programa general de trabajo de la OMS.

El Consejo ha sugerido que el apoyo de la OMS en el campo de la *información sanitaria* sería más útil a los países si la documentación se presentase «bajo una forma fácilmente accesible al personal en todos los niveles».

El Consejo ha estimado que sería «urgente» elaborar políticas y planes nacionales relativos al *personal de salud* y desarrollar la educación de todo el personal tanto al comienzo como mediante la formación continuada.

El Consejo ha expresado «la firme opinión» de que una *bolsa de estudios* no puede pedirse por un Estado miembro más que cuando constituye el medio más apropiado de alcanzar un objetivo claramente definido y después del examen de todas las otras posibilidades de formación.

Siempre en lo que concierne a las cuestiones de política general, el Consejo Ejecutivo ha afirmado que la existencia de un público correctamente informado es un factor clave de la promoción de los cuidados de salud primarios. Ha observado con satisfacción la dosificación sensata de actividades que componen el nuevo programa de *información del público y de educación para la salud* y ha añadido que sería preciso dar prueba de discreción en la promoción de la noción de iniciativa individual, teniendo en cuenta los problemas planteados por la automedicación, por ejemplo.

Promoción de la salud y lucha contra la enfermedad

El Consejo ha estudiado en detalle las numerosas secciones del presupuesto por programas para 1974-1985, que tratan de la promoción de la salud y de la lucha contra la enfermedad. Entre los puntos que se han subrayado, se pueden destacar los siguientes:

Salud buco-dental.—El consejo ha aprobado la estrategia bien definida y centrada sobre objetivos cuantificados de este programa, que trata de orientar hacia la prevención las actividades llevadas a cabo en particular en los países en desarrollo, evitando por ella la necesidad de cuidados conservadores importantes y costosos. Uno de los objetivos de este programa es actuar de tal modo que en 1989, el 55 por 100 al menos de los Estados miembros de la OMS habrán dado a su población un estado de salud buco-dental conforme al indicador mundial, a saber no más de tres dientes careados, ausentes u obturados a la edad de doce años.

Salud mental.—La escasez aguda de especialistas frente a la carga creciente que los trastornos mentales imponen a los Estados miembros, exige imperativamente que se conceda un lugar a los cuidados de salud mental en la formación del personal de salud general, sobre todo a nivel de los cuidados primarios de salud. El Consejo Ejecutivo se ha mostrado preocupado espe-

cialmente por el abuso del alcohol y de las drogas. Los Estados miembros y la OMS deberían tomar medidas más enérgicas que hasta ahora, en particular respecto a los problemas ligados al alcohol.

Paludismo.—El Consejo ha reafirmado que las investigaciones consagradas al problema creciente de la resistencia a los medicamentos antipalúdicos y a los insecticidas, deben seguir siendo una prioridad. La estrategia antipalúdica tal como ha estado orientada necesita la incorporación en los cuidados primarios de salud de actividades de lucha antipalúdica y una mejora de la formación.

Investigación sobre las enfermedades tropicales.—Un Comité examinador exterior sobre los cinco primeros años del programa especial de investigación y de formación respecto a las enfermedades tropicales ha sacado conclusiones positivas y el Consejo ha estado de acuerdo en que los resultados adquiridos hasta hoy son «alentadores». El Consejo ha subrayado la necesidad de mantener la financiación y un nivel que permitirá el estudio a largo plazo de trabajos prometedores, tales como el ensayo sobre el terreno de posibles vacunas contra la lepra.

Enfermedades cardiovasculares (2).—El Consejo ha estado de acuerdo en que la prevención de las cardiopatías coronarias «reviste una gran importancia para los países tanto desarrollados como en desarrollo y que existe por otra parte una base científica sólida para acelerar “este programa”».

Enfermedades diarreicas.—El Consejo ha estimado que el programa de lucha contra las enfermedades diarreicas está bien concebido y ha juzgado apropiado el énfasis puesto en la reducción de la mortalidad. No obstante, el Consejo ha expresado la opinión de que es primordial continuar elaborando una estrategia para la prevención, sobre todo en los niños de menos de cinco años.

Agua y saneamiento.—El Consejo Ejecutivo de la OMS ha estimado que el refuerzo de los sistemas nacionales para la vigilancia epidemiológica en las enfermedades diarreicas, incluso el cólera, sigue siendo indispensable.

Tuberculosis.—El Consejo ha subrayado que la tuberculosis plantea siempre un grave problema de salud pública, en particular en los países en desarrollo. La Unión Internacional contra la Tuberculosis colabora estrechamente con la OMS en la definición de los principales elementos de los programas de lucha, comprendida la vacunación por BCG de los niños. La mejora global del desarrollo socioeconómico se ha considerado un factor esencial que contribuye a la lucha contra la tuberculosis.

Cooperación internacional e interinstitucional.—El Consejo Ejecutivo de la OMS ha constatado que la financiación de acciones de salud por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sigue siendo

(2) Véase a este respecto el Comunicado de Prensa OMS/1, del 1 al 13 de enero de 1983.

relativamente débil. Es ésta una cuestión que depende de decisiones tomadas a escala nacional, dado que los países en desarrollo fijan un orden de prioridad para los diferentes sectores cuando reparten los recursos correspondientes a la cifra indicativa de planificación que les da el PNUD. Afortunadamente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como el Banco Mundial y sus órganos subsidiarios, lo mismo que un cierto número de países industrializados que conceden una ayuda bilateral, tienen cada vez más conciencia de la importancia de la salud en el proceso de desarrollo y podrían muy bien reaccionar de manera favorable si los países en desarrollo sollicitaran un creciente apoyo para la salud.

Prevención de un cáncer por vacunación.—Comunicado OMS/6 (11 de febrero de 1983).

Existe por primera vez un medio único de prevenir por la vacunación un cáncer extendido. Tal es la opinión experta de un grupo científico de muy alto nivel, que acaba de concluir sus trabajos en la Sede de la OMS en Ginebra. El grupo ha trabajado bajo la presidencia del profesor Arie J. Zuckerman, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine y del profesor Sun Tsung-tang del Instituto del Cáncer de Beijing.

La reunión de cinco días sobre el tema de la prevención del cáncer del hígado ha sido inaugurada por el doctor Halfdan T. Mahler, director general de la OMS, y se ha beneficiado de la participación de especialistas en epidemiología, bioestadística, patología, virología, biología molecular y puesta a punto y desarrollo de vacunas, procedentes de 16 países. El doctor Jan Stjernsward, jefe de la Unidad del Cáncer de la OMS, fue secretario de la reunión.

El cáncer de hígado figura entre los 10 cánceres más corrientes en el mundo y es uno de los más extendidos en los países en desarrollo. La prueba de la responsabilidad del virus de la hepatitis B en la etiología del cáncer primitivo del hígado se funda en observaciones epidemiológicas y geográficas que indican una importante asociación entre la hepatitis B y este tipo de cáncer, y sobre resultados recientes obtenidos por estudios de biología molecular que han mostrado que el ADN del virus estaba integrado en el genoma (material genético) del huésped.

Cerca del 80 por 100 de los cánceres del hígado se producen a continuación de una infección por el virus de la hepatitis B. El establecimiento de una infección persistente por el virus, el estado de portador, después la integración del virus en el ADN del huésped constituyen los estadios intermedios entre la infección y el desarrollo del cáncer de hígado.

La supervivencia y la persistencia del virus de la hepatitis B en la población a escala mundial son debidas a un enorme reservorio de portado-

res, que se puede estimar sin exagerar en más de 200 millones, la excreción prolongada del virus por una cierta proporción de los portadores y una transmisión que puede hacerse por diversas vías explican la frecuencia de la enfermedad. Además, en numerosas regiones del mundo, la infección perinatal o la que se produce en el curso de los primeros meses de la vida, son extremadamente importantes y suponen la infección permanente.

Es ahora oportuno que las organizaciones internacionales planifiquen y organicen un cierto número de ensayos de intervención en poblaciones en las que se sabe que la prevalencia de la hepatitis B, el estado del portador y el cáncer de hígado son elevados, haciendo uso de las vacunas recientemente puestas a punto contra la hepatitis B.

Estudios de factibilidad efectuados en varios países con dos vacunas han mostrado que la vacunación de los niños muy pequeños puede prevenir la infección natural por el virus de la hepatitis B y el desarrollo de una infección persistente.

Algunas obras sobre el tema:

- «La hepatitis vírica», Arie J. Zuckerman, *Salud Mundial*, abril 1982.
- «Viral hepatitis», F. Deinhardt e I. D. Gust, *Bull. OMS*, vol. 60, 5, páginas 643-30.
- «Progres en matière "d'hépatite virale"», *Serie de Informes Técnicos OMS* núm. 602.
- «Priorities for immunization against hepatitis B», *British Med. J.* (marzo de 1982).

El doctor Serguei K. Litvinov nombrado subdirector general.—Comunicado OMS/7 (16 de febrero de 1983).

El doctor Halfdan T. Mahler, director general de la OMS, anuncia el nombramiento del doctor Serguei K. Litvinov como subdirector general de la OMS a partir del 1 de febrero de 1983. El doctor Litvinov era hasta ahora jefe adjunto de la Oficina de Relaciones exteriores del Ministerio de Sanidad de la URSS en Moscú.

Siendo uno de los cinco subdirectores generales de la OMS, el doctor Litvinov tiene bajo su responsabilidad la División de Enfermedades transmisibles, el Programa ampliado de vacunación, el Programa de acción antipa-lúdica, el Programa de enfermedades parasitarias y la División de biología de los vectores y la lucha antivectorial.

Nacido en Moscú el 4 de septiembre de 1938, el doctor Litvinov recibió su diploma de medicina del Instituto médico de Moscú en 1962. Después de haber trabajado durante un breve período como interno en el Instituto de Parasitología y de medicina tropical de Moscú, el doctor Litvinov comenzó su carrera de epidemiólogo en el mismo Instituto. Posee vastos conociemien-

tos y una gran experiencia adquirida sobre el terreno en el campo de las enfermedades transmisibles y más particularmente en el de la parasitología. De 1965 a 1968 ha trabajado en varios países en desarrollo con motivo de acuerdos bilaterales.

De 1973 a 1978, el doctor Litvinov fue encargado por la OMS de dirigir un proyecto de servicios epidemiológicos en Ghana, realizó en este país una campaña para la certificación de la erradicación de la viruela y ha organizado la puesta en práctica de estudios de factibilidad del Programa ampliado de vacunación de la OMS. Habiendo terminado su trabajo de campo en 1978, el doctor Litvinov fue transferido a la sede de la OMS en Ginebra, donde pasó algunos meses para finalizar sus trabajos para el Programa de vacunación.

El doctor Litvinov está casado y tiene dos hijas.

CONSULTA DE LA OMS SOBRE LA GRIPE.—*Nueva composición de las vacunas antigripales.* Comunicado OMS/8 (25 de febrero de 1983).

La composición de la vacuna antigripal en uso desde 1980 debe modificarse. Esta es la recomendación que acaban de hacer los directores de los Centros colaboradores de investigación y referencia sobre la gripe, de la OMS. Según estos expertos la vacuna antigripal a utilizar durante la estación 1983-1984 debería contener los siguientes antígenos:

Una cepa análoga a A/Filipinas/2/82 (H3N2).

Una cepa análoga a A/Brasil/11/78 (H1N1).

Una cepa análoga a B/Singapur/222/79.

Desde 1980 se utilizaba A/Bangkok/1/79 (H3N2), que se reemplaza ahora por una cepa análoga a A/Filipinas.

Esta recomendación se ha suscitado por la aparición de virus H3N2 semejantes a A/Filipinas/2/82 y reveladores de importantes variaciones antigénicas que pueden suponer una disminución de la eficacia de las vacunas preparadas según la fórmula anterior si se difundieran las cepas análogas a A/Filipinas/2/82. Además, estudios indican que estos virus dan lugar a una importante respuesta de anticuerpos que protegería contra la infección debida a una gran gama de virus H3N2, sobre todo contra los que son ahora más virulentos.

Numerosos países aíslan y analizan los virus de la gripe que hacen estragos actualmente en el cuadro del programa OMS de vigilancia de la gripe, que se beneficia de la colaboración de 108 laboratorios nacionales en 76 países y de dos centros colaboradores internacionales de la OMS, permitiendo así a ésta disponer de un cuadro de la situación mundial actual de la gripe.

Desde el comienzo de la estación 1982-1983, la actividad gripal ha sido generalmente débil y casi totalmente asociada al virus A (H3N2). No obstante en varios países de Europa y de América del Norte, los brotes gripales han estado más extendidos que durante la estación precedente 1981-1982. Casos y brotes esporádicos asociados al virus H3N2 se han señalado también en Asia y África durante la estación. Los virus gripales A, subtipo H1N1, continúan produciendo brotes en las escuelas y casos esporádicos en varios países. El virus de la gripe B no ha jugado hasta ahora, durante la estación, más que un papel menor.

Se encontrarán mayores detalles sobre la reunión y las recomendaciones respecto a la vacuna antigripal, así como una visión general de la actividad gripal durante la estación 1982-1983 en el *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS* núm. 8, que aparece hoy en Ginebra.

La energía nuclear sería indispensable al desarrollo. (Los daños para la salud y para el ambiente se consideran débiles).—OMS Información número 79, enero de 1983.

PETER OZORIO
Agregado de Prensa

La energía nuclear es esencial si se quiere satisfacer la creciente demanda de electricidad, sobre todo en los países en desarrollo cuyas necesidades son más importantes. «Podría contribuir de manera positiva a la calidad de la vida» hasta el punto de enlentecer «la degradación del ambiente».

Contrariamente a lo que se cree generalmente, los daños causados a la salud y al ambiente por los desechos radiactivos o los accidentes nucleares —como el que se produjo en Three Mile Island, en Estados Unidos de América— son «débiles en relación con otras fuentes» y no son, en todos los casos, más importantes que los de otros combustibles generadores de energía tales como el petróleo y el carbón.

Estas tomas de posición figuran en un informe recientemente publicado por la Agencia Internacional de la energía atómica (AIEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que trata «de los problemas ambientales que podrían encontrar los estados que optan por lo nuclear».

El argumento principal de este folleto, titulado *Poder nuclear, el Ambiente y el Hombre* (3), es que la energía nuclear constituye una alternativa viable y un complemento necesario a los combustibles fósiles.

El informe precisa que el petróleo, el carbón y el gas son las fuentes clásicas de energía utilizada en nuestros días —el petróleo y el gas constitu-

(3) Puede obtenerse de la AIEA, División de Publicaciones, Viena, Austria, al precio de 200 chelines austríacos. La versión francesa del informe estará disponible desde el mes de noviembre de 1983.

yen el 70 por 100 del consumo energético del globo— pero su empleo reposa en un equilibrio de las ventajas y los riesgos.

«Para que el mundo se desarrolle y los bienes y la prosperidad estén más ampliamente y más equitativamente repartidos» indica el folleto «será preciso usar de toda una gama de fuentes de energía apropiadas, entre ellas la energía nuclear, a fin de satisfacer necesidades energéticas considerables».

Por otra parte, podría ser que el petróleo y el gas se acaben en el curso de los últimos decenios y el carbón «aunque es abundante, a menudo difícil de extraer y de distribuir». Aunque existen unos 2.100 yacimientos de carbón en el mundo, los 11 más importantes se encuentran en tres países solamente, la República Federal de Alemania, la Unión Soviética y los Estados Unidos.

Electricidad: demanda sin precedentes

Es el crecimiento de las poblaciones urbanas, en particular las que componen «las aglomeraciones colosales que se forman en los países en desarrollo» lo que supone esta demanda energética sin precedentes. En la India, por ejemplo, el consumo de energía anual por habitante «es casi siete veces más elevada en las zonas urbanas que en las colectividades rurales».

Si la energía es esencial para «la producción alimentaria, la calefacción o la climatización doméstica o industriales, los transportes y muchos otros procesos» se utiliza sobre todo para producir electricidad.

Según las cifras citadas en el informe, se estima que la población de México alcanzará 30 millones de habitantes en el año 2000 y las de Bombay, del Cairo, Djakarta y Seúl entre 15 y 20 millones. Además se contará con 400 ciudades de más de un millón de habitantes en los países del Tercer Mundo.

En razón de la urbanización generalizada, indica el informe, la parte de la electricidad en el consumo total de energía debería doblar, pasando de 16 a 32 por 100 en los países del tercer mundo de aquí a fin de este siglo. En los países desarrollados, pasará de 31 a 46 por 100.

«En algunos países» añade el informe «no existe otra fuente de energía que pudiera reemplazar a la energía nuclear para satisfacer la demanda energética de mañana».

Fuentes renovables

Las fuentes de energía llamadas «renovables», por ejemplo, la energía mareomotriz, solar o eólica, son también explotadas para satisfacer el hambre energética del mundo.

Pero a excepción de la energía hídrica, estas otras fuentes no se desarrollan más que muy lentamente en razón de los enormes capitales necesarios, continúa el informe.

Incluso la puesta en valor de la hidroelectricidad está «limitada a las regiones geográficas que son propicias a la construcción de reservorios».

El informe admite que en lo que se refiere a la energía solar «su empleo no se ha generalizado tan rápidamente como se había esperado. Se la utiliza siempre sobre todo para calentar las casas individuales más que para producir electricidad».

Hoy se cuentan 272 reactores nucleares en funcionamiento y 236 en construcción, o sea, un total de 508 centrales repartidas en 30 países desarrollados y en desarrollo.

De este total, 154 reactores están implantados en Estados Unidos (75 en funcionamiento y 79 en construcción), 60 en Unión Soviética (35 y 25, respectivamente), 50 en Francia (30 y 26) y 42 en el Reino Unido (32 y 10).

Los países siguientes, que no disponen más que de pocas fuentes de energía naturales, dependen ya mucho de la energía nuclear por su producción eléctrica: Bélgica, Finlandia, Francia, Japón, Suecia y Suiza.

«La parte de la energía nuclear en el conjunto de la producción eléctrica de estos países representa el 30 por 100 y más, y podría pasar a 70 u 80 por 100 de aquí al año 2000», estima el informe.

Si la mayor parte de las fábricas —475— se encuentran en los países industrializados, 33 están implantadas en nueve países en desarrollo. La República de Corea, por ejemplo, cuenta con un reactor en funcionamiento y ocho en construcción, la India tiene cuatro en funcionamiento y cuatro en construcción, y la China, respectivamente, tres y tres.

Las centrales nucleares producen electricidad a partir del calor desprendido por la fisión de los núcleos de átomos de metales pesados. El uranio es el combustible más corriente.

Una ventaja suplementaria de la energía nuclear es que exige menos combustible. «Hacen falta cerca de 200 toneladas de uranio para hacer funcionar durante un año una central eléctrica de 1GW (e) —un gigavatio de electricidad— indica el informe, mientras que una central de esta capacidad, funcionando con combustible fósil, quema cerca de dos millones de toneladas de carbón o nueve millones de barriles de petróleo.

Incluso si los desechos nucleares se consideran como un problema importante, el informe subraya que su evacuación en «depósitos subterráneos» está estudiada desde hace más de veinte años.

En lo que concierne a los desechos fuertemente radiactivos, el método más generalmente aceptado consiste en enterrarlos en «formaciones geológicas estables», por ejemplo, depósitos salinos o rocas cristalinas, a profundidades de 500 a 1.000 metros.

Según estimaciones dadas en el informe, «menos de 800 hectáreas de un depósito salino permitirían desembarazarse de todos los desechos muy radiactivos producidos por la industria nuclear de los Estados Unidos hasta el fin del siglo».

Se estudia actualmente otra posibilidad que consistiría en depositar estos desechos en el subsuelo marino «dado que las profundidades oceánicas son pobres en recursos posiblemente explotables por el hombre».

Accidente: Three Mile Island

El informe describe la fundición del núcleo de la central nuclear de Three Mile Island, en Pennsylvania, como una «pérdida de líquido intercambiador de calor» desencadenada por un desfallecimiento del material y agravado por un «error humano». Pero el informe subraya que el recinto de confinamiento ha jugado su papel y ha retenido las sustancias radiactivas escapadas del núcleo. Por este hecho, las cantidades de estas sustancias liberadas en el ambiente han sido muy débiles, del orden de «2,5 partes por 10 millones de yodo radiactivo».

Según el informe, «la preocupación constante de seguridad se aplica a todos los accidentes posibles —sobre todo en la eventualidad de accidentes de consecuencias graves, incluso si estas últimas se consideran improbables».

En un prefacio al folleto, los directores generales de la OMS y de la AIEA, el doctor Halfdan T. Mahler y el señor Hans Blix, precisan que la energía nuclear «constituye una tecnología cuyos peligros son bien comprendidos y dominados». Es una «realidad que debe considerarse de manera racional y objetiva».

Esta publicación, que tiene 196 páginas, y contiene gráficos, cuadros y fotografías de centrales en el mundo entero, ha sido preparada por un grupo de siete miembros bajo la presidencia de Sir Edward Pochin.

Los otros miembros del grupo eran originarios de Argentina, de Bélgica, de los Estados Unidos, de Francia, de Suecia y de la Unión Soviética.

LIBROS

OMS, Comité de Expertos de la OMS en patrones biológicos 32.^a *Serie de Informes Técnicos núm. 673*, Ginebra, 1982. ISBN 92-4-320673-7, 192 pp. 13 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

El Comité de Expertos de la OMS en patrones biológicos se reunió en Ginebra del 22 al 28 de septiembre de 1981. El subdirector general de la OMS, doctor Ch'en Wen-chieh, abrió la reunión en nombre del director general.

Por cuanto el Comité dedica sus actividades al establecimiento de patrones que son fundamentales para la inspección de la calidad de productos biológicos en todo el mundo, prestó su atención a asuntos que afectan la creciente demanda de esos patrones y su disponibilidad. En particular, el Comité consideró la utilización de patrones en países donde los programas nacionales de inspección de productos biológicos están todavía en una etapa inicial de desarrollo.

OMS. Treponematosis. Informe de un grupo científico de la OMS. *Serie de Informes Técnicos núm. 674*, Ginebra, 1982. ISBN 92-4-320674-5, 84 pp. 6 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Del 6 al 12 de octubre de 1980 se reunió en Ginebra el Grupo Científico de la OMS sobre Treponematosis. En nombre del director general, abrió la reunión el doctor I. D. Ladnyi, subdirector general, que encareció la importancia que la OMS siempre ha concedido a las enfermedades de transmisión sexual y a las treponematosis endémicas no venéreas, a causa de la pesada carga que imponen a la sociedad y al individuo.

En 1975, tras las Discusiones Técnicas celebradas por la 28 Asamblea Mundial de la Salud acerca de los «Aspectos sociales y sanitarios de las enfermedades transmitidas por contacto sexual: necesidad de una nueva orientación», la Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA 28.58, pidió a los gobiernos que empleasen en forma óptima las estructuras y los servicios sanitarios existentes para reforzar la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, inclusive la sífilis. Y pidió al director general de la OMS que facilitase a los Estados miembros el asesoramiento y la asistencia indispensable para apreciar mejor los problemas de salud pública planteados por esas enfermedades. Además, en 1978, la Asamblea Mundial de la Salud encargó al director general de la OMS que preparase, difundiera y, en caso de necesidad, actualizase pautas para la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (resolución WHA 31.57).

La sífilis y la treponematosis no venéreas fueron estudiadas con detalle por un Comité de Expertos de la OMS en Enfermedades Venéreas y Treponematosis en 1953 y en 1959, mientras que en 1970 procedió a un nuevo estudio el Grupo Científico de la OMS en Investigaciones sobre Treponematosis.

Esta última reunión tenía como objetivo el revisar todos los aspectos de la treponematosis y preparar unas normas y pautas actualizadas para su diagnóstico, tratamiento y lucha.

OMS. *DDT y derivados*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1982. ISBN 92-4-254069-2, 212 pp. Precio: 16 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

En Ginebra se reunió, del 8 al 14 de noviembre de 1977, un grupo de trabajo de la OMS sobre los criterios de higiene del medio ambiente en relación con el DDT y sus derivados. El doctor V. B. Vouk, administrador del Servicio de los Criterios y Normas de Higiene del Medio Ambiente, inauguró la reunión en nombre del director general. El grupo examinó y revisó el segundo proyecto del documento sobre los criterios y evaluó los peligros que presenta para la salud la exposición al DDT y a sus derivados.

El doctor W. J. Hayes Jr. y el doctor J. Robinson, de Sittingbourne, Centro de Investigación, en Kent (Inglaterra), ayudaron al Secretariado a preparar el primero y segundo proyecto del documento sobre los criterios. Los comentarios que sirvieron de base al segundo proyecto emanaban de los centros nacionales que colaboraban al desarrollo del programa de la OMS relativo a los criterios de higiene del medio ambiente en los países siguientes: Australia, Bélgica, Canadá, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Grecia, Israel, Nueva Zelanda y Pakistán; del Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (CIRC); de la Organización Internacional de Trabajo (OIT); de la Unión Internacional de las Ciencias Biológicas (UISB); de la Unión Internacional de Química Pura y Aplicada (IUPAC); de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), y del Repertorio Internacional de las Sustancias químicas potencialmente tóxicas del Programa de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente.

El doctor V. Benes, Checoslovaquia; el doctor S. Gabor, Rumania, y el doctor P. M. Newberne, Estados Unidos de América, han tomado parte en estos comentarios.

Dos subgrupos revisaron la mayor parte del segundo proyecto (secciones 2 a 6, 7 a 8, respectivamente) y sus comentarios fueron aceptados como representativos de todo el grupo. Las secciones 1 y 9 fueron objeto de una nueva redacción aprobada a lo largo de las sesiones plenarias.

La OMS agradece vivamente su estimable colaboración a las instituciones nacionales, las organizaciones internacionales, los centros de coordinación con la OMS y los expertos individuales, sin la asistencia de los cuales este documento no hubiera visto la luz. El Secretariado desea particularmente agradecer al doctor W. J. Hayes Jr. por la ayuda que ha aportado a todas las facetas de la preparación de este trabajo.

El presente documento está fundamentado, principalmente, sobre las publicaciones originales cuya lista se da en la sección bibliográfica. Se han utilizado, igualmente, algunas revistas que tratan ampliamente los efectos del DDT sobre la salud, de las cuales proceden las publicaciones hechas por la U. S. La Agencia de Protección del Medio Ambiente (1975), por Müller (1959) y por Mrak (1969).

Si bien se debe, sin ninguna duda, dar una gran importancia y mucho interés a los aspectos ecológicos del DDT, en los cuales su acumulación posible en ciertos elementos de la cadena alimentaria, su metabolismo en los microorganismos y las

plantas, así como sus efectos sobre los ecosistemas terrestres y acuáticos, el presente documento está esencialmente consagrado a la discusión del metabolismo del DDT y de sus efectos sobre animales de experiencia y sobre el hombre susceptibles de dañar directamente la salud del hombre.

Se encontrarán en la introducción general del Programa de la OMS relativo a los Criterios de Higiene del Medio Ambiente que figura en el documento sobre los criterios de higiene concernientes al mercurio (Criterios de Higiene del Medio I-Mercurio, Organización Mundial de la Salud, 1977), ahora disponible en tirada independiente, detalles sobre el Programa comprendida la definición de algunos términos frecuentemente encontrados en los documentos.

OMS. *Medición del efecto nutricional de programas de suplementación alimentaria a grupos vulnerables*. Ginebra, junio de 1980. Publicación mineografiada.

La medición de los efectos de un programa de alimentación suplementaria en el estado de nutrición de la población a que está destinado no puede ser un fin por sí misma. Un resultado positivo, además de ser motivo de satisfacción, debe servir como punto de referencia para medir la continuación o la ampliación de un proyecto. Un resultado negativo, que no refleje ningún mejoramiento del estado de nutrición, no debe suscitar desaliento sino servir de estímulo de nuevos esfuerzos para mejorar un proyecto, mediante el examen de las causas de lo ocurrido y la iniciación de las oportunas medidas de rectificación. La medición de los efectos es, a su vez, fuente de información que debe permitir a los administradores de un proyecto introducir los ajustes que exijan las condiciones locales en que haya que actuar.

Hay que comprender, sin embargo, que la medición de los efectos nutricionales que aquí se describe, si bien permite apreciar si se avanza o no hacia el logro del objetivo final que se ha previsto, no suele bastar por sí sola para determinar las causas del éxito o del fracaso. La medición de los efectos puede ser importante, e incluso esencial, para la evaluación de un proyecto, pero no hay que ver en ella más que un elemento de un proceso de evaluación mucho más amplio que normalmente se desarrolla en todos los proyectos del PMA. No obstante, y especialmente en los proyectos de alimentación suplementaria, hay que ver en la medición de los efectos una parte esencial y *sine qua non* de la evaluación.

Lo probable es que los obstáculos para alcanzar el objetivo del mejoramiento del estado nutricional, en tanto en cuanto tengan su base en la manera de desarrollar la operación de un proyecto, se identifiquen y rectifiquen mediante el procedimiento normal de evaluación de los proyectos PMA. Hay que tener en cuenta, sin embargo, la posibilidad de que, en muchos casos, la falta de éxito no se deba a deficiencias administrativas y logísticas sino a factores ignorados o inadvertidos cuando se formuló el proyecto. Esos factores pueden ser: el bajo e imprevisto nivel de aceptación de determinados alimentos, el hecho de que las madres —por diversas razones— no den en suficiente cantidad los alimentos a los beneficiarios para los que estaban previstos, la sustitución total o parcial de la dieta acostumbrada por el suplemento alimenticio, las infecciones febriles recurrentes, causadas por el medio ambiente, tales como las diarreas, con la siguiente pérdida crónica del apetito, principalmente en los niños de edad preescolar, la inadecuada educación nutricional y otras deficiencias. En casos así puede ser necesario llevar a cabo estudios a fondo, para modificar un proyecto o ajustarlo debidamente a las peculiaridades de las condiciones locales. El mayor costo, en tiempo y recursos, que esos estados exijan no debe ser factor de disuasión si se piensa en ellos como parte de los gastos totales que han de efectuar los gobiernos y el organismo que presta asistencia.

REVISTA DE REVISTAS

AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, agosto 1982.

BERNIER, R. H., y cols.: *Infección por hepatitis B en viviendas de portadores crónicos de antígeno de superficie de la hepatitis B. Factores asociados con la prevalencia de infección*, pp. 199-211.

Se obtuvieron datos epidemiológicos y serológicos sobre 422 contactos familiares de 157 candidatos a donantes de sangre en el Programa Regional de Baltimore de Sangre de la Cruz Roja, que eran portadores asintomáticos de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) (portadores índice) y en 318 contactos familiares de 157 donantes de sangre que fueron negativos a los marcadores serológicos del virus de la hepatitis B (controles índice). Los portadores índice se ajustaron con los controles índice y sus contactos familiares con respecto a raza, sexo y nivel educativo alcanzado. La prevalencia de HBsAg fue 6,8 veces mayor y la prevalencia de anticuerpos a HBsAg (anti-HBs) 2,7 veces mayor entre contactos de portadores. La prevalencia combinada para todos los marcadores del virus de la hepatitis B fue 29,9 por 100 entre los contactos de portadores en comparación con 8,8 por 100 entre los contactos de controles ($p < 0,001$). El no ser blanco, el ser hermano de un portador, mayor en edad, de menor nivel educativo y miembro de una familia pequeña estuvo significativamente asociado con una tasa mayor de anticuerpos o combinado con la prevalencia de hepatitis B. Los contactos de mujeres portadoras tuvieron una tasa de prevalencia de HBsAg 4,7 veces mayor que los contactos de varones portadores. Los niños cuya madre era su portador índice tuvieron una prevalencia de HBsAg 11 veces mayor que los niños cuyo portador índice fue su padre (18,0 por 100 frente a 1,6 por 100, $p < 0,005$). Se estudiaron características epidemiológicas de los contactos o de sus portadores índice, tales como el compartir cosas que pertenecían al portador, el tipo y frecuencia de relaciones sexuales y la frecuencia de posible exposición a fluidos corporales de los portadores. Los contactos de portadores que habían tenido lesiones cutáneas en el último año tenían una mayor prevalencia de marcadores serológicos para la hepatitis B que los contactos de portadores sin tales lesiones. Ningún factor relacionado con el sexo entre los esposos estuvo asociado significativamente con un aumento de la prevalencia de marcadores serológicos. Estos datos dan más apoyo al concepto de que las formas de transmisión persona a persona son importantes en la diseminación de la hepatitis B entre las familias. Las pautas de marcadores serológicos de la hepatitis B observadas aquí sugieren que la transmisión madre a hijo es más importante responsable de la elevada prevalencia de HBsAg entre los contactos, otros tipos actualmente no identificados pero estrechos explican mejor las pautas de prevalencia de anticuerpos.

Fox, J. P., y cols.: *Infecciones por virus gripal en familias de Seattle, 1975-1979 I. Diseño de estudio, métodos y ocurrencia de la infección por tiempo y edad*, pp. 212-27.

La vigilancia intensiva de familias de Seattle, Washington, con niños de edad escolar, buscando infecciones por virus gripal durante 1975-1979, abarcaron 639 momentos de observación por familia y 2.732 por persona, cubriendo cuatro períodos epidémicos por virus gripales; tipo B (1975-76), tipo A/H3N2 (1975-76 y 1977-78) y tipo A/H1N1 (1978-79). Ondas de infección «heraldos» al final de primavera ocurrieron en 1977 (A/H3N2), 1978 (A/H1N1) y 1979 (tipo B) esta última presagiando una epidemia en 1979-80. Infecciones fuera de estación, reconocidas solo por serología, incluyeron virus tipo B y A/H3N2 en cada verano y A/H1N1 en 1978. En períodos epidémicos, las tasas de infección fueron mayores en niños de cinco-nueve años (A/H3N2) o en adolescentes (A/H1N1 y tipo B). El virus A/H1N1 causó la epidemia más brusca con 31 por 100 de la población infectada (pero sólo 2 por 100 de adultos) y 72 por 100 de familias inválidas en 1978-79. Estas se comparan con tasas de infección de 17-24 por 100 en general y 6-13 por 100 en adultos y la invasión de 38-53 por 100 de las viviendas observadas en epidemias del tipo B y dos A/H3N2. La observación prolongada (principalmente serológica) de una cohorte de 1965-1969 de familias de vigilancia vírica durante hasta catorce años (incluyendo un fallo de tres años) indicó tasas generales de infección de 13,7 y 16,4 por 100 años-persona con virus tipos B y A/H3N2, respectivamente, y tasas de primera y segunda reinfecciones de cerca de 3 y 1 por 100 años-personas, respectivamente, con cada virus. La vigilancia estrecha en 1975-1979 reveló segundos episodios familiares de infección con cada virus prevalente, 37 con A/H3N2, 15 con tipo B y 13 con A/H1N1. El riesgo de infección en estos episodios se relacionó más con títulos corrientes de inhibición de la hemaglutinación que con la experiencia (infectados o no) en los episodios iniciales, con 67-100 por 100 de reinfección cuando los títulos eran bajos. Entre los miembros más jóvenes (< 20 años de edad), la enfermedad declarada fue tan frecuente en la reinfección como en la infección inicial.

Fox, J. P., y cols.: *Infecciones por virus gripal en familias de Seattle, 1975-79 II. Pauta de infección en familias inválidas y relación de edad y anticuerpos previos con la aparición de infección y enfermedad declarada*, pp. 228-42.

Se analizaron las infecciones por virus gripal en familias de Seattle, Washington, durante 1975-79 y se encontró que, en episodios familiares, la relación de tasas de infección con edad y el título de inhibición de la hemaglutinación anterior al episodio variaba con el virus invasor. En episodios de gripe A/H3N2, las tasas para niños y adultos disminuían con los títulos de inhibición de la hemaglutinación, con títulos iguales las tasas para niños eran dobles que para adultos, y para todas las edades, la protección apreciable requería un título de 1:80. En episodios A/H1N1, los pocos niños con títulos de 1: <20 y adultos, sin considerar el título, generalmente escapaban a la infección. En episodios tipo B, ningún título fue protector para los niños mientras que, para adultos, un título 1: <20 fue protector en el 57 por 100. La frecuencia de enfermedad entre los infectados varió poco con el virus infectante y fue del 85 por 100 en personas susceptibles en episodios positivos al virus. Tanto la frecuencia como la gravedad variaron poco (e inversamente) con la edad y el título de inhibición de la hemaglutinación en infecciones A/H3N2. Sólo con la edad en infecciones tipo B y con ninguno en virus A/H1N1. Sólo con infecciones A/H3N2 estuvieron la frecuencia y la gravedad de la infección inversamente relacionadas con la magnitud de la respuesta de fijación del complemento. Los niveles pre estación de antineuraminidas

(estudiados sólo en relación con infecciones A/H3N2) estuvieron inversa pero débilmente relacionados con la gravedad de la enfermedad, sugiriendo que la neuraminidasa inducida por la vacuna produciría poco beneficio. Las tasas de infección e introducción por edades indicaron que los escolares jóvenes (cinco-nueve años) eran introductores con más frecuencia en epidemias A/H3N2, mientras que los adolescentes tenían más probabilidad de servir de introductores con virus tipo B (probablemente) y con A/H1N1 (definitivamente). Las tasas de ataque secundario aparente variaron con el tipo de virus sólo entre adultos (la más alta con virus A/H3N2 y las más bajas con A/H1N1). Una variación adicional se encontró con la edad (inversa) y con la forma en que se reconocían los episodios (más alta cuando se aislaba el virus). Aunque los padres y los preescolares eran introductores eficaces, el cambio aparente más abundante dentro de las familias en todas las epidemias fue entre los de cinco-diecinueve años. Sin embargo, las tasas de ataques secundario para estas edades están aumentadas probablemente por mala clasificación como ataques secundarios de muchas infecciones adquiridas en la comunidad.

GARDNER, J. W., y LYON, J. L.: *Cáncer en mormones de Utah según su nivel de participación en la Iglesia*, pp. 243-57.

Se ha visto que los mormones tienen tasas inferiores de cáncer en varias localizaciones frecuentes, particularmente las asociadas con el uso del tabaco y el alcohol. Esto probablemente refleja el cumplimiento de las doctrinas de su Iglesia que recomienda la abstención del uso de estas sustancias. Todos los mormones, sin embargo, no cumplen las prácticas higiénicas de su Iglesia y este estudio clasifica a los varones mormones de Utah por su trabajo laico con la iglesia, que refleja el grado de adhesión a sus doctrinas. Las tasas de seguimiento de cáncer durante 1966-70 indican que el grupo más devoto (Setenta y Altos Sacerdotes) tenían tasas de cáncer de pulmón 80 por 100 más bajas que las del grupo menos devoto. Lo mismo se ha visto para todas las localizaciones del cáncer asociadas con alcohol y tabaco, conjuntamente. El cáncer de estómago y las leucemias y linfomas también tienen tasas inferiores en el grupo más devoto. Los cánceres de colon, recto, próstata y páncreas mostraron poca diferencia en las tasas cuando se clasificaron por su participación eclesíástica. Estos datos proporcionan una demostración de los efectos de un estilo de vida sano sobre la aparición del cáncer en el hombre.

GARDNER, J. W., y LYON, J. L.: *Cáncer en mujeres normales de Utah por nivel de actividad eclesíástica*, pp. 258-65.

Teniendo en cuenta las bajas tasas de cáncer en los mormones, que pueden deberse a determinadas prácticas sanitarias patrocinadas por la Iglesia mormona, este estudio clasifica a mujeres pacientes de cáncer mormonas de acuerdo a las medidas de adhesión a las doctrinas de su Iglesia. La distribución por nivel de actividad en la Iglesia se compara para cada localización con un grupo de otras localizaciones cancerosas que se cree representan la distribución general de nivel de actividad de las mujeres mormonas de Utah. Las mujeres mormonas clasificadas como más adictas a las doctrinas de su Iglesia tenían tasas de cáncer de pulmón durante 1966-70 mucho más bajas que las mujeres menos adictas. La relación no era tan fuerte, sin embargo, como la observada entre los hombres mormones cuando se clasificaron con este criterio. El cáncer de cuello uterino también mostró tasas inferiores en los grupos más activos, pero este dato no era estadísticamente significativo. Los cánceres de mama y ovario no mostraron asociaciones consistentes con el nivel de actividad eclesíástica ni

tampoco los cánceres gastrointestinales. Estos datos sugieren que algunas de las diferencias en la incidencia del cáncer entre mormones y no mormones no pueden ser explicadas por la adhesión a determinadas doctrinas de su Iglesia.

KOZAREVIC, D., y cols.: *Hábitos de bebida y otras características. Estudio yugoslavo sobre enfermedades cardiovasculares*, pp. 287-301.

En dos grandes grupos de población de hombres yugoslavos de Tuzia, Bosino y Remetinec, Croacia, examinados en 1964-1965, se encontró que un gran consumo de alcohol iba acompañado de presiones sanguíneas más altas, pulso más acelerado y mayor concentración de colesterol en suero y de valor hematocrito. Un mayor consumo también estuvo asociado con hipertrofia del hígado, así como una mayor tasa de prevalencia de bronquitis crónica y tromboflebitis. Todos ellos eran estadísticamente significativos incluso después de tener en cuenta las diferencias en consumo de cigarrillos y características demográficas. El pulso, el tamaño del hígado y las varices parece estaban específicamente asociadas con una historia de episodios de borrachera. Había diferencias significativas en los hábitos de bebida por lugar de residencia, antecedentes religiosos, años de escolaridad y clase de trabajo. Estos fueron considerados al evaluar la relación de la bebida con otras características. Dos datos anómalos fueron las tasas bajas de prevalencia de diabetes y de gastritis entre los que bebían con más frecuencia.

PHILLIPS, N. R., y cols.: *Niveles de apolipoproteína A-I en suero. Relación con niveles de lipoproteínas y variables demográficas seleccionadas*, pp. 302-13.

Se midieron la apolipoproteína A-I (Apo A-I) y lipoproteína colesterol y triglicéridos en 289 personas seleccionadas al azar de una población industrial del norte de California en 1974-1976. Apo A-I y el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) estaban fuertemente relacionados entre sí y ambos estaban inversamente relacionados con los triglicéridos de lipoproteína de muy baja densidad (VLDL). La reducción de colesterol HDL con aumento de triglicéridos VLDL fue relativamente mucho mayor que la correspondiente disminución de Apo A-I. La reducción relativa de la suma de colesterol y triglicéridos en la fracción HDL fue similar a la de Apo A-I, sugiriendo que la disminución de la razón colesterol HDL: Apo A-I con aumento de triglicéridos VLDL es debida en gran parte a transferencia recíproca de ésteres de colesterol por triglicéridos entre HDL y VLDL. El nivel medio de Apo A-I fue 16 mg/dl mayor en mujeres que no tomaban esteroides sexuales exógenos que en los hombres, 31 mg/dl mayor en mujeres que tomaban estrógenos sin progestinas y 10 mg/dl mayor en usuarias de contraceptivos que en otras mujeres y 8 mg/dl mayor en hombres negros que en blancos. Las dos primeras de estas diferencias fueron estadísticamente significativas. El nivel A-I no estuvo relacionado con la edad, pero aumentó con el consumo de etanol y disminuyó con la adiposidad. Una relación inversa entre Apo A-I y el hábito de fumar cigarrillos se encontró entre mujeres.

DANIELSON, D. A., y cols.: *Drogas no estrogénicas y cáncer de mama*, pp. 329-32.

La relación entre cáncer de mama y algunas drogas no estrogénicas se evaluó en el Grupo de Salud Cooperativa de Puget Sound, Seattle, Washington, una organización de asistencia sanitaria preparada con información computarizada sobre diagnós-

tics y uso de drogas en consulta externa. No se encontraron asociaciones positivas importantes en un estudio de seguimiento de 302 mujeres de treinta y cinco-setenta y cuatro años de edad. Estas mujeres estaban recientemente diagnosticadas de cáncer de mama en 1977-80 y fueron estudiadas en relación con su exposición en los seis meses antes del diagnóstico a una o más de las drogas siguientes: diazepam, glucósidos digitálicos, acetato de medroxiprogesterona, metildopa, metronidazol, fenotíácidas, antidepresores tricíclicos, tiazidas, tiro-levotiroxina sódica o espironolactona. Se encontró una modesta asociación entre el uso corriente de reserpina y el cáncer de mama (razón de riesgo = 1,7, 90 por 100 de intervalo de confianza 0,9 — 3,3).

KELSEY, J. L., y cols.: *Un estudio de control de casos de cáncer de endometrio*, pp. 333-42.

Un estudio hospitalario mediante control de casos de la epidemiología del cáncer endometrial en mujeres de cuarenta y cinco-setenta y cuatro años se realizó en Connecticut desde 1977 a 1979. En total se incluyeron 167 casos y 903 controles. Un riesgo elevado se asoció a los siguientes factores: sobrepeso, nuliparidad, pocos embarazos, uso de estrogenoterapia de reemplazo, menopausia a edad avanzada e historia de cáncer de ovario o endometrio en madre o hermana. Las blancas eran afectadas con más frecuencia que las negras y las mujeres mejor educadas más a menudo que las menos. El uso de contraceptivos orales estaba asociado con un menor riesgo, aunque la reducción no alcanzó significación estadística.

UESHIMA, H., y cols.: *Colesterol sérico total, nivel de triglicéridos e ingestión en la dieta en estudiantes japoneses de quince años de edad*, pp. 343-52.

Los autores vigilaron los niveles de triglicéridos y colesterol sérico en 238 estudiantes varones y 217 mujeres de quince años en Osaka, Japón, en 1977, así como ingestión en la dieta, usando un registro de veinticuatro horas en 85 estudiantes varones y 62 hembras. Los niveles de colesterol y triglicéridos en suero de estudiantes japoneses fueron 163 mg/dl y 81,7 mg/dl, respectivamente, para varones y 182,2 mg/dl y 78,9 mg/dl para hembras. En las chicas, las que participaron regularmente en un club deportivo escolar durante los tres años anteriores, tenían niveles de colesterol 10 mg/dl más bajos que los sujetos que no habían participado en un club deportivo, estos estudiantes activos también tenían un pliegue cutáneo menor, aunque no había diferencia en otras medidas antropométricas. Aunque la ingestión en la dieta de los estudiantes japoneses se vio que estaba occidentalizada, comparada con la de los adultos japoneses los estudiantes japoneses declararon baja ingestión de grasa (25-30 por 100 de energía), elevada razón ácidos grasos poliinsaturados/saturados (1,1-1,2) y alta ingestión de carbohidratos (55-61 por 100 de la energía) lo que difería considerablemente de los estudiantes americanos.

PANETH, N., y cols.: *Indicadores de clase social y mortalidad en niños con escaso peso al nacer*, pp. 364-75.

Este estudio examina la utilidad de las tasas de mortalidad neonatal relacionada con el peso al nacer para eliminar los efectos que confunden en comparaciones de la mortalidad de niños con escaso peso al nacer, de varios factores que influyen sobre la mortalidad neonatal bruta. Con este fin se examinaron los efectos de los atributos

sociales, demográficos y biológicos de las madres sobre la mortalidad de sus hijos con escaso peso al nacer en toda la población de niños que pesaron 501-2000 g., nacidos en la ciudad de Nueva York en 1976, 1977 y los 11 primeros meses de 1978 (N= 10.187). Los resultados confirman las observaciones previas que la raza, el sexo y que la edad gestacional para el peso ejercen influencias significativas sobre la mortalidad, incluso dentro de estrechas (250 g.) bandas de peso al nacer. Sin embargo, la educación de la madre, el número de visitas prenatales y el dar a luz en clínica pública o privada, variables todas que afectan sustancialmente la mortalidad neonatal bruta, no tuvieron efecto general sobre la mortalidad específica de peso en la gama de pesos en consideración. Otros dos indicadores socio-económicos, si el parto era pagado por el Medicaid y el estado civil de la madre afectaron significativamente la mortalidad en relación con el peso, pero sus efectos quedaron abolidos cuando entraban en el análisis la gestación, la raza y el sexo. Aunque ni la edad materna ni la paridad tuvieron ningún efecto significativo por separado sobre la mortalidad por bajo peso al nacer, se descubrió una tendencia lineal hacia una menor mortalidad en madres de más edad y ciertas combinaciones edad-paridad presentaron una mortalidad significativamente elevada o reducida. En general, la mortalidad debida al peso en niños de escaso peso al nacer está poco influenciada por las circunstancias socio-económicas de sus madres, particularmente cuando se tienen en cuenta la raza, el sexo y la gestación. La mortalidad neonatal ligada al peso puede, por tanto, ser un elemento útil para el análisis de la eficacia de la atención médica perinatal prestada a los niños con poco peso al nacer.

TSAI, S. P., LEE, E. S., y KAUTZ, J. A.: *Cambios en la expectativa de vida en Estados Unidos debidos a descenso de mortalidad, 1968-1975*, pp. 376-84.

Este estudio examina la ganancia en expectativa de vida para cuatro grupos raza/sexo de población de Estados Unidos entre 1968 y 1975. Un aumento de 2,3 años en la esperanza de vida al nacer y de 1,7 años en la esperanza de vida a la edad de cuarenta y cinco años ha ocurrido para todos los grupos combinados. Los días añadidos a la vida para las edades normales de trabajo (quince-setenta años) es sólo de 0,6 años para la población total de Estados Unidos, 0,3 años para las mujeres blancas, 0,6 años para los hombres blancos, 1,5 años para los hombres no blancos y 1,7 para las mujeres no blancas. La contribución relativa de las cinco causas principales de muerte a esta ganancia varía según la edad de cuarenta y cinco años fue debida a una menor tasa de mortalidad en enfermedades del corazón que es aún la principal causa de muerte en cada uno de los grupos edad/sexo. Otras contribuciones al aumento de la esperanza de vida a la edad de cuarenta y cinco años son: enfermedades cerebrovasculares, 16 por 100 accidentes, 6 por 100 gripe y neumonía, 7 por 100 y todas las demás causas, 16 por 100. El aumento de la tasa de mortalidad por neoplasias malignas tuvo un efecto negativo — 2 por 100 sobre el aumento de la esperanza de vida.

WEINBERG, R., WEBBER, L. S., y BERENSON, G. S.: *Influencias hereditarias y ambientales sobre los factores de riesgo cardiovascular en niños. El estudio cardiológico en Bogalusa*, pp. 385-93.

Este trabajo informa sobre un estudio hecho en todos los escolares de Bogalusa, Louisiana, examinados durante los años escolares 1973-1974 y 1976-1977 por personal del Centro Especializado de Investigación sobre Arteriosclerosis. En estos niños

los autores estimaron la proporción de variabilidad total de factores de riesgo por arteriosclerosis resultante de las influencias de herencia (h2) y del ambiente común (C2). El método de los autores de clasificar a la mitad de los hermanos subestimó h2 pero sobrestimó C2. Los resultados mostraron valores estadísticamente significativos de h2 para estatura (0,91), peso (0,90), presión sistólica (1,37), triglicéridos (0,88), betalipoproteínas (1,16) y alfalipoproteínas (0,63). Además, C2 fue estadísticamente significativa para estatura (0,20), peso (0,32), pliegue del tríceps (0,19), presión sistólica (0,30), betalipoproteínas (0,21) y alfalipoproteínas (0,13). Debido a la definición de C2, todos los caracteres para lo que ésta es significativa deben aumentar su valor para algunos ambientes de Bogalusa y disminuir para otros. Por tanto, para estos caracteres, los análisis futuros pueden mostrar ambientes comunes favorables que los estudios de intervención pueden usar para reducir el riesgo de arteriosclerosis en Bogalusa. Los valores encontrados para h2 y C2 en Bogalusa se compararon y contrastaron con valores encontrados en otras comunidades.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE MEDECINE TROPICALE, junio 1982

SPEISER, F.: *Serodiagnóstico de parásitos en tejidos: aplicación de ELISA para cribado*, pp. 103-120.

Se presentan los resultados obtenidos con el Ensayo Inmunoabsorbente ligado a Enzimas (ELISA) y una Prueba de Anticuerpos Inmunofluorescentes (IFAT) en estudios de laboratorio rutinarios para serología de enfermedades parasitarias. Unos 10.000 sueros fueron comprobados simultáneamente contra diferentes antígenos parasitarios en una placa multiantígenos ELISA. Los antígenos eran extractos crudos de *Entamoeba histolytica*, *Leishmania donovani*, *Dipetalonema viteae*, antígeno metabólico de *Toxocara canis*, líquido hidatídico de *Echinococcus granulosus*, *Schistosoma mansoni* y *Fasciola hepática*. Se mostró que la prueba ELISA era generalmente más sensible que la IFAT y, por tanto, adecuada para cribado (*screening*). El probar una única dilución de suero contra varios antígenos en la misma placa hace posible comparar directamente los valores de extinción obtenidos con diferentes antígenos y sueros de reacción cruzada. Así es posible a menudo, incluso con preparaciones de antígenos crudos, detectar el sistema homólogo antígeno-anticuerpo de estos sueros que reaccionan en forma cruzada. Hasta 90 sueros pueden probarse frente a ocho antígenos diferentes en hora y media por una persona.

BECQUET, R., y cols.: *Contribución al estudio de la trichostrongilosis humana (a propósito de 71 observaciones)*, pp. 139-155.

Los autores relatan 71 casos de infestación humana por *Trichostrongylus*, diagnosticados en el norte de Francia durante los diez últimos años: 11 observaciones relativas a refugiados del sudeste asiático y los otros 60 relativos a pacientes procedentes de diversos países de Africa. En esta ocasión se discute la frecuencia de la trichostrongilosis en los africanos. En un enfermo procedente de Alto Volta, los autores identificaron 24 machos de *Trichostrongylus colubriformis*, mientras que en un paciente de origen marroquí, recogieron 14 machos de *T. colubriformis* y un macho de *T. axei*. En 29 casos, la infestación por *Trichostrongylus* era aislada, lo que permitió un estudio clínico y biológico de la afección. Formas asintomáticas ocurrie-

ron en seis personas. Los síntomas más frecuentemente encontrados son: 1) en los 26 adultos, por orden de frecuencia decreciente; síndrome diarreico (61,5 por 100), punto doloroso epigástrico (42 por 100), balón abdominal (23 por 100) y dolores epigástricos espontáneos (15 por 100); 2) en los niños: náuseas, vómitos y meteorismo abdominal importante. No se ha encontrado correlación absoluta entre la intensidad de la infestación y la importancia de las manifestaciones clínicas. Desde el punto de vista biológico, no se ha observado ningún caso de anemia, incluso en cinco enfermos muy infestados. La eosinofilia sanguínea no fue superior a 400/mm³ más que en tres pacientes con un máximo de 584/mm². En fin, 27 enfermos pudieron beneficiarse de un tratamiento con el fluoromebendazol, en 23 casos (o sea 85 por 100) se obtuvo una desparasitación completa desde el primer tratamiento. En los otros cuatro casos, la reducción de la carga parasitaria pudo ser evaluada en 92 por 100. En todos los pacientes, el tratamiento ha supuesto una desaparición total de las manifestaciones clínicas.

Septiembre de 1982.

PORTAELS, F., y cols.: *Estudios bacteriológicos sobre hígados de armadillos infectados por Mycobacterium leprae*, pp. 233-245.

Estudios bacteriológicos realizados sobre cuatro hígados de armadillos infectados por *M. leprae*, han dado lugar en dos casos al cultivo de un gran número de micobacterias y de contaminantes no micobacterianos. Las micobacterias aisladas partiendo de estos hígados de armadillo son organismos de cultivo difícil. Tres condiciones deben ser respetadas: (1) el inocólo debe contener un número elevado de bacterias (10⁷); (2) las suspensiones de hígado deben estar sometidas a anteriores tratamientos al NaOH o al HCl; (3) los medios de cultivo deben ser ácidos (pH entre 5,4 y 5,7) y enriquecidos por suspensiones esterilizadas de micobacterias. La presencia de estas micobacterias en los hígados de armadillos infectados por *M. leprae* puede influir en los resultados de investigaciones realizadas sobre *M. leprae* purificado partiendo de tales órganos.

ARCHIVES BELGES MÉDECINE SOCIALE, HYGIENE, MÉD. DU TRAVAIL, MÉD. LEGALE, mayo-junio. Núm. 5-6.

RECH, P.: *El concepto del indicador de salud. Actualidad y perspectivas*, pp. 197-215.

Los indicadores de salud son habitualmente definidos como medidas que proporcionan datos e informaciones que nos permiten apreciar el estado de salud de una población o de grupos de individuos determinados. Pueden ser utilizados notablemente para la formulación de políticas, para la planificación y evaluación de los sistemas de atenciones médicas, la comparación internacional o la investigación médica. Estos últimos años, los economistas, sociólogos y las autoridades sanitarias han investigado, cada uno desde su punto de vista, indicadores de salud más numerosos y más precisos que los que se disponía, generalmente y mejor adaptados a las exigencias de nuestro tiempo y a las nuevas concepciones de la promoción de la economía de la salud. Los indicadores tradicionales de mortalidad y de morbilidad mantienen su

interés, especialmente desde el punto de vista mundial; otros indicadores son necesarios, no obstante, para que nos permitan hacer notar la influencia sobre la salud de los factores del medio ambiente y de los factores psico-sociales. Dos tendencias que se suceden en el tiempo han sido descritas. La primera integra en los indicadores sociales un cierto número de indicadores ligados a la medida del nivel de salud. La segunda es la tendencia reciente sugerida por la OMS basada sobre la puesta en marcha del *slogan* «Salud para todos en el año 2000» y sobre la promoción de los cuidados de salud primaria. La medicina y la salud han tomado estos últimos años una nueva dimensión socio-demográfica en la que hay que tener en cuenta el desarrollo de los indicadores sociales y sanitarios. La distinción entre indicadores sociales e indicadores sanitarios son en sí misma menos evidentes, pues la salud es una idea social y no puede estar disociada de las características de la sociedad en la que se desarrolla.

DENOLIN, H., y cols.: *Evaluación de los programas de readaptación después del infarto de miocardio. Estudio realizado por el Centro de Cardiología del Trabajo del Hospital Universitario San Pedro; con la ayuda del Fondo Social Europeo*, pp. 216-240.

Trescientos treinta y dos casos consecutivos, 304 hombres y 28 mujeres atacadas de infarto de miocardio tratado en unidad coronaria han sido sometidos a un programa de readaptación precoz llevando a cabo un tratamiento kinesiterápico, una ayuda social, un tratamiento psicológico. Se les vio de nuevo después de dos meses en el marco de una consulta de Cardiología del Trabajo con el fin de valorar su capacidad física residual y un nuevo balance psico-social. Un «follow-up» acerca de la mortalidad y de la vuelta al trabajo fue organizado después de un año. La tasa de mortalidad es del 5 por 100 entre dos meses y un año. Se observó una vuelta al trabajo del 67 por 100 de los sujetos: ésta viene influenciada por la edad, el tipo de profesión y su penosidad, el reentrenamiento físico y la actitud psicológica del paciente, de su entorno y del médico que los ha tratado. El estado coronario no es responsable del mantenimiento de la invalidez más que en el 25 por 100 de los casos. Parece que una aproximación multidisciplinaria precoz y continua del paciente tiene un efecto benéfico sobre la reinserción socioprofesional de los sujetos atacados de infarto de miocardio.

VOYSTECK, K., y cols.: *Hábitos de fumar en los reclutas belgas, 1977-1980*, pp. 241-247.

Se efectuó una encuesta en relación con los hábitos tabáquicos en 1977 y 1980, en una muestra representativa de reclutas neerlandófonos de la armada belga. Un descenso significativo del número de fumadores se observó en las dos muestras equivalentes. Hay que hacer notar que en el grupo neerlandófono este descenso fue más pronunciado entre los jóvenes que habían adquirido un nivel de estudios de secundaria superior. Esto parece indicar que los programas de educación para la salud en relación con el tabaco y la salud tuvieron un menor impacto sobre la mayoría de los jóvenes del nivel de estudios primarios. Otros factores que tienen igualmente una influencia relevante sobre el comportamiento tabáquico de los jóvenes fueron apreciados también en este estudio.

DRUYTA-VOETS, E., y RUTTENS, W.: *Control de los anticuerpos contra el citomegalovirus, en una población belga por el método de fijación del complemento*, pp. 248-261.

Los anticuerpos contra el citomegalovirus han sido controlados en una población media de Bélgica por el método de fijación del complemento. Los títulos de anticuerpos entre los hombres y las mujeres fueron comparados por diferentes grupos de edad. En el grupo de edad de cinco a catorce años, más chicos que chicas tenían anticuerpos. A partir de quince años sin embargo la situación era inversa. El porcentaje de mujeres que tenían anticuerpos aumentaba en función de la edad hasta los treinta y cuatro años y quedaba más o menos constante después. Entre los hombres, por el contrario, el porcentaje de positivos aumentaba progresivamente hasta los cuarenta y cuatro años al menos. La fijación del complemento fue comparada por el método ELISA para dos grupos de edad: de cinco a catorce años y de treinta a treinta y nueve años. El ELISA dio títulos de cuatro a ocho veces más elevados que la fijación del complemento, pero algunos sueros reaccionaron positivamente con un método y no con el otro.

STAELENS, A., y cols.: *Las encuestas alimentarias en Bélgica. Bibliografía 1960-1980*, pp. 262-285.

Después de un breve recordatorio histórico de las encuestas alimentarias efectuadas en Bélgica, se incluyen los estudios e investigaciones públicas en este campo desde 1960 que se relacionan. Se ha establecido una ficha para cada documento, se dan las características principales, la técnica utilizada y el tipo de datos suministrados.

BOLETIN DE INFORMACION DENTAL, octubre de 1982.

TRAVESI GÓMEZ, J., y cols.: *Composición química de la placa bacteriana*, pp. 37-40.

Se ha realizado una revisión de los principales componentes químicos de la placa bacteriana dental, entre los que se encuentran: proteínas, lípidos, componentes inorgánicos e hidratos de carbono, significando los más importantes con arreglo a su papel que juegan los hidratos de carbono, al ser metabolizado por las bacterias de la placa, en la patogenicidad de la misma y finalmente, se hacen unas consideraciones sobre significación biológica de los polisacáridos en dicha placa bacteriana.

Noviembre-diciembre de 1982.

TRAVESI GÓMEZ, J., y cols.: *Microbiología de la placa bacteriana*, pp. 35-42.

Se ha efectuado una revisión de la Microbiología de la placa bacteriana, estudiando su «composición», en la que se hace hincapié en los grupos de gérmenes con un potencial patógeno más conocido en la actualidad, citando sus principales caracteres,

localización y frecuencia. Se citan una serie de interacciones de dichas bacterias y se plantean los factores de los cuales va a depender el «papel patógeno» de dichos gérmenes sobre los tejidos dentarios vecinos.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, agosto de 1982.

GARCÍA MORENO, J., y cols.: *Evaluación serológica de la vacuna antimeningocócica polivalente A-C en Chile*, pp. 149-157.

Frente a un brote epidémico de meningitis meningocócica ocasionado por organismos del serogrupo A en Osorno, Chile, se realizó un trabajo de evaluación serológica de la respuesta de anticuerpos después de una vacunación masiva con vacuna polivalente A-C, mediante el método de hemaglutinación pasiva. Se investigaron durante diecisiete meses 100 niños vacunados que tenían entre ocho y nueve años de edad. Paralelamente, se estudió un grupo testigo compuesto por 100 niños no vacunados de una ciudad vecina, Puerto Montt, donde la endemicidad se mantuvo dentro de los límites habituales. Se comprobó una seroconversión del 84 por 100 para los organismos del serogrupo A, y del 90 por 100 para los del serogrupo C. La respuesta serológica se mantuvo durante doce meses con títulos satisfactorios, para comenzar luego un descenso a los límites habituales. Asimismo no se observaron variaciones significativas de anticuerpos para organismos del serogrupo B. Por último, se mencionan las limitaciones y proyecciones de esta vacuna, considerada de utilidad en caso de epidemia.

Septiembre de 1982

ROMERO, A.: *Políticas y estrategias para los programas de control de la lepra*, pp. 220-232.

El presente artículo analiza la política actual de los programas de control de la lepra en América Latina y señala los avances que se han logrado en ese campo a la luz de los nuevos conocimientos epidemiológicos y terapéuticos. Se discute la importancia que tienen el conocimiento del problema de la lepra en todos sus aspectos y la disponibilidad de recursos para elegir las medidas más apropiadas para un programa de control eficaz. Se propone un programa basado en la identificación de casos y su seguimiento, y en un conocimiento de las características clínicas, bacteriológicas y epidemiológicas de la enfermedad. Asimismo, se señalan también otros factores importantes que deben considerarse en la elaboración de un programa de control de la lepra en América Latina, tales como rehabilitación, servicios de apoyo, adiestramiento de personal, educación en salud en materia de lepra, organización, formulación y evaluación del programa y el papel de la investigación, como una de las actividades prioritarias.

PEPLOW, D.: *Parásitos intestinales en la población de varias regiones de Ecuador: Estudio estadístico*, pp. 233-239.

En este estudio se comparó, durante el período de abril de 1978 a julio de 1980, la incidencia de parásitos y comensales intestinales en los habitantes de tres regiones del Ecuador (amazónica, andina y costera) con características ambientales diferentes. Se hicieron análisis coprológicos de 1.568 personas de uno y otro sexo y de un mes a noventa años de edad, residentes en 12 comunidades. Se encontró que el 96 por 100 de las 1.568 muestras examinadas eran positivas, con un término medio de 2,3 especies por persona. En total se observaron 14 especies diferentes de parásitos: seis de nemátodos, dos de cestodos y seis de protozoos. La incidencia de *Trichuris*, *Ancylostoma* y *Strongyloides* fue mayor en la región amazónica y costera, lo que puede estar relacionado con las condiciones de suelo y el medio. *Giardia* y *Balantidium* se encontraron con mayor frecuencia en niños menores de doce años y *Capillaria* sólo se aisló de una muchacha de diecisiete años en la región amazónica. La incidencia de *Enterobius* fue muy baja (5 por 100), lo que puede deberse a la técnica utilizada por el método directo de frotis sin empleo de escobilla anal. No se encontraron diferencias en la incidencia de parásitos entre los dos sexos.

CARNEVALI DE ARAUJO, I.: *Actualización tecnológica de los procedimientos odontológicos*, pp. 250-255.

El presente trabajo intenta analizar la eficacia de las acciones de odontología llevadas a cabo por la Secretaría de Salud del estado de Pará, que ha puesto en marcha un modelo de asistencia a las comunidades sobre bases cada vez mayores. Diversos órganos de salud que también actúan en el sector odontológico han adoptado este modelo con pequeñas modificaciones. Destaca aspectos técnicos de realización del trabajo que unido a simplificación del equipo, adopción de personal auxiliar y criterios propios de supervisión y evaluación, permitieron que esa organización alcanzara los objetivos programados.

Octubre de 1982

AHUES DE MARÍA, T.: *Lavado de manos en relación con infecciones nosocomiales*, pp. 316-326.

En El Salvador, en los hospitales de Santa Ana y Sonsonate, se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, del 23 de abril al 1 de julio de 1979. El objetivo de la investigación consistió en determinar si la mayor frecuencia del lavado de manos, por parte del personal que realizaba curaciones, la forma más cuidadosa de hacerlo y el cambio de procedimiento al introducir el uso de cloramina T, al 0,25 por 100, inciden en la disminución de las infecciones nosocomiales. Para ello, se estudiaron 826 pacientes tanto de cirugía electiva como de urgencia en ambos hospitales, y se tomaron cultivos de las manos del personal y material de curación utilizado en el hospital de Santa Ana, para análisis de laboratorio. En la primera etapa se insistió en el lavado de manos con agua y jabón sin uso de desinfectante, en la forma en que habitualmente se realizaba. Durante la segunda etapa se utilizó solución de cloramina

T. al 0,25 por 100, observándose disminución en las infecciones nosocomiales. En la tercera etapa, aunque no se empleó esa solución, se registró una menor cantidad de infecciones nosocomiales que en la primera etapa. Esto podría significar que la aplicación correcta de la técnica del lavado de manos, realizado con mayor frecuencia y en forma más cuidadosa, bajo supervisión constante, disminuye las posibilidades de infección.

VILLAR, J. y cols.: *La mujer en la salud y el desarrollo. I. Algunos problemas de salud de la mujer en el Tercer Mundo*, pp. 327-340.

El estado de salud de la mujer en los países en desarrollo evoluciona a lo largo de toda su vida en ciclos sucesivos de malnutrición, infección y relaciones entre una y otra. La única forma de poner fin a esa situación es considerar a la salud de la mujer como un proceso ininterrumpido que se extiende a lo largo de toda su vida, y establecer en consecuencia planes adecuados para el mantenimiento de la salud. Dichos planes deberán integrar los distintos programas para mejorar el estado de nutrición de la mujer con los demás programas de desarrollo. Cabe señalar también que al estado nutricional de la mujer lactante se le debe conceder la misma importancia que al estado de nutrición del recién nacido, además cuando se considera el abandono de la lactancia natural se deben analizar las limitaciones que las responsabilidades productivas le imponen a la mujer en el Tercer Mundo. Un problema que debe tenerse en cuenta, por último, lo constituyen las enfermedades de transmisión sexual. En este punto se destaca la necesidad de hacer conocer a las mujeres dichas enfermedades para que puedan prevenirlas o buscar la atención de salud necesaria, así como de perfeccionar la tecnología y los recursos humanos apropiados para su tratamiento.

HISTOIA, C. y cols.: *Investigación sobre el estado de portador de «Salmonella typhi-paratyphi» en pacientes intervenidos por patología vesicular*, pp. 365-375.

En años recientes la morbilidad de la fiebre tifoidea en Chile ha sido relativamente alta y la incidencia de la enfermedad se ha elevado hasta 120 casos por 100.000 habitantes. Como en estudios realizados en otros países se ha encontrado una relación entre la colecistopatía y el estado de portador, al que puede atribuirse gran parte de la transmisión de la fiebre tifoidea, se realizó un análisis de muestras de bilis y de sangre de 1.000 pacientes intervenidos por colecistopatía, durante el periodo de julio a octubre de 1980. Los siete hospitales que proporcionaron las muestras se encontraban ubicados en el área metropolitana de Santiago, donde la incidencia de la fiebre tifoidea era considerablemente más alta que en el resto del país. Las colecistectomías fueron aproximadamente cuatro veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, lo que confirma el hecho de que la incidencia de colecistopatías es mayor en el sexo femenino. Sin embargo, un porcentaje más alto de hombres ingresaron en los hospitales por colecistitis aguda. Se encontraron bacterias en el 35,8 por 100 de los bilicultivos de pacientes del sexo masculino y en el 28,5 por 100 de los del sexo femenino. En los 285 bilicultivos positivos se encontraron 38 *Salmonella typhi* y 35 *S. paratyphi*. En conjunto sólo se aisló *S. typhi* en el 11,2 por 100 de los bilicultivos positivos y en el 3,8 por 100 de las 1.000 muestras examinadas. Estos resultados concuerdan bastante bien con los obtenidos mediante las reacciones de aglutinación de Widal que se efectuaron con muestras de sangre de los mismos pacientes. Las colecistopatías son bastante frecuentes en Chile; sólo en el área de

Santiago se ha estimado que existen 500.000 casos. Este hecho, unido a la frecuencia de estados portadores en los casos de colecistopatía, como se deduce de los resultados de este estudio, permite explicar la gran incidencia de la fiebre tifoidea.

Noviembre de 1982

DILEUP, G. B. y col.: *La giardiasis en las guarderías infantiles de Tucson*, pp. 421-433.

Este trabajo describe una epidemia de giardiasis infantil entre niños de guarderías de Tucson (Arizona), en septiembre de 1979. Se definió la enfermedad diarreica como dos o más deposiciones por día de las que se consideran «normales para el sujeto», durante más de cinco días (según lo observado por padres o maestros). Se definió como caso de giardiasis al niño en cuya muestra de materia fecal se identificó *Giardia lamblia*. Un cuestionario inicial enviado a 120 guarderías infantiles estableció que, en 35 de las 91 guarderías que respondieron, había aumentado la incidencia de enfermedad diarreica durante los cinco meses anteriores, y que la enfermedad afectaba principalmente a los niños de cero a dos años. La investigación intensiva en 18 guarderías reveló la existencia de 83 casos de enfermedad diarreica en un período de cinco días, en el 65 por 100 de esos casos la enfermedad se prolongó por más de diez días, característica que es típica de las giardiasis. Un estudio más limitado de muestras de deposiciones de casos y testigos efectuado entre niños de dos guarderías afectadas y de dos no afectadas, mostró que la presencia de *G. lamblia* era muy común en los niños de las guarderías de Tucson. Una encuesta entre los pediatras del lugar mostró que de 27 por 100 de sus pacientes a los que se había hecho recientemente un examen de heces, 11 por 100 presentaba *G. lamblia*. Las investigaciones sobre el sistema de abastecimiento de agua y el de eliminación de aguas servidas descartaron la posibilidad de que se tratara de una epidemia de origen hídrico. La hipótesis sustentada fue que la propagación se efectuaba por transmisión de persona a persona, mediante los niños que eran trasladados de guarderías afectadas a otras no afectadas.

MILLER, A. B.: *La mujer en la salud y el desarrollo*, II. *Algunos problemas de población, de influencia y de higiene ambiental*, pp. 442-452.

Una forma de mantener y expandir el programa de planificación familiar con objeto de disminuir la tasa de crecimiento demográfica en Barbados, es implantar una nueva legislación sobre el aborto, mejorar la información y la educación en materia de vida familiar y conceder especial atención a las madres que trabajan. Asimismo, es imprescindible capacitar personal de salud o de otro tipo para que investigue acerca de los derechos y el comportamiento de la mujer y sus repercusiones para la salud materno-infantil. Otros aspectos que deben tenerse en cuenta para lograr la mejora de la salud de la mujer se refieren a la ampliación del número de mujeres en puestos con poder-decisionario, al aprovechamiento de las organizaciones de mujeres y al reconocimiento de la necesidad de tiempo y dinero por parte de las mujeres. Estos tres aspectos tienen en común que pueden impulsarse con éxito sólo con el intercambio entre los programas de salud, planificación familiar y nutrición y los destinados a mejorar la situación y la participación de las mujeres en el desarrollo. Por su parte, si se trata de establecer nuevos programas de abastecimiento de agua y saneamiento más allá de la tecnología adecuada se debe considerar la actitud de la población que

utilizará los nuevos servicios, sobre todo de las mujeres mientras que éstas no participen ni acepten la importancia de contar con saneamiento adecuado, todos los proyectos tendrán una difusión limitada. Por último, junto con la mejora de las instalaciones de abastecimiento de agua, saneamiento y evacuación de excretas, se debe proporcionar a las mujeres, principales usuarias, elementos accesorios que faciliten su empleo si es que se quiere lograr los objetivos de agua y salud para todos.

Diciembre de 1982

LILLIAN, K. G. y col.: *La mujer en la salud y el desarrollo. III. Algunas dificultades que plantea su actuación en la atención de salud*, pp. 522-532.

Se exponen las dificultades que debe vencer la mujer que se desempeña en la atención de salud, desde el punto de vista de la enfermera, de la partera tradicional y de la médica. Si bien en la actualidad la función de la enfermería está cambiando, en muchos países cabría preguntarse si lo hace con la rapidez suficiente para que las enfermeras puedan llegar a desempeñar una misión directiva en la salud de la comunidad. Es necesario que la enfermería actúe de forma conjunta con las demás actividades que intervienen en el proceso de desarrollo y reconozca la importancia que tienen en él no sólo los factores biológicos, sino también los económicos, sociales, culturales y políticos. Asimismo las enfermeras deberán presionar al sistema de salud para desempeñar funciones de responsabilidad en la comunidad, además de las tradicionales, subordinadas y pasivas. Un problema de interés es el de la posición de la partera tradicional africana. En una sociedad donde por razones culturales la mujer prefiere sus servicios y no los de una partera profesional. Resulta imprescindible poner en marcha programas de capacitación con los siguientes objetivos: no interferencia en el parto normal, atención de enfermería de higiene básica y educación en materia de nutrición. Este adiestramiento sería beneficioso tanto para la salud de la mujer del medio rural como para la situación social de un grupo de mujeres rurales económicamente activas. Por último, las profesionales de la salud, en especial las médicas, deben influir sobre el sistema de atención de salud para evitar que se siga considerando a la mujer sólo como reproductora o candidata a la regulación de la natalidad, y se la tenga en cuenta desde una perspectiva más amplia, es decir, como ser histórico, social y con necesidades físicas y emocionales, sobre todo cuando se trate de establecer programas de nutrición o de regulación de la natalidad.

CABRERA REYES, F., y cols.: *El hábito de fumar en estudiantes de educación media en Santiago*, pp. 533-540.

Se investigó la prevalencia del hábito de fumar en 2.172 estudiantes de educación media de ambos sexos del área occidente de Santiago. Por medio de un cuestionario autoaplicado se determinó que la edad de mayor prevalencia del hábito es dieciocho años, cuando el 65,1 por 100 de los varones y el 63,5 por 100 de las mujeres fuman. Respecto al inicio del hábito, el 15,8 por 100 de las mujeres y el 9,1 por 100 de los varones comenzó a fumar entre los diez y doce años. La mayoría de los adolescentes que fumaban (94,4 por 100) consumía entre uno y diez cigarrillos diarios, aunque aquellos que comenzaron a hacerlo más temprano (diez-doce años) fumaban más que los que empezaron después de los trece años. Por otra parte, quedó demostrado

que la dependencia del tabaco se instala rápidamente, ya que el 54 por 100 manifestó que no se sentía bien si no fumaba. En cuanto a la relación entre el hábito de fumar en estudiantes y sus padres se comprobó que el 65 por 100 de los hijos de padres fumadores fumaba. Asimismo se encontró que el hábito de fumar no se relaciona con los problemas emocionales del adolescente ni con las características de las relaciones familiares. Pero sí se manifestó asociación con factores sociales como la pertenencia a un grupo u organización. Cabe destacar, por último, la asociación entre hábito de fumar y consumo de alcohol, ya que el 40 por 100 de los fumadores también bebía alcohol, mientras que sólo el 23 por 100 de los estudiantes encuestados no fumaba ni bebía.

SUASSUNA, A., y cols.: *Faringitis estreptocócica. Aspectos bacteriológicos y su importancia en salud pública*. pp. 541-549.

Este estudio mostró el aislamiento de estreptococos beta hemolíticos en 19 (24,4 por 100) de 78 escolares con inflamación de la orofaringe, en una escuela pública de la ciudad de Río de Janeiro (Brasil). De estos 19 casos, cuatro (21,04 por 100) eran del grupo A, cinco (26,3 por 100) del grupo C, nueve (47,4 por 100) del grupo G, y una muestra no fue agrupada. De 120 escolares sin señales inflamatorias de la orofaringe, 24 (20 por 100) eran portadores de estreptococos beta hemolíticos en la garganta. De estos niños, ocho (33,3 por 100) tenían estreptococos beta hemolíticos del grupo A, seis (25 por 100) del grupo C, ocho del grupo G (33,3 por 100) y dos estirpes (8,3 por 100) no fueron agrupadas. La ocurrencia de señales y síntomas en las anginas con aislamientos de estreptococos beta hemolíticos no mostró diferencia estadísticamente significativa, en comparación con las anginas bacteriológicamente negativas. Se verificó que los casos con aislamiento de estreptococos del grupo A (*Streptococcus pyogenes*), los casos de anginas con estreptococos de otros grupos, y los de anginas donde no hubo aislamiento bacteriano presentaban características clínicas similares.

BOLANF, G. A. R., y col.: *La estrategia, el costo y el progreso de la atención primaria de salud*. pp. 550-562.

Con buena dirección, financiamiento adecuado, tecnología apropiada y trabajo voluntario, los programas de atención primaria completa de salud a bajo costo pueden lograr mejorar el estado de salud de la población virtualmente en cualquier lugar, y desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata en 1978, los proyectos de atención primaria de salud en todo el mundo han contado con inversiones crecientes. Este artículo examina brevemente las actividades de atención primaria de salud en seis países y estudia en forma general cómo el progreso logrado mediante esas actividades parece estar relacionado con los costos inherentes y las estrategias seguidas. Para empezar, los gobiernos que han alcanzado mayor éxito con los programas nacionales parecen ejercer un alto grado de control político en sus sociedades y poseer la voluntad y la fuerza políticas necesarias para llevar a cabo cambios radicales en sus sistemas de salud. Otros países que han hecho esfuerzos importantes para proporcionar atención primaria completa de salud para todo el pueblo han tropezado con dificultades considerables. Este patrón general indica que el grado de éxito alcanzado depende en parte de la voluntad y capacidad de un gobierno de pagar un precio político, y también de cambiar una parte de las libertades individuales por una mejor salud individual. En lo referente a los costos económicos, una serie de investigaciones han tratado de demostrar que se puede ofrecer atención primaria completa de salud por medio de tecnología apropiada, a

bajo costo, como por ejemplo a menos de seis dólares anuales. Estos cálculos deben acogerse con reservas, ya que pueden omitir una serie de costos ocultos que pueden multiplicar mucho el costo real. Además, los costos culturales de la atención primaria de salud pueden ser grandes en los países que no aspiran al modelo occidental de progreso económico rápido y que prefieren un ritmo más lento de cambio que les permitiría conservar los valores culturales vigentes. En 1982 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una estrategia global para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Esta estrategia ha creado una necesidad de políticas globales, es decir, de reglamentos para adoptar decisiones que permitan transformar la estrategia en planes de operación. Estas políticas tienen que tratar una amplia gama de problemas pendientes, incluidos los de si el entusiasmo por la atención primaria completa de salud está justificado; si debería organizarse un sistema internacional de seguridad social para ayudar a los países más pobres a que faciliten esa atención; si las actividades locales de atención primaria de salud deben ser autosostenidas, y si la meta de ofrecer atención primaria a bajo costo con tecnología adelantada es menos realista que proporcionar una atención primaria de salud selectiva que cubra únicamente cuestiones relacionadas con la nutrición, el programa ampliado de inmunización, el control de las enfermedades transmisibles y la educación en salud.

RISTORI, C., y cols.: *Persistencia del estado de portador de «Salmonella typhi» y «paratyphi» después de colecistectomía*, pp. 563-570.

A partir de abril de 1981, en el Instituto de Salud Pública de Chile se investigó la persistencia en el estado de portador de salmonelas en 45 enfermos de afecciones vesiculares, en su mayoría litiásicas, a quienes se practicó colecistectomía por lo menos seis meses antes y cuyo bilicultivo resultó positivo para *Salmonella typhi*, *paratyphi A* o *paratyphi B*. El control posterior consistió en tres coprocultivos seriados y un bilicultivo por enterotest. Cuando esos exámenes resultaron negativos, un mes después se repitió una segunda serie de tres coprocultivos y un nuevo bilicultivo, es decir, que se realizó un máximo de seis coprocultivos y dos bilicultivos. El primer coprocultivo de cada serie se efectuó por extracción de muestra con tórula y los siguientes por emisión espontánea. Se comprobó la persistencia del estado de portador en 10 enfermos (22,2 por 100) y encontrado durante la intervención quirúrgica. *S. typhi*, cuya proporción en el grupo investigado fue de 48,9 por 100, sólo se aisló tres veces en los controles, es decir, en 30 por 100. *S. paratyphi B* aumentó de 44,4 por 100 a 70 por 100, ya que se aisló en siete oportunidades. En ninguno de los enfermos controlados se aisló *paratyphi A*, que había estado presente en 6,7 por 100 de las muestras primitivas. El aislamiento resultó algo más frecuente en las muestras de deposición espontánea: siete en total, contra cinco cuando se utilizó tórula. En un enfermo se aisló *paratyphi B* por primera vez en el sexto coprocultivo con ambos bilicultivos negativos.

BRITISH JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE, agosto de 1982.

PARKES, H. G., y cols.: *Mortalidad por cáncer en la industria británica de la goma*, páginas 209-220.

Aunque hace más de treinta años que se comprobó por vez primera un exceso de cáncer de vejiga en trabajadores de la goma británicos, ha persistido el temor de que este peligro todavía hoy podía estar afectando a los trabajadores de la industria.

Además, han surgido también las sospechas de que pudieran estar ocurriendo otros excesos de cáncer hasta ahora no sospechados. Por estas razones 33.815 hombres que empezaron a trabajar en la industria entre el 1 de enero de 1946 y el 31 de diciembre de 1960 han sido seguidos hasta el 31 de diciembre de 1975 para estudiar el número de muertes atribuibles a enfermedades malignas y para comparar éstas con el número esperado calculado a partir de las tasas de mortalidad publicadas aplicables a la población masculina de Inglaterra y Gales y Escocia. Los hallazgos confirman la ausencia de cualquier aumento de mortalidad por cáncer de vejiga entre los hombres que entraron a la industria después del 1 de enero de 1951 (los presuntos carcinógenos para la vejiga fueron eliminados del proceso de producción en julio de 1949) pero confirman también un exceso estadísticamente significativo de la mortalidad tanto por cáncer de pulmón como de estómago. También se observó un pequeño aumento de cáncer de esófago tanto en los sectores de fabricación de neumáticos como en el de objetos de goma en general. Los informes americanos de un aumento de leucemia entre los trabajadores de la goma recibió sólo un pequeño apoyo por el presente estudio, en que un pequeño aumento numérico de defunciones por leucemia no es estadísticamente significativo. Una característica especial del estudio es la adopción de un método analítico que permite tomar en consideración el largo período latente de inducción del cáncer ocupacional.

WEGMAN, D. H., y cols.: *Evaluación de los efectos respiratorios en los mineros y trabajadores expuestos al talco libre de amianto y sílice*, pp. 233-238.

Se examinaron mineros y moledores de mineral de talco libre de amianto y sílice buscando problemas respiratorios. Un estudio de 116 personas incluyó el cuestionario de síntomas respiratorios modificado del Consejo Médico Británico de Investigaciones, espirometría simple, radiografía de tórax y examen limitado del tórax. Se realizó un seguimiento de evaluación de un año en 103 sujetos. De los 12 cuyas radiografías de tórax mostraron pequeñas opacidades redondas o irregulares (perforación 1/0 o mayor) cinco no habían fumado cigarrillos nunca. Los valores de la función pulmonar en el momento del estudio inicial fueron menores de los esperados y las tasas de pérdida de FEV (volumen de espiración forzada) y FVC (capacidad vital forzada) mayores de los esperados. Estas diferencias se atribuyeron en parte al hábito de fumar pero fueron mayores que las previstas por esta sola fuente. Hubo evidencia de un efecto de exposición después del ajuste por fumar cigarrillos y llegamos a la conclusión de que estos trabajadores habían sido afectados por sus exposiciones. No pudo intensificarse una interacción clara entre el hábito de fumar y la exposición. Las poblaciones como éstas necesitarán estudiarse durante períodos más largos para determinar qué niveles normales de polvo son seguros.

FRONEBERG, B., y cols.: *Enfermedad respiratoria causada por sobrecalentamiento de cloruro de polivinilo*, pp. 239-243.

El 9 de agosto de 1979, 62 (30,8 por 100) de 201 trabajadores y uno de 60, personal administrativo en una planta de fabricación de cloruro de polivinilo (PVC), presentaron irritación aguda de las vías aéreas superiores e inferiores, dolor de cabeza, náuseas y desvanecimiento. Todos fueron llevados al hospital; ninguno murió. Sesenta pacientes eran mujeres. Las entrevistas hechas a las dos semanas a 57 trabajadores afectados y a 14 no afectados descubrieron que la enfermedad siguió a la exposición a humos de una máquina que expulsaba PVC sobrecalentado (362^o C).

Los humos se emitieron desde las once hasta las once cincuenta; los casos ocurrieron desde las once hasta el final de la tarde. Todos los trabajadores que enfermaron trabajaban al oeste del expulsor sobrecalentado y el administrador afectado visitó esa zona. Los primeros casos ocurrieron más cerca de la máquina y la incidencia se redujo (de 53,3 a 15,4 por 100) a medida que se alejaban hacia el oeste. Esta pauta estaba de acuerdo con la ventilación de la planta. Las tasas de incidencia en hombres y en mujeres no eran diferentes ($p > 0.1$). A las dos y catorce semanas, la prueba de función pulmonar de los trabajadores con síntomas pulmonares persistentes mostró anomalías en 13 de 16 y en 9 de 11, respectivamente; el método con síntomas persistentes contenía un exceso de no fumadores y de personas con enfermedades respiratorias previas. Un kilogramo de PVC calentado a 300° C emite unos 12,9 g de ácido clorhídrico (C/H) y 4,9 g de monóxido de carbono (CO). Atribuimos el brote a la exposición a C/H y CO y rechazamos la hipótesis de afección psicógena masiva.

MOROSOVA, K. I., y cols.: *Sobre la acción protectora del glutamato contra la citotoxicidad y fibrogenicidad del polvo de cuarzo*, pp. 244-252.

La acción citotóxica de las partículas de cuarzo (DQ₁₂) sobre cultivos de macrófagos peritoneales de rata, estimada por inhibición de la actividad de la TFC-reductora, está considerablemente reducida por preincubación con ácido glutámico y por adición de glutamato sódico (15 mg/ml) al agua bebida de las ratas donantes de macrófagos. Este aumento de la resistencia de los macrófagos bajo la influencia del glutamato es la causa más probable del retraso en el desarrollo de fibrosis silicótica mostrado en varios experimentos con ratas inyectadas intratraquealmente con cuarzo y tratadas después por administración prolongada de glutamato. Este efecto está probablemente conectado con la influencia del glutamato sobre la estabilidad de las membranas de los macrófagos, que puede a su vez explicarse por diferentes mecanismos, incluso la influencia sobre la síntesis y fosforilación de nucleótidos de adenosina. Esta influencia se mostró en ratas que recibieron glutamato por el cambio de la razón ATP/ADP en los macrófagos pero no en los eritrocitos. La resistencia de los eritrocitos de rata a la acción hemolítica del cuarzo tampoco está influida por la acción del glutamato ni *in vitro* ni *in vivo*. Esta diferencia de la influencia del glutamato sobre los tipos de células, igualmente susceptibles a la citotoxicidad del cuarzo pero considerablemente diferentes en el carácter del metabolismo energético es una prueba indirecta del papel de éste en la realización del efecto anticitotóxico y por tanto antifibrogénico del glutamato.

CHIAPPINO, G., y VIGLIANI, E. C.: *Papel de los factores infeccioso, inmunológico e irritativo crónico en el desarrollo de silicosis*, pp. 253-258.

El efecto de factores infecciosos, inmunológicos e irritativos sobre el comienzo y desarrollo de silicosis tras la inoculación intratraqueal con 50 mg de tridimita fue investigado sobre 220 ratas Sprague-Dawley hembras específicamente libres de patógenos (SPF). Incluso tras doce meses las ratas, siempre mantenidas en condiciones SPF tras inyección intratraqueal del polvo mostraron principalmente granulomas con poca fluencia a confluir o a fibrohalinosis. La estimulación infecciosa crónica se obtuvo manteniendo grupos de animales SPF con tridimita durante tres, seis o doce meses en una casa para animales corrientes donde estaban expuestos a la flora bacteriana endémica. En estos animales se desarrolló la silicosis mucho más rápida-

mente y produjo lesiones confluentes mucho más graves que en ratas siempre mantenidas en condiciones SPF. La paroxidasa y ferritina del rábano inyectadas intratraquealmente y por inhalación se mostraron histoquímicamente, principalmente en granulomas del polvo, pero no aceleraron el desarrollo de silicosis. La exposición al ozono aumentó la prevalencia de infecciones pulmonares y aumentó la silicosis en animales mantenidos en forma normal, sin modificar la evolución de la silicosis en animales SPF. Estos experimentos mostraron que la prevalencia de la flora bacteriana y en especial de infecciones broncopulmonares, aceleró el desarrollo de silicosis y llevó a la sugerencia de que los individuos sometidos a infecciones broncopulmonares frecuentes son inadecuados para ocupaciones que exigen la exposición al polvo de sílice.

COCHRANE, A. I., MOORE, F., y MONCRIEFF, C. B.: *¿Tienen mayor riesgo de desarrollar fibrosis masiva progresiva los mineros de carbón con pocos factores de riesgo para la cardiopatía isquémica?*, pp. 265-268.

Los mineros de carbón con sombras «A» (primera etapa de fibrosis masiva progresiva —PMP—) tienen una tasa normalizada de mortalidad semejante a los que no tienen PMF, y los que tienen sombras A presentan una mortalidad específica por pneumoconiosis mucho mayor. Se discute por tanto que o las sombras A confieren inmunidad frente a algunas otras enfermedades o que los que desarrollan sombras A están seleccionados en base a una esperanza de vida aumentada. Estas dos hipótesis fueron investigadas y como la hipótesis de selección parece prometedora se hicieron más estudios para descubrir qué causa específica de muerte podría estar asociada con esta selección. Esta, sorprendentemente, parece ser la cardiopatía isquémica.

THOMAS, H. F., y cols.: *Nuevo estudio de seguimiento de trabajadores de una fábrica de amianto-cemento*, pp. 273-276.

Un nuevo seguimiento afectó a 1.970 trabajadores empleados en una fábrica de amianto-cemento durante seis meses al menos entre 1936 y 1977. Al comienzo de este período se usó alguna crocidolita en la factoría, pero a finales de 1936 la crisolita se había convertido en el único tipo de amianto en uso. Sólo 378 mujeres estuvieron empleadas durante este período y de las 30 que habían muerto, ninguna tenía una causa de muerte que esté generalmente asociada con la exposición al amianto. La experiencia de mortalidad de los hombres se examinó separadamente en todos los trabajadores; todos los trabajadores vivos después de quince o más años después de su primera exposición y un pequeño grupo de trabajadores que estuvieron empleados en 1935-1936 y que podían haber estado expuestos a crocidolita. En ninguno de estos grupos hubo una tasa de mortalidad estandarizada (SMR) apreciablemente elevada para las causas de muerte investigada. Estas fueron: todas las causas, todos los neoplasmas, cánceres de pulmón y pleura, y cánceres del aparato gastrointestinal. Un exceso de cáncer de pulmón observado en el primer estudio de seguimiento en 1964 no se encontró en éste. Se identificaron dos mesoteliomas pleurales, pero en ambos casos los hombres habían trabajado antes de 1936 en la fábrica y, por tanto, habían estado expuestos a crocidolita. No se encontraron cánceres de laringe.

KARAI, I., FUKUMOTO, R., y HORIGUCHI, S.: *Un aumento de la actividad Na/K ATPasa de membranas de eritrocitos en trabajadores empleados en una factoría de refinado de plomo*, pp. 290-294.

Para aclarar la relación entre la actividad $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$ de los eritrocitos y los hallazgos hematológicos, se realizaron varios exámenes clínicos de laboratorio en 31 trabajadores varones en una factoría de refinado de restos de plomo, y como controles, 50 trabajadores varones empleados en construcción de ferrocarriles. Los resultados fueron: (1) Los valores de actividad $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$ de eritrocitos, plomo en sangre y orina, ácido S-aminolevulínico en orina y coproporfirina en orina de trabajadores de plomo eran significativamente superiores de los de los controles ($P < 0,01$). (2) Una relación fuertemente positiva entre el plomo de la sangre y la actividad $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$ se observó en trabajadores de plomo ($r=0,473$, $P < 0,01$). (3) Una relación fuertemente negativa entre actividad $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$ y sodio intracelular se observó en ambos grupos (trabajadores de plomo, $r = 0,601$, $P < 0,01$, controles: $r = 0,595$, $P < 0,01$).

BULLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, septiembre-octubre de 1982.

GRUPO DE TRABAJO OMS: *Anemias hereditarias: base genética, características clínicas, diagnóstico y tratamiento*, pp. 643-660.

Las anemias hereditarias presentan un importante problema de genética sanitaria que contribuye considerablemente a la mortalidad y la morbilidad de la infancia en muchos países en desarrollo. Este artículo resume los recientes avances técnicos y científicos sobre conocimientos respecto a los genes implicados y su interacción en la producción de hemoglobinopatías importantes, los cuadros clínicos de estas afecciones y sus criterios de diagnóstico. Aunque no hay cura definitiva, el tratamiento de apoyo para las hemoglobinopatías ha mejorado de modo significativo, ofreciendo mejor calidad de vida y mayor supervivencia, y debería intentarse en todos estos pacientes. Para la enfermedad por células falciformes, esto comprende un conjunto simple de reglas que debería incorporarse a la atención médica existente, mientras que para la talasemia, se recomienda un régimen de intensa transfusión de sangre e infusión subcutánea regular de deferroxamina. Este tratamiento está lleno de tensiones y probablemente es demasiado caro para ser aplicado en muchos países en desarrollo hasta que la tasa de nacimientos de los pacientes que lo necesitan pueda reducirse suficientemente mediante programas de control comunitario.

DEINHARDT, F., y cols.: *Hepatitis vírica*, pp. 661-691.

Tres formas de hepatitis vírica pueden reconocerse: hepatitis A, hepatitis B y hepatitis no-A, no-B. La hepatitis A está causada por un picornavirus, se transmite por vía fecal-oral, no se cronifica y no existen portadores crónicos de virus. El virus puede cultivarse en cultivos celulares y se están desarrollando vacunas con virus muertos, así como de virus atenuados. La hepatitis B está causada por un virus cubierto que contiene una forma de DNA circular con dos bandas. La enfermedad se transmite por vía parenteral por inoculación de sangre o derivados de ésta que contienen virus o por contacto personal íntimo con una persona que tiene el virus. La hepatitis B se cronifica en un cierto número de casos y puede llevar a la cirrosis y al

carcinoma primario de células hepáticas. La sangre y algunas secreciones corporales de individuos con una infección persistente o crónica pueden permanecer infecciosos durante muchos años. El virus de la hepatitis B no puede crecer en cultivos celulares pero su genoma entero se ha secuenciado y clonado en bacterias y células eucariotas. Se ha preparado una vacuna de virus inactivado del antígeno de superficie de la hepatitis B presente en el plasma de portadores del virus de la hepatitis B y se están desarrollando nuevas vacunas. Los agentes de la hepatitis no-A, no-B, no se han identificado. Es posible distinguir entre una forma de hepatitis no-A, no-B, transmitida predominantemente por vía parenteral y otra transmitida oralmente. Esta se ha informado que está causada por un picornavirus que no tiene ninguna relación antigénica, sin embargo, con el virus de la hepatitis A.

OMS: *Grupo de trabajo sobre las rickettsiosis: un problema de morbilidad persistente*, páginas 693-701.

Las rickettsiosis constituyen aún grandes problemas de salud en numerosas regiones del mundo. En contraste con las enfermedades que se transmiten directamente de hombre a hombre, las rickettsiosis están estrechamente asociadas al medio ambiente humano; por esta razón, son difíciles de reconocer y exigen estrategias de lucha complejas. Este artículo trata principalmente de los medios que permiten diagnosticar y vigilar estas enfermedades, pues es solamente gracias a datos de referencia fiables como puede elaborarse una estrategia razonable para la prevención y la lucha. Los datos clínicos son útiles pero insuficientes para identificar las enfermedades rickettsiosas y diferenciarlas de otras piroxias. La necesidad del apoyo del laboratorio, en particular de pruebas serológicas, se señala. La técnica de inmunofluorescencia indirecta es, en el momento actual, la más ampliamente aplicada para todas las rickettsias en las regiones donde se presentan problemas. El tratamiento de las rickettsiosis se funda en la utilización de antibióticos específicos, sobre todo de tetraciclinas y del cloranfenicol, pero los antibióticos no deben ser utilizados normalmente para su profilaxis. La vacunación con la ayuda de una vacuna viva atenuada es eficaz contra las epidemias de tifus por piojos. Vacunas experimentales contra la fiebre han proporcionado una protección contra la enfermedad, pero los efectos secundarios han limitado su utilización. Las medidas contra los artrópodos vectores son igualmente importantes, puede tratarse de pulverizaciones de las personas en riesgo con un insecticida (piojos), de espolvoreado de las madrigueras de ratas (pulgas), de tratamiento de los perros que tienen portadores de garrapatas o de medidas apropiadas para reducir las poblaciones de ácaros. Los agentes repelentes son igualmente útiles contra las garrapatas y otros ácaros.

SHOPE R. E., y cols.: *Fiebre del Valle del Rift: propagación y métodos de lucha*, páginas 703-709.

La fiebre del Valle del Rift (FVR) es principalmente una enfermedad de los ovinos, bovinos y otros animales domésticos, así como del hombre; se pensó que era relativamente benigna en este último, y eso hasta 1977, año que se propagó en Egipto. En este país, ha provocado pérdidas enormes de ovinos y bovinos, así como millares de casos humanos, con cerca de 600 defunciones señaladas. Aunque se sabe que los mosquitos transmiten el virus FVR en el curso de epizootias y de epidemias, no se conocen los reservorios y la forma en que los virus se mantienen entre las epizootias. Estas se reconocen por un conjunto de observaciones: abortos y muertes neonatales entre los ovinos y los bovinos en los momentos en que los mosquitos son abundantes,

acompañados por casos de fiebre en el hombre, fiebre complicada en una minoría de enfermos por manifestaciones hemorrágicas, una encefalitis y una retinitis con ceguera. La vacunación del ganado por medio de vacunas muertas o vivas atenuadas disponibles debería impedir la transmisión tanto a los humanos como a los animales. Aunque la puesta en cuarentena sistemática de los animales no está considerada como una medida realizable, conviene restringir los movimientos cuando una epizootia está en curso. Como es posible que la fiebre del valle del Rift desborde África en el porvenir, se recomienda ejercer una vigilancia serológica sobre el hombre y los animales en los países potencialmente receptivos del Mediterráneo y de Asia del Suroeste con el fin de reunir los datos de referencia y de familiarizar al personal con los métodos de diagnóstico de la FUR.

MEMORIA DE UNA REUNIÓN OMS: *Investigación sobre inmunología en tuberculosis*, páginas 723-727.

Esta memoria discute la aplicación de modernas técnicas inmunológicas a varias áreas problema en tuberculosis. El reciente aislamiento de antígenos micobacterianos muy purificados tendrá importante aplicación para proporcionar específicos reactivos para pruebas cutáneas para diagnóstico, clasificación e investigaciones epidemiológicas y agentes para uso como inmunógenos y adyuvantes. El desarrollo de anticuerpos monoclonales obtenidos por inmunización de animales susceptibles con antígenos parcialmente purificados se considera un enfoque muy prometedor para la identificación y aislamiento de antígenos. Se necesitan estudios *in vitro* de los mecanismos inmunitarios y los efectos de la inmunización en tuberculosis. Se han propuesto recientemente varios métodos que requieren nueva convalidación, p. ej.: a través de la correlación de la resistencia *in vivo* con los resultados *in vitro* y comparación de diferentes antígenos en las pruebas *in vitro*. Los antígenos específicos, así como las pruebas *in vitro* de inmunidad antituberculosa serían fácilmente aplicables en investigaciones clínicas de parámetros inmunológicos y de los efectos de la inmunización. También serían valiosas a este respecto nuevas pruebas serológicas que usen antígenos purificados. Podrían usarse pruebas *in vitro* para la inmunidad de mediación celular para estudiar el efecto de varias vacunas BCG en diferentes poblaciones para investigar el papel de los factores genéticos y ambientales en la determinación de la respuesta a la inmunización. Los antígenos específicos y las pruebas serológicas serían útiles para el diagnóstico de diferentes formas de enfermedad extrapulmonar, especialmente en niños. Una prueba que pudiera distinguir entre la infección con *Mycobacterium tuberculosis* y la sensibilidad inducida por la vacunación con BCG o con micobacterias ambientales sería muy útil tanto para el diagnóstico como para estudios epidemiológicos. Se necesitan investigaciones sobre los mecanismos de reactivación endógena de la enfermedad y la ruptura de una enfermedad aparentemente callada para tratar de identificar grupos con alto riesgo.

MCINTYRE, R. C., y cols.: *Sarampión y eficacia de la vacuna antisarampión en la población de un islote lejano*, pp. 767-775.

Para determinar la eficacia de la vacuna antisarampión después de una gran epidemia de sarampión en un islote lejano del Pacífico, hemos efectuado un estudio sobre los contactos de los pacientes de sarampión en las familias, examinando los antecedentes de la enfermedad y de vacunación de 258 niños de edades comprendidas entre el año y los nueve años. Hemos calculado que la eficacia global de la vacuna antisarampión (EV) era de 83,5 por 100 (límite de confianza de 95 por 100, 74 por 100

y 89,1 por 100) para los nueve años, desde los cuales la vacuna antisarampión era administrada en Ebeye (islas Marshall). Los niños vacunados a los doce o trece meses tenían 1,5 veces más probabilidades de contraer el sarampión que aquellos que habían sido vacunados a los catorce meses (9,5 por 100 contra 6,3 por 100), pero la diferencia en las tasas no era significativa ($P = 0,63$). Nada hacía pensar que la inmunidad disminuyera con los años que pasan después de la vacunación. En los niños vacunados en 1976 o en agosto de 1977 las tasas de afectados por el sarampión han sido claramente más elevadas (43,1 por 100) que en aquellos que fueron vacunados en otro período (6,7 por 100) ($P < 10,7$). Esta diferencia es probablemente debida a un almacenaje defectuoso de la vacuna en el curso de estos periodos. Desde 1970 las anatoxinas diftérica y tetánica, así como la vacuna antitós ferina (vacuna DPT), y la vacuna antisarampión han sido asociadas en la misma jeringuilla cuando fueron administradas el mismo día en los dispensarios de Ebeye. No hubo diferencia significativa ($P = 0,84$) entre la tasa de ataque por el sarampión en los niños que habían recibido las vacunas DPT y antisarampión en la misma jeringuilla (16,1 por 100) y la de los niños que recibieron las vacunas con jeringuillas diferentes (17,9 por 100).

HUIZHUANG y cols.: *Detección de los marcadores de la infección por hepatitis B en el suero desecado sobre papel de filtro: aplicación de estudios sobre el terreno*, páginas 783-787.

Las encuestas sero-epidemiológicas a gran escala son, con frecuencia, difíciles de efectuar debido a problemas técnicos y logísticos encontrados sobre el terreno. Aunque es relativamente fácil recoger sangre bien sea por punción venosa o por picadura en la oreja o en el talón, se encuentran dificultades para separar el suero y refrigerarlo antes y durante el transporte al laboratorio, lo que puede llevar varios días. Por otra parte, estas dificultades son, con frecuencia, agravadas cuando la población estudiada habita en lugares lejanos o bien está repartida sobre una gran superficie, teniendo que transportar todos los accesorios a mano. Con el fin de procurar un sistema que encuentre una larga aplicación en los estudios sobre el terreno, se ha puesto a punto un método con la ayuda de volúmenes relativamente grandes de suero secado sobre papel de filtro y se ha evaluado en lo que concierne a su sensibilidad para la detección de los signos de infección por HBV, en las condiciones susceptibles de encontrarse sobre el terreno. Los marcadores estudiados de la infección por HBV fueron: el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y el anticuerpo correspondiente (anti-HBs), el antígeno e de la hepatitis B (HBeAg) y el anticuerpo correspondiente (anti-HBe), así como el anticuerpo con relación al antígeno central de la hepatitis B (anti-HBc). En vista de la evaluación de esta técnica un total de 382 sueros fueron elegidos a partir de la vasta colección de sueros conservados en el Centro colaborador OMS de referencia y de investigación para los virus en el hospital de Fairfield, en Australia. Los sueros probados fueron desecados sobre pedazos de papel de filtro, conservados durante uno a treinta días a 4° C, 22° C y 37° C, y después sometidos a la investigación de los distintos marcadores de la infección para el HBV por dosificación radioinmunológica en fase sólida (SPRIA). Hubo una concordancia completa entre los resultados obtenidos con el suero desecado y aquellos que fueron obtenidos con el suero entero (suero testigo). También obtuvieron resultados idénticos en lo que se refiere a la detección de los anti-HBs, anti-HBe y anti-HBc. Para ninguno de los marcadores se encontraron resultados falsamente positivos en cualquiera de los análisis. Por otro lado, el almacenaje a 4° C a la temperatura del laboratorio (22° C) o a 37° C durante un período que puede prolongarse hasta treinta días, no modifica la sensibilidad de la prueba; La técnica sobre papel de filtro descrita en este artículo será útil para las encuestas sobre el

terreno porque facilitará el transporte y el almacenaje de las muestras de suero desde el momento de la toma hasta el laboratorio y disminuirá la necesidad de refrigeración. Además las muestras preparadas de esta manera son secas, ligeras, fáciles de manipular y almacenar y no pueden romperse, volcarse o tener escapes. Cada pedazo de papel de filtro que lleve suero desecado pesa aproximadamente 70 mg y 1000 sueros podrían por tanto ser enviados por correo, fácilmente y a buen precio, en un sobre que pese menos de 100 g. Es probable que esta técnica sea interesante, no sólo para la detección de la infección por hepatitis B, sino igualmente para el estudio de otras enfermedades o trastornos metabólicos.

CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, julio-agosto de 1982.

Siu, T., y cols.: *Exploración clínica de la mama con ayuda del termograma-método alternativo a la mamografía en mujeres de cincuenta años o más jóvenes*, pp. 232-235.

Se han estudiado los informes de exploración mamaria de 300 mujeres, en un intento de desarrollar un método inerte para la detección precoz del cáncer de mama. Nuestra intención es conseguir un método alternativo a la mamografía en mujeres jóvenes, para las que no es recomendable el método radiográfico de forma rutinaria, debido a los efectos potencialmente perjudiciales a largo plazo. Se ha descubierto que la exploración clínica con ayuda de la termografía más las características de los sujetos pueden ser evaluados de forma sistemática para poner a punto una prueba sensible y tan específica como la mamografía. Este método es nuevo y nuestros resultados deben animar a la realización de nuevas investigaciones en esa dirección.

Kozłowski, L. T.: *Determinantes del uso del tabaco: El consumo de cigarrillos en el contexto de otras formas de uso del tabaco*, pp. 236-241.

Se han colocado los determinantes específicos de objeto del consumo de cigarrillos en el contexto de las otras formas históricamente populares de uso del tabaco (masticado del tabaco, rapé, pipa). Se discute la importancia de dos factores biológicos: 1) el tabaco consumido para satisfacer una necesidad de droga (p. ej.: nicotina, acetaldehído) y 2) el tabaco utilizado como estimulación de los sentidos químicos (gusto, olfato y el sentido químico común). Se discute el tabaco en cuanto droga habitual y se considera la conveniencia de la forma de consumirlo como un factor psicosocial importante. Se critica la hipótesis del elevado contenido en nicotina y se describe el paralelismo existente entre el consumo de tabaco y el de alimentos.

Wigle, D. T.: *Comparación del empleo en la encuesta y registro de mortalidad en Canadá*, pp. 242-247.

Se han examinado los certificados de defunción de 3.039 hombres fallecidos entre 1965 y 1973 de cáncer, causa anterior del fallecimiento y los datos profesionales han sido extraídos y codificados. Todos, eran casos de fallecimiento por cáncer entre 450.000 hombres que habían cumplimentado por lo menos una ficha de encuesta profesional entre 1965 y 1969. Los datos profesionales estaban inscritos en el 79 por 100 de todos los certificados de fallecimiento. Estos datos estaban disponibles

para el 86 por 100 de hombres de menos de sesenta y cinco años en el momento del fallecimiento, pero solamente para el 68 por 100 de hombres de más edad. En Quebec los datos profesionales no figuran nada más que sobre el 57 por 100 de los certificados de fallecimiento, comparando con cerca del 85 por 100 en Ontario, Nueva Escocia y Nuevo Brunswick y el 90 por 100 en las cuatro provincias del oeste. La encuesta y los registros de fallecimiento concuerdan con el nivel del sector profesional para el 65 por 100 de todos los hombres, 69 por 100 de hombres de menos de sesenta y cinco años y 59 por 100 de hombres de mayor edad. La concordancia a nivel de profesiones especiales rebasaba el 75 por 100 para empleos bien definidos y estables, como los chóferes de autobús, los fontaneros y los hojalateros. En el caso de los propietarios/directores, contables/verificadores, cultivadores/agricultores y otras ocupaciones existía poca concordancia. De esto se deduce que son los certificados de fallecimiento los que sirven como fuente de datos profesionales para los hombres de menos de sesenta y cinco años en el momento del fallecimiento y ocupando puestos bien definidos y estables.

CULLEN, P., y cols.: *Radiaciones industriales*, pp. 251-254.

Es evidente que hay peligro en el empleo de lentes de contacto en ciertos medios industriales. Sin embargo, recientemente se ha sugerido que las lentes de contacto... «anulan la protección de las gafas protectoras...» y que «... concentrarían sobre la córnea el calor desprendido al hacer una soldadura de arco voltaico...». Estas afirmaciones pueden ser refutadas si se tienen en cuenta las propiedades ópticas del material empleado corrientemente para la fabricación de lentes de contacto.

HANDA, S. P., y cols.: *Comparación entre los exámenes activos y pasivos de presión sanguínea*, pp. 255-258.

Se ha llevado a cabo un examen de la tensión arterial en centros comerciales, fábricas e inmuebles de oficinas en Saint-Jean (Nuevo Brunswick, Canadá). En total se presentaron como voluntarios 1.437 hombres (o sea, aproximadamente el 11,6 por 100 del grupo en cuestión), de edades comprendidas entre los cuarenta y los sesenta y cuatro años, para que se les midiera la tensión arterial. Dos años más tarde, una encuesta semejante, realizada yendo de puerta en puerta en la misma ciudad y referida a 5.840 personas (o sea, el 47 por 100 del grupo en cuestión) del mismo sexo y del mismo grupo de edad, ha proporcionado el mismo perfil semejante. De todas formas, las presiones diastólicas registradas en las fábricas y oficinas eran por término medio, 3,2 mm de Hg inferiores a los resultados obtenidos en la encuesta llevada a cabo puerta a puerta y en los centros comerciales. La diferencia es considerada como significativa en el plano clínico y atribuida a una diferencia real de la población subyacente.

SHEPARD, R. J., y cols.: *Influencia del buen estado de salud de los empleados y del programa de modificación de forma de vida sobre el costo de los cuidados médicos*, pp. 259-263.

Se ha estudiado la utilización de la asistencia médica en un estudio controlado de buen estado de salud de empleados después de la institución de un programa de modificación de la forma de vida. Los sujetos (234 hombres y 300 mujeres en edad

activa) se obtuvieron de los directivos de dos compañías de seguros de vida semejantes (prueba y control). Los datos agrupados del Plan de Seguros Hospitalarios de Ontario sobre admisiones se agruparon en cuatro categorías de demanda médica (ECG, Obstetricia, Ortopedia y otros). Los empleados de la compañía experimental han mostrado una menor utilización de los servicios médicos tras la institución del programa de salud física. Por contra, los empleados de la compañía control han aumentado la utilización del seguro médico. Efectivamente, este programa ha conseguido un ahorro de 84,50 dólares por empleado y año o bien de 84.500 dólares por año para una oficina con 100 empleados (43,40 dólares en los sujetos masculinos y 132,40 dólares entre los femeninos).

SMILLIE, L.: *Evaluación de un programa de educación sanitaria y sobre el tabaco al nivel de conocimientos y actitudes de un grupo seleccionado de estudiantes de sexto grado*, pp. 264-266.

Se ha puesto a punto un programa de salud sobre la higiene y el tabaco que ha servido para un experimento en determinadas clases de sexto grado en Halifax (Nueva Escocia). El programa ha sido seguido por cinco clases, sirviendo de testigo otras tres. Las clases han sido sometidas a un test antes y después de la aplicación del programa, y los resultados indicaron que el grupo experimental había adquirido conocimientos que no tenía el grupo testigo, y que manifestaba una actitud más constructiva respecto a la higiene y una cierta desconfianza respecto al tabaco.

SETHI, A. S.: *Enfrentándose al «stress»*, pp. 267-271.

Este artículo analiza el concepto de «stress» y expone las múltiples reacciones de defensa que pueden usarse para enfrentarse a la tensión, y para acercarse a ella de una manera positiva. La palabra «stress» designa el conjunto de actitudes de comportamiento que surgen bajo el efecto de los factores de agresión y la reacción de la persona para adaptarse a su medio ambiente. El autor recomienda establecer las reacciones de defensa a la vez alrededor de la organización del medio de trabajo y de la movilización de los recursos personales.

Septiembre-octubre de 1982.

SCHAEFER, O., y cols.: *Tendencias cambiantes en las pautas de alimentación infantil en los territorios del noroeste 1973-1979*, pp. 304-309.

En el curso de un periodo de doce meses (1978-1979) enfermeras de higiene pública han registrado las respuestas a cuestionarios de alimentación de 370 lactantes «innuits», 126 lactantes indios y 198 lactantes de familias no autóctonas. Las tasas de respuestas obtenidas (76, 70, 35, 37 por 100, respectivamente), no permitieron comparar con confianza los resultados de este estudio con los datos similares recogidos en un estudio realizado de 1973-1974 sobre la morbilidad y la mortalidad perinatal solamente para los grupos de bebés autóctonos. Las diferencias más significativas ocurridas en el curso de los seis años que separan los dos estudios eran, por una parte, un marcado aumento del porcentaje de lactantes criados al pecho, así como la duración de esta crianza, y por otra parte, una pronunciada reducción de la morbilidad en los «innuits» y otros no autóctonos. La proporción de niños que todavía tomaban el pecho a los seis meses pasó de 21 a 44 por 100 en los «innuits» y de 5

a 38 por 100 en los noautóctonos. El número de días pasados fuera del hogar por razón de enfermedad se redujo 7,3 en lugar de 12,5 y, para los tres grupos étnicos estudiados se observó que la hospitalización por razones que no fueran de carácter congénito, era inversamente proporcional a la duración de la lactancia materna. Parece, pues, que el realce de la lactancia materna es una forma eficaz de reducir la morbilidad, sobre todo en las situaciones que presentan riesgos importantes. El hecho de que los niños con lactancia materna se críen y desarrollen mejor explicaría que los niños «innuits» y no autóctonos comiencen a andar más pronto; la diferencia de edad en los primeros pasos era significativa.

COLLS, M. E., y cols.: *Media de la morbilidad en una población: El Registro de Vigilancia de Salud de la Columbia Británica*, pp. 313-318.

Desde 1952, el Registro de la Vigilancia de la Salud (Health Surveillance Registry) registra los casos de defectos de nacimiento, genéticos y crónicos que se encuentran en la población de Columbia Británica. Se describen aquí los desarrollos recientes y los planes futuros de: 1, el cálculo del número de anomalías congénitas identificadas por el «Registro» y para el registro de los defectos de nacimiento (Birth Defects Registry); 2, la expansión de los registros de enfermedades genéticas; 3, la recogida de información de las incapacidades crónicas; 4, el desarrollo de los registros «en riesgo».

JONES P., E., y cols.: *Exploración de la prevalencia del diagnóstico por enfermeros*, pp. 323-327.

El presente documento utiliza ciertas constataciones extraídas de un estudio, actualmente en curso, y explora la posibilidad de establecer un enlace entre la prevalencia de los diagnósticos de enfermería y otras variables que se refieren a los pacientes. Los datos utilizados se derivan de la primera etapa de un estudio que trata de establecer cómo en la práctica el personal de enfermería describe la condición del paciente o el cliente del que se ocupa; la muestra consistía en 2.517 diagnósticos por enfermeros que resultaron de 393 encuentros entre los pacientes y las enfermeras(os) que fueron registrados por 57 especialistas en cuidados clínicos de enfermería o enfermeras(os) clínicas(os) que se ofrecieron voluntarios. Cerca de la mitad de los diagnósticos registrados fueron repartidos en once categorías que examinaremos aquí en función de dos variables conexas: los diagnósticos médicos y el cuadro de los cuidados a los pacientes. A pesar de que los análisis estén fundados sobre un trabajo preliminar tratando de poner a punto un vocabulario del diagnóstico de enfermería, ellas sugieren que la mejora de los conocimientos en este dominio podría en el porvenir facilitar la planificación de los cuidados, el despliegue del personal y la apreciación de la calidad de los cuidados.

FARKAS L., G.: *Talla y peso en escolares caucásicos en Canadá central*, páginas 328-333.

Este estudio forma parte de un trabajo de investigación antropométrica detallada, sobre la cabeza, el rostro y las orejas de los canadienses de origen caucásico de orígenes étnicos específicos, con el fin de compilar los nuevos datos de referencia para uso médico. La talla y el peso correspondiente al estudio de 655 escolares varones y 657 hembras caucásicos de Toronto y Montreal. El reparto étnico de la muestra

representando el mosaico de la población se ha conservado en los 13 grupos de edad en los que cada uno comprende cerca de 50 niños y 50 niñas. Las tallas y pesos medios de estos sujetos presentan gran similitud cuando se les compara con los resultados de los últimos estudios canadienses. Los niños de nuestra muestra tienen una talla y un peso ligeramente superiores en la mayor parte de los grupos de edad.

LEIGHTON, P. M.: «*Gardnerella vaginalis*»; *Aislamiento de laboratorio y significación clínica*, pp. 335-339.

El presente informe trata de los puntos siguientes: el aislamiento y la identificación de la *Gardnerella vaginalis*, la importancia clínica de este organismo y su tasa de aislamiento, el empleo de las placas de Jembec al almidón violeta para aislar la *G. vaginalis*. Estas placas permitieron aislar este organismo a partir de especímenes tomados dos días antes y colocados a la temperatura ambiente durante este período. El informe presenta también, brevemente, el papel de los anaerobios en la vaginitis por *G. vaginalis*. El autor concluye que este organismo, cuyo cultivo puede hacerse en la mayor parte de los laboratorios clínicos, está implicado en los casos de vaginitis. Las constataciones microbiológicas y clínicas deben ser examinadas conjuntamente para determinar si es significativo en un caso de infección.

PHILIPPE, P.: *La epidemiología genética, fundamento de una verdadera prevención: el enfoque y sus resultados*, pp. 350-357.

La epidemiología genética estudia las interacciones entre las particularidades genéticas de los individuos y los factores del medio ambiente. Su enfoque es familiar, tomando así ventajas de la homogeneidad etiológica característica de la unidad familiar. El modelo multifactorial de la enfermedad constituye un cuadro teórico general que funda el enfoque de la epidemiología genética, el dibujo, en el seno de las poblaciones las diversas categorías de personas sometidas a riesgos de diferente naturaleza. Por otra parte, el modelo multifactorial postula en el origen de las enfermedades crónicas una multitud de causas, es la heterogeneidad etiológica de un mismo fenotipo. La diabetes sacarina, el raquitismo y las enfermedades cardiovasculares son un ejemplo. La prevención de estas enfermedades está ligada a un conocimiento íntimo de etiologías distintas. Se observa igualmente que un factor genético como una deficiencia en alfa-11 antitripsina pueda dar lugar a diversos tipos de afección probablemente en presencia de factores ambientales específicos. La toma en consideración de varios factores genéticos de riesgo estaría igualmente indicada. La investigación de la heterocigocidad para los genes recesivos deletéreos en estado homocigote constituye una estrategia de enfoque al postulado de heterogeneidad etiológica. Los heterocigotes pueden ser los subgrupos de riesgo investigados por los epidemiólogos. Ejemplos de riesgo de afecciones crónicas en los heterocigotes son conocidos más especialmente en el terreno del cáncer y la enfermedades del corazón. El enfoque «laterospectivo», que consiste en examinar las afecciones presentadas en la familia ampliada de un paciente, constituye otra estrategia operacional del postulado de heterogeneidad etiológica. La originalidad del enfoque es la de enlazar los grandes problemas de salud comunitaria a los problemas pediátricos. La relación se funda sobre el postulado de que la afección crónica del adulto es una «forma frustrada» de una enfermedad aguda y fácilmente abierta presente en la familia, cuya causa es una predisposición genética catalizada por factores ambientales específicos y/o otros genes menores. Los modelos biológicos sugieren que un factor ambiental

puede aprovechar esta predisposición y tomar fenotipos que se refieren tanto a la teratología como a la endoplasia. La predisposición genética incluye genes recesivos, genes dominantes, modificaciones cromosómicas que tratan de la pérdida de un locus de resistencia, o incluso una alteración del DNA. Una estrategia global de enfoque de los problemas de salud se dibuja, el enlace con los problemas pediátricos en el interior de la familia puede indicar no solamente los mecanismos etiológicos sino igualmente hacer más eficaz la prevención al ser más personal.

MANKIEWICZ, E., y cols.: *Micobacterias atípicas en el agua del grifo*, pp. 358-359.

Se procedió a cultivos para determinar la presencia de micobacterias en 29 muestras de agua tomada del grifo en un hospital y varios focos en la región de Lakeshore, en Lachine, Rosemere, Outremont y en otros distritos. Se observó el crecimiento de micobacterias atípicas en 80 por 100 de los cultivos, siendo *M. kansasii* la aislada con mayor frecuencia. Estas constataciones sugieren que la apreciación clínica del aislamiento de estas bacterias partiendo de fuentes humanas, especialmente esputos, debe hacerse a la luz de las observaciones clínicas y radiológicas, del hecho de reacciones cruzadas entre las tuberculoproteínas, de las personas expuestas a los antígenos de los *M. kansasii* o *M. intracellulare*, o sensibilizadas por estos últimos, podrían presentar una reacción falsamente positiva de Mantoux.

FORO MUNDIAL DE LA SALUD, julio-agosto-septiembre de 1982.

ANNEL, M., V.: *Una experiencia guatemalteca: quien dirige es la comunidad y no el médico*, pp. 325-327.

En el programa de promotores de la salud de Guatemala, la comunidad se hace verdaderamente cargo de sus propias actividades sanitarias, para lo cual selecciona algunos de sus miembros y financia la capacitación de los agricultores, en su mayoría indígenas, que dedican parte de su tiempo a atender a personas enfermas y a dar educación sanitaria a su propio pueblo.

LAMBORAY, J-L.: *Aprovechamiento óptimo del contacto inicial con los enfermos*, páginas 358-361.

Mediante el establecimiento de procedimientos sencillos, basados en los síntomas del tipo de dolencias con más frecuencia encontradas en los centros de salud rural, el Consejo Médico del Distrito de Salud Rural de Kizantu, Zaire, consiguió mejorar considerablemente la eficacia de las actividades terapéuticas y de diagnóstico de las enfermedades auxiliares en sus consultas iniciales con los enfermos.

NEWLAND, K.: *La mortalidad infantil y la salud de las sociedades*, pp. 369-372.

Las condiciones económicas, sociales y ambientales tienen una gran influencia en los índices de mortalidad infantil que, por lo tanto, dependen en mayor grado de las medidas de tipo preventivo que se adopten en esas esferas que de la medicina curativa.

HEALTH BULLETIN, julio de 1982.

BARBER, J. H.: *Cribado de desarrollo preescolar: resultados de un período de cuatro años*, pp. 170-178.

Se hizo un análisis de los resultados de un programa de cribado del desarrollo de preescolares en una consulta de 8.433 pacientes durante un período de cuatro años. De los 281 niños que terminaron el programa de cuatro años, 41 mostraron alguna muestra de anomalía física, 31 mostraron desarrollo retrasado y tres desarrollo anormal. Las tasas de fallo del programa de cribado fueron de menos del 10 por 100 en cada etapa del examen, debidas principalmente a una política activa de exámenes de seguimiento en el hogar de niños que fallaban. Se estudia un sistema capaz de detectar el desarrollo retrasado antes de que se haga francamente anormal y se enseña la forma de mejorar los problemas que necesitan acción para justificar el programa de cribado del desarrollo.

Septiembre de 1982.

ROSS, P. W., y NEILSON, J. R.: *Estreptococos del grupo B en madres y niños: estudios de Edimburgo*, pp. 234-239.

Ochocientas doce embarazadas que acudían a una clínica antenatal de Edimburgo entre octubre de 1976 y octubre de 1978 fueron examinadas buscando la existencia de estreptococos grupo B (EGB) en el cervix y en la uretra. 130 (16 por 100) fueron EGB positivos, 23 de los niños de madres EGB positivas fueron también positivos. Se sabe que el EGB puede causar infección grave en el recién nacido pero ninguno en el presente estudio mostró signos de infección mayor o menor. Se sugiere que como los antibióticos no eliminan efectivamente el estado de portadores de EGB en la madre durante el embarazo, debe hacerse el máximo esfuerzo para identificar los niños con riesgo de infección al nacer.

MORRIS, J. B., y DAVISON, M.: *Registro sugerido para cribado e inmunización de preescolares*, pp. 240-247.

Se describe un método sencillo de comprobar que los preescolares de un distrito han seguido un programa prescrito de cribado (*screening*) y de medidas preventivas. El programa comprende estudio de fenilcetonuria, vacunaciones adecuadas a la edad y pruebas de estudio rápido de desarrollo neurológico.

LABORATORIO, julio de 1982.

SALVO, M. D., y cols.: *Estudio comparativo de dos medios de cultivo para el aislamiento de «Brucella abortus» a partir de muestras de leche*, pp. 19-24.

Se ha realizado un estudio comparativo de los medios selectivos descritos por Farrell y Renoux, para el aislamiento de *B. abortus* a partir de muestras de leche. Los resultados han demostrado la superioridad del medio de Farrell y que si el medio de

Renoux no es enriquecido con suero de ternera, algunas estirpes de *B. abortus* pertenecientes a los biotipos 1 y 3 no se multiplican. Las estirpes de *B. abortus* clasificadas como biotipo 2 únicamente se aislaron en el medio de Farrell.

Agosto de 1982.

GARCÍA RODRÍGUEZ, J. A., y MARTÍN-SÁNCHEZ, A. M.: *Diagnóstico biológico de la aspergilosis pulmonar*, pp. 91-117.

La aspergilosis no es una entidad tan rara como piensa el clínico y existen cuadros específicos en los que habría que descartar esta micosis. Los métodos de diagnóstico directo aún siguen teniendo cierta vigencia, pero es necesario interpretar correctamente los resultados obtenidos y tener presente que con frecuencia aparecen tanto falsos positivos como falsos negativos. El diagnóstico inmunológico es en la actualidad de gran ayuda en la mayor parte de las formas de aspergilosis. Las técnicas clásicas, doble difusión e inmunoelectroforesis, continúan siendo fundamentales en el diagnóstico de esta micosis. En inmunoelectroforesis se puede realizar la caracterización enzimática de las fracciones específicas, primordialmente en aquellos sueros que solamente presentan uno o dos arcos. Como pruebas cuantitativas se emplean: Hemaglutinación, inmunofluorescencia indirecta y recientemente ELISA. En esta última técnica se pueden utilizar como antígeno las fracciones específicas purificadas (quimotripsicas). Para el diagnóstico de aquellas formas en que no se detectan anticuerpos, se pretende en la actualidad la búsqueda de antígenos circulantes. Por último es preciso recalcar que para un correcto diagnóstico de las aspergilosis es fundamental el que exista una buena colaboración entre la clínica y el laboratorio.

GARCÍA DE LOMAS, J.: *Micosis subcutáneas y profundas: orientaciones diagnósticas*, páginas 119-164.

Se indican los hongos productores de micosis subcutáneas y profundas sistémicas según su estructura microscópica y las lesiones clínicas producidas. Se describen las características fundamentales de algunas de estas micosis. Histoplasmosis, Coccidioidomicosis, Blastomicosis, Paracoccidioidomicosis, Criptococosis, Esporotricosis, Cromomicosis, Lobomicosis, Quiste phaeomicótico, Phaeohyphomicosis y Micetomas. Se expone el diagnóstico micológico general basado en el examen de muestra, cultivo e identificación de los aislamientos en función de la presencia de hongos levaduriformes, dimórficos, filamentosos o presencia de granos.

NOGUEIRA, J. M.: *Diagnóstico serológico en micología*, pp. 165-189.

Se realiza una revisión de los métodos serológicos más útiles en el diagnóstico indirecto de las principales infecciones fúngidas considerando aquéllos con especiales características de sensibilidad, especificidad y reproductibilidad. Se analiza el valor diagnóstico y pronóstico de la presencia de anticuerpos séricos en las distintas formas clínicas de micosis. Además se describen las técnicas más importantes utilizadas en el diagnóstico serológico de rutina de las infecciones fúngidas (contraelectroforesis, doble difusión y aglutinación).

ALTUNA CUESTA, A., y RODRÍGUEZ SEVILLA, E.: «*Cryptococcus neoformans*», pp. 191-210.

En el presente trabajo se realiza un estudio de las características microbiológicas del género *Cryptococcus* y más concretamente *C. neoformans*, a la vez que se establece un estudio epidemiológico de dicha levadura, contrastando los resultados obtenidos por los autores con la biografía existente. Los autores aíslan un alto porcentaje de *C. neoformans* en palomares, con elementos muy elevados en heces de paloma desecadas (viejas), muy bajo en heces frescas (recién emitidas) y escasísimo en huches de palomas; lo cual parece indicar un carácter exoprofitico de *C. neoformans*.

GAY MARTÍNEZ FRESNEDA, C., y cols.: *Cuatro casos de esporotricosis en Madrid*, páginas 215-221.

El presente trabajo es una comunicación de cuatro casos de *Sporotricosis* aparecidos en Madrid, entre los años 1977 y 1981. Se hace la descripción clínica de ellos y se destaca la conveniencia de tener presentes las micosis en casos de lesiones dermatológicas de evolución lenta. Se confirma el diagnóstico con cultivo y aislamiento de *Sporotrichum schenckii* y se practica en dos enfermos antibiograma del hongo causal para mejor orientar el tratamiento.

CROS, L., SALVA, R., y SIERRA, X.: *A propósito de un caso de esporotricosis*, páginas 223-227.

Se comenta un caso de esporotricosis, micosis profunda de relativa rareza en nuestro medio. Las lesiones del caso que nos ocupa se distribuían a lo largo de un brazo y el diagnóstico se estableció mediante biopsia. Posteriormente se corroboró la etiología fúngica de la lesión mediante cultivo. Se señalan los problemas diagnósticos que puede presentar la esporotricosis en su fase inicial y se destaca la utilidad de recurrir a la biopsia en estos casos.

GONZÁLEZ DE CANALES, F., y cols.: *Maduromicosis por «Madurella grisea»: Un caso español autóctono*, pp. 229-238.

Se descubre el primer caso de maduromicosis por *Madurella grisea* observado en España, teniendo además carácter autóctono. Las pruebas inmunológicas realizadas muestran unas respuestas humoral y celular deficientes frente a substratos antigénicos de este hongo. El déficit inmunitario celular también es manifiesto frente a antígenos fúngicos de otros géneros, pero no frente a antígenos bacterianos. No puede, sin embargo, descartarse una alteración más global de la inmunidad celular. A pesar de la sensibilidad «*in vitro*» de las colonias de *Madurella grisea* al nuevo fármaco Ketoconazol (Jansen Pharmaceutica), los resultados después de cinco meses de tratamiento no son satisfactorios, seguramente por la existencia de formas de resistencia desarrolladas por el hongo y por sus localizaciones profundas.

MARTÍNEZ, J.; TORRES, J. M., y PRAT, C.: *Petriellidiosis («Allescheriasis») pulmonar. Aspectos micológicos y serológicos a propósito de un caso*, pp. 239-243.

Se describe un caso de petriellidiosis pulmonar intracavitaria. En base a los datos clínico-radiológicos inicialmente se diagnosticó al paciente de aspergilosis de coloni-

zación en forma de aspergiloma, resultando los estudios serológicos negativos para los antígenos aspergilaes. El aislamiento en cultivo puro de *Petriellidium boydii*, a partir de tres muestras consecutivas de esputos, permitieron realizar el diagnóstico etiológico. Tras la intervención del paciente se reafirmó dicha etiología por cultivo a partir del contenido de la cavidad. La cepa obtenida se utilizó como fuente de obtención de antígeno, que permitió seguir la evolución postquirúrgica del paciente, demostrándose la negativización de las pruebas serológicas a partir del noveno mes de la intervención.

RUBIO CALVO, M., y cols.: *Granuloma dérmico por «Alternaria tenuissima» en un paciente inmunodeprimido*, pp. 245-251.

Se describe *Alternaria tenuissima* como agente etiológico de una infección cutánea granuloma fistuloso, en un paciente varón que padecía insuficiencia renal bilateral. El hongo se aisló repetidas veces en cultivo puro tanto del exudado fistuloso como de biopsia dermoepidérmica. Las defensas inmunológicas, tanto humorales (tasa de complemento e inmunoglobulinas), como celulares (población de linfocitos T y B) estaban alteradas. La lesión curó mediante tratamiento con anfotericina B y resección quirúrgica.

SOTO, C., ESTEBAN, B., y GAREA, T.: *Aspergilosis pulmonares. Estudio de las técnicas de diagnóstico*, pp. 253-260.

Nos hemos propuesto dedicarle una mayor atención al estudio de las aspergilosis y aspergilomas, así como de las técnicas que ayuden a su rápido diagnóstico, debido al aumento de casos y considerando que este tipo de micosis pulmonares suele desarrollarse asociadas a la presencia de cavitaciones u otras lesiones pulmonares y que nuestro medio presenta un elevado porcentaje de tuberculosis pulmonar. El número de casos encontrados en un año fue de 20, las edades oscilan desde tres a ochenta y dos años. Todos ellos presentaban un diagnóstico previo de tuberculosis o asma alérgica. A todos ellos se les realizó cultivo de esputo, secreción bronquial, así como de la masa aspergilar obtenida quirúrgicamente. También se les hizo un estudio de tipo serológico mediante las técnicas de doble difusión, inmunoelectroforesis e inmunofluorescencia.

Septiembre de 1982.

FERNÁNDEZ MAZARRASA, C., y col.: *Incidencia de aislamiento de salmonellas en coprocultivo*, pp. 283-289.

Se revisan los coprocultivos realizados en el hospital en el período comprendido entre 1977-1980, en los cuales se aisló *Salmonella* en 307 casos. Se describen los medios de cultivo y aislamiento, utilizados para su identificación. Se realiza la identificación de especie con sueros comerciales, siguiendo el esquema de Kauffmann-White. *S. typhimurium* fue la especie que se aisló en mayor número, seguida de *S. typhi* y *S. enteritidis*. En el estudio de la sensibilidad antibiótica por el método discoplaca se observó que varias cepas de diferentes especies eran resistentes al cloramfenicol, hecho que se confirmó al calcular sus respectivas concentraciones inhibitorias mínimas.

Octubre de 1982.

PÉREZ TRALLERO, E., y col.: *Aislamiento de «Vibrio vulnificus» («Beneckea vulnificus») en la costa de Guipúzcoa*, pp. 347-355.

Vibrio vulnificus, conocido también como *Beneckea vulnifica*, es un vibrio lactosa positivo que ha recibido gran atención al ser aislado en enfermos humanos en Estados Unidos y al haber sido reconocido como el causante de infecciones graves. La facilidad con que ha sido aislado a partir de playas frecuentadas por bañistas, nos lleva a creer que es un microorganismo común en el ambiente marino al cual los humanos están ampliamente expuestos. De las cinco playas estudiadas, *V. vulnificus* fue aislado en cuatro. Aunque se requirió una mayor cantidad de CINA para el crecimiento de las cepas estudiadas, las características bioquímicas de estas cepas son casi idénticas a las de las cepas de procedencia humana aisladas por otros autores.

AUSINA, V., y col.: *Epidemiología de la dermatofitosis en la provincia de Barcelona*, pp. 357-371.

Se presentan los resultados de un estudio prospectivo iniciado en el año 1975, tomando como referencia el efectuado por Vilanova, Casanovas y Leche durante los años 1947-1957. De 1.860 muestras de origen cutáneo estudiadas en enero de 1975 a marzo de 1981 hemos aislado e identificado 429 cepas de dermatofitos correspondientes a otros tantos enfermos. El objeto del trabajo ha sido la evaluación de las especies aisladas, de las formas clínicas observadas, en relación al trabajo de Vilanova et al. y las posibles fuentes de contagio actuales.

REVISTA DAE, septiembre de 1982.

MURGEL BLANCO, S., y col.: *Tratamiento aeróbico bajo presión*, pp. 72-77.

El presente trabajo trata de observar aspectos de la floculación y estabilización de un residuo orgánico sintético, a través de cultivo mixto de microorganismos obtenido de basuras domésticas, en condiciones de aeración bajo presiones superiores a la presión atmosférica normal (2 a 3 Kg/cm²).

El proceso fue comprobado en una unidad con capacidad para cuatro litros y en funcionamiento discontinuo. En los ensayos se trabajó con diversas concentraciones iniciales de substratos haciéndose determinaciones de: demanda química de oxígeno, demanda bioquímica de oxígeno, pH, sólidos segmentables, totales, fijos y volátiles, oxígeno disuelto, número total de colonias de bacterias y exámenes microscópicos. Se utilizaron con residuos con valores de DQO que variaron entre 620 mg/l y 1.200 mg/l, obteniéndose reducciones del orden del 95 por 100 en términos de DBO5 y 70 por 100 en términos de DQO, con muestras filtradas. En todos los ensayos hechos no se observó formación de cantidad significativa de sólidos sedimentables.

REVISTA ESPAÑOLA DE ONCOLOGIA, abril-junio de 1981.

HERNÁNDEZ ANTEQUERA, M. A., y cols.: *Prolactina en cáncer mamario*, pp. 161-167.

El estudio del nivel sérico de prolactina en mujeres afectas de carcinoma mamario muestra un aumento altamente significativo ($p < 0,001$) con respecto al nivel sérico de la misma hormona en un grupo de mujeres sanas tomadas como control.

CAMACHO LOZANO, A., y cols.: *Estado actual del cáncer gástrico. Experiencia de un servicio de cirugía general*, pp. 227-289.

Los autores hacen una revisión del estado actual del cáncer gástrico a la luz de la experiencia de un servicio de cirugía general. En España es un cáncer relativamente frecuente que suele llegar a la primera consulta y al tratamiento en la etapa avanzada, por lo que urge mejorar los métodos de diagnóstico temprano.

REVISTA MEDICA DE CHILE, septiembre de 1982.

BRAGHITO, I., y cols.: *Incidencia de colesterolesis vesicular en Chile*, pp. 852-856.

Estimamos las incidencias de colesterolesis vesicular en 1.000 biopsias quirúrgicas consecutivas y 1.000 autopsias, usando estrictos criterios histológicos para el diagnóstico. Se observó colesterolesis sin litiasis en el 26 por 100 de las autopsias y el 4,6 por 100 de casos quirúrgicos, siendo la incidencia mayor por debajo de cincuenta años de edad. Colesterolesis y litiasis ocurrió en el 12,9 por 100 de las biopsias quirúrgicas y en el 3,3 por 100 de autopsias. Nuestros resultados sugieren que la colesterolesis vesicular es fundamentalmente asintomática y muy frecuente en Chile.

REVISTA DE SAUDE PUBLICA, febrero de 1982.

CORNBLITH SZARFARC, S., y cols.: *Estudio comparativo de indicadores bioquímicos de concentración de hierro en dos poblaciones de gestantes con y sin atención prenatal*, pp. 1-6.

Se evaluó la influencia de la cantidad de atención prenatal en la deficiencia de hierro entre gestantes con treinta y seis y más semanas de embarazo. La muestra se dividió en tres grupos: GP, con atención prenatal adecuada desde el primer trimestre de embarazo; CPN, con asistencia prenatal de diferentes calidades, y SPN, sin ningún tipo de asistencia prenatal. Los resultados obtenidos para la hemoglobina mostraron que en el grupo GP la prevalencia y gravedad de la anemia son significativamente menores que en el grupo CPN y en éste menores que en el grupo sin asistencia prenatal (SPN). Los resultados obtenidos en la relación hemoglobina/hematocrito, hierro sérico y capacidad total de ligación del hierro representan al GP en situación significativamente mejor que los grupos CPN y SPN que no fueron significativamente diferentes entre sí. Se llamó la atención sobre la necesidad de aumento de cobertura y uniformidad en la calidad de los servicios de atención prenatal con el objetivo de disminuir la prevalencia de la deficiencia de hierro entre gestantes.

Abril de 1982.

ZELANTE, F., y cols.: *«Staphylococcus aureus» en la boca y en la nariz de individuos sanos. Comprobación de identidad entre las cepas aisladas*, pp. 92-6.

El material recogido de la nariz y de la boca (saliva y raspado lingual, aisladamente) de 130 individuos clínicamente sanos, permitió caracterizar 47 (36,15 por 100)

de ellos como portadores de *S. aureus*, siendo 21 portadores exclusivamente bucales y 11 exclusivamente nasales. Habiéndose constatado que la nariz y la boca albergan cepas de diferentes fagotipos, se comprobó que la recogida simultánea de material de dos nichos distintos (saliva y lengua, nariz y lengua y nariz y saliva) proporcionaba la determinación de mayor número de portadores. Se recomendó que en la detección de portadores de *S. aureus*, los aislamientos deben hacerse a partir de materiales recogidos simultáneamente de las áreas nasal y bucal (saliva o lengua).

CHATKIN, J. M., y CHAIER, J. A.: *Utilidad de las pruebas de sensibilidad del bacilo tuberculoso en salud pública*, pp. 120-6.

Se hace la revisión de la indicación de las pruebas de sensibilidad del bacilo tuberculoso, teniendo en cuenta su utilidad en salud pública o en casos individualizados. Se discutirán las dificultades técnicas para la ejecución de un examen fiable, así como los problemas que existen para su interpretación.

REVUE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DE L'OFFICE INTERNATIONAL DES EPIZOOTIES, septiembre de 1982.

PROVIST, A.: *Bases científicas y técnicas de erradicación de la peste bovina en África intertropical*, pp. 643-665.

Los historiales de la evolución de la panzootia bovinepéstica apoyados en el moderno conocimiento de la virología e inmunología de la peste bovina, conducen al esbozo de un esquema epizootológico lógico. Se infiere de ello la noción de la posibilidad de erradicación de la enfermedad de acercarse la cobertura vacunal del ganado receptible al máximo de la tasa ideal del 100 por 100. Se propone un plan de acción continental para África en el que se toma en cuenta la existencia de los «crisolos infecciosos», uno en África occidental y otro en África oriental.

PROVIST, A.: *Ventajas de una campaña conjunta contra la peste y la perineumonía bovinas*, pp. 705-722.

Al revisar las acciones de control de la perineumonía contagiosa bovina en África se ve con claridad que se puede erradicar la enfermedad, siempre que sea total la cobertura vacunal, mantenida durante tres o cinco años y asociada a elementales medidas sanitarias. Se hace una reseña de los principios que gobiernan el uso de las vacunaciones antiperineumónicas, sugiriéndose que, aprovechando una campaña de erradicación de la peste bovina en el continente africano, se proceda a una vacunación masiva cuyas modalidades prácticas se estudien en función de las tasas conocidas de infección y de los movimientos comerciales o de transhumancia del ganado.

PAGES, H. W.: *La importancia de las áreas libres de fiebre aftosa para los países importadores de productos y subproductos pecuarios*, pp. 741-756.

Presenta el autor un balance de la producción de carne en las zonas afectadas y libres de fiebre aftosa. En materia de comercio de carne bovina congelada, las zonas afectadas de fiebre aftosa vienen realizando el 61 por 100 de las exportaciones

mundiales y las zonas libres el 39 por 100. Las regiones que importan mayores toneladas de carne bovina son Europa (entre las zonas afectadas) y América del Norte (entre las zonas libres de la enfermedad). Australia y Nueva Zelanda exportan la mayoría de la carne ovina congelada, con destino a Europa (principalmente Gran Bretaña) y Asia. Frente a esta situación, los países exportadores de la zona latinoamericana afectada de fiebre aftosa están buscando nuevos mercados para sus producciones. Se producen las carnes cocidas y en conserva en menos cantidad que las carnes congeladas, que están mejor valoradas en el mercado internacional. Teniendo en cuenta las diferencias de cotizaciones de la carne congelada entre zonas afectadas y zonas libres de fiebre aftosa, América del Sur pierde por lo menos 170 millones \$ US anuales a causa de la fiebre aftosa. Estima el autor que los productores, los industriales, los comerciantes, los técnicos profesionales, y esencialmente los Gobiernos han de poner todo su empeño en erradicar la fiebre aftosa de Sudamérica.

Comisión Sudamericana para lucha contra fiebre aftosa. Países y áreas libres de fiebre aftosa. Requisitos y condiciones. pp. 773-784.

El Código Zoonosario de la Oficina Internacional de Epizootias define según varios criterios los países a las zonas libres o infectadas de fiebre aftosa. Los países americanos, o por lo menos algunas zonas de estos países, pueden ser clasificados según los anteriores criterios. En una reunión FAO/OIE, que se celebró en países infectados, se discutieron de nuevo las recomendaciones de esta reunión en una reunión FAO organizada en Turquía en 1973. Aplican los autores estas nociones a la situación en Sudamérica, exponiendo las condiciones que se requieren para el reconocimiento de zonas libres de fiebre aftosa en aquellos países que están afectados por la enfermedad.

BLANCOU, J., y cols.: *Estudio de una vacuna contra la rabia animal, de virus inactivado, preparada a partir de encéfalo ovino.* pp. 809-810.

Entre las posibles formas de producción de vacunas antirrábicas (de virus inactivado), la del empleo de encéfalos ovinos parece que es una de las más económicas y más prácticas en las campañas de vacunación de perros, especialmente en países de zona tropical. Se reseñan y discuten las condiciones prácticas de producción de este tipo de vacuna, los títulos de virus obtenidos según la edad de los ovinos, los valores antigénicos de los lotes fabricados, los títulos de anticuerpos y/o la resistencia a la prueba observados después de administrarlos al perro (o al zorro). Al estudiar estos datos se ve que las vacunas de este tipo corresponden a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, de conservarse en estado líquido, se las ha de emplear en los seis meses que siguen a su fabricación en las condiciones descritas.

AUBERT, M. F. A., y BLANCOU, J.: *Prueba simplificada de control de potencia de las vacunas antirrábicas de virus inactivados.* p. 821.

Proponen los autores una prueba de control de potencia de las vacunas antirrábicas de virus inactivados, que es una simplificación de la prueba de NIH. Esta simplificación, justificada estadísticamente, puede permitir concluir que una vacuna supera una norma requerida de potencia, sin precisar en cuánto es superada esa norma: prueba de cribado. Una extensión de esta prueba (prueba de selección) aplicada al caso de las vacunas no adyuvadas producidas en tejido cerebral permite emplear esta prueba de modo menos severo.

AUBERT, M. F. A.: *Un método sencillo de cálculo de títulos de suspensiones virales, vacunales o seroneutralizantes: el método gráfico*, pp. 832-833.

En la interpretación estadística de las pruebas biológicas con respuestas individuales de tipo «todo o nada», lo más a menudo se sigue empleando todavía el método de Reed y Muench. Desafortunadamente su empleo conduce a conclusiones poco exactas o cuestionables, porque lo más a menudo no se respetan las estrictas condiciones de aplicación definidas por los autores. Stellman y Terré criticaron el método, poniendo de relieve en especial el que «el artificio de cálculo por los totales acumulativos suma los errores cometidos en una dilución, a todas las diluciones». Se puede contribuir a divulgar el uso de técnicas fiables haciendo que sea más sencilla su aplicación. Esta fue nuestra meta, al proponer un método gráfico sencillo, que permite a cualquier experimentador, cualquiera que sea su formación, controlar personalmente y con prontitud su trabajo experimental. Efectivamente, el empleo de un gráfico es más sencillo y da más datos sobre el desarrollo y los resultados de la experiencia efectuada que el uso de la fórmula de Karber. Con el método gráfico se determina la D_{50} , se calcula su intervalo de confianza y se comparan dos D_{50} , determinadas en el proceso de una misma experimentación.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 2 de septiembre de 1982

MAHAFFEY, K. R., y cols.: *Estimaciones nacionales de niveles de plomo en sangre: Estados Unidos, 1976-1980. Asociación con factores demográficos y socioeconómicos seleccionados*, pp. 573-9.

Datos de la Segunda Encuesta Nacional de Exámenes de Salud y Nutrición mostró que el 22 por 100 de las personas de seis meses a setenta y cuatro años de edad tenían niveles de plomo en sangre por debajo de $10 \mu\text{g}$ por decilitro, 1,9 por 100 tenían niveles elevados ($\geq 30 \mu\text{g}$ por dl, $\geq 1,45 \mu\text{mol}$ por litro). Entre niños de seis meses a cinco años de edad la prevalencia de niveles elevados fue significativamente mayor (4 por 100) que lo previamente esperado en base a un menor número de datos. La prevalencia de niveles elevados de plomo fue 12,2 por 100 en niños negros y 2,0 por 100 en niños blancos. Los niveles medios de plomo en sangre eran más elevados en negros que en blancos entre niños y adultos, entre niños pequeños que viven en zonas urbanas y rurales y entre miembros de familias de ingresos bajos, moderados y altos. Estos contrastes raciales pueden reflejar diferente exposición al plomo o absorción del mismo (o ambos). Los niños pequeños de familias (tanto blancas como negras) cuyos ingresos estaban por debajo de 6.000 dólares tenían una prevalencia de niveles elevados de plomo significativamente mayor que los de familias con ingresos de 6.000 dólares o más.

DOLIN, R., y cols.: *Un ensayo controlado de amantadina y rimantadina en la profilaxis de la infección por gripe A*, pp. 580-4.

Cuatrocientos cincuenta voluntarios participaron en un ensayo al azar, controlado por placebo y doble ciego de los efectos profilácticos de rimantadina y amantadina durante un brote de gripe A. Los sujetos recibieron drogas por boca a dosis de 100 miligramos, dos veces por día durante seis semanas. Una enfermedad como la gripe se produjo en el 41 por 100 de los sujetos que recibieron placebo pero sólo en el 14 por 100 de los que recibieron rimantadina y 9 por 100 de los que recibieron

amantadina ($P < 0,001$ para cualquiera de las drogas frente al placebo). Gripe confirmada por el laboratorio se produjo en el 21 por 100 de los que recibieron placebo, en 3 por 100 de receptores de rimantadina y 2 por 100 de los de amantadina ($P < 0,001$). Estos datos representan tasas de eficacia del 85 por 100 para la rimantadina y 91 por 100 para amantadina en comparación con el placebo. Más receptores de amantadina (13 por 100) que receptores de rimantadina (6 por 100, $P < 0,05$) o placebo (4 por 100, $P < 0,01$) se retiraron del estudio, por efectos colaterales sobre el sistema nervioso central. En base a este estudio la rimantadina parece ser la droga de elección para la profilaxis de la gripe A.

MARIE, P. J., y cols.: *Osteomalacia histológica debida a deficiencia del calcio en la dieta en niños*, pp. 584-8.

Realizamos un estudio histomorfométrico de la formación y reabsorción de trabéculas óseas en cortes no decalcificados de cresta iliaca de tres niños que presentaron evidencia clínica, radiológica y bioquímica de raquitismo asociado a deficiencia de calcio en la dieta. Los tres niños tenían grave osteomalacia comprobada por hiperosteoidosis y bajos indicadores estáticos y dinámicos de mineralización ósea. Hubo una reducción de volumen de hueso calcificado asociada a una formación de hueso disminuida y características de reabsorción ósea. La corrección de la ingestión de calcio con la dieta en dos de los pacientes llevó a niveles normales de suero y orina y redujo los niveles de fosfatasa alcalina. Tras el tratamiento con calcio, el volumen de hueso calcificado fue normal y los indicadores de mineralización ósea se normalizaron también. Llegamos a la conclusión de que la baja ingestión de calcio por los niños puede estar asociada con un cuadro histológico de osteomalacia grave. Nuestro hallazgo de que cantidades adecuadas de calcio mejoran rápidamente la mineralización ósea demuestra que la deficiencia de calcio puede producir osteomalacia en niños.

PLATT, R., y cols.: *Mortalidad asociada con infecciones hospitalarias del tracto urinario*, pp. 637-42.

En un estudio prospectivo, 131 de 1.458 pacientes adquirieron 136 infecciones del tracto urinario (definidas como 10^5 unidades formadoras de colonias por milímetro), durante 1.474 cateterismos ascendentes de vejiga. 76 pacientes (25 infectados y 51 no infectados) murieron durante la hospitalización, las tasas de muerte fueron 19 por 100 en pacientes infectados y 4 por 100 en los no infectados. El análisis de regresión múltiple logística demostró que siete de 21 variables vigiladas prospectivamente estaban asociadas con mortalidad entre los pacientes cateterizados. La tasa ajustada de exceso de mortalidad entre los que adquirieron la infección y lo que no fue de 2,8 (95 por 100 límites de confianza, 1,5 a 5,1). La adquisición de la infección no estaba asociada con la gravedad de la enfermedad subyacente; entre los pacientes que murieron, hubo infecciones en el 38 por 100 de los que no tenían enfermedad subyacente fatal (15 de 39) y en 27 por 100 de los que tenían una enfermedad fatal (10 de 37). Doce muertes pueden haber sido causadas por la infección urinaria adquirida. Dos pacientes tenían patógenos del tracto urinario en hemocultivos pre mortem. Otros diez murieron con cuadros clínicos compatibles con infección grave, pero no se hicieron cultivos diagnósticos. Llegamos a la conclusión de que la adquisición de una infección urinaria durante la cateterización ascendente de vejiga está asociada con un aumento de casi tres veces de la mortalidad entre pacientes hospitalizados, pero la razón de esta asociación no está aún clara.

MULLAY, A. G., y cols.: *Indicaciones para el uso de vacuna de la hepatitis B, basadas en un análisis coste/eficacia*, pp. 644-52.

Para formular indicaciones para el uso de la vacuna contra la hepatitis B, examinamos la relación coste-eficacia de tres estrategias: vacunación general, examen general y vacunación de los que no tenían pruebas de inmunidad y no vacunación ni examen general sino inmunización pasiva de los que se sabía estaban expuestos. Las estimaciones de tasa de ataque por hepatitis, prevalencia de inmunidad y frecuencia de exposición conocida se hicieron en tres poblaciones representativas: hombres homosexuales, residentes de cirugía y población general de Estados Unidos. El examen seguido de vacunación de los homosexuales y la vacunación sin examen previo de los residentes de cirugía produciría ahorros de costes médicos. Ni el examen ni la vacunación son la forma de acción más barata para la población general. La vacunación de personas susceptibles ahorrará costes médicos a las poblaciones con tasas de ataque por encima del 5 por 100. La vacunación puede considerarse como eficaz desde el punto de vista del coste (o reductiva de costes cuando se incluyen los costes indirectos) en poblaciones con tasas de ataque tan bajas como 1 a 2 por 100.

BENENSON, M. W., y cols.: *Toxoplasmosis transmitida por ooquistes asociada con ingestión de agua contaminada*, pp. 666-669.

La infección humana con *Toxoplasma gondii* puede ser el resultado de la ingestión de quistes en tejidos, que se encuentran en ciertas carnes, o de ooquistes que se expulsan en las heces de los gatos. Aunque no se conoce la toxoplasmosis epidémica, un brote grande de toxoplasmosis aguda ocurrió en un batallón de soldados del ejército de Estados Unidos entrenados en la zona del canal de Panamá. Entre el 27 de enero y el 18 de febrero de 1979, 600 soldados del Primer Batallón del 508 de Infantería asistieron a un curso de entrenamiento en la selva de Panamá. Durante las dos semanas siguientes a su vuelta a Fort Bragg, Carolina del Norte, 39 de los 92 soldados de una compañía cayeron con una enfermedad febril. Tres soldados fueron hospitalizados y otros 18 hombres dados de baja durante cuarenta y ocho a setenta y dos horas. Este brote es de especial interés porque esta evidencia epidemiológica indica que la infección fue adquirida por ingestión de agua contaminada en la selva.

30 de septiembre de 1982

HOLM E., Ch. y cols.: *Efecto de la dieta de lipoproteínas séricas en una población con mucho riesgo de cardiopatía coronaria*, pp. 850-5.

La población de Karelia del Norte, un condado de Finlandia, tiene una alta tasa de cardiopatía coronaria. También tiene una alta prevalencia de hipercolesterolemia, pero no está claro si esto refleja una dieta rica en grasas animales o es el resultado de factores genéticos. Estudiamos el efecto sobre las lipoproteínas séricas de una dieta con pocas grasas con una alta razón de ácidos grasos poliinsaturados o saturados en 54 voluntarios de mediana edad en Karelia del Norte. El colesterol sérico total disminuyó de 263 ± 8 mg. por decilitro (media \pm DS) a 201 ± 5 mg. en hombres ($P < 0,0001$) y de 239 ± 8 a 188 ± 8 mg. en mujeres ($P < 0,0001$), así como colesterol lipoproteínas de baja densidad y apoproteína B. Las lipoproteínas de alta densidad disminuyeron de 54 ± 2 mg. por decilitro a 44 ± 2 en hombres ($P < 0,0001$)

y de 56 ± 3 a 47 ± 2 mg. en mujeres ($P < 0,0001$). Una reducción pequeña pero significativa de apoproteína A-I se produjo, mientras que aumentó ligeramente la apoproteína A-II. Los cambios individuales en lipoproteínas de baja densidad colesterol estaban correlacionados con los del colesterol de lipoproteínas de alta densidad. Estos cambios en los lípidos séricos y en apoproteínas se invirtieron cuando los participantes volvieron a sus dietas habituales. Nuestros resultados sugieren que la hipercolesterolemia característica de esta población es debida, al menos en parte, a factores de la dieta.

14 de octubre de 1982

GRUPO COOPERATIVO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN: *El efecto del tratamiento sobre la mortalidad en la hipertensión moderada. Resultados del programa de detección de la hipertensión y seguimiento*, pp. 976-980.

En el Programa de Detección y Seguimiento de la Hipertensión, 7.825 (71,5 por 100) de los 10.940 participantes tenían presiones diastólicas que oscilaban entre 90 y 104 mm/Hg al entrar en el estudio y se designaron Estrato 1. La mitad se refirieron a su fuente habitual de asistencia en la comunidad (grupo de cuidado referido) y la mitad fueron tratados intensamente en clínicas especiales (grupo de cuidados por pasos). La mortalidad en cinco años en los pacientes de Stratum 1 del grupo por pasos fue 20,3 por 100 inferior al de los que habían recibido cuidado referido ($P < 0,01$). Particularmente destacable fue el efecto beneficioso del tratamiento por pasos en personas con presiones diastólicas de 90 a 104 mm/Hg que no tenían evidencia de lesión orgánica y que no estaban recibiendo medicación antihipertensiva cuando entraron en el estudio. Este subgrupo tuvo 28,6 por 100 menos muertes a los cinco años entre los tratados con atención referida ($P < 0,01$). Estos hallazgos apoyan la recomendación de que en los pacientes con hipertensión moderada el tratamiento debería ser considerado pronto, antes de que se produzcan lesiones orgánicas.

21 de octubre de 1982

KARK, J. D.: *Fumar cigarrillos como factor de riesgo en la gripe epidémica A (H1N1) en hombres jóvenes*, pp. 1042-6.

Estudiamos un brote de gripe A (H1N1) en una unidad militar israelí de 336 jóvenes sanos para determinar la relación del hábito de fumar con la incidencia de gripe clínicamente aparente y con la respuesta de anticuerpos. De 168 fumadores el 68,5 por 100 tuvieron gripe, comparado con 47,2 por 100 de no fumadores ($P < 0,0001$). La gripe fue también más grave en los fumadores: 50,6 por 100 de los fumadores perdieron días de trabajo o necesitaron reposo en cama, o ambos, en comparación con 30,1 por 100 de los no fumadores. La proporción de toda la gripe en fumadores que era atribuible al hecho de fumar fue 31,2 por 100 (intervalos de confianza de 95 por 100, 16,5 a 43,1 por 100). Para la gripe grave el riesgo atribuible en los fumadores fue de 40,6 por 100 (intervalos de confianza de 95 por 100, 21,6 a 54,8 por 100). La cuarta parte de toda la morbilidad grave por influenza en el estudio general de la población fue atribuible al fumar. Los niveles de anticuerpos al antígeno A/USSR/90/77 (H1N1) fueron mayores en los fumadores pero no marcadamente. Llegamos a la conclusión de que el fumar es un determinante importante de morbilidad en la gripe epidémica y puede contribuir sustancialmente a incapacidad en los brotes en poblaciones que fuman mucho.

CRAMER, F. W., y cols.: *Factores que afectan la asociación de contraceptivos orales y el cáncer ovárico*, pp. 1047-51.

Investigamos la relación entre cáncer epitelial del ovario y el uso de contraceptivos orales en un estudio de control de casos de 144 mujeres blancas de menos de sesenta años de edad que tenían cáncer ovárico y 139 mujeres blancas menores de sesenta años que fueron seleccionadas de la población general. Observamos una reducción del riesgo de cáncer ovárico asociado con el uso de anticonceptivos orales en personas de cuarenta a cincuenta y nueve años en el momento del estudio. El riesgo relativo, ajustado por paridad fue 0,11 con límites de confianza del 95 por 100 de 0,04 a 0,33. En contraste con los hallazgos en mujeres mayores no se encontró una reducción del riesgo de cáncer ovárico asociado al uso de contraceptivos orales en mujeres con menos de cuarenta años. En este grupo el riesgo relativo ajustado con cualquier uso de contraceptivos orales fue de 1,98, con límites de confianza de 95 por 100 de 0,74 a 5,27. El riesgo más bajo de cáncer de ovario asociado con el uso de contraceptivos orales se observó en personas mayores y en mujeres que habían interrumpido su uso más de diez años antes.

18 de noviembre de 1982

NOURI-ARIA, K. T., y cols.: *Efecto de los corticoides sobre la actividad de células supresoras en hepatitis activa «autoinmune y víricas»*, pp. 1301-4.

Detectamos un grave déficit en la actividad de células supresoras inducida por concavalina A en 22 pacientes con hepatitis crónica activa «autoinmune» y en 26 pacientes con hepatitis crónica activa, positiva al antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), en comparación con 20 sujetos control ($P < 0,01$). Se observaron valores normales en 21 pacientes con hepatitis «autoinmune» en los que se había provocado una remisión mantenida mediante tratamiento con prednisolona. Cuando se preincubaron linfocitos de pacientes con hepatitis crónica activa autoinmune con bajas dosis de prednisolona *in vitro*, la actividad de las células supresoras mejoró considerablemente ($P < 0,01$) pero no se vio un efecto claro de la prednisolona en células de pacientes con hepatitis crónica activa positiva al HBsAg. La pérdida de la actividad de las células supresoras en la hepatitis crónica activa puede permitir que continúe el daño hepático y la reversión del defecto en la forma autoinmune de la enfermedad por administración de bajas dosis de prednisolona proporciona una explicación plausible de la eficacia de este tratamiento. Las contrarias respuestas *in vitro* a la prednisolona en la hepatitis crónica activa autoinmune y en la positiva al HBsAg sugieren que la naturaleza fundamental del defecto de las células supresoras puede ser diferente en estas dos formas de la enfermedad.

HORNBOOK, M. C., y cols.: *Reducción de la incidencia de hepatitis no A, no B postransfusional buscando aminotransferasa alanina en la sangre de donantes*, páginas 1312-21.

Estudios recientes han establecido una relación entre niveles elevados de aminotransferasa alanina en sangre de dadores y la incidencia de hepatitis no A, no B en receptores de esa sangre. El examen rutinario de la sangre de donantes buscando la actividad de aminotransferasa alanina para reducir la hepatitis no se acepta corrientemente, en gran parte porque los resultados de esta prueba son desconocidos. Nosotros establecimos los posibles beneficios económicos del estudio sistemático de aminotransferasa alanina en sangre de donantes como un medio de reducir la hepatitis postransfusional. Los beneficios, definidos como los costes esperados de la hepati-

tis posiblemente evitados, oscilaban de 898 a 31.629 dólares por 1.000 unidades de sangre recogidas. Esta amplia escala refleja la falta de información sobre la historia natural de la hepatitis no A, no B. Los costes se definieron como los costes directos de las pruebas y los costes indirectos asociados con pérdida del producto hemático, nuevo reclutamiento de donantes y de información a los donantes de sus niveles anormales de aminotransferasa, los costes oscilaron de 3.151 a 4.003 dólares por 1.000 unidades. Nuestros resultados sugieren que si los estudios prospectivos demuestran que la exclusión de la sangre con niveles altos de aminotransferasa disminuyen la hepatitis no A, no B en los receptores, el impacto económico neto puede ser positivo. Sin embargo debido a importantes inseguridades sobre las consecuencias médicas de la hepatitis no A, no B, los beneficios estimados son tan amplios que suponen una decisiva política definitiva.

2 de diciembre de 1982

Bo-LINN, G. W., y cols.: *Bloqueadores del almidón: Su efecto sobre la absorción de una comida rica en almidón*, pp. 1413-6.

Se sabe desde hace más de veinticinco años que ciertos alimentos vegetales, tales como habichuelas y trigo, contienen una sustancia que inhibe la actividad de la amilasa salivar y pancreática. Mas recientemente esta antiamilasa salivar y pancreática se ha purificado y comercializado para usarla en el control del peso bajo el nombre genérico de «bloqueadores del almidón». Aunque este enfoque del control del peso es muy popular, nunca se ha comprobado si las tabletas bloqueadoras del almidón realmente reducen la absorción de calorías del almidón. Usando una técnica de balance de calorías en un día y una comida rica en almidón (100 g) (espaguetis, salsa de tomate y pan), medimos la excreción de calorías fecales después que sujetos normales habían tomado tabletas placebo o bloqueadoras del almidón. Si las tabletas bloqueadoras del almidón habían impedido la digestión de aquél, la excreción fecal de calorías debería haber aumentado en 400 Kcal. Sin embargo, la excreción fecal de calorías fue la misma en los dos días de prueba (media \pm SEM) 80 ± 4 en comparación con 78 ± 2). Llegamos a la conclusión de que las tabletas bloqueadoras del almidón no inhiben la digestión y absorción de calorías del almidón en los seres humanos.

24 de febrero de 1983

KAUFMAN, D. W., y cols.: *Contenido en nicotina y monóxido de carbono del humo de cigarrillos y riesgos de infarto de miocardio en hombres jóvenes*, pp. 409-13.

Para evaluar si el contenido en nicotina y monóxido de carbono del humo de cigarrillos está relacionado con el riesgo de primer infarto de miocardio no mortal en hombres jóvenes, comparamos 502 casos con 835 controles hospitalarios, todos entre las edades de treinta y cincuenta y cuatro años. Como se esperaba, el riesgo estimado de infarto de miocardio aumentaba con el número de cigarrillos fumados, en general, la estimación de riesgo relativo para fumadores corrientes fue 2,8 (95 por 100 de intervalo de confianza, 2,0 a 4,0). El riesgo no parecía variar de acuerdo con la cantidad de nicotina o monóxido de carbono en el cigarrillo y las cantidades medias de ambas sustancias por cigarrillo eran semejantes en los casos y en los controles. Los resultados sugieren que los hombres que fumaban los cigarrillos más nuevos con menores cantidades de nicotina y monóxido de carbono no tienen menos riesgos de infarto de miocardio que los que fumaban cigarrillos que contenían mayores cantidades de estas sustancias.

SUSCRIPCIONES

España y extranjero: **1.500 pesetas año**

Número suelto: **300 pesetas**

SE RUEGA EL INTERCAMBIO

Dirección y Administración: Plaza de España, 17 - Madrid-13

