

Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 71

NÚMERO 1

Enero-Febrero 1997

EDITORIAL

Escenarios de futuro del vih-sida: de la enfermedad «acontecimiento» a la cronicidad difusa. Del estigma moral a las zonas más centrales de la vulnerabilidad social. **F Conde Gutiérrez. 1**

ORIGINALES

Estudio sobre los enfermos hipertensos en tratamiento en España: 1990-1993. **AJ García Ruiz, I García Ruiz, P Aranda Lara, A C Montesinos, F Martos Crespo y F Sánchez de la Cuesta. 9**

Epidemiología del cáncer invasor de cérvix en el área sanitaria de Girona durante el período 1980-1989. Registro poblacional de cáncer de Girona. **MV Sánchez Garrido, A Izquierdo Font, M Beltrán Fabregat y P Viladiu Quemada. 19**

Evaluación de la efectividad de un programa de detección de infección asintomática por Chlamydia Trachomatis en mujeres. **JJ Mariñas, ME Rego, M Rosales y MI Castro y E Bouzas. 27**

¿Influyen las huelgas de médicos en el perfil de utilización de los servicios de urgencias hospitalarios? **F Buitrago Ramírez, MJ Gamero Samino, JM Vergeles Blanca y MJ Cano Lozano. 35**

INFORMACIÓN

Resumen y conclusiones de la Jornada de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. **41**

EDITORIAL

ESCENARIOS DE FUTURO DEL VIH-SIDA: DE LA ENFERMEDAD «ACONTECIMIENTO» A LA CRONICIDAD DIFUSA. DEL ESTIGMA MORAL A LAS ZONAS MÁS CENTRALES DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL

Fernando Conde Gutiérrez
CIMOP

El objetivo de este editorial es doble. En primer lugar, realizar una reflexión que trata de poner de manifiesto las principales transformaciones que se están operando en la construcción social de la enfermedad conocida como vih-sida y, en segundo lugar, hacer una llamada de atención sobre los posibles escenarios de futuro desarrollo de la enfermedad en nuestro país para poder poner en marcha, con el tiempo necesario, los planes de prevención que permitan frenar su avance.

Una pequeña aclaración previa. El horizonte prospectivo que se describe en este editorial no es el resultado de unas *proyecciones estadísticas* basadas en lo que ahora ocurre —lo que acentuaría la proyección del presente sobre el futuro, es decir, la *continuidad* del presente hacia el futuro— sino que se basan en hipótesis construidas sobre el actual proceso de cambios sociales. Perspectiva que, de forma conscientemente unilateral, subraya la *discontinuidad fundamental de los escenarios futuros* con respecto a nuestro presente más conocido y que, por tanto, resalta lo que de novedad se apunta de cara al tema del vih-sida en el conjunto de tendencias sociales actualmente en proceso de desarrollo. Se trata, pues, de señalar los cambios cualitativos que, a mi juicio, se van a producir en el futuro más que de describir de mejor o peor manera las proyecciones cuantitativo-estadísticas más habituales.

En esta línea de reflexión, dos de las líneas fundamentales en las que creo que se va a situar

la evolución del vih-sida en los próximos diez-quince años son las siguientes: a) el paso del vih-sida de lo que podríamos llamar «la enfermedad *acontecimiento*», tratamiento específico de los años 80 que singularizó el sida ante la opinión pública mundial y la dotó de una fuerte *carga simbólica* y metafórica ¹, a un registro próximo a lo que podríamos denominar una *enfermedad crónica* ²⁻⁴ englobada, a su vez, en un claro contexto de *desigualdad social*. b) en paralelo a esta transformación simbólica cabe pensar que el actual conjunto de cambios sociales va a incidir directamente, como veremos más adelante, en la modificación de algunas de las «prácticas de riesgo» dominantes en las distintas sociedades. En el caso de España, todo parece indicar que las prácticas de riesgo actualmente mayoritarias, la transmisión vía «jeringas», muy centrada en la actualidad en sectores sociales más «periféricos», van a pasar a un segundo plano relativo frente a la *práctica sexual entre los jóvenes de las clases medias y medias bajas*. Doble proceso de evolución que, en el contexto del actual proceso de «glocalización» económico-social ⁵ y de paralela y fuerte crisis social, parecería conllevar, en un futuro más o menos inmediato, la inscripción del vih-sida en un conjunto de escenarios sociales y médicos bastante distintos a los conocidos en la actualidad.

1. Del registro simbólico del estigma al registro de la desigualdad social

El primer cambio de escenario en el ámbito del vih-sida se va a producir, de hecho cada día es más evidente, en el terreno simbólico. El

Correspondencia:
Fernando Conde.
CIMOP
Paseo de Recoletos, 18.
28001 Madrid.

vih/sida está perdiendo *parte de su extremada carga metafórica* de fuerte connotaciones morales (lo que es un aspecto muy positivo dado el carácter habitualmente estigmatizante de dicha dimensión) para *inscribirse paulatinamente en el registro de la creciente desigualdad social* entre países y en el seno de los mismos (lo que no deja de ser un aspecto negativo). Registro de la desigualdad social en proceso de fuerte desarrollo en estos últimos años 90. Inscripción progresiva del vih-sida en este registro de la desigualdad social agudizado, además, por varias situaciones positivas como pueda ser la mayor tasa de vida media de los afectados y negativas como, por ejemplo, las crisis de las prestaciones sociales y médicas asociadas al Estado del Bienestar, la progresiva carestía de los nuevos tratamientos, etc. Así el coste del tratamiento de un enfermo de sida hasta su muerte en Estados Unidos ha evolucionado de 57.000 dólares en 1988 a 85.000 en 1991 y a 102.000 en 1992. Por su parte en 1988 se estimaba que el coste médico directo del tratamiento de un enfermo de sida hasta su muerte se situaba entre 132 dólares y 158 dólares en el Zaire y entre 104 y 631 en Tanzania⁶. Es decir, entre un 0,2% y un 3% de lo que significa en Estados Unidos. Datos que suministran una ligera idea de la citada desigualdad entre países a la hora de abordar este tema. Todo hace pensar, pues, que el sida va a ser cada vez más una enfermedad de los países africanos, asiáticos, etc. y menos de los Estados Unidos y de países europeos occidentales, como ya avalan los actuales datos epidemiológicos. Así, frente a la geografía inicial del vih-sida concentrada en los Estados Unidos y Europa, en la actualidad un 90% de los afectados estarían viviendo ya en los países del Tercer Mundo, según recientes análisis de la OMS.

En esta misma línea de desarrollo, y en el propio «interior» de nuestras sociedades europeo-occidentales, si hasta ahora los enfermos de sida estaban estigmatizados (dimensión simbólico-cultural negativa) pero, al menos en «teoría», todos (dimensión simbólica de la igualdad positiva asociada a la universalización de los «derechos» en el Estado del Bienestar) podían acceder a cuidados y tratamientos, en el futuro todo hace temer que, en estos mismos países europeos, unos afectados vivirán relativamente más integrados y bien cuidados mientras que otros estarán marginados cuando no directamente excluidos de la sociedad, pero no sólo por su condición de seropositivos o enfermos sino también por su condición

social y por su desigual posibilidad de acceso al sistema sanitario ya sea público y/o privado. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos, de las 325 compañías de seguros más importantes, el 91% de ellas se niegan a asegurar a las personas con vih lo que ha llevado a que en la actualidad en Estados Unidos sólo un 10% de los enfermos puedan pagar el tratamiento⁷. En España⁸ parece ocurrir algo similar ya que las principales aseguradoras privadas no admiten a los enfermos de sida y seropositivos. Ni Sanitas, ni Adeslas, ni Igualatorio Médico, ni Asisa, ni Previa, ni Asistencia Sanitaria Colegial. Conjunto de aseguradoras que controlan el 68,13% del total de asegurados. Lo que en el actual contexto de crisis y de políticas de restricciones en gastos sociales profundiza en el citado horizonte de la desigualdad.

De este modo y pese a la citada mayor «normalización» simbólica general del sida, el incremento de desigualdades sociales generales y entre los propios afectados podría conducir a una mayor segmentación y *fragmentación interna entre los diferentes colectivos de individuos seropositivos y enfermos*⁹ provocando por caminos distintos a los más conocidos y clásicos de los años 80 e inicios de los 90, un renovado proceso de exclusión social, no tanto ya por razones morales sino por razones más directamente económico-sociales. De este modo, mientras afectados de las clases medias y medias altas podrán acceder a los distintos tratamientos y cuidados paliativos que mejorarán su calidad de vida, otros menos afortunados quizás vean recortadas incluso, parte de las prestaciones que hoy existen o, quizás, no podrán acceder a las nuevas «generaciones» de tratamientos y cuidados.

Asimismo y en otro orden de cosas que, en cualquier caso, tienen mucha relación con las estrategias de intervención social en el ámbito del sida, este incremento de la desigualdad y la fragmentación social va a conllevar fuertes *procesos de redefinición de las identidades sociales generales y de los propios colectivos de afectados y de enfermos*, en el sentido de tener menos importancia la común característica de ser portador del vih, como hasta ahora, para pasar a tener más importancia otro tipo de características más sociales. En este sentido cabe pensar que este proceso, más desarrollado en otros países occidentales, va a tomar cada vez más cuerpo en el nuestro afectando de lleno, entre otros aspectos, al actual entramado asociativo en torno al vih-sida. De hecho, una parte de los debates que se

están desarrollando en la actualidad sobre la composición de las asociaciones, el papel de unas y otras, la necesidad de formar un frente común o no entre sí y/o con otras entidades y asociaciones ciudadanas, sindicatos, etc, guarda una estrecha relación con este hecho.

2. La situación en España. El cambio en los «usos» de las drogas

La «precariedad» como forma y estilo de vida juvenil

La forma concreta en que en España y en el ámbito del vih-sida se va a condensar el actual conjunto de transformaciones sociales asociadas a los denominados procesos de «globalización económica» va a ser el *cambio en los estilos de vida juveniles y en las pautas de consumo de drogas*¹⁰. En efecto, en el caso concreto de nuestro país, tanto los actuales datos epidemiológicos como el conjunto de transformaciones sociales en curso, parecen indicar que el vih (expresado en términos relativos) va a perder presencia e incidencia en los usuarios de drogas inyectables (UDIs) para crecer, sobre todo, en las generaciones jóvenes de 16 a 29 años quienes lo adquirirán por vía sexual, en función de los cambios que se están operando y que se van a seguir produciendo en los citados «estilos de vida» juveniles y del consumo de drogas. Riesgos de transmisión sexual entre estas nuevas generaciones que se verán incrementados, pese a la mayor información actualmente disponible, por el tipo de valores y tendencias socioculturales, por el «no future» dominante en estos sectores afectados gravemente por el paro y la precariedad laboral, transformada en «estilo de vida» juvenil¹¹, como he tenido ocasión de desarrollar en otro lugar¹².

Generaciones jóvenes que pertenecen, en lo fundamental, al conjunto de las clases medias y medias bajas, es decir, a la denominada *zona de vulnerabilidad social*^{13,14} y que, por tanto, se distinguen de los actuales UDIs de situación social más periférica y marginal. Cambio progresivo en las vías de transmisión, en las personas afectadas y en los sectores sociales de referencia que va a incidir en la misma dirección que lo apuntado en el epígrafe anterior, en el sentido de ayudar a producir una transformación en las representaciones sociales sobre el vih/sida de modo que el

sida de ser una enfermedad fuertemente asociada a los procesos de marginación y exclusión moral-social, y de tener una gran capacidad de estigmatización simbólica, va a perder parte de dicho carácter y capacidad para pasar a integrarse en las citadas zonas de vulnerabilidad más centrales y desgraciadamente más «normales» por habituales, en nuestras sociedades occidentales.

De los usos de drogas centrados en las sensaciones a los usos centrados en la búsqueda de relaciones

Todo hace pensar que la posible evolución futura del vih/sida en nuestro país va a seguir estando condicionada por el consumo de drogas, sólo que hacia el futuro en lugar de estar asociada, como en el pasado, al compartir la «jeringa» va a estarlo con las nuevas *formas de uso y consumo* de alcohol y de las denominadas drogas químicas. Conviene resaltar este aspecto de los «usos y prácticas» sociales con las drogas porque la cuestión no reside principalmente en las «sustancias», por más que unas u otras se acoplen y adapten mejor a unos u otros usos, sino en el campo de prácticas sociales y simbólicas, de las «formas de uso» en las que se inscriben las mismas. En este sentido, cabría apuntar que se va a producir una importante transformación en este ámbito de las *formas de consumo* desde los usos y, en parte, desde las sustancias como la heroína en vena, que ayudaban a la búsqueda de «*nuevas sensaciones*», a otro tipo de usos y de drogas, como el alcohol y las drogas químicas que «*marketinariamente*» ayudan a la búsqueda de «*nuevas relaciones*»^{11,12,15}. De hecho, en algunos círculos de los Estados Unidos se resalta cómo los efectos del «éxtasis» se relacionan con las denominadas «*experiencias mórficas*», término acuñado por R. Sheldrake, en la medida que facilita las experiencias colectivas.

Mientras en el pasado más o menos inmediato, es decir, desde los años 60 a los 90, años de fuertes procesos de «integración social», los diferentes usos de drogas trataban de resaltar la dimensión transgresora de dichos consumos, reforzando al mismo tiempo la dimensión «*experiencial*» de búsqueda de sensaciones de los distintos usos y sustancias más allá, «fuera» de la «normalidad» y de la «integración» social en una especie de búsqueda orientada hacia «afuera» de uno mismo y de su propio grupo social, en la ac-

tualidad, en estos años de fuertes procesos de «desintegración social», los usos juveniles de las drogas, los propios efectos «empatógenos» de algunas de las drogas químicas, en lugar de buscar la anterior transgresión de la sociedad tratan, por el contrario, de reforzar simbólicamente los simulacros de «integración», ya sea «interior» ya sea colectiva»¹⁶, los ritos de búsqueda de *relaciones* entre los propios jóvenes (fiestas, rutas musicales, etc) en un momento en el que la sociedad tiende a la desagregación, a la pérdida de referencias e identidades, a la promoción de la máxima competitividad entre sus miembros y a la «anomia» social más absoluta. En este sentido, los nuevos «estilos de vida» juveniles y los nuevos usos de drogas parecerían apuntar, al menos una doble y capital dimensión simbólica de fuerte trascendencia en el tema que nos ocupa: la creación de un mundo fuertemente sensual y relacional «dentro» y «entre» los jóvenes y «entre» los propios usuarios, mundo generador de «identidad» y en el que la música y el baile tienen una importancia decisiva¹⁶ y un paralelo proceso de *ruptura* y, sobre todo, de olvido, de no memoria, tanto de lo que se produce fuera de ese mundo como, incluso y a veces, de lo que ocurre, de lo que se siente, de lo que se hace durante el citado uso de las drogas como si los *usos* de las mismas ayudaran a organizar una perfecta esquizofrenia entre las dos vidas juveniles: la explotada, precaria y anómica vida laboral sin consumo de «este tipo» de drogas (hago hincapié en «este tipo» de drogas ya que durante la semana cada vez es más abundante el uso de «estimulantes» para poder hacer frente a los trabajos con los que

les toca «lidiar» a jóvenes y a los no tan jóvenes) y la sensual, relacional y más intensa y deseada vida del fin de semana (con consumo y fuerte ingesta de alcohol y otras drogas).

Un ligero ejercicio semántico evidenciará claramente esta diferencia entre los «usos sociales y simbólicos» de las drogas entre una y otra época. Mientras que en años atrás, los campos semánticos de las drogas, evidenciados en su argot, manifestaban este ansia de evasión, de transgresión, de huida de lo social cotidiano, etc, con términos como «volar», «alucinar», «caballo» y otros términos asociados, el marketing de las nuevas drogas, más allá de los tópicos efectos deshinibidores del alcohol, tratan de acentuar sobre todo su vinculación (ya sea real o no) a las *dimensiones de integración personal y colectiva*, *sensuales-relacionales*, incluidas las propias *relaciones sexuales*, desde el ya célebre «éxtasis» (significativamente el primer nombre propuesto para esta droga fue el de «empatía») a «Eva» pasando por la «píldora del amor», «especial K» o «droga desmemoriada»¹⁷, etc. Las distintas denominaciones propuestas, así como el marketing de las nuevas sustancias, con su hincapié en sus usos colectivos en fiestas, rutas y demás, no hace sino acentuar estas dimensiones relacionales de las mismas como se pone de manifiesto en la obra de Saunders¹⁶. En cualquier caso, conviene una vez más recordarlo, la clave de estos fenómenos no son los efectos de las sustancias en sí, ya sea el alcohol o cualquier otra, sino los *usos* y *las prácticas sociales* que se desarrollan. Usos y prácticas con las «drogas» que hemos tratado de sintetizar en la tabla I.

Tabla 1

Evolución en las modalidades de consumo de drogas simbólicamente dominantes en cada época y riesgos de transmisión del vih

| Años 80 | Años 90 |
|--|---|
| — «Pico» como condensación de las «drogas». | — Drogas químicas como condensación de las «drogas». |
| — Usos cotidianos. | — Usos centrados en los fines de semana. |
| — Usos individualizados. | — Usos rituales, colectivo-grupales. |
| — Asociada a procesos semidelictivos. | — Asociadas a procesos insertos en la economía gris, difusa. |
| — Resultado de la desarticulación de la clase obrera «industrial» y de su integración en la sociedad de «consumo». | — Resultado del proceso de vulnerabilización de las clases medias y de la transformación de su modelo de consumo. |
| — Perteneciente al ámbito de la «exclusión» y del «estigma» social. | — Perteneciente al ámbito «normalizado» de la zona de la «vulnerabilidad social». |
| — Riesgo de transmisión de vih por intercambio de jeringas. | — Riesgo de transmisión sexual entre los jóvenes. |
| — Búsqueda de <i>sensaciones transgresoras</i> . | — Búsqueda de <i>sensaciones integradoras, de relaciones</i> . |

Nuevas prácticas de riesgo

Las transformaciones que acabamos de apuntar parece que se están empezando a desarrollar ya en nuestro país en el mundo del consumo de drogas ¹¹ y en el del vih-sida. En efecto, *por debajo* de los datos más globales y agregados que nos siguen hablando del patrón de los UDIs como los mayoritarios en nuestro país, los datos epidemiológicos más recientes correspondientes a 1994 y 1995 ^{18,19} nos indican que los patrones epidemiológicos más clásicos parecerían estar empezando a cambiar. Así, desde hace un tiempo a esta parte, se observa una caída de UDIs entre los nuevos casos, especialmente entre los menores de 30 años. Y lo que es más importante, todo hace pensar que, al menos desde mi punto de vista y pese a la prudencia con la que siempre hay que analizar los datos epidemiológicos, esta situación tiene una dimensión estratégica en el entorno de cambios sociales apuntados en este editorial, debido fundamentalmente a varios tipos de razones:

— Los UDI, como han subrayado Castilla, López-Abente y Pollan ²⁰, van muy asociados a una cierta generación, al punto que dichos autores apuntan la fuerte asociación del Sida a «unas determinadas cohortes de nacimiento», precisamente los nacidos en torno a 1962 en el caso de los hombres y a 1964 en el caso de las mujeres. Generaciones que se incorporaron a la adolescencia y a la juventud durante la transición política y que, desgraciadamente, al vivir el desencanto y la desarticulación de la conciencia de lucha democrática y de la «conciencia de clase» obrera ²¹ creyeron que el camino de las drogas, inyectables o no, les suponía una forma de mantenimiento del «malditismo», de la «contracultura», de la «transgresión social», etc, con los negativos efectos vividos por todos.

— Las modificaciones en las pautas de consumo de los heroinómanos desde las jeringas a la inhalación, como revelan las últimas memorias del Plan Nacional de drogas ^{22,23}.

— El desarrollo de programas de reducción de riesgo entre los UDI que continúan inyectándose en vena. Programas de metadona, de intercambio de jeringas, de out-reach, etc., que van a conseguir ir disminuyendo las tasas de transmisión del vih entre estos colectivos.

— Los nuevos comportamientos en las generaciones más jóvenes socializados no ya en

el proceso de transición sino en la amplia crisis del empleo, del incremento de la precariedad y de la «vulnerabilidad social» y de la dificultad de desarrollar la emancipación personal y la integración social. Generaciones que, como recientes investigaciones han evidenciado ¹¹, tienen en el *alcohol* y en las denominadas *drogas químicas* o sintéticas, sus nuevas drogas «modales» bien lejos del malditismo y la marginalidad de la heroína y de los «picos». De hecho, los propios consumidores de las nuevas drogas químicas tratan de excluir a los UDIs de su espacio social y simbólico al mismo tiempo que tratan de construir socialmente una imagen de este tipo de drogas como pertenecientes al terreno de la «normalidad» de los que trabajan «habitualmente», que no «normalmente», de forma «precaria» ¹¹. Nuevas formas de consumo alejadas del más clásico intercambio de jeringas y más cercano de los riesgos asociados a las prácticas sexuales sin preservativos. Por todo ello, en un horizonte de unos diez años cabe pensar que mientras la mayoría de los nuevos casos vayan asociados a estas renovadas prácticas de riesgo, los casos debidos al intercambio de jeringas sean más residuales y, en cualquier caso, mucho más minoritarios que en la actualidad.

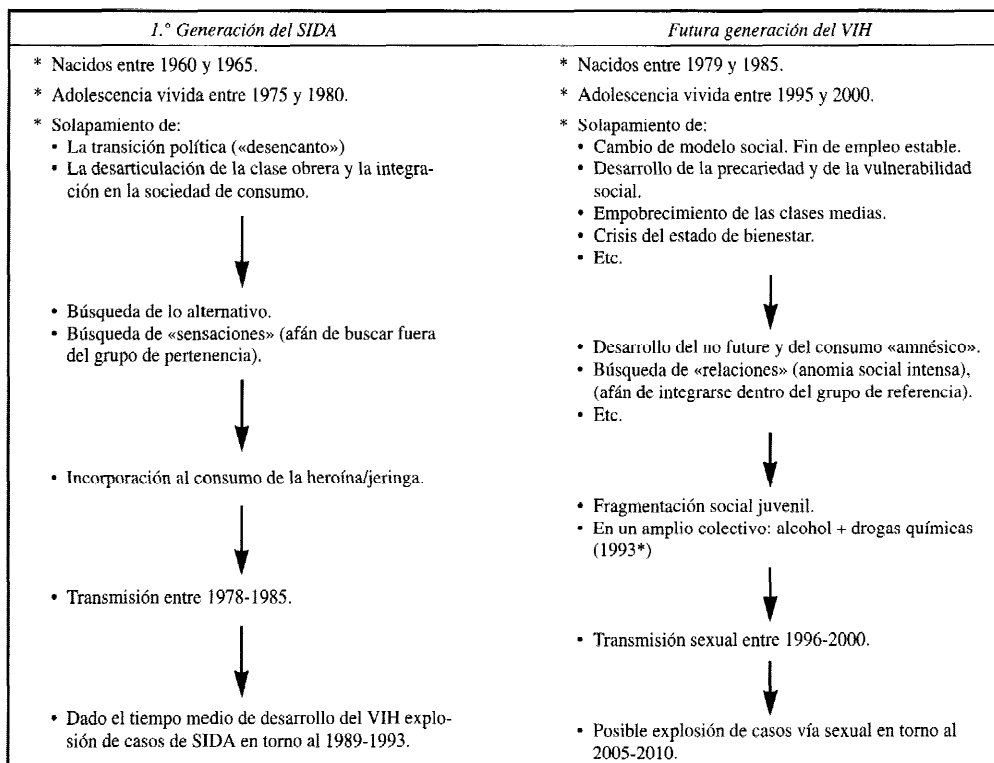
De esta forma, y tal como tratamos de representar en la tabla 2, en función de los distintos procesos de cambio social y generacional se produciría una dominancia diferente en cuanto a las vías de transmisión del vih.

Cambios en el perfil de las enfermedades asociadas

Por último, otro de los posibles cambios hacia el futuro como resultado de todo este conjunto de transformaciones es la previsible modificación en el perfil de las enfermedades e infecciones más habitualmente asociadas a los enfermos de sida. Para poder pensar este cambio de perfil de las «enfermedades asociadas» al vih/sida nos puede ser de gran ayuda el concepto de «patoce-nosis» acuñado por el historiador de la medicina M. Grmek ²⁴. Este autor en su obra «La Historia del Sida» apunta la importancia de la *patoce-nosis* o «equilibrio en la frecuencia de todas las enfermedades que afectan a una población determinada» en el desarrollo del sida y de otras muchas epidemias. En el caso del sida, M. Grmek

Tabla 2

Procesos de cambio social y generacional y modelos dominantes de transmisión del VIH en España



señala cómo además de lo que ocurre con cualquier enfermedad que siempre «es tributaria de la historia de todas las demás enfermedades», en el caso del vih/sida, dada la gran capacidad de adaptación del virus a su entorno, dicha interacción con el medio es todavía mucho más elevada.

Las propias características del vih, como es sabido por todos, y especialmente su gran capacidad de adaptación al entorno humano y social en el que opera, hace pensar que con el posible cambio de pautas sociales y personales entre las personas afectadas por el virus, se va a producir una importante modificación de las propias características del proceso infeccioso y de las enfermedades asociadas más características. Como subraya el citado Grmek «una de las particularidades biológicas de los retrovirus es su gran variabilidad genética. Los retrovirus evolucionan más rápidamente que los virus de DNA. Tienen un poder de adaptación inmenso», por ello todo hace pensar que de la misma forma que cuando

las personas más frecuentemente afectadas eran homosexuales o usuarios de drogas inyectables las enfermedades más usuales eran el sarcoma de Kaposi u otras, de la misma forma que en Africa, en relación a Europa, las manifestaciones clínicas se centran principalmente más en manifestaciones digestivas y nerviosas que pulmonares y cutáneas y en la presencia de menos gérmenes oportunistas²⁵, etc, en el futuro y en la medida que el sida pueda crecer entre los jóvenes de las clases medias y medias bajas, las enfermedades asociadas y sus síntomas también pueden variar y presentar otras características diferenciadas y distintas a las más conocidas hasta ahora. A este respecto cabe pensar en un incremento importante de las enfermedades de transmisión sexual.

Conjunto de transformaciones hacia el futuro que, caso de realizarse, van a necesitar de renovados esfuerzos de adaptación de las instituciones sanitarias y de forma muy particular del sistema de atención primaria sobre el que nece-

sariamente va a recaer una gran parte del seguimiento y control de las personas seropositivas. Y conjunto de cambios que exigirían abordar desde ahora mismo una importante tarea de información, formación y educación entre las generaciones más jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sontang S. El Sida y sus Metáforas. Barcelona: Muchnik, 1989.
2. Fee E. y Krieger N. The Emerging Histories of Aids. Three Successive Paradigms. *Hystory and Philosophye of Life Sciences* 1993.15: 459-487
3. Arrizabalaga J. «El fenómeno Sida». *Cuadernos del Mundo Actual*.nº 95. Historia 16, 1995.
4. Arrizabalaga J. La Construcción del Sida: De la «pesta dels gais a la malaltia dels «altres». *Actes de les III Trobades d'història de la ciencia i de la tècnica als països catalans*. Barcelona, 1995.
5. Conde F. y Alonso L.E. Crisis y Transformación de las sociedades de Consumo: De los modelos nacionales al modelo glocal. *Revista de Consumo* 1996;36: 13-27.
6. F. Hellinger. Forecast of the medical care cost of the hiv epidemic in the United States:1992-1995. VIII Conferencia Mundial del Sida. Amsterdam, 1995.
7. Sabatier P. Estados Unidos, le dollar est roi. *Liberation* 30 de noviembre-I diciembre de 1996.
8. Alfageme A. y Argos L. *El País* 21 de marzo de 1996.
9. Mc Kay. J. «Atlas du santé dans le monde». París: Autrement, 1993.
10. Conde F. «No Piques. El sida te engancha por la droga». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
11. Comas D. Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
12. Conde F. 1996. «Crisis de las sociedades nacionales de consumo de masas y nuevas pautas de consumo de drogas». *Rev de la Juventud* 1996; núm. 37.
13. Castel. R. *Les metamorphoses de la question sociale*. París: Fayard, 1995.
14. Castel R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago* 1995; núm 21.
15. Peinado A. Pereña F y Portero P. «La Cultura del Alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid». Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid; 1993. Documento Técnico de Salud Pública núm 9.
16. Saunders N. «E comme Ecstasy, MDMA, Raves & Culture Techno». París: Ed. du Lezard, 1996.
17. Sousa J. Super k. *Revista Tiempo* 29 de julio de 1996.
18. Plan Nacional de la Droga. Memoria del año 1993. Madrid: Plan Nacional de la droga, 1994.
19. Boletín epidemiológico de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: Consejería de sanidad y Bienestar Social, 1995.
20. Castilla, López Abente y Pollan. Efecto de cohorte de nacimiento en la epidemia de vih-sida en España. Consumo de drogas e Infección por el VIH. III Reunión Nacional sobre Sida. Santiago de Compostela, 1996.
21. Rodríguez Cabrero G. «La Integración Social de Drogodependientes». Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
22. Comas D. y Ortí A. La Reinserción social del drogodependiente: entre la socialización y el desdrogamiento. En Rodríguez Cabrero G. (1988). *La Integración social del drogodependiente*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 1988.
23. Plan Nacional sobre Drogas Memoria 1994. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1995.
24. Grmek M. *La Historia del Sida*. Madrid: Siglo XXI, 1992.
25. JP Garí, El Sida en África. Particularidades clínicas. En: *Le Vrai Cout du Sida*. Instituto Panos. París: L'Harmattan, 1993.

ORIGINAL

ESTUDIO SOBRE LOS ENFERMOS HIPERTENSOS EN TRATAMIENTO EN ESPAÑA DURANTE EL PERÍODO 1990-1993

Antonio J. García Ruiz (1), Inmaculada García Ruiz (2), Pedro Aranda Lara (3), Ana C. Montesinos (3), Francisco Martos Crespo (1) y Felipe Sánchez de la Cuesta (1).

(1) Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

(2) Centro de Salud «Ciudad Jardín». Málaga.

(3) Hospital Regional «Carlos Haya». Málaga

RESUMEN

Fundamento: El objetivo principal de nuestro trabajo ha sido conocer desde la perspectiva de la farmacoepidemiología el uso de los fármacos antihipertensivos en nuestro país con objeto de obtener una estimación cruda del número de enfermos hipertensos en tratamiento en las diferentes Comunidades Autónomas.

Métodos: Los datos referentes al consumo de los medicamentos antihipertensivos (monofármacos) desde 1990 a 1993 se han obtenido de la Subdirección General de Asistencia y Ordenación Farmacéutica. La metodología empleada para el cálculo de la *Estimación de la Prevalencia de Enfermos-Día* en tratamiento con estos fármacos se basa en las recomendaciones de la OMS para los Estudios de Utilización de Medicamentos. Se ha calculado la Estimación de la prevalencia de enfermos-día (EPED), empleándose para su cálculo la Dosis Diaria Definida de cada uno de los fármacos antihipertensivos.

Resultados: Los hipertensos en tratamiento con estos fármacos han sido 1.736.937, 1.966.398, 2.226.225 y 2.435.294 durante 1990 a 1993 respectivamente. A final de nuestro estudio, 1993, el número de hipertensos tratados en España se aproxima al 50% del total de hipertensos. Existen diferencias interregionales, así las Comunidades Autónomas de Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Valenciano y Murcia destacan como las regiones donde el número de hipertensos tratados es superior a la media nacional.

Conclusiones: El número de hipertensos en tratamiento ha aumentado considerablemente desde 1990 a 1993 (+40%). Se aprecia un aumento en el número de hipertensos en tratamiento con antagonistas del calcio e inhibidores de la ECA y una disminución en la proporción de hipertensos en tratamiento con Beta bloqueantes y Diuréticos.

Palabras Clave: Farmacoepidemiología. Fármacos antihipertensivos. Estudios de utilización de Medicamentos. Dosis Diaria Definida. Estimación de la prevalencia de enfermos-día.

ABSTRACT

Study on Hypertensive Patients under Treatment in Spain during the period 1990-1993

Background: The main goal of our work was to gain knowledge from the pharmaco-epidemiological perspective on the use of anti-hypertensive drugs in our country, in order to obtain a rough estimation of the number of hypertensive patients under treatment in various Autonomous Communities.

Methods: The data regarding the consumption of hypertensive drugs (mono-medicines) from 1990 to 1993 have been obtained from the Vice-Directorate General for Treatment and Pharmaceutical Planning. The methodology used to calculate the «Estimated Prevalence Patient-day» under treatment with these drugs is based on the WHO recommendations for the Studies on the use of Medicines. Estimated Prevalence of Patient-day (EPPD) has been calculated by using the Defined Daily Dosage of each anti-hypertensive drug.

Results: The number of hypertensive patients under treatment with these drugs was 1.763.937, 1.966.396, 2.226.225 and 2.435.294, from 1990 to 1993, respectively. At the end of our study, in 1993, the number of hypertensive patients under treatment in Spain is nearly 50% of the total number of hypertensive patients. There are some differences amongst regions; thus, the Autonomous Communities of Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Valenciano and Murcia are noticeable as regions where the number of hypertensive patients treated exceeds thenational average.

Conclusions: The number of hypertensive patients under treatment has considerably increased between 1990 to 1993 (+40%). An increase is observed in the number of hypertensive patients treated with calcium antagonists and ECA inhibitors and a decrease is observed in the proportion of hypertensive patients under treatment with Beta-blockers and diuretics.

KEY WORDS: Pharmaco-epidemiology. Anti-hypertensive drugs. Studies on the use of Medicines. Defined Daily Dosage. Estimated prevalence of Patients-Day.

Correspondencia:

Antonio J. García Ruiz.

Dpto. de Farmacología y Terapéutica Clínica.

Facultad de Medicina. Campus de Teatinos.

29080 Málaga.

Fax: (95) 213 15 68.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HTA) es una enfermedad que posee unas características

en cuanto a sus connotaciones sociales y económicas que la hacen destacar entre otros grandes síndromes y enfermedades.

Esta enfermedad representa hoy en día un problema y un reto para la Salud Pública en nuestro país, pues posee una alta prevalencia (en torno al 20% de la población de 20 o más años de edad)¹; presenta repercusiones sociales que afectan tanto a la esfera individual del enfermo, como familiar y laboral; y por último las repercusiones económicas resultantes son diversas, en cuanto al gasto asistencial del enfermo (hospital y ambulatorio), gasto farmacéutico derivado de las diversas estrategias terapéuticas disponibles y gasto ocasionado tanto por muertes prematuras como por las diferentes invalideces que ocasiona esta enfermedad.

Los diferentes estudios epidemiológicos sobre la HTA realizados en nuestro país²⁻⁷ parten de grupos poblacionales, por lo que los datos reales en cuanto a la proporción de hipertensos son aproximaciones estadísticamente fiables, al igual que los datos referentes al número de hipertensos en tratamiento.

Una forma diferente de abordaje del problema es a través del estudio del uso de los medicamentos o Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM). Estos tienen como fin principal el conocer su interacción con el proceso global de la asistencia sanitaria, en el que las enfermedades son diagnosticadas, tratadas y modificadas en su curso natural.

En este contexto, los medicamentos forman parte del modo de asumir la enfermedad por parte de una sociedad determinada. Por lo tanto, los fármacos no se comportan solo como unas herramientas terapéuticas, sino también como punto de encuentro donde coinciden diversos factores que conducen a su uso.

Consecuentemente, los medicamentos se convierten en indicadores de la prevalencia de problemas médicos y, en cierto modo, en indicadores de la solución farmacológica que adopta la comunidad médica ante los problemas de salud⁸.

Desde la perspectiva de la epidemiología de los medicamentos y tomando los EUM como base nos proponemos analizar y conocer el número de hipertensos en tratamiento farmacológico en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Fármacos estudiados

Se han estudiado el total de medicamentos antihipertensivos consumidos en España con cargo a los fondos públicos del Sistema Nacional de Salud durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1990 hasta el 31 de diciembre de 1993.

Para la realización de este trabajo se han tenido en cuenta todos los principios activos de las especialidades farmacéuticas (monofármacos) comercializadas en España durante 1990, 1991, 1992 y 1993, obtenidas del Catálogo General de Medicamentos del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España de los años correspondientes (tabla 1). Todos los principios activos comercializados estudiados se corresponden con los siguientes subgrupos terapéuticos de la clasificación anatómico-químico-terapéutica de los medicamentos (ATC): Alfa Bloqueantes, Beta Bloqueantes, Antagonistas del Calcio, Diuréticos, Hipotensores de Acción Central, Inhibidores de la Enzima Conversora de Angiotensina y Vasodilatadores Directos.

Fuentes de información

Los datos empleados se han obtenido a partir de: a) los datos referentes al consumo y gasto total de cada uno de los fármacos antihipertensivos en cada provincia española, se obtuvieron de la Subdirección General de Ordenación y Asistencia Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo; y b) las poblaciones de hecho de los Municipios españoles se han tomado de la publicaciones editadas anualmente por el Instituto Nacional de Estadística.

Metodología

La metodología seguida para la realización de este estudio se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO) y su comité de trabajo sobre medicamentos (DURG: Drug Utilization Research Group) utilizándose la Dosis Diaria Definida (DDD), que es una unidad técnica de medida y de compara-

Tabla 1

Fármacos Antihipertensos comercializados en España durante el período 1990-1993 y dosis diarias definidas utilizadas

| <i>Subgrupo Terapéutico Fármacos</i> | <i>Dosis diaria Definida (mg)</i> | <i>Subgrupo Terapéutico Fármacos</i> | <i>Dosis diaria Definida (mg)</i> |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| Alfa Bloqueantes | | Hipotensores de acción central | |
| Doxazosina | 4 | Clonidina | 0,45 |
| Indoramina | 100 | Guanfacina | 3 |
| Labetalol | 600 | Metildopa | 2000 |
| Prazosina | 5 | Reserpina | 0,50 |
| Terazosina | 5 | | |
| Beta Bloqueantes | | Diuréticos | |
| Acebutolol | 400 | Acetazolamida | 300 |
| Atenolol | 100 | Bumetanida | 1 |
| Betaxolol | 20 | Clortalidona | 25 |
| Bisoprolol | 10 | Espironolactona | 100 |
| Carteolol | 10 | Etozolina | 200 |
| Carvedilol | 50 | Furosemida | 40 |
| Celiprolol | 200 | Hidroclorotiazida | 50 |
| Metoprolol | 200 | Indapamida | 2,5 |
| Nadolol | 160 | Metolazona | 10 |
| Oxprenolol | 160 | Piretanida | 12 |
| Penbutolol | 40 | Triamtereno | 100 |
| Propranolol | 160 | Xipamida | 20 |
| Sotalol | 300 | | |
| Timolol | 20 | | |
| Calcio Antagonistas | | Inhibidores de la Enzima Convertora Angiotensina | |
| Amlodipino | 5 | Benazepril | 20 |
| Diltiazem | 240 | Captopril | 50 |
| Felodipino | 7,5 | Cilazapril | 2,5 |
| Isradipino | 5 | Enalapril | 20 |
| Lacidipino | 4 | Fosinopril | 10 |
| Nicardipino | 90 | Lisinopril | 20 |
| Nifedipino | 30 | Perindopril | 4 |
| Nisoldipino | 20 | Quinapril | 20 |
| Nitrendipino | 20 | Ramipril | 5 |
| Verapamil | 240 | | |
| | | Vasodilatadores directos | |
| | | Hidralazina | 50 |
| | | Minoxidil | 20 |

Dosis Diaria Definida: Dosis diaria total de mantenimiento según World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (ATC).

ción. Esta se define como «la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se usa rutinariamente en su principal indicación, por una vía de administración determinada y a veces con una concentración dada, expresándose en cantidad de principio activo (gramos, miligramos, UI, etc.)»^{8,9}.

Las Dosis Diarias Definidas (expresadas en mg) empleadas en nuestro estudio se muestran en la tabla 1 y se han obtenido de las publicaciones de la WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, perteneciente a la revisión de 1993 de la Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index del Nordic Council¹⁰.

Cálculo de la Estimación de la Prevalencia de Enfermos-Día (EPED)

Es un parámetro o indicador que expresamos en términos absolutos y relativos a la población total. Si partimos del dato de que la Dosis Diaria Definida (DDD) es la dosis estándar que una persona toma al día de un determinado fármaco, el número de Dosis Diarias consumidas al día equivale al número de personas que toman este medicamento.

A este dato lo denominamos Estimación de la Prevalencia de Enfermos-Día (EPED), porque nos acerca al número de enfermos que cualquier día del año analizado pueden estar tomando el

fármaco objeto de estudio. El cálculo se realiza mediante la siguiente ecuación:

$$\text{EPED} = (\text{n}^\circ \text{ UVE} \times \text{n}^\circ \text{ FF/E} \times \text{C/FF}) / (\text{DDD} \times 365 \text{ días})$$

° UVE = n° de unidades vendidas en envases de un año. n° FF/E = es el n° de formas farmacéuticas por envase (comprimidos, cápsulas,...). C/FF = contenido en mg de principio activo por forma farmacéutica. DDD = Dosis Diaria Definida en mg de principio activo en su principal indicación.

Análisis Estadístico

Para analizar las comparaciones entre el número de hipertensos tratados frente a los no tratados durante cada año del período estudiado se ha realizado el test de la t-Student.

RESULTADOS

En base a la población total se puede estimar que en 1990 el número de enfermos en tratamiento con antihipertensivos monofármacos era del 4,4% de la población nacional, que se corresponde con 1.800.000 hipertensos tratados; en 1991, corresponde a casi 2.000.000 de hipertensos tratados; en 1992, corresponde aproximadamente a algo más de 2.200.000 y en 1993 el porcentaje se incrementa al 6,1% del total de la población na-

cional que corresponde a casi 2.500.000 de hipertensos tratados (tabla 2).

El incremento en el número de hipertensos en tratamiento desde 1990 a 1993 a nivel nacional fue del 40.2%, oscilando entre 32.6% en la Comunidad Autónoma de Navarra y el 52.3% de Castilla-La Mancha (figura 1).

Al analizar el número de enfermos hipertensos en tratamiento durante cada día del año estudiado y con cada uno de los diversos subgrupos terapéuticos se obtiene (tabla 2 y 3):

* **Alfa Bloqueantes.** En 1990 el número de enfermos/día en tratamiento con estos fármacos se sitúa en 12.340 (que representan el 0.71% del total de enfermos tratados con antihipertensivos) mientras que en 1993 asciende a 23.305 (0.96%). Esto representa un incremento del 89% durante el período estudiado.

* **Beta Bloqueantes.** Los pacientes hipertensos/día en tratamiento con este subgrupo terapéutico en 1990 fueron 154.053 mientras que al final del estudio pasan a ser 163.538 en 1993, correspondiéndose estos valores con un 8.87% y un 6.71% del total de la población tratada con fármacos antihipertensivos para esos años. Disminuyendo la utilización de este subgrupo en un 24% durante el período estudiado.

* **Antagonistas del Calcio.** El número de enfermos/día en tratamiento con Antagonistas del Calcio en 1990 se sitúa en 506.072 (representando al 29.13% de la población total tratada), mientras que la estimación de la prevalencia en 1993 es de

Tabla 2

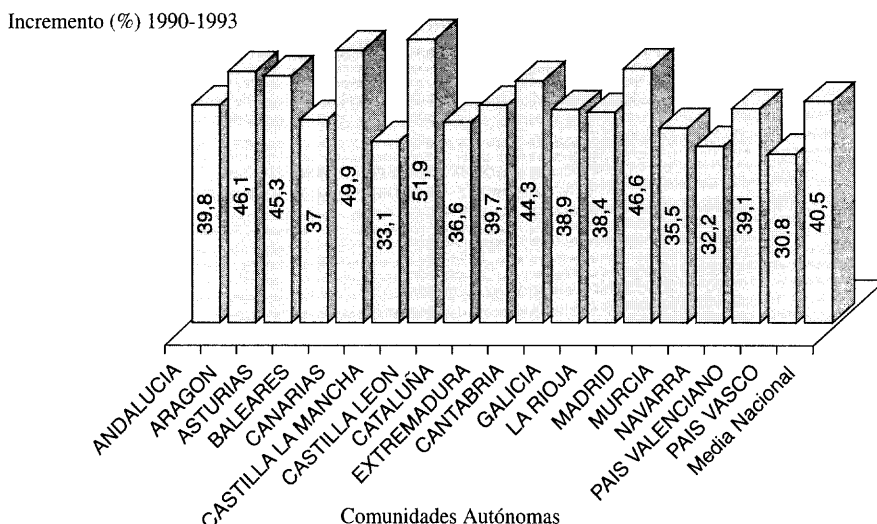
Número de hipertensos que cualquier día del año reciben tratamiento con fármacos antihipertensivos (monofármacos) en España durante 1990-1993. (EPED)

| Subgrupos Terapéuticos | Hipertensos en tratamiento 1990 | Hipertensos en tratamiento 1991 | Hipertensos en tratamiento 1992 | Hipertensos en tratamiento 1993 |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ALFA BLOQUEANTES | 12.340 | 12.616 | 17.579 | 23.305 |
| BETA BLOQUEANTES | 154.053 | 156.967 | 161.317 | 163.538 |
| CALCIO ANTAGONISTAS | 506.072 | 594.621 | 679.687 | 773.836 |
| DIURÉTICOS | 611.511 | 616.250 | 628.966 | 638.512 |
| HIPOTENSORES ACCIÓN CENTRAL | 15.053 | 11.936 | 9.768 | 7.785 |
| INHIBIDORES DE LA ECA | 435.936 | 571.919 | 726.772 | 826.126 |
| VASODILADORES DIRECTOS | 1.972 | 2.089 | 2.137 | 2.192 |
| TOTAL NACIONAL | 1.736.937 | 1.966.398 | 2.226.225 | 2.435.294 |

EPED = Estimación de la prevalencia de enfermos-día (n.º de enfermos que cualquier día del año estudiado reciben una dosis diaria definida del medicamento).

Figura 1

Incremento en el número de hipertensos en tratamiento desde 1990 a 1993 a nivel nacional y en las diversas Comunidades Autónomas



773.836 enfermos (31,77% del total de población en tratamiento con antihipertensivos).

* **Diuréticos.** La estimación de la prevalencia de enfermos-día en 1990 con fármacos diuréticos es de 611.511 (35,26% del total de enfermos tratados), mientras que en 1993 se incrementa a 638.512 (26,2%), experimentando el porcentaje de hipertensos tratados con Diuréticos frente al total de hipertensos tratados un retroceso (-26%) desde 1990 a 1993.

* **Hipotensores de Acción Central.** Es el único subgrupo en el que se puede observar que su estimación de la prevalencia de enfermos-día va disminuyendo a lo largo del período estudiado. Se pasa de 15.053 (0,87% de total tratados) enfermos en tratamiento con estos fármacos en 1990 a 7.785 (0,31%) en 1993, lo que supone un decremento del 48%.

* **Inhibidores de la Enzima Conversora.** El número de hipertensos/día en tratamiento con los representantes de este subgrupo en 1990 era de 435.936 (25,10% del total de hipertensos tratados); mientras que en 1993 eran 826.126 los hipertensos/día que reciben estos fármacos (33,92% del total de los hipertensos tratados).

* **Vasodilatadores Directos.** Pasan de poseer una estimación de la prevalencia de enfermos-

día en 1990 de 1.972 (representaría sólo a un 0,11% de hipertensos tratados con estos fármacos) a tener una prevalencia en 1993 de 2.192 enfermos tratados (0,09% respecto del total en ese año).

DISCUSIÓN

La Hipertensión Arterial es objeto de atención preferente por parte de toda la comunidad sanitaria, entre la que se incluye la Industria Farmacéutica, aportando un numeroso, moderno y eficaz arsenal terapéutico.

Por ello es importante conocer de qué forma se prescriben, como se utilizan estos fármacos y analizar las diferencias en cuanto al uso en la población. De este modo encuentran justificación los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM), pues constituyen un importante medio para la evaluación de la prescripción farmacológica, herramienta fundamental en la praxis médica.

De otra parte, la realización de estudios de utilización de medicamentos en Atención Primaria es especialmente importante (el 40% del total de cartillas de largos tratamientos corresponden a diagnósticos de HTA)¹¹. Es en esta área donde se origina más del 90% del consumo de medica-

Tabla 3

Estimación del número de enfermos que diariamente reciben una dosis definida de fármacos antihipertensivos en España durante 1990-1993 (EPED)

| <i>Fármacos</i> | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | <i>Fármacos</i> | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|-------------------|---------|---------|---------|---------|
| DOXAZOSINA | — | 1.506 | 7.615 | 14.369 | AC. ETACRINICO | 93 | 56 | 1 | 0 |
| INDORAMINA | 0 | 0 | — | 0 | ACETAZOLAMIDA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LABELALOL | 345 | 351 | 368 | 379 | BUMETANIDA | 3.124 | 2.767 | 2.642 | 2.492 |
| PRAZOSINA | 11.995 | 10.758 | 9.595 | 8.556 | CLORTALIDONA | 251.322 | 237.710 | 229.551 | 219.803 |
| TERAZOSINA | — | — | 0 | 1 | ESPIRONOLACTONA | 30.493 | 31.900 | 33.887 | 35.701 |
| ACEBUTOLOL | 8.219 | 7.167 | 6.333 | 5.469 | ETOZOLINA | 2.041 | 1.676 | 1.175 | 833 |
| ATENOLOL | 91.544 | 96.510 | 102.609 | 107.070 | FUROSEMIDA | 127.050 | 142.109 | 156.953 | 174.969 |
| BISOPROLOL | 4.203 | 5.173 | 6.126 | 6.541 | HIDROCLOROTIAZIDA | 35.454 | 36.316 | 37.924 | 38.993 |
| CARTEOLOL | 1.091 | 925 | 796 | 696 | INDAPAMIDA | 101.070 | 103.036 | 107.668 | 110.632 |
| CARVEDILOL | — | — | — | 222 | METOLAZONA | 2.130 | 1.793 | 1.572 | 1.328 |
| CELIPROLOL | 8.620 | 8.634 | 7.845 | 6.977 | PIRETANIDA | 9.214 | 9.105 | 8.637 | 7.334 |
| METOPROLOL | 6.421 | 5.997 | 5.792 | 5.578 | TRIAMTERENO | 255 | 198 | 149 | 146 |
| NADOLOL | 1.989 | 2.053 | 2.141 | 2.197 | XIPAMIDA | 49.264 | 49.585 | 48.806 | 46.281 |
| OXPRENOLOL | 7.439 | 6.430 | 5.611 | 4.849 | CLONIDINA | 874 | 797 | 807 | 702 |
| PENBUTOLOL | 1.524 | 1.235 | 1.041 | 868 | GUANFACINA | 496 | 406 | 358 | 340 |
| PROPRANOLOL | 22.673 | 22.568 | 22.768 | 22.817 | METILDOPA | 13.589 | 10.638 | 8.532 | 6.684 |
| SOTALOL | — | — | — | 21 | RESERPINA | 94 | 95 | 72 | 59 |
| TIMOLOL | 330 | 284 | 254 | 231 | BENAZEPRIL | — | — | 389 | 7.560 |
| AMLODIPINO | - | - | 18.463 | 77.807 | CAPTOPRIL | 300.372 | 359.032 | 388.620 | 385.714 |
| DILTIAZEM | 64.242 | 78.735 | 90.236 | 103.657 | ENALAPRIL | 135.525 | 206.449 | 272.949 | 308.332 |
| FELODIPINO | — | — | 2.093 | 15.239 | FOSINOPRIL | — | — | — | 8.350 |
| ISRADIPINO | — | — | — | 0 | LISINOPRIL | — | 1.701 | 22.355 | 33.925 |
| LACIDIPINO | — | — | — | 3.603 | PERINDOPRIL | 39 | 4.159 | 10.903 | 17.189 |
| NIFEDIPINO | 318.300 | 344.329 | 365.909 | 367.978 | QUINAPRIL | — | 577 | 31.203 | 52.604 |
| NISOLDIPINO | — | — | — | 2.031 | RAMIPRIL | — | — | 355 | 12.453 |
| NITRENDIPINO | 36.171 | 54.385 | 67.099 | 65.148 | HIDRALAZINA | 1.598 | 1.702 | 1.747 | 1.826 |
| VERAPAMIL | 87.358 | 117.172 | 135.887 | 138.372 | MINOXIDIL | 374 | 387 | 390 | 366 |

EPED = Estimación de la prevalencia de enfermos-día (n.º de enfermos que cualquier día del año estudiado reciben una dosis diaria definida del medicamento).

mentos en nuestro país, aparte de ser el destino final de la Atención Especializada.

En el presente trabajo se analizan desde el punto de vista farmacoeconómico, el grupo terapéutico de los Antihipertensivos utilizando parámetros de referencia epidemiológica. Estos fármacos en constante estudio y desarrollo, hacen que el mercado farmacéutico fluctúe, ofreciendo más y mejores alternativas terapéuticas en una de las patologías con mayor trascendencia clínica y repercusión, tanto social como económica.

Uno de los aspectos más significativos de nuestro trabajo ha sido realizar y referenciar los patrones de utilización de estos fármacos en nuestro país, desde una óptica diferente al de los clásicos estudios epidemiológicos en los que se realizan encuestas o aproximaciones sobre el nú-

mero de enfermos en tratamiento a partir de datos sobre una parte de la población. Estos estudios nos servirán además para establecer los parámetros estándares que nos permitan futuras comparaciones en los Estudios de Utilización.

La estimación de la prevalencia de hipertensos tratados nos informa del número de personas que cualquier día del año estudiado reciben una Dosis Diaria del fármaco estudiado. Ello nos puede indicar el porcentaje de la población que recibe tratamiento antihipertensivo.

Pero si tenemos en cuenta los datos de prevalencia de la enfermedad hipertensiva en nuestro país (que se cifra en torno al 20% de la población adulta) se puede realizar una estimación más real y exacta, ya que podremos conocer el porcentaje de enfermos hipertensos en tratamiento frente a los hipertensos no tratados.

Así, se obtiene que en 1990 los hipertensos en tratamiento con fármacos eran el 31.1% del total de hipertensos, en 1991 el 35.6%, en 1992 el 40.6% y en 1993 la cifra de hipertensos en tratamiento con estos fármacos aumentó hasta el 43.76% (figura 2). Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el número de enfermos tratados y no tratados durante cada año de nuestro estudio ($p < 0.009$).

A nivel de las diversas Comunidades Autónomas (figura 3) destacan Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia como las regiones donde el número de hipertensos tratados farmacológicamente (monofármacos) frente a los no tratados es superior a la media nacional.

Sin embargo, estas diferencias y estos porcentajes de hipertensos tratados en los años estudiados pueden ser mayores, pues en nuestro estudio solo se han tenido en cuenta las especialidades farmacéuticas monofármacos. Así, en algunos subgrupos terapéuticos, como los Alfa Bloqueantes y Antagonistas del Calcio, el total de fármacos estudiados es el 100% de las especialidades farmacéuticas comercializadas (pues no existen asociaciones durante los años estudiados). Por contra, en el caso de los Beta Bloqueantes, Diuréticos, Hipotensores de Ac-

ción Central e Inhibidores de la ECA, sus asociaciones con otros de diferentes subgrupos pueden oscilar entre el 30 y el 40% del consumo total de envases de estos subgrupos. Aunque según el estudio Controlpres 95¹², solo el 28% estaban tratados con asociaciones de 2 fármacos y únicamente el 4% recibían 3 o más fármacos antihipertensivos.

De otra parte, debemos tener en cuenta que puede existir una parte del consumo total de estos fármacos que se utilizan en el tratamiento de otras patologías (por ejemplo Nifedipino y Diltiazem en la Cardiopatía Isquémica). Esta parte es difícil de desligar del uso total de estos fármacos al no existir en nuestro país bases de datos informatizadas y fiables sobre los diagnósticos y prescripciones de estos fármacos en Atención Primaria.

También nuestro estudio presenta la limitación de estar referido a los medicamentos antihipertensivos con cargo a los fondos públicos del Sistema Nacional de Salud y no se han tenido en cuenta el consumo privado de estos fármacos ni por parte de mutualidades o seguros privados, sin embargo, no creemos que esto represente una cifra considerable.

Asimismo, hoy en día se cuestiona por parte de algunos colectivos¹³ el uso de la Dosis Diaria

Figura 2

Porcentaje de hipertensos en tratamiento con monofármacos frente al total de hipertensos a nivel nacional durante el período estudiado (1990-1993)

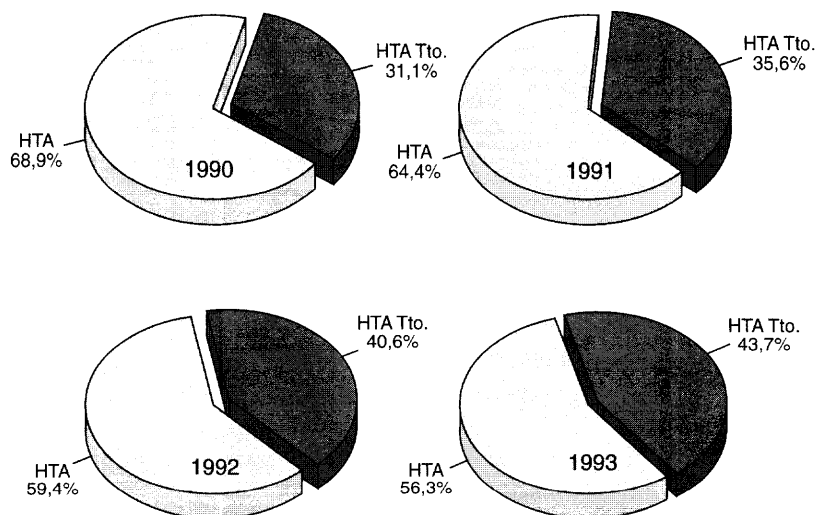
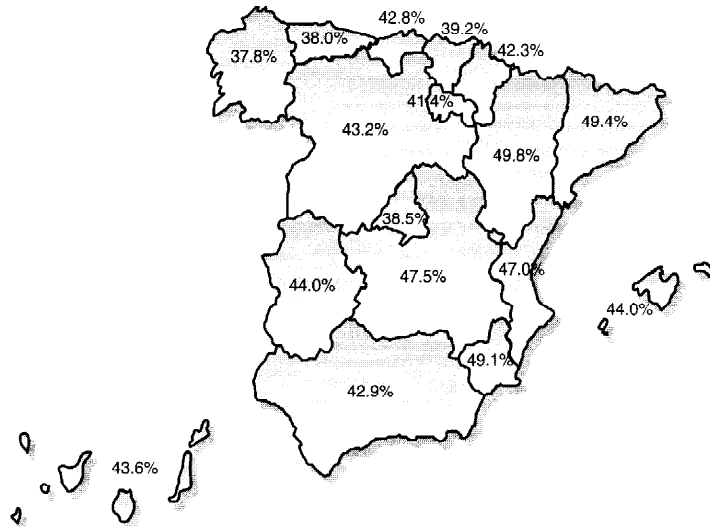


Figura 3

Porcentaje de hipertensos en tratamiento con monofármacos en las diversas Comunidades Autónomas durante 1993



Definida en vez de la *dosis diaria realmente prescrita*, pues en algunos subgrupos terapéuticos como por ejemplo los Diuréticos cada vez es más frecuente el uso de dosis más bajas que las mencionadas en los listados del Nordic Council on Medicines; sin embargo, para poder realizar comparaciones tanto a nivel nacional como internacional es necesario establecer unas dosis que permitan referenciar y analizar los datos obtenidos siempre desde el mismo punto de vista, y solo la Dosis Diaria Definida es la herramienta admitida a nivel internacional.

Finalmente, teniendo en cuenta las correcciones mencionadas, en nuestro país el porcentaje de hipertensos en tratamiento farmacológico con los diversos subgrupos terapéuticos, podría situarse en 1993 aproximadamente en el 50% del total de enfermos hipertensos, cifras que confirman y concuerdan con los diversos estudios epidemiológicos que sobre el control de la HTA se han realizado en nuestro país ^{3,5-7,14,15}.

AGRADECIMIENTOS

A D. Federico Plaza Piñol, Subdirector General de Ordenación y Asistencia Farmacéutica, y a Dña. Pilar Diaz de Torres, Jefa del Servicio de Banco de Datos del Ministerio de Sanidad y

Consumo, por poner a nuestra disposición los datos primarios para la elaboración de este trabajo. A D. Juan Carlos Nuñez Vergara, por sus comentarios y críticas, siempre afortunadas y tenidas en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Control de la Hipertensión en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid: IDEPSA, 1996.
2. Aranda P, Villar J. (coordinadores)- Estudio Epidemiológico Andaluz sobre factores de riesgo vascular. Estudio Al Andalus 90. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad, 1993.
3. Banegas Banegas JR, Villar Alvarez F, Pérez Andrés C, Jiménez García-Pascual R, Gil López E, Muñoz García y Juane Sánchez R. Estudio epidemiológico de factores de riesgo cardiovasculares en la población española de 35 a 64 años. Rev San Hig Pública 1993; 67: 419-445.
4. Cía P, Martínez P, Poncel P, Blasco M, Altisent R, Ortiz Remache PP et al. Prevalencia de hipertensión arterial en Aragón. Hipertensión 1990; 7:59-65.
5. Grupo Sanitario Gibralfaro. Estudio epidemiológico sobre factores de riesgo vascular en la población adulta de la provincia de Málaga. En: Aranda

- P. y Aranda J.M. eds. Málaga: Estudio Málaga, Grupo Sanitario Gibralfaro, 1986.
6. Jabary J. Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en la ciudad y provincia de Valencia. *Hipertensión* 1987; 4: 164.
 7. Márquez E. et al. Epidemiología de la HTA en la población general adulta de la Zona Básica de Salud «La Orda» de Huelva. *Hipertensión* 1995; 12(7): 225-231.
 8. Laporte JR, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En: *Principios de Epidemiología del medicamento* (2ª ed.). J.R. Laporte y G. Tognoni. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1993.
 9. Capellá D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. En: *Principios de Epidemiología del medicamento* (2ª ed.). J.R. Laporte y G. Tognoni. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1993; 67-93.
 10. Nordic Council on Medicines. Guidelines for DDD. Oslo: Who Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 1993.
 11. Buitrago Ramírez F, Pozuelos Estrada G, Vegas Jiménez T, García Carrasco A. Estudio de la población usuaria de cartillas de largos tratamientos en un centro de salud urbano. Un sistema para la evaluación y mejora de la calidad de prescripción. *Rev San Hig Publica* 1990; 64 (11-12): 651-660.
 12. Coca A. Control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 95. *Hipertensión* 1995; 12(6): 182-188.
 13. Wessling A, Boëthius G. Measurement of drug use in a defined population: Evaluation of the Defined Daily Dose (DDD) Methodology. *Eur J Clin Pharmacology* 1990; 39: 207-210.
 14. Badía X, Rovira J, Tresserras R, Trinxet C, Segú JL, Pardell H. El coste de la hipertensión arterial en España. *Med Clin (Barc)* 1992; 99:769-773.
 15. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Situación actual de la detección, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial en España. Madrid: Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, 1995.

ORIGINAL

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER INVASOR DE CÉRVIX EN EL ÁREA SANITARIA DE GIRONA DURANTE EL PERÍODO 1980-1989. REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE GERONA

Sánchez Garrido Victoria (1), Izquierdo Font Ángel (2,3), Beltrán Fabregat Miguel (3) y Viladiu Quemada Pau (1,2).

(1) Instituto Catalán de Oncología de Barcelona.

(2) Unidad de Epidemiología y Registro del Cáncer. Instituto de Asistencia Sanitaria de Gerona.

(3) Servicio de Oncología del Hospital Santa Catalina de Gerona.

RESUMEN

Fundamento: Estudio descriptivo del cáncer invasor de cérvix en el Área Sanitaria de Gerona, a partir de los datos del Registro Poblacional de Cáncer.

Metodos: El estudio comprende el período de 1980 a 1989 y la población observada incluye a las mujeres residentes en el Área Sanitaria. Se ha realizado el cálculo de tasas de incidencia bruta, ajustada, truncada y acumulada, así como un análisis de tendencia, de distribución demográfica del tumor y un análisis de la supervivencia poblacional.

Resultados: La edad media de presentación del cáncer fue de 57 ± 14 años; el tipo histológico más frecuente el carcinoma escamoso; el 51% de los casos son mujeres nacidas en Cataluña, el resto son inmigrantes y extranjeras. La distribución de estadíos en el momento del diagnóstico fue: 36% casos locales, 34% regionales y 23% diseminados. Las tasas bruta, ajustada y truncada de incidencia en el período 1980-89 eran de 8,2, 6,2 y 13,7 casos $\times 10^5$ mujeres respectivamente. Según la tasa acumulada, una de cada 150 mujeres sufrirán este tumor antes de los 75 años. No se observa un incremento significativo de la tendencia; por el contrario, se aprecia una subincidencia significativa en zonas rurales. La probabilidad de supervivencia relativa a los 5 años es del 48,5%, no apreciándose diferencias significativas en función de la edad pero sí en función del estadío.

Conclusiones: En comparación con las cifras internacionales, Gerona es un área de baja incidencia de este tumor, no observándose una tendencia ascendente del mismo. La subincidencia en zonas rurales puede sugerir una diferente exposición a factores de riesgo, aunque hay que tener en cuenta aspectos como la accesibilidad a los servicios sanitarios, la definición de medio urbano y rural, y la presencia de movimientos migratorios. Por último, la menor supervivencia observada en comparación con otros países podría atribuirse a la presencia de estadíos más avanzados, lo que pone de relieve la importancia de la detección precoz de este tumor.

Palabras clave: Cáncer invasor de cérvix. Registro Poblacional de Cáncer. Incidencia. Supervivencia.

ABSTRACT

Epidemiology of Cervical Invasive Cancer in the Gerona Health Area from 1980 to 1989. Cancer Population Records of Gerona

Background: The goal of the present work is to carry out a descriptive study about the impact of invasive cervical cancer in the area of Gerona, Spain.

Methods: Using data from the population based cancer registry of Gerona for the period 1980-89, several incidence rates were calculated. Incidence trends, demographical distribution and survival according of different variables were analyzed.

Results: The average age in which the disease appears was 57 ± 14 years; the most frequent histological type was the squamous cell carcinoma; 51% of the cases were women born in Cataluña and the remaining percentage corresponds to women from others regions and foreigners. At the moment of diagnosis, el 36% of the cases were local, 34% were regional and 23% disseminated. Crude, standardized and truncated (35-64 years) incidence rates, during 1980 to 1989 were de 8,2, 6,2 and 13,7 cases $\times 10^5$ women respectively. According to the cumulative rate, 1 in 150 women will have this cancer by age 74. No increase of the trend has been found, however, a significant subincidence has been observed in rural areas. 5-years survival rates is 48.5% and was significantly associated with stage at diagnosis, but age was not.

Conclusion: From an international viewpoint, Gerona is a low incident area for this tumour and no rising trend has been found. The subincidence in rural areas may suggest a different exposition to risk factors, although certain aspects such as accessibility to health care services, the defining of rural and urban areas and the existence of migrations should be considered. Finally, the lower survival rate with regard to other countries could be attributed to the presence of more advanced stages, which emphasizes the importance that the early diagnosis of this tumour has.

KEY WORDS: Invasive Cervical Cancer, Population Based Cancer Records. Incidence. Survival.

Correspondencia:

M.ª Victoria Sánchez Garrido.

Unitat de Prevenció i Control del Càncer.

Institut Català d'Oncologia. Avda. Gran Vía s/n. km. 2,7.

08907 L'Hospitalet. Barcelona. FAX: (93) 263 35 56.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el segundo tumor más frecuente entre las mujeres a nivel mundial, aunque su incidencia presenta importantes variaciones internacionales. Así, en la mayor parte de países no industrializados es el tumor femenino más frecuente, mientras que en los países occidentales desarrollados ocupa el décimo lugar^{1,2}. En España, según los datos de diferentes registros poblacionales de cáncer, este tumor presenta comparativamente una baja incidencia³.

Estas diferencias en los patrones de afectación constituyeron el punto de partida de estudios analíticos que pusieron en evidencia una relación causal con el Virus del Papiloma Humano (VPH), quedando factores de riesgo clásicos (comportamiento sexual de la mujer y su pareja o estatus socioeconómico) como indicadores de exposición a dicho virus^{4,6}. Otros factores de riesgo considerados han sido el tabaquismo, el consumo de anticonceptivos orales y ciertas deficiencias nutricionales, aunque todavía no está claro si estos actúan independientemente del HPV⁷.

La importancia epidemiológica del cáncer de cérvix se centra en su tipo histológico más frecuente, el carcinoma escamoso, que tiene su origen en el epitelio de transición del cuello uterino. Su larga evolución (displasia-carcinoma in situ-carcinoma invasor), su accesibilidad anatómica y la disponibilidad de técnicas de citología exfoliativa permiten su detección precoz con facilidad, habiéndose demostrado la efectividad del cribado a partir de estudios de incidencia y mortalidad en países nórdicos⁸.

En la mayoría de países industrializados este tumor ha presentado una tendencia descendente en las últimas décadas⁹⁻¹¹, aunque a partir de los años 70, se ha observado en alguno de ellos un incremento de su incidencia y mortalidad entre mujeres jóvenes, existiendo cierta controversia sobre este fenómeno^{10,12-14}.

Los registros de cáncer poblacionales son un instrumento fundamental que nos permite conocer su impacto en la población y los posibles factores asociados a su aparición, así como realizar una evaluación de la efectividad de las medidas aplicadas en la lucha contra esta enfermedad. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo del impacto del cáncer invasor de cérvix en el Area Sanitaria de Gerona,

así como identificar las posibles diferencias existentes en su distribución demográfica utilizando como fuente de información los datos recogidos por el Registro Poblacional de Cáncer de Gerona (RCG).

MATERIAL Y MÉTODOS

El Registro Poblacional de Cáncer de Gerona recoge, desde 1980, todos los casos incidentes de tumores ginecológicos y de mama aparecidos entre las mujeres residentes en el Area Sanitaria constituida por seis comarcas (Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, Gironés, Pla de l'Estany y La Selva)¹⁵. Según el censo de 1986, la población cubierta por el Registro era de 227.349 mujeres. De estas, el 24% nacieron fuera de Cataluña.

La información recogida comprende variables sociodemográficas, variables relativas al tumor y variables de seguimiento del paciente. Los tumores se codifican según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O)¹⁶. Para la clasificación de la extensión tumoral en el momento del diagnóstico se utiliza una versión simplificada de diferentes clasificaciones (FIGO 1985, TNM-UICC 1982). Se considera «local» al tumor que solo afecta un órgano, «regional» cuando aparece invasión ganglionar o de órganos vecinos y «diseminado» si se observan metástasis. Los criterios de definición de segunda neoplasia son los recomendados por la International Agency for Research in Cancer (IARC): localización del tumor en órganos diferentes (excluyéndose las metástasis); y localización de más de un tumor con distinto tipo histológico en un mismo órgano¹⁷.

El porcentaje de verificación histológica para el cáncer invasor de cérvix es del 98,4%, no existiendo ningún caso obtenido exclusivamente a través del Boletín Estadístico de Defunción (porcentaje de DCO). El porcentaje de DCO se refiere exclusivamente al período 1985-89, ya que es a partir de 1985 cuando se dispone de información de los Boletines de Defunción.

El período de análisis abarca 10 años (1980-1989). La población correspondiente a cada año del estudio y su distribución por edades se ha estimado por interpolación del incremento medio anual ponderado entre el censo de 1981 y el padrón de 1986. Las variables estudiadas son: edad

media de presentación, tipo histológico, aparición de segundas neoplasias, distribución de casos según lugar de origen y extensión del tumor en el momento del diagnóstico.

A partir de los datos de incidencia se han calculado Tasas Brutas, Ajustadas, Truncadas (entre 35 y 64 años), expresadas todas ellas como número de casos por 10⁵ mujeres y Tasa Acumuladas (entre 0 y 74 años), expresadas como porcentajes. El ajuste de tasas se ha realizado por el método directo, tomando como referencia la población estándar mundial¹⁸. Estos cálculos se han realizado para los períodos 80-89, 80-84 y 85-89. Así mismo, se ha llevado a cabo un análisis de tendencia, utilizando un modelo de regresión que asume una distribución de Poisson^{19,20}, estimándose un porcentaje de cambio anual a partir del coeficiente de la variable «año» en el modelo ajustado, que incluía la variable «grupo de edad». Dicho análisis comprende solo el período 1985-89.

El estudio de la distribución demográfica se ha realizado mediante el cálculo de la Razón de Incidencia Estandarizada (RIE) y de su intervalo de confianza al 95% (IC95%)²¹, utilizando como referencia las tasas de incidencia por grupos de edad del Area Sanitaria. Se han considerado como «urbanas» las poblaciones mayores de 10.000 habitantes y como «rurales» las menores de 10.000²².

La supervivencia observada así como la relativa se han calculado de forma global y en función de las variables edad y extensión en el momento del diagnóstico. El método utilizado para el cálculo de las curvas de supervivencia ha sido el de Kaplan-Meier. La comparación de curvas según diferentes variables se ha realizado mediante el log-rank test y así mismo se ha utilizado el método de los riesgos proporcionales de Cox

para estudiar el efecto simultáneo de diferentes variables sobre la supervivencia²³.

RESULTADOS

A lo largo del período estudiado (1980-89) se han registrado 185 casos incidentes de cáncer invasor de cérvix, con una edad media de presentación de 57±14 años. El tipo histológico más frecuente corresponde al carcinoma escamoso, con 156 casos (84% del total), seguido del adenocarcinoma con 11 casos (6%). El tipo carcinoma, sin otra especificación, comprende el 6%. Un cuarto grupo reúne una serie de tumores de rara presentación (carcinoma adenoescamoso, endometrioide y carcinosarcoma) con frecuencias relativas muy bajas (2%). En un 2% de los casos se desconocía la histología. En 5 casos (2.7%) aparece una segunda neoplasia localizada en ovario, piel, cerebro, mama y endometrio respectivamente. En relación a la distribución de casos según la región de origen, aproximadamente el 51% corresponden a las mujeres nacidas en Cataluña, y el 32% a las mujeres procedentes del resto de España. Un 10% de casos corresponde a mujeres extranjeras y en un 7% no constaba el lugar de origen (Tabla 1).

En el momento del diagnóstico, el 36% de los casos eran locales, el 34% regionales y el 23% eran diseminados. En el 7% de los casos no constaba la extensión tumoral.

Las diferentes tasas de incidencia por este tumor obtenidas en el período estudiado en el Area Sanitaria quedan recogidas en la tabla 2. En la figura 1 se presenta una comparación internacional de las Tasas Ajustadas de incidencia. En la tabla 3 se presentan, en forma de porcentaje de incremento medio anual, los resultados del aná-

Tabla 1
Incidencia del cáncer de cérvix. Área sanitaria. Distribución según lugar de nacimiento

| | 1980-84 | | 1985-89 | | 1980-89 | |
|-----------------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Cataluña | 43 | 51 | 51 | 50 | 94 | 51 |
| Resto de España | 23 | 27 | 36 | 36 | 59 | 32 |
| Extranjeros | 9 | 11 | 10 | 10 | 19 | 10 |
| Desconocido | 9 | 11 | 4 | 4 | 13 | 7 |
| Total | 84 | 100 | 101 | 100 | 185 | 100 |

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Girona.

Tabla 2
Tasas de incidencia del cáncer de cérvix. Área sanitaria

| Período | Casos | 20- | 25- | 30- | 35- | 40- | 45- | 50- | 55- | 60- | 65- | 70- | 75- | 80- | 85+ | TB | T.A Mund | T.TR 35-64 | T.AC 0-74 |
|---------|-------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-------------|---------------|--------------|
| 1980-84 | 84 | 0,0 | 0,0 | 8,3 | 6,4 | 13,6 | 9,0 | 13,3 | 23,3 | 17,7 | 17,9 | 15,3 | 14,4 | 14,5 | 21,1 | 7,8 | 5,8 | 13,0 | 0,62 |
| 1985-89 | 101 | 1,2 | 2,3 | 7,7 | 6,9 | 16,2 | 20,0 | 16,3 | 11,6 | 20,4 | 28,3 | 15,0 | 23,3 | 8,5 | 9,3 | 8,9 | 6,9 | 15,1 | 0,73 |
| 1980-89 | 185 | 0,6 | 1,2 | 7,7 | 6,2 | 13,8 | 15,4 | 14,8 | 16,6 | 18,1 | 22,6 | 15,0 | 18,2 | 10,6 | 13,9 | 8,2 | 6,2 | 13,7 | 0,66 |

TB: T. Bruta / T.A: T. Ajustada Mundial / T.TR: T. Truncada (35-64 años) / T.AC: T. Acumulada (0-74 años)

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Girona.

Figura 1

Comparación Internacional de la incidencia por cáncer de cérvix. Tasas ajustadas 1983-1987

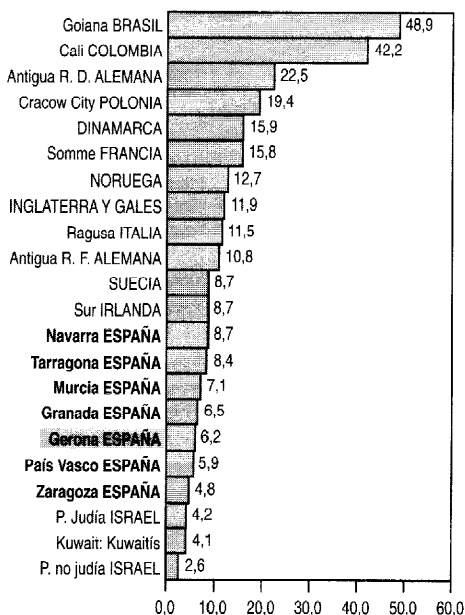


Tabla 3

Tendencia de la incidencia del cáncer de cérvix. Área sanitaria 1985-1989

| | Casos | Cambio anual (%) | IC 95% |
|------------|-------|------------------|----------|
| Global | 101 | 2.1 | -11:17.2 |
| 35-64 años | 58 | 4.2 | -13:25.1 |
| >64 años | 34 | -3.9 | -24:21.7 |

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Girona.

lisis de tendencia de la incidencia de este tumor, entre 1985 y 1989. Se ha analizado la incidencia total, y separada por grandes grupos de edad (35-64 años y ≥ 65 años). Aunque se observan incrementos en el total y en el grupo de 35-64 años, estos no son significativos. En relación a la distribución demográfica, no se aprecian diferencias significativas en las zonas urbanas, con una RIE de 117.0 (90.7:140.7); por el contrario se observa una subincidencia significativa en zonas rurales con una RIE de 77.8 (61.3:98.7).

La tabla 4 presenta la probabilidad de supervivencia observada y relativa en diferentes momentos del seguimiento, y la mediana de super-

Tabla 4

Supervivencia del cáncer de cérvix. Área sanitaria 1980-1989

| | Casos | Observada (%) | | | | | Relativa (%) | | | | |
|------------------|-------|---------------|------|------|-------|----------|--------------|------|------|-------|----------|
| | | 1 a. | 3 a. | 5 a. | 10 a. | mediana* | 1 a. | 3 a. | 5 a. | 10 a. | mediana* |
| TOTAL | 185 | 80 | 57 | 46 | 36 | 48 | 81 | 59 | 49 | 40 | 54 |
| EDAD | | | | | | | | | | | |
| 35-64 años | 125 | 83 | 62 | 50 | 38 | 57 | 83 | 62 | 50 | 40 | 60 |
| >64 años | 59 | 76 | 47 | 39 | — | 27 | 78 | 51 | 44 | — | 36 |
| EXTENSION | | | | | | | | | | | |
| Local | 66 | 94 | 84 | 70 | 64 | >130 | 94 | 82 | 71 | 67 | >102 |
| Regional | 62 | 80 | 52 | 42 | — | 42 | 81 | 54 | 44 | — | 90 |
| Diseminado | 43 | 63 | 26 | 21 | — | 15 | 64 | 26 | 22 | — | 12 |

(* meses)

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Girona.

vivencia (expresada en meses). Estos cálculos se han realizado para la totalidad de los casos, así como para subgrupos definidos en función de la edad y la extensión en el momento del diagnóstico. La figura 2 presenta la curva de supervivencia para el total de los casos. Si comparamos las curvas de supervivencia en función de la edad (figura 3), las pacientes diagnosticadas después de los 65 años presentan peor supervivencia que las más jóvenes, aunque esta diferencia no alcanza significación estadística ($p=0.09$). La figura 4 presenta la probabilidad de supervivencia en función del estadio en el momento del diagnóstico. Las diferencias entre las curvas son marcadas y estadísticamente significativas ($p<0.001$). En relación a los resultados del estudio de factores pronósticos, hay que señalar que solo la extensión en el momento del diagnóstico

infiere en la supervivencia. En la tabla 5 se detalla únicamente esta variable, ya que la edad carecía de significación estadística.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos en este estudio observamos que, tanto la edad media de presentación de este tumor como la distribución de tipos histológicos, son similares en Gerona a las descritas en la literatura internacional^{24,25}. Por el contrario, llaman la atención las diferencias en la distribución de estadios frente a los datos aportados por otros países^{26,27}, observándose una menor proporción de estadios locales y una mayor de los estadios diseminados. Esto sugiere la existencia de un retraso en el diagnóstico en Gerona respecto a otros países industrializados.

Otro aspecto a destacar es el elevado porcentaje de mujeres inmigrantes entre los casos de cérvix recogidos en Gerona. En este sentido, un estudio llevado a cabo recientemente descubrió

Figura 2
Supervivencia del cáncer de cérvix.
Área Sanitaria de Gerona

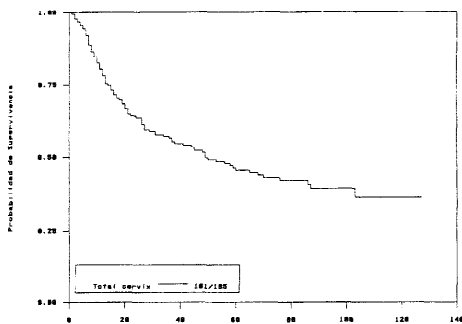


Figura 3
Supervivencia del cáncer de cérvix por grupos de edad.
Área sanitaria de Gerona.

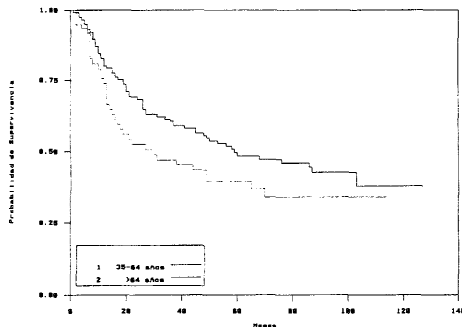
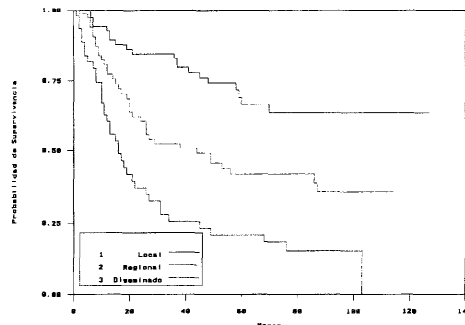


Tabla 5
Supervivencia del cáncer de cérvix. Área sanitaria
1980-1989. Factores pronósticos

| | Riesgo | IC 95% | P |
|------------|--------|-----------|--------|
| Local | 1 | | |
| Regional | 2.13 | 1.2-3.75 | 0.009 |
| Diseminado | 5.06 | 2.90-8.80 | <0.001 |

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Girona.

Figura 4
Supervivencia del cáncer de cérvix según estadio.
Área sanitaria de Gerona.



una sobreincidencia significativa de cáncer de cérvix en las mujeres procedentes de regiones del sur de España en relación a las nacidas en la provincia de Gerona. Dichas mujeres presentaban estadios más avanzados en el momento del diagnóstico. Al mismo tiempo, se observó una menor proporción de mujeres inmigrantes entre las que presentaban un diagnóstico de carcinoma in situ; por lo que esta sobreincidencia se ha atribuido fundamentalmente a una menor participación en el cribado de cáncer de cérvix ²⁸.

La distribución internacional de la incidencia del cáncer de cérvix presenta importantes variaciones, observándose las tasas más elevadas en Latinoamérica y Sureste Asiático, mientras que las tasas más bajas aparecen en Oriente Medio, Finlandia y España ²⁹. Por otra parte, a pesar de la tendencia descendente tanto de la incidencia como de la mortalidad por este tumor en la mayoría de países industrializados ^{30,32}, en las últimas décadas se han descrito aumentos de las mismas en mujeres jóvenes ³¹ de estos países ³¹⁻³⁵. Aunque existe cierta evidencia de que la mortalidad por cáncer de cérvix ha aumentado en España ^{30,35}, no se ha observado el incremento entre las mujeres jóvenes señalado anteriormente ³⁶.

Las tasas de incidencia observadas en Gerona la sitúan en los últimos lugares de la clasificación internacional. En relación a España ocupa un lugar medio entre las comunidades con registros poblacionales de cáncer ^{3,37}. Si se comparan los dos subperíodos estudiados (80-84 y 85-89) se puede observar un ligero aumento de las tasas en el segundo período respecto al primero, así como un afectación de grupos de edad más jóvenes. No obstante, el estudio de la tendencia no muestra un incremento, ya que las variaciones advertidas tanto para el total de casos, como para los grupos de edad no son significativas. El descenso de la incidencia entre las mujeres de edades avanzadas, aunque no es significativo, podría deberse en parte a un diagnóstico menos exhaustivo del tumor. Las tasas truncadas (35-64 años) son claramente superiores a las ajustadas, lo que nos indicaría un predominio en las edades medias. Las tasas acumuladas (0-74 años) indican una probabilidad de padecer este tumor del 0,66%, lo que supone que una de cada 150 mujeres lo padecerán antes de los 75 años.

El estudio demográfico muestra una subincidencia significativa en zonas rurales respecto al Area Sanitaria, hecho que podría estar relacio-

nado con una diferente exposición a los factores de riesgo. No obstante, hay que interpretar estos datos con precaución ya que, a pesar de que pueden reflejar diferencias reales, hay que tener en cuenta aspectos como la accesibilidad a los servicios sanitarios y la calidad de los mismos en las diferentes zonas, así como el criterio elegido para la definición de medio urbano y rural. Por otra parte, la presencia de movimientos poblacionales migratorios puede provocar una afluencia de poblaciones con diferente grado de incidencia. En el caso de Gerona, las zonas urbanas tienen una mayor presencia de población inmigrante entre la que se ha observado una incidencia mayor de este tumor.

La tasa observada de supervivencia de los casos de cáncer de cérvix registrados en el Area Sanitaria de Gerona fue del 80% al año, y del 46% a los 5 años. La supervivencia relativa presenta tasas ligeramente superiores, con una mediana de 54 meses. En relación a la edad, las diferencias observadas no son significativas. La extensión del tumor en el momento del diagnóstico aparece inversamente relacionada con la probabilidad de supervivencia, siendo dicha probabilidad a los 5 años del 22% en el caso de tumores diseminados (con solo 12 meses de mediana de supervivencia). De hecho, esta es la única variable que presenta significación estadística en el análisis de factores pronósticos. Así, las pacientes con un tumor regional tienen un riesgo de muerte 2 veces superior a las que presentan un tumor local, mientras que si el tumor es diseminado el riesgo de muerte es 5 veces superior.

Si comparamos las tasas de Gerona con las presentadas en otros estudios americanos y europeos ^{27,28}, observamos que las probabilidades de supervivencia de Gerona son más bajas. Así, la probabilidad de supervivencia relativa a los 5 años en la población blanca de Estados Unidos fue del 67% y la media europea occidental del 54%. En este sentido, hay que tener en cuenta que la serie americana presenta una mayor proporción de estadios locales que la de Gerona, y que incluye una combinación de datos poblacionales y hospitalarios, hechos que podrían explicar la mejor supervivencia observada. En relación a la media europea hay que señalar que esta incluye países donde desde hace tiempo se han llevado a cabo programas de cribado, lo que favorece la detección del tumor en estadios precoces y, por tanto, con mayor probabilidad de supervivencia.

En términos generales se puede concluir que en relación con la situación internacional, Gerona es un área de baja incidencia de cáncer de cérvix, no observándose una tendencia ascendente de la misma aunque se aprecia una subincidencia observada en zonas rurales. La menor supervivencia observada en comparación con otros países industrializados podría atribuirse a la presencia de estadíos más desfavorables, lo que pone de relieve la importancia de la detección precoz de este tumor, orientada fundamentalmente a los grupos de alto riesgo, que son probablemente los que presentan una menor participación en esta prueba. Por otra parte, las posibilidades de prevención secundaria podrían ampliarse, en el futuro, complementando la citología con algún test virológico, dada la reciente confirmación de que la presencia de VPH en material exfoliado es un buen predictor del riesgo de progresión de lesiones preneoplásicas^{39,40}. En términos de prevención primaria, actualmente está en fase de estudio el desarrollo de vacunas frente al HPV⁴¹.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Victor Moreno por su colaboración en el análisis estadístico de los datos y por los comentarios a una versión previa de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parkin DM, Laara E, Muir CS. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers in 1980. *Int J Cancer* 1988; 41: 184-189.
2. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen majors cancers in 1985. *Int J Cancer* 1993; 54: 594-606.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
4. Bosch FX, Muñoz N, De Sanjosé S, Izarzugaza I, Gili M, Viladiu P et al. Risk Factors for Cervical cancer in Colombia and in Spain. *Int J Cancer* 1992; 52: 750-758.
5. Bosch FX, Muñoz N, Shah KV, Meheus A. Second International Workshop on the Epidemiology of Cervical cancer and Human Papillomavirus. *Int J Cancer* 1992; 52: 171-173.
6. Bosch FX, Muñoz N, De Sanjosé S, Eleuf Neto J, Orfila J, Walboomers J et al. What is relevant in Cervical Carcinogenesis other than HPV? En: Monsonego, editor. Screening of cervical cancer for whom, why and how? Proceeding as of the 2nd International Congress of Papillomavirus in Human Pathology; 1994 Abril 7; Paris: Eurogin Scientific Publications, 1995.
7. Muñoz N, Bosch FX, Shah KV, Meheus A, editores. The Epidemiology of Human Papillomavirus and Cervical Cancer. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 119, 1992.
8. Hakama M, Magnus K, Petterson F, Storm H, Tulinius H. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer in the nordic countries. En: Millet AB, Hakama M, Day NE, Chamberlain J, Procock PC, editores. Cancer screening. Cambridge: Cambridge University Press, 1991: 153-162.
9. Jensen O, Esteve J, Moller H, Renald H. Cancer in the European Community and its Member States. *Eur J Cancer* 1990; 26: 1167-1256.
10. Devesa S, Silverman D, Young JL, Pollack ES, Brown CC, Horm JW et al. Cancer Incidence and Mortality Trends Among Whites in the United States, 1947-84. *J. Natl Cancer I* 1987; 79(4): 701-745.
11. Franceschi S, Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E. Comparison of Cancer Mortality in Major European Areas 1960-89. *Eur J Cancer Prev* 1994; 3: 145-206.
12. Cuzick J, Boyle P. Trends in cervix cancer mortality. *Cancer Sur* 1988; 7(3): 417-438.
13. La Vecchia C, Luchini F, Negri E, Boyle P, Maisonneuve P, Levi P. Trends of cancer mortality in Europe, 1955-1989: III, Breast and Genital Sites. *Eur J Cancer* 1992; 28: 927-988.
14. Macgergor E, Campbell M, Mann E, Swanson K. Screening for cervical intraepithelial neoplasia in north east Scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomitant rise in preinvasive disease. *Brit Med J* 1994; 308: 1407-1411.
15. Viladiu P, Izquierdo A, Beltrán M, Bosch FX, Moreno V. Epidemiología del cáncer ginecológico y de mama en el Área Sanitaria de Gerona. *Registre del Cáncer de Gerona. Gerona: Asociación Española contra el Cáncer, 1995.*
16. CIE-O. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Washington: Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica n.º 345, 1977.*
17. Jensen OM, Parkin DM, Maclellan, R, Muir CS, Skeet RG. Cancer Registration: Principles and Methods. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 95, 1991.
18. Rates and Rate Standardization. En: Breslow N and Day NE. *Statistical methods in cancer rese-*

- arch. Vol. II. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 82, 1993.
19. Fitting models to grouped data. En: Breslow NE and Day NE. Statistical methods in cancer research. Vol II. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 82, 1987: 120-176.
 20. Atkin M, Anderson C, Francis B, Hinde J. Statistical modelling with GLIM. Oxford: Oxford University Press, 1989: 217-255.
 21. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG, editores. Cancer Registration: Principles and Methods. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 95, 1991.
 22. Roginski C. Comparison of urban and rural incidence data. En: Muir C, Waterhouse J, Mack T, Powell J, Whelan S, editores. Cancer Incidence in Five Continents. Vol V. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 88, 1987.
 23. Techniques d'analyse de la survie. En: Estève L, Benhamou E, Raymond L. Méthodes statistiques en épidémiologie descriptive. Paris: INSERM, 1993.
 24. Ulmer HU, Hossfeld DK, Love RR. Cancers of the Uterine Cervix and Endometrium and Gestational Trophoblastic Disease. En: Love RR, editor. Manual of Clinical Oncology. Ginebra: UICC, 1994.
 25. Williams C. Ovarian and cervical cancer. En: Mead GM, editor. Current issues in cancer. Londres: BMJ Publishing Group, 1992.
 26. Ries LAG, Miller BA, Hankey BF, Kosary CL, HARRAS A, Edwards BK, editores. SEER Cancer Statistics Review 1973-1991: Tables and Graphs. National Cancer Institute. Bethesda (MD): NIH Publication n.º 94-2789, 1994.
 27. Population Screening for Cervical Cancer in the Netherlands. A Report by the Evaluation Committee. Int J Epidemiol 1989; 18(4): 775-781.
 28. Borràs JM, Sánchez V, Izquierdo A, Moreno V, Viladiu P. Cervical cancer: incidence and survival in migrants within Spain. J Epidemiol Commun Health 1995; 49: 153-157.
 29. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y-T, Ferlan J, Powel J, editores. Cancer Incidence in Five Continents. Vol VI. Lyon: AIRC Scientific Publications n.º 120, 1992.
 30. Jensen O, Esteve J, Moller H, Renald H. Cancer in the European Community and its Member States. Eur J Cancer 1990; 26: 1167-1256.
 31. Devesa S, Silverman D, Young JL, Pollack ES, Brown CC, Horn JW et al. Cancer Incidence and Mortality Trends Among Whites in the United States, 1947-84. J Nat Cancer I 1987; 79(4): 701-745.
 32. Franceschi S, Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E. Comparison of Cancer Mortality in Major European Areas 1960-89. Eur J Cancer Prev 1994; 3: 145-206.
 33. Cuzick J, Boyle P. Trends in cervix cancer mortality. Cancer Surv 1988; 7(3): 417-438.
 34. La Vecchia C, Luchini F, Negri E, Boyle P, Maisonneuve P, Levi P. Trends of cancer mortality in Europe, 1955-1989: III, Breast and Genital Sites. Eur J Cancer 1992; 28: 927-988.
 35. Macgergor E, Campbell M, Mann E, Swanson K. Screening for cervical intraepithelial neoplasia in north east Scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomitant rise in preinvasive disease. Brit Med J 1994; 308: 1407-1411.
 36. Sánchez MV, Izquierdo A, Beltrán M, Bosch José FX, Viladiu Quemada P. Tendencias temporales de la mortalidad por cáncer de cérvix en Cataluña 1975-1992: Análisis del Boletín Estadístico de Defunción y del Registro de Cáncer de Gerona. Gac Sanit 1996; 10: 67-72.
 37. Martos MC, Tomás C, Gómez L. Incidencia del cáncer genital femenino en la provincia de Zaragoza 1975-1984. Med Clin (Barc) 1992; 99: 410-413.
 38. Berrino F, Sant M, Verdecchia A, Capocaccia R, Hakulinen T, Estève J, editores. Survival of Cancer Patients in Europe. The EURO CARE Study. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 132, 1995.
 39. Muñoz N, Bosch FX. HPV and cervical neoplasia. Review of case-control studies. En: Muñoz N, Bosch FX, Shah KV, Meheus A, editores. The epidemiology of cervical cancer and human papillomavirus. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 119, 1992.
 40. Day Ne, Veral V. Screening for cervical cancer: Is there a place for incorporating test for the human papillomavirus? En: Muñoz N, Bosch FX, Shah KV, Meheus A, editores. The epidemiology of cervical cancer and human papillomavirus. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 119, 1992.
 41. IARC and Fondation Marcel Merieux. HPV vaccines and their potential use in the prevention and treatment of cervical neoplasia. Lyon: Fondation Marcel Merieux, 1994.

ORIGINAL

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN MUJERES

Javier Jorge Mariñas, María Elena Rego, Miguel Rosales, María Isabel Castro y Encarnación Bouzas.

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

RESUMEN

Fundamento: Chlamydia Trachomatis es actualmente el patógeno más prevalente de los causantes de Enfermedades de transmisión sexual en países desarrollados, alcanzando en algunos de ellos proporciones epidémicas.

Dichas infecciones pueden dar lugar a un considerable número de complicaciones, muchas de ellas de importantes consecuencias. Dado que además, un gran número de casos cursan de manera asintomática, existe un consenso generalizado en la conveniencia de realizar programas de cribaje.

El objetivo de este estudio es llevar a cabo la primera fase en la evaluación del programa de cribaje de infección asintomática por *C. trachomatis* en las mujeres que acuden a un centro de planificación familiar.

Métodos: Estudio descriptivo para determinar la prevalencia de cada año del período estudiado, análisis de la tendencia temporal de la misma y valoración de la efectividad del programa en términos de reducción proporcional de prevalencia. Se incluyeron un total de 6.746 mujeres que acudieron al centro de planificación familiar para revisión ordinaria o consejo de anticoncepción entre enero de 1991 y diciembre de 1993.

Resultados: El programa mostró una efectividad global del 80%, reduciéndose la prevalencia de 5,1% en el año 90 a 1,0% en el año 93. Se observó un descenso significativo en todas las categorías analizadas, a excepción de las mujeres que utilizaban preservativo y las tituladas superiores.

Conclusiones: El programa alcanza sus objetivos con una alta efectividad. No obstante, sería aconsejable realizar una valoración de su eficiencia incluyendo el análisis de los costes, ya que al disminuir la prevalencia el valor predictivo positivo de la prueba disminuye notablemente, lo que encarece la detección de un caso.

Palabras clave: Chlamydia trachomatis. Programa. Cribaje. Efectividad.

ABSTRACT

Evaluation of the Effectiveness of a Detection Programme of Asymptomatic Infection by Chlamydia Trachomatis in Women

Background: Chlamydia Trachomatis is at present the most prevalent pathogenic agent among the causes of sexually transmitted diseases in developed countries, and has reached epidemic proportions in some of them.

These infections can give rise to a considerable number of complications, many with very serious consequences. Given that, in addition, a great number of cases are asymptomatic, a general consensus exists about the convenience of carrying out screening programmes.

The aim of this study is to accomplish the first stage of the screening programme of asymptomatic infection by *C. trachomatis* in women who seek help at a family planning centre.

Methods: A descriptive study to determine the prevalence each year of the period studied, an analysis of its temporal tendency and the assessment of the programme effectiveness in terms of a proportional reduction in prevalence. A total number of 6.746 women were included, who attended the family planning centre for a regular checkup or contraceptive advice between January 1991 and December 1993.

Results: The programme showed a global effectiveness rate of 80%, with a reduction in prevalence from 5,1% in 1990 to 1,0% in 1993. A significant fall was observed in all the categories analyzed, except for women using prophylactics and those with higher education.

Conclusions: The programme achieves its objectives very effectively. Nevertheless, it would be advisable to value its efficiency together with a cost analysis, since by reducing prevalence, the positive estimated value of the test considerably decreases, which raises the cost of a single case detection.

KEY WORDS: Chlamydia Trachomatis. Programme. Screening. Effectiveness.

INTRODUCCIÓN

Chlamydia trachomatis (CT) es hoy en día el patógeno más importante y prevalente de los causantes de enfermedades de transmisión sexual en Europa, donde ha alcanzado ya proporciones epidémicas, estimándose que en algunos países un tercio de la población joven pueden tener una o más infecciones por dicho germen a lo largo de su vida, e igualmente en Estados Unidos donde es responsable cada año de cuatro millones de infecciones nuevas aproximadamente¹⁻³.

En las mujeres, la mayoría de las infecciones por CT cursan de manera totalmente asintomática, o a lo sumo con un cuadro anodino e inespecífico, que muchas veces hace imposible el diagnóstico clínico sin el concurso del laboratorio. Pero este comportamiento «silente» contrasta con la gran cantidad de complicaciones a las que puede dar lugar y la importancia de las mismas. Así, representa la primera causa de enfermedad inflamatoria pélvica y por ello de esterilidad de origen tubárico, estimándose que hasta un 75 % de las infertilidades de este tipo tendrían su origen en una infección desapercibida en el pasado por CT^{1,4}.

Desde el punto de vista de morbilidad materno-fetal, la infección redundaría en una mayor incidencia de embarazo extrauterino, abortos de repetición, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, endometritis postparto y conjuntivitis y neumonía en el recién nacido^{1,4}.

Aunando ambos puntos de vista —clínico y epidemiológico— se constata la gran importancia de la infección por CT que se traduce en la gran carga económica que supone para la sociedad³.

Por ello, la mayoría de autores sugieren la conveniencia de realizar programas de prevención secundaria mediante cribados^{3,5-8}, ya que concurren los principales criterios para realizarlos⁹⁻¹¹ y así mismo, disponer actualmente de técnicas diagnósticas asequibles y ampliamente difundidas, que permiten el procesamiento de gran cantidad de muestras en poco tiempo y a relativo bajo coste¹². El principal objetivo de este estudio es llevar a cabo una primera fase en la evaluación del programa de cribado de infección asintomática por CT en las mujeres que acuden a un centro de planificación familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 1990 se puso en funcionamiento un programa de detección de infección asintomática por CT entre las mujeres que acuden al Centro de Planificación Familiar Miguel Servet de La Coruña, gracias a la colaboración entre este centro y el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Juan Canalejo de dicha localidad.

Un estudio epidemiológico basal había cifrado la prevalencia global de dicha infección en 5.1 % ,entre las mujeres que acudieron a dicho centro en el año 1990¹³.

El objetivo general del programa era conseguir una disminución en dicha prevalencia. A nivel específico se plantearon como objetivos operativos lograr un descenso de la prevalencia en el primer año (1990-1991) de alrededor del 50%, y ésta disminuirla a la mitad en los dos años siguientes (1991-1993), con lo que se pretendía alcanzar al final del período una prevalencia de entre 1.2% y 1.3%.

Pacientes: En el estudio se incluyeron un total de 6.746 mujeres, mayores de 15 años, sexualmente activas, provenientes del área sanitaria de La Coruña, que acudieron durante el período de 1990 a 1993 al Centro de Planificación Familiar Miguel Servet de La Coruña para consejo de anticoncepción y/o examen ordinario.

Método: Entrevista y exploración por dos ginecólogos con experiencia en este campo, se realizó una ficha epidemiológica recogiendo toda la información referente a las variables de interés (edad, estado civil, profesión, método anticonceptivo y residencia). Se tomó una muestra del canal endocervical que se remitía al servicio de Medicina Preventiva del Hospital Juan Canalejo donde se procesaban para la detección de CT mediante la técnica diagnóstica Sonda DNA-Probe¹². Los resultados positivos se refieren al Centro de Planificación donde se prescribió tratamiento antibiótico adecuado a la enferma y a su/s pareja/s sexuales, se facilitó información sobre las E.T.S. y pautas de comportamiento sexual saludables. Al cabo de un mes se realizó un nuevo examen para verificar su estado.

Para realizar la primera fase de la evaluación del programa se procedió en primer lugar a la introducción en una base de datos informática de la información correspondiente al período 91-93 y a unirla a la del año 90 ya disponible en este so-

porte. Dado que se pretendía evaluar la evolución de la prevalencia a lo largo del tiempo de estudio, se realizó un estudio transversal para cada año, tanto a nivel global como para cada uno de los estratos en que se dividió a población estudiada en función de las variables edad, estado civil, método anticonceptivo, residencia y profesión (las mismas que se utilizaron en el estudio previo del año 90, para lograr una máxima comparabilidad). Posteriormente se analizó la existencia y magnitud de la evolución seguida por la prevalencia en esos tres años y en la misma línea se valoró la efectividad del programa cuantificada en términos de la reducción proporcional de infección, determinada por la expresión : $(P90-P93)/P90$, donde P90 representa la prevalencia en el año 90, y P93 la del año 93^{10,14}.

Análisis estadístico: En el estudio descriptivo de cada uno de los años se aplicó la prueba de la Ji-cuadrado con la corrección de Yates, y la prueba de Cornfield o el método exacto cuando fue necesario para la construcción de los intervalos de confianza. Para el análisis de la evolución temporal de las prevalencias se utilizó la

prueba de la Chi-cuadrado para tendencias de proporciones (extensión de Mantel)^{15,16}.

También se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística (método forward) para el primer y último año y se valoró la tendencia de la prevalencia en el global de la población en el período estudiado por el mismo método, incluyendo para ello la variable «año de estudio»¹⁷.

Para la confección de la base de datos se utilizó el paquete informático Epi Info versión 5.0¹⁶. Los cálculos estadísticos fueron realizados mediante los programas SPSS¹⁷ y Epi Info v.5.0.

RESULTADOS

Las características de la población apenas sufren variaciones durante el período estudiado. Destaca únicamente el gran salto en la proporción de mujeres que declaran utilizar métodos anticonceptivos de barrera entre el año 90 (2.2%) y el 91 (18.7%), manteniéndose en un nivel similar al del 91 en los dos años restantes (Tabla 1).

Tabla 1

Características de la población estudiada años 1990, 1991, 1992, 1993

| | 1990 | | 1991 | | 1992 | | 1993 | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| EDAD | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 15-21 | 361 | 15.0 | 245 | 11.9 | 258 | 11.8 | 311 | 12.5 |
| 22-28 | 711 | 29.6 | 636 | 30.9 | 621 | 28.3 | 707 | 28.4 |
| 29-35 | 684 | 28.5 | 588 | 28.6 | 581 | 26.5 | 681 | 27.3 |
| >35 | 642 | 26.7 | 589 | 28.6 | 731 | 33.4 | 791 | 31.8 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | | |
| Soltera | 590 | 25.3 | 493 | 24.2 | 592 | 27.3 | 704 | 28.8 |
| Casada | 1620 | 69.5 | 1414 | 69.4 | 1445 | 66.5 | 1558 | 63.7 |
| Otros | 121 | 5.2 | 130 | 6.4 | 135 | 6.2 | 183 | 7.5 |
| ANTICONCEPCION | | | | | | | | |
| Orales | 642 | 27.0 | 578 | 28.5 | 673 | 31.0 | 752 | 31.3 |
| DIU | 1007 | 42.4 | 885 | 43.6 | 956 | 44.5 | 1000 | 41.6 |
| Barrera | 54 | 2.2 | 380 | 18.7 | 394 | 18.4 | 484 | 20.1 |
| Otros | 671 | 28.3 | 185 | 9.1 | 124 | 5.8 | 167 | 6.9 |
| RESIDENCIA | | | | | | | | |
| Urbana | 1717 | 75.8 | 1475 | 72.0 | 1547 | 71.2 | 1694 | 68.7 |
| Rural | 547 | 24.2 | 574 | 28.0 | 626 | 28.8 | 773 | 31.3 |
| PROFESION | | | | | | | | |
| Titulada superior | 58 | 2.59 | 49 | 2.4 | 73 | 3.4 | 77 | 3.2 |
| Titulada media | 123 | 5.5 | 110 | 5.4 | 102 | 4.7 | 100 | 4.2 |
| Obrera cualificada | 539 | 24.1 | 472 | 23.2 | 412 | 19.0 | 461 | 19.3 |
| Obrera no cualificada | 301 | 13.4 | 455 | 22.4 | 584 | 27.0 | 691 | 29.0 |
| Ama de casa | 911 | 40.7 | 745 | 36.7 | 741 | 34.3 | 741 | 31.1 |
| Estudiante | 304 | 13.5 | 201 | 9.9 | 251 | 11.6 | 315 | 13.2 |
| TOTAL | 2408 | | 2060 | | 2192 | | 2494 | |

Los resultados del estudio previo a la puesta en marcha del programa de cribado mostraban una prevalencia global de infección asintomática por *C. trachomatis* de 5.1% entre las mujeres estudiadas. Sólo el pertenecer al grupo de las más jóvenes (15 a 21 años): OR=1.67 (1.04,2.65) y al grupo de obreras no cualificadas en cuanto a la profesión: OR=1.66 (1.00,2.72), comportaba un riesgo estadísticamente significativo¹³.

En cuanto a la evolución de la prevalencia global a lo largo de los tres años estudiados, se constata un descenso significativo, alcanzándose una cifra de 2.8% en el año 91, 2.0% en el año 92 y 1.0% en el 93 (p<0.00) (Tabla 2).

Los resultados de la tendencia de la prevalencia de *C. trachomatis* ajustada por cada variable muestran una tendencia descendente prácticamente idéntica entre sí y al global a lo largo del período estudiado (Tabla 3).

Cuando se evalúa la tendencia de la prevalencia considerada por los distintos estratos, se constata un descenso significativo a todos los niveles a excepción del grupo que utilizan métodos anticonceptivos de barrera y las tituladas superiores (Tabla 4).

Todos estos datos son asumibles cuando se utiliza el análisis multivariante para estudiar la tendencia temporal en el período estudiado, introduciendo la variable «año», además de las otras, ya que se obtiene un modelo de regresión donde la única variable incluida es ésta.

En el análisis comparativo entre el último de la realización del programa (1993) y el de referencia (1990) destaca la disminución de la prevalencia global a una quinta parte y se verifica una asociación estadística entre la inclusión en el cribado y una baja probabilidad de presentar una infección por *C. trachomatis*, tanto a nivel global, OR=0.24 (0.15-0.38), como realizando la comparación por las distintas variables, a excepción del grupo que utilizaba métodos anticonceptivos de barrera, y las tituladas superiores y medias en cuanto a profesión (Tabla 5).

La efectividad del programa se cifra a nivel global en un 80%, destacando de entre las mujeres que presentaban un descenso significativo de la prevalencia, las obreras no cualificadas y las estudiantes (89.5% y 89.2%, respectivamente) (Tabla 6).

Tabla 2
Análisis de la tendencia temporal de prevalencia de chlamydia trachomatis 1990-1993

| | <i>Positivo</i> | <i>Negativo</i> | <i>Total</i> | <i>Prevalencia (%)</i> | <i>O.R.</i> |
|------|-----------------|-----------------|--------------|------------------------|-------------|
| 1990 | 123 | 2285 | 2408 | 5,11 | 1,00 |
| 1991 | 58 | 2002 | 2060 | 2,82 | 0,54 |
| 1992 | 43 | 2149 | 2192 | 1,96 | 0,37 |
| 1993 | 25 | 2469 | 2494 | 1,00 | 0,19 |

P = 0,00

2 para tendencias de proporciones (extensión de Mantel) = 80.683

Tabla 3
Odds Ratios ajustados por cada una de las variables

| | <i>Edad</i> | <i>Estado civil</i> | <i>Anticoncepción</i> | <i>Residencia</i> | <i>Profesión</i> |
|------|-------------|---------------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| 1990 | 1,00* | 1,00* | 1,00* | 1,00* | 1,00* |
| 1991 | 0,55 | 0,53 | 0,61 | 0,54 | 0,52 |
| 1992 | 0,39 | 0,36 | 0,38 | 0,36 | 0,34 |
| 1993 | 0,20 | 0,18 | 0,22 | 0,19 | 0,20 |
| | P: 0,00 | P: 0,00 | P: 0,00 | P: 0,00 | P: 0,00 |

2 para tendencias de proporciones (extensión de Mantel) = 80.683

Tabla 4

Análisis de la tendencia temporal de prevalencia de *chlamydia trachomatis* 1990-1993 en función de cada una de las variables

| EDAD | 1990 | | 1991 | | 1992 | | 1993 | | P |
|-----------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|
| | PRE V | O.R. | PRE V | O.R. | PRE V | O.R. | PRE V | O.R. | |
| 15-21 | 7.47 | 1.00 | 3.26 | 0.42 | 2.33 | 0.29 | 1.29 | 0.16 | 0.00 |
| 22-28 | 4.64 | 1.00 | 2.99 | 0.63 | 2.47 | 0.58 | 1.27 | 0.26 | 0.00 |
| 29-35 | 4.82 | 1.00 | 2.38 | 0.48 | 1.72 | 0.35 | 1.03 | 0.20 | 0.00 |
| >35 | 4.36 | 1.00 | 2.89 | 0.65 | 1.37 | 0.30 | 0.63 | 0.14 | 0.00 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | | | |
| Soltera | 6.60 | 1.00 | 3.04 | 0.44 | 3.38 | 0.49 | 1.42 | 0.20 | 0.00 |
| Casada | 4.40 | 1.00 | 2.69 | 0.59 | 1.38 | 0.30 | 0.77 | 0.17 | 0.00 |
| Otros | 8.30 | 1.00 | 3.85 | 0.44 | 2.22 | 0.25 | 1.64 | 0.18 | 0.00 |
| ANTICONCEPCION | | | | | | | | | |
| Orales | 4.20 | 1.00 | 2.77 | 0.49 | 2.53 | 0.41 | 1.59 | 0.26 | 0.00 |
| DIU | 4.10 | 1.00 | 3.16 | 0.77 | 1.78 | 0.43 | 0.60 | 0.14 | 0.00 |
| Barrera | 1.85 | 1.00 | 1.84 | 0.99 | 2.28 | 1.24 | 0.62 | 0.33 | 0.00 |
| Otros | 5.96 | 1.00 | 3.24 | 0.53 | 0.00 | 0.00 | 1.80 | 0.29 | 0.00 |
| RESIDENCIA | | | | | | | | | |
| Urbana | 5.06 | 1.00 | 3.46 | 0.67 | 1.81 | 0.35 | 1.12 | 0.21 | 0.00 |
| Rural | 5.30 | 1.00 | 1.04 | 0.19 | 2.24 | 0.41 | 0.65 | 0.12 | 0.00 |
| PROFESION | | | | | | | | | |
| Tit. superior | 3.57 | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 1.37 | 0.39 | 0.00 | 0.00 | 0.12 |
| Tit. media | 4.23 | 1.00 | 0.91 | 0.22 | 1.96 | 0.47 | 0.00 | 0.00 | 0.04 |
| Obrera cual. | 5.68 | 1.00 | 2.54 | 0.46 | 2.67 | 0.48 | 1.95 | 0.35 | 0.00 |
| Obr. no cual. | 8.27 | 1.00 | 2.42 | 0.30 | 2.40 | 0.30 | 0.87 | 0.11 | 0.00 |
| Ama de casa | 4.71 | 1.00 | 3.49 | 0.77 | 0.94 | 0.20 | 1.08 | 0.23 | 0.00 |
| Estudiante | 5.91 | 1.00 | 2.98 | 0.59 | 2.39 | 0.47 | 0.64 | 0.12 | 0.00 |

Tabla 5

Comparación global y por variables de la prevalencia. Años 1993-1990

| EDAD | 1993 | | | 1990 | |
|-----------------------|-------------|------|------------|-------------------|--|
| | Prevalencia | O.R. | IC. 95% | Prevalencia | |
| 15-21 | 1.29 | 0.16 | 0.40-0.47 | 7.47 ¹ | |
| 22-28 | 1.27 | 0.26 | 0.12-0.58 | 4.64 | |
| 29-35 | 1.03 | 0.20 | 0.08-0.48 | 4.84 | |
| >35 | 0.63 | 0.14 | 0.04-0.37 | 4.36 | |
| ESTADO CIVIL | | | | | |
| Soltera | 1.42 | 0.20 | 0.09-0.43 | 6.60 | |
| Casada | 0.77 | 0.17 | 0.09-0.32 | 4.40 | |
| Otros | 1.64 | 0.18 | 0.03-0.74 | 8.30 | |
| ANTICONCEPCION | | | | | |
| Orales | 1.59 | 0.26 | 0.13-0.52 | 4.20 | |
| DIU | 0.60 | 0.14 | 0.05-0.34 | 4.10 | |
| Barrera | 0.62 | 0.33 | 0.03-17.68 | 1.85 | |
| Otros | 1.80 | 0.29 | 0.06-0.93 | 5.96 | |
| RESIDENCIA | | | | | |
| Urbana | 1.12 | 0.21 | 0.12-0.36 | 5.06 | |
| Rural | 0.65 | 0.12 | 0.04-0.31 | 5.30 | |
| PROFESION | | | | | |
| Titulada superior | 0.00 | 0.00 | 0.00-3.99 | 3.57 | |
| Titulada media | 0.00 | 0.00 | 0.00-1.32 | 4.23 | |
| Obrera cualificada | 1.95 | 0.35 | 0.15-0.78 | 5.68 | |
| Obrera no cualificada | 0.87 | 0.11 | 0.04-0.27 | 8.57 | |
| Ama de casa | 1.08 | 0.23 | 0.10-0.52 | 4.71 | |
| Estudiante | 0.64 | 0.12 | 0.01-0.54 | 5.91 | |
| GLOBAL | 1.00 | 0.24 | 0.15-0.38 | 5.10 | |

Tabla 6
Efectividad del programa

| <i>Prevalencia</i> | <i>Efectividad</i> |
|-----------------------|--------------------|
| EDAD | |
| 15-21 | 82,8 |
| 22-28 | 72,6 |
| 29-35 | 78,6 |
| >35 | 85,5 |
| ANTICONCEPCION | |
| Orales | 62,1 |
| DIU | 85,3 |
| Otros | 69,8 |
| RESIDENCIA | |
| Urbana | 77,9 |
| Rural | 87,7 |
| ESTADO CIVIL | |
| Soltera | 67,8 |
| Casada | 77,5 |
| Otros | 80,2 |
| PROFESION | |
| Obrera cualificada | 65,6 |
| Obrera no cualificada | 89,8 |
| Ama de casa | 77,1 |
| Estudiante | 89,1 |
| GLOBAL | 80,4 |

DISCUSIÓN

Transcurridos tres años desde el comienzo del programa de cribado la prevalencia global de infección por *C. Trachomatis* ha descendido en aproximadamente un 80% (de 5.1% en 1990 a 1.0% en 1993), en la línea de lo referido en estudios similares en Estados Unidos¹⁸⁻²⁰, Suecia⁵ y Francia²¹.

El análisis de este descenso ajustado por cada una de las variables denota una tendencia decreciente a lo largo del período estudiado, prácticamente idéntica a la observada en la valoración global, lo que demuestra su relación con el programa. Esto viene avalado por el análisis multivariante donde sólo la variable «año de estudio» se relaciona con la prevalencia de infección, al ser la única significativa para entrar en el modelo de regresión logística.

Igualmente se mantuvieron durante el programa las mismas características en cuanto a personal y técnicas en la recogida de la información y de las muestras, y su procesamiento, por lo que tampoco pueden haber afectado en modo alguno a los resultados.

Se observa un descenso significativo de la prevalencia en todos los grupos, a excepción de las tituladas superiores, debido a las pocas mujeres incluidas, y las mujeres que usan métodos de barrera como técnica contraceptiva, ya que supone de por sí, una protección frente a la infección, de manera que el impacto del programa en este grupo es bajo. En la población estudiada el uso de métodos de barrera es perfectamente identificable con la utilización de preservativo, ya que de las 1.312 mujeres incluidas en esta categoría, 1.303 (99.3%) refirieron tal método y el resto, otros (diafragma y esponja). Sin embargo, la inclusión en este grupo no garantiza el uso sistemático del preservativo, ya que abarca un espectro que va desde las mujeres que lo utilizan en todas sus relaciones sexuales hasta las que lo hacen esporádicamente (sólo días fértiles, sólo al final del coito), lo que debe ser tenido en cuenta al considerarlo como práctica protectora de contagio de E.T.S. El gran salto existente en las categorías «preservativo» y «otros» entre el año 1990 y 1991 no puede ser sólo explicado por la faceta informativa del programa acerca del uso del condón como método efectivo de prevención de E.T.S., o por las campañas institucionales para la prevención del Sida, sino que fue debido en su mayor parte a un cambio en el criterio de inclusión en uno u otro grupo.

Las mujeres con las mismas características en cuanto a riesgo para CT en el año 90 y 93, eran menos vulnerables a ser infectadas, así las dos categorías identificadas en el año 90 con un riesgo significativo de padecer una infección por CT (edad de 15 a 21 años y obreras no cualificadas) pasan a presentar riesgos no significativos en el año 93. Esto sugiere que el programa es en gran modo responsable de la disminución de la prevalencia observada.

El diseño del estudio, donde la propia población antes del programa funciona como control de sí misma, hace que sea difícil deslindar que proporción de la disminución de la prevalencia es achacable al programa o a otros factores que pudieran estar actuando,^{10,22} pero en la práctica surgen muchas limitaciones de orden técnico, económico y ético que impiden disponer de un grupo control. De hecho, la práctica totalidad de estudios revisados utilizan un diseño similar. Además no existe ninguna referencia a disminuciones sin llevar a cabo intervenciones como ésta y mucho menos de la magnitud observada.

Teniendo esto en cuenta, la efectividad del programa^{10,14} de cribado puede ser cuantificada en términos de la reducción proporcional de la infección que en nuestro caso es de un 82% a nivel global. El estudio parte de una distribución bastante homogénea de la prevalencia en los diferentes grupos, a excepción de las cifras más elevadas en el grupo de edad de 15 a 21 años (7.47%), la categoría «otros» de estado civil (8.3%) y obreras no cualificadas (8.3%), y por abajo las incluidas en la categoría «barrera» (1.85%) y las tituladas superiores (3.5%), hallándose el resto en un rango comprendido entre 4.1% y 6.6%. Los datos del año 93 dan una distribución todavía más homogénea de la prevalencia en los grupos estudiados, estando todos los valores obtenidos en un intervalo desde 0.6% a 1.8%, en los que mostraron un descenso significativo de la prevalencia entre el primer y último año.

Ello es debido a la diferente forma en que inciden en cada grupo los factores que condicionan la efectividad¹⁰, de modo que va desde un máximo en la categoría de las obreras no cualificadas (89.5%) hasta un mínimo en las del grupo de anticoncepción oral (62.1%): Por un lado, influyen por igual en todos los grupos la sensibilidad y especificidad del método diagnóstico^{11,12}, que se mantienen constantes al utilizarse siempre el mismo test y ser características inherentes a éste. Igualmente ocurre con el acuerdo entre el diagnóstico y el tratamiento (probabilidad de que se pauten un correcto tratamiento asumiendo un correcto diagnóstico), ya que la pauta de tratamiento está protocolizada y es seguida por el personal facultativo del centro en la totalidad de los casos. Por otro lado, entre los factores que tienen diferente influencia está el valor predictivo positivo del test¹¹, que depende directamente de la prevalencia, por lo que varía entre los grupos, y análogamente va a ir disminuyendo conforme la actuación va teniendo éxito y hace disminuir la prevalencia, de modo que se incrementa la importancia relativa de los falsos positivos. Otro elemento es el grado de cumplimiento del paciente de las medidas terapéuticas y preventivas dadas por el médico, que si bien se estima como de alto grado, no lo es por igual en todos los grupos. También influye el nivel de cobertura del tratamiento o de las medidas preventivas en la población de interés, ya que si bien el programa contempla en su diseño el tratamiento de la mujer infectada y de su/s pareja/s sexuales, su cumplimiento es muy variable. A este respecto

se podría echar en falta que no se recabe información sobre el número de parejas sexuales de cada mujer, pero las características sociológicas de la población estudiada y de la técnica de recogida de los datos, que no permite el anonimato, aconsejaron la no inclusión de esta variable, ya que la fiabilidad de las respuestas sería muy baja y supondrían un sesgo muy importante en esta cuestión.

Como conclusiones finales cabe destacar que el programa demuestra una efectividad más que aceptable en prácticamente todos los grupos estudiados. Obviamente, incluir a toda la población constituye la mejor alternativa en cuanto a detectar el máximo de casos, pero también la más cara, y hace que se parta de la prevalencia más baja posible, lo cual va en detrimento del valor predictivo positivo y por ende de su eficiencia, ya que conforme avanza el programa el coste por caso también aumenta. Pero en el diseño del programa influyeron ciertas condiciones locales junto con los criterios puramente económicos. Así, la información registrada no permite estratificar en función de múltiples variables y puede suponer una pérdida de capacidad para identificar grupos de riesgo, pero hace mucho más ágil y adaptado a las posibilidades la realización del cribado. También se consideró que la prevalencia de partida era alta en el contexto del país, y las circunstancias, antes mencionadas, que concurren en el grupo «método de barrera», que llevó a incluirlas en el programa aún presentando una prevalencia notablemente más baja. Finalmente, también influyó en el diseño la disponibilidad existente de recursos técnicos, económicos y humanos. No obstante, ante la posibilidad de implementar programas similares en otros centros del área, sería adecuado completar la evaluación con un análisis que confronte los resultados y costes del programa con el ahorro que conlleva disminuir la prevalencia de esta infección para cuantificar su eficiencia, a nivel global y en los diferentes grupos, en función de la efectividad mostrada. Ello conformaría la base para realizar, si fuese necesario, modificaciones encaminadas a mejorar el rendimiento del programa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hunter Handsfield H. Avances recientes en las enfermedades de transmisión sexual (I). Enfermedades bacterianas. *Hosp pract* 1992; 7 (2): 39-49.

2. Center for Diseases Control. Progress toward achieving the national 1990 objectives for sexually transmitted diseases. *JAMA* 1987; 257: 2141-2143.
3. Center for Diseases Control. Recommendations for the prevention and management of chlamydia trachomatis infections. *MMWR* 1993; 42, RR-12:1-39.
4. García de Salazar Fernández JC, Elola Oyarzabal B. Enfermedades venéreas producidas por el género chlamydia. *Gac Med Bilbao* 1988; 85(3-4): 109-117.
5. Ripa T. Epidemiologic control of genital chlamydia trachomatis infections. *Scand J Infect Dis* 1990; 69: 157-167.
6. Weinstock HS, Bolan GA, Ballardares C, Back A, Oliva G. Chlamydia trachomatis infection in women: a need for universal screening in high prevalence populations?. *Am J Epidemiol* 1992; 135(1): 41-47.
7. Phillips RS, Aronson MD, Taylor WC, Safran C. Should tests for chlamydia trachomatis cervical infection be done during routine gynecologic visits?. *Ann Intern Med* 1987; 107: 188-194.
8. Stergachis A, Scholes D, Heidrich FE, Sherer DM, Holmes KK, Stamm W. Selective screening for chlamydia trachomatis infection in a primary care population of women. *Am J Epidemiol* 1993; 138(3):143-153.
9. Hunter Hansfield H; Jasman LL; Roberts PL, Hanson VW, Kothenbeutel RL, Stamm WE. Criteria for selective screening for chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA* 1986; 225(13): 1730-1734.
10. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1989.
11. González Enríquez J, Banegas Banegas JR, Martín Moreno J, Rodríguez Artalejo F, Villar Alvarez F. Criterios para la realización de programas de detección precoz de enfermedad en la población. *Med Integr* 1989; 13(4): 199-204.
12. Rosales M, Domínguez V, Bonacho Y, Vidal X. Diagnóstico rápido de chlamydia trachomatis por sonda ADN-Probe en una población con bajo riesgo de infección. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1992; 10(2): 111-114.
13. Rosales M, Domínguez V, Bonacho Y, Vidal X. Epidemiología de chlamydia trachomatis en una población que acude a un centro de planificación familiar. *Rev Clin Esp* 1993; 192(9): 424-427.
14. Sellors JW, Pickard L, Gafni A, Goldsmith CH, Mahony JB, Chernesky MA. Effectiveness and efficiency of selective vs universal screening for chlamydial infection in sexually active young women. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1837-1844.
15. Schlesselman JJ. Case-Control studies. New York: Oxford University Press, 1982.
16. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info versión 5 a word processor and database and statistic program for epidemiology on microcomputer. Stone mountain, Georgia: USD Inc, 1990.
17. Alvarez Cáceres R. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
18. Addis DG, Vaughn ML, Ludka D, Pfister J, Davis JP. Decreased prevalence of chlamydia infection associated with a selective screening program in family planning clinics in Wisconsin. *Sex Transm Dis* 1993; 28-35.
19. Chlamydia prevalence and screening practices. San Diego county, California. *MMWR* 1993; 43: 366-375.
20. Willard MA, Edman RL. Screening for genital chlamydia trachomatis in female patients in primary care setting. *J Fam Pract* 1989; 28(1): 97-98.
21. Job Spira N, Meyer L, Bouvet E; Janaud A, Spira A. The prevention of sexually transmitted diseases which affect fertility: methodological problems and initial results. *Eur J Obstet Gynecol* 1988; 27: 157-164.
22. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La prensa médica mexicana S.A., 1984.

ORIGINAL

¿INFLUYEN LAS HUELGAS DE MÉDICOS EN EL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS?

Francisco Buitrago, María José Gamero Samino, José María Vergeles Blanca y María Jesús Cano Lozano.

Centro de Salud Universitario «La Paz» de Badajoz. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

RESUMEN

Fundamento: Valorar las diferencias existentes en el grado de adecuación de las consultas y en el perfil demográfico de la población atendida en un servicio de urgencias hospitalario durante el periodo de huelga de médicos de hospital de la primavera de 1995.

Métodos: Estudio observacional transversal en el Área sanitaria I de la provincia de Badajoz. Se incluyeron los 8.964 pacientes atendidos durante la huelga y los 8.024 atendidos en el mismo periodo del año 1994.

Resultados: La media de pacientes/día atendidos durante los periodos de huelga y control fue de 169,13 \pm 27,35 y de 151,39 \pm 19,78 ($p < 0,001$), respectivamente.

Las características demográficas de los pacientes atendidos eran similares en ambos grupos estudiados, con iguales edades medias y distribución de sexos en los diferentes tramos etarios y también en los grupos obtenidos al hacer la desagregación de los pacientes por su lugar de residencia.

La mayoría de los pacientes acudieron por iniciativa propia (70,1% y 65,8%) y sin ambulancia (92% y 90,8%) en el periodo de huelga y control, respectivamente.

El alta domiciliaria fue el destino final de la actuación médica en el 85,35% de los pacientes durante la huelga y en el 83,81% en el Control, con tasas de hospitalización del 13,1% y 14,15% ($p < 0,01$), respectivamente.

Conclusiones: No se han encontrado diferencias importantes en el perfil de utilización del servicio de urgencias del hospital que puedan ser exclusivamente atribuibles a la huelga sanitaria.

Palabras clave: Urgencias hospitalarias. Huelgas médicas. Servicios de urgencia.

ABSTRACT

Do Physicians Strikes Modify the Utilization profile of Hospital Emergency Facilities?

Background: To assess the differences in appropriateness of consultations and demographic outline of people attended in a hospital emergency facility (HEP) along the hospital physicians strike period in spring 1995.

Methods: Observational cross-sectional study in Health Area I in the province of Badajoz. 8964 patients assisted along the strike period were compared with 8024 attended in the same period of 1994 (no strike).

Results: The patients average was 169.13 (SD 27.35) a day in the strike period, during the control period this mean was 151.39 (SD 19.78) patients a day ($p < 0.001$).

Demographic variables of patients were similar in both groups, with similar mean ages and gender proportion in all age and residence site groups.

Most of patients went to the HEF self-promoted (70.1% and 65.8%) and without ambulance (92% and 90.8%) in both periods (strike and control).

The outcome of medical care was home discharge in 85.35% during the strike period and 83.81% in the control period, with admission rates of 13.1% and 14.15% ($p < 0.01$).

Conclusions: There are no significant differences in the HEF use features completely explained by the physicians strike.

Key words: Hospital Emergencies. Physician Strikes. Emergency Facilities.

INTRODUCCIÓN

Las huelgas sanitarias de médicos de hospitales públicos suponen, de mantenerse un tiempo prolongado y con un alto grado de participación y seguimiento, conflictos sociales tan excepcionales que son situaciones interesantes para el es-

tudio de la variabilidad de indicadores de proceso y resultados.

La sobrecarga asistencial que soportan los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es un tema ampliamente debatido y conocido, con un indudable origen multicausal. Repetidamente se señala que es la carencia y la deficiente calidad de la Atención Primaria de Salud la responsable, en parte, tanto del aumento de las demandas hospitalarias urgentes como de lo inadecuado de muchas de ellas¹⁻⁶. Sin embargo, hasta un 80% de los pacientes acuden por decisión propia a los SUH^{7,8}. Las barreras en la accesibilidad de los servicios de atención primaria, las listas de espera, la idolatría y expectativas hacia las nuevas tecnologías de uso hospitalario, el bajo umbral de tolerancia a la espera, la escasa educación sanitaria y la cercanía hospitalaria de la residencia habitual, son otros de los factores señalados como inductores de ese patrón de uso⁹⁻¹¹.

Podría esperarse que situaciones como huelgas médicas prolongadas, con un seguimiento importante de los trabajadores, condicionasen una mayor y diferente utilización del SUH, pues la huelga conllevaría un aumento en la demora asistencial, con una mala aceptación social.

El presente trabajo se diseñó con el objetivo de conocer las diferencias habidas en el grado de adecuación de las consultas y en el perfil demográfico de la población atendida en el SUH durante la huelga médica de la primavera de 1995.

PACIENTES Y MÉTODOS

El SUH del Hospital Regional Universitario «Infanta Cristina» de Badajoz atiende las demandas de la población del área sanitaria I, con cabecera en la ciudad de Badajoz y un total de 216.635 habitantes. Además, como hospital regional, también recibe algunos pacientes trasladados desde los diferentes hospitales comarcales.

El estudio se realizó en el servicio de Urgencias-Admisión del mencionado hospital. Se analizaron la actuación médica y el destino final de todos los pacientes atendidos en el SUH durante la huelga sanitaria, que comenzó el 9 de mayo de 1995 y finalizó el 30 de junio del mismo año. Como grupo Control, para comparación de resultados, se eligió el conjunto de todos los pacientes atendidos durante el mismo período de tiempo del año 1994 en el SUH.

Como fuente de datos se utilizó el registro de Admisión del SUH y se consideraron idóneas las consultas que finalizaron en ingresos hospitalarios, trasladados a otro hospital, altas voluntarias o éxitus.

Los datos se procesaron en DBase-IV y los cálculos y pruebas de significación estadística (Chi cuadrado y «t» de Student) se realizaron con el programa Epi-Info (versión 6.02).

RESULTADOS

Un total de 8.964 pacientes acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) durante el período de huelga sanitaria de 1995, frente a los 8.024 que lo hicieron en el período similar del año precedente, lo que supuso un incremento del 11,7%. Las características demográficas de las poblaciones atendidas se muestran en la tabla 1. La edad media fue de 41,96 y 41,46 años, con medianas de 39 y 38 y modas de 23 y 18 años, en los grupos de huelga y control, respectivamente.

La distribución de sexos es similar en los dos grupos, aunque con ligero predominio de varones en el número total de pacientes. La similitud en la distribución por sexos se mantiene en los diferentes grupos etarios, con predominio del sexo femenino en los mayores de 65 años.

Tabla 1
Características demográficas generales

| | Período de huelga | Grupo control |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|
| Número total de pacientes | 8.964 | 8.024 |
| Media diaria de consultas | 169,1 ± 27,4 | 151,4 ± 19,8*** |
| Edad media (años) | 41,96 ± 23,3 | 41,46 ± 23,2 ^{NS} |
| Porcentaje varones/mujeres | 53,8%/46,2% | 53,6%/46,4% ^{NS} |
| Porcentaje de ≥ 65 años | 22,36% | 20,92%* |
| Porcentaje de ≥ 30 años | 38,40% | 39,13% ^{NS} |
| Porcentaje sin P-10 | 70,1% | 65,8%*** |
| Porcentaje en ambulancia | 8% | 9,2%** |

NS = No significativo.

* p < 0.05.

** p < 0.01.

*** p < 0.001.

La mayoría de los pacientes acudieron por iniciativa propia al SUH, sin parte de interconsulta ni otro documento médico acreditativo de haber sido atendidos previamente en otro nivel asistencial. El porcentaje fue menor (65,8%) en el período de control frente al de huelga sanitaria (70,1%, $p < 0.001$).

El porcentaje de pacientes que llegaron en ambulancia fue 8% y 9,2% durante la huelga y en el grupo de control, respectivamente.

El destino final de los pacientes se muestra en la tabla 2, con un porcentaje de altas a domicilio del 85,35% durante la Huelga y 83,81% en el Grupo Control ($p < 0.01$). Las tasas de hospitalizaciones fueron del 13,10% y 14,15% ($p < 0.05$) en ambos períodos, respectivamente.

Tabla 2

Destino final de las consultas atendidas

| | <i>Período de huelga</i> | <i>Grupo control</i> |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Altas a domicilio | 85,35% | 83,81%** |
| Hospitalizaciones | 13,10% | 14,15%* |
| Traslado a otro hospital | 1,12% | 1,54* |
| Altas voluntarias | 0,33% | 0,37% ^{NS} |
| Exitus | 0,10% | 0,13% ^{NS} |

NS = No significativo.

* $p < 0.05$.

** $p < 0.01$.

Tabla 3

Características demográficas de la población atendida con residencia en la ciudad de Badajoz

| | <i>Período de huelga</i> | <i>Grupo control</i> |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Número total de pacientes | 4.733 (52,8%) | 4.258 (53,1%) ^{NS} |
| Edad media (años) | 38,03 ± 22,4 | 37,42 ± 22,4 ^{NS} |
| Porcentaje varones/mujeres | 52,8%/47,2% | 51,9%/48,1% ^{NS} |
| Porcentaje de ≥ 65 años | 16,73% | 15,61% ^{NS} |
| Porcentaje de ≥ 30 años | 44,53% | 46,24 ^{NS} |
| Porcentaje sin P-10 | 85,2% | 84,1% ^{NS} |
| Porcentaje en ambulancia | 2,4% | 2,4% ^{NS} |

NS = No significativo.

Los resultados obtenidos con la separación de los pacientes por su lugar de residencia, según que ésta fuese o no en la ciudad de Badajoz, se muestran en las tablas 3, 4, 5 y 6, apreciándose que sólo existen pequeñas diferencias en los dos grupos de población entre los períodos de huelga y control.

Tabla 4

Destino final de las consultas atendidas de la población con residencia en la ciudad de Badajoz

| | <i>Período de huelga</i> | <i>Grupo control</i> |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Altas a domicilio | 90,58% | 89,73% ^{NS} |
| Hospitalizaciones | 8,40% | 8,69% ^{NS} |
| Traslado a otro hospital | 0,57% | 0,96% ^{NS} |
| Altas voluntarias | 0,38% | 0,42% ^{NS} |
| Exitus | 0,06% | 0,19% ^{NS} |

NS = No significativo. * $p < 0.05$.

Tabla 5

Características demográficas de la población atendida con residencia fuera de la ciudad de Badajoz

| | <i>Período de huelga</i> | <i>Grupo control</i> |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Número total de pacientes | 4.231 (47,2%) | 3.766 (46,9%) ^{NS} |
| Edad media (años) | 46,37 ± 23,5 | 46,02 ± 23,3 ^{NS} |
| Porcentaje varones/mujeres | 55%/45% | 55,5%/44,5% ^{NS} |
| Porcentaje de ≥ 65 años | 28,67% | 26,92% ^{NS} |
| Porcentaje de ≥ 30 años | 31,53% | 31,09% ^{NS} |
| Porcentaje sin P-10 | 53,1% | 45,2%*** |
| Porcentaje en ambulancia | 14,2% | 17,1%*** |

NS = No significativo. *** $p < 0.001$

Tabla 6

Destino final de las consultas atendidas de la población con residencia fuera de la ciudad de Badajoz

| | <i>Período de huelga</i> | <i>Grupo control</i> |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Altas a domicilio | 79,50% | 77,11%** |
| Hospitalizaciones | 18,34% | 20,31%* |
| Traslado a otro hospital | 1,75% | 2,18% ^{NS} |
| Altas voluntarias | 0,28% | 0,31% ^{NS} |
| Exitus | 0,12% | 0,08% ^{NS} |

NS = No significativo. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

DISCUSIÓN

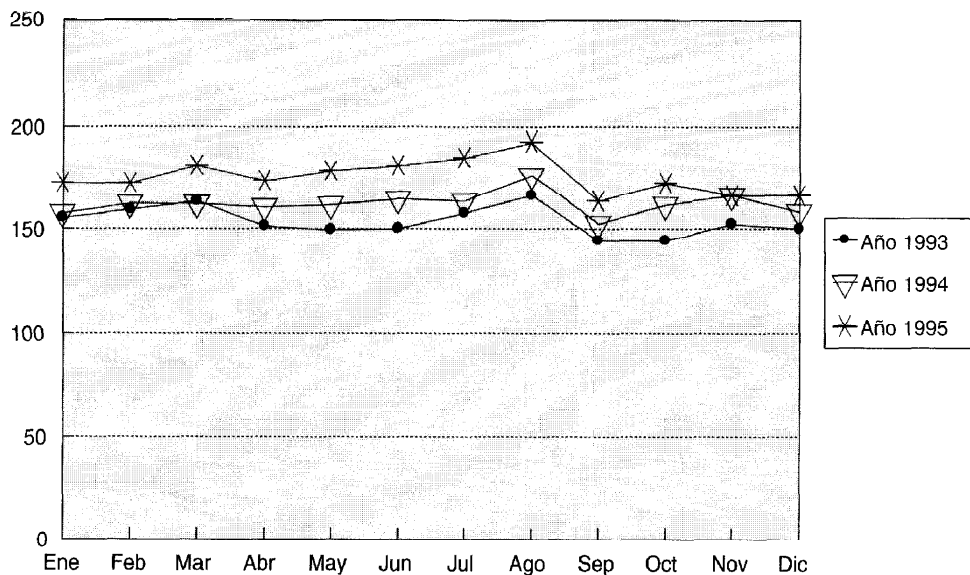
Las huelgas de los médicos de hospitales públicos representan conflictos excepcionales que, si son secundadas masivamente, deterioran el funcionamiento del hospital y colapsan muchos de sus servicios. Los medios de comunicación y los propios médicos comparten la apreciación de que estas situaciones conllevan un uso aún más pronunciado del SUH. Sin embargo, nuestros resultados muestran que, si bien existen diferencias estadísticamente significativas en los parámetros analizados en ambas situaciones (de huelga y normalidad), estas diferencias probablemente no sean ni clínica ni sociológicamente relevantes. El perfil de uso del SUH de nuestro hospital regional es prácticamente similar en los dos períodos. Las diferencias más llamativas aparecen entre los habitantes de dentro y fuera de la ciudad donde se ubica el hospital y estriban en que un alto porcentaje de habitantes urbanos acuden al SUH espontáneamente, sin volante médico de derivación, circunstancia menos frecuente en el medio rural¹². De hecho, estas diferencias pueden ser inherentes a las características sociológicas y demográficas de ambas poblaciones, con menores tasas de envejecimiento y edades medias también menores en la población urbana.

El dato más relevante durante el período de huelga, comparado con su homólogo del año 1994, ha sido el incremento del 11,7% en el número total de consultas atendidas, con una media diaria de $169 \pm 27,4$ frente a $151 \pm 19,8$ ($p < 0,001$). Sin embargo este incremento, en el número total de consultas y en la media diaria de consultas, es uniforme y mantenido en la tendencia natural del año 1995 y en la de los dos años precedentes (figura 1). Por tanto sería arriesgado atribuir tal incremento al efecto de la huelga sanitaria. Así, la media diaria de consultas durante 1993 fue de $153,39 \pm 6,6$ frente a las $161,83 \pm 5,5$ de 1994 y las $175,16 \pm 8,37$ de 1995 ($p < 0,01$).

Nuestro trabajo también revela el alto porcentaje de altas domiciliarias entre quienes acuden al SUH, y por ende la baja proporción de ingresos hospitalarios en ambos períodos (14,22% y 15,69%, durante la Huelga y el Control, respectivamente). Este bajo índice de ingresos es similar al encontrado (15,1%) entre los pacientes portadores de un volante o derivación médica en un trabajo previo y no difiere, tampoco, del que se origina entre todos los pacientes atendidos en un SUH^{8,13-18}. Los datos son más impactantes si consideramos que un 10-35% de los ingresos realizados desde los SUH son inadecuados^{14,15,19,20}.

Figura 1

Evolución mensual de la media diaria de consultas en el Servicio de Urgencia Hospitalario en los últimos tres años.



Evidentemente no todas las altas domiciliarias pueden considerarse consultas inadecuadas al SUH. En muchas de ellas se recurre a pruebas complementarias, a consultas con especialistas hospitalarios o a administración de terapéuticas no disponibles en Atención Primaria y que son necesarias en ese momento, sin que sea conveniente la demora en la asistencia o la asunción de su responsabilidad en otro nivel distinto del hospitalario.

Ampliando los criterios de idoneidad de las consultas al SUH, (incluyendo la permanencia en observación durante un tiempo ≥ 12 horas y/o la petición de consulta con un especialista diferente al que recibe al paciente), no se encontraron tampoco diferencias entre ambos grupos de huelga y control ni entre éstos y los de un trabajo previo²¹, aunque el porcentaje de adecuación se incrementó obviamente al incluir estos criterios como definitorios de idoneidad de la derivación. Por eso, un protocolo que estandarizase y validase la adecuación de las derivaciones desde la atención primaria al SUH, de la misma manera que la *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP)²² hace con los ingresos hospitalarios^{16,20}, podría ser de interés para homogeneizar y comparar los resultados de diferentes trabajos.

Sin duda la supervaloración social de la atención hospitalaria y el cambio de actitud frente a la enfermedad explican en parte la masiva y creciente utilización de los SUH, pero nuestro estudio revela que la huelga sanitaria, acaecida en la primavera de 1995, no introdujo diferencias llamativas en el patrón de uso del SUH.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento al Sr. Manuel Murillo, del Servicio de Admisión del Hospital Regional Universitario «Infanta Cristina» de Badajoz, por su desinteresada e inestimable ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

- Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. *Med Clin (Barc)* 1984; 83:135-141.
- Román JL, Esnaola S. Estudio comparativo entre servicios de urgencia hospitalarios y atención primaria de salud. *Med Integr* 1982; 3:440-445.
- Buitrago F, Peinado R, Merino J, Turégano JM. Análisis de las consultas urgentes en un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1991; 8:106-107.
- Grupo de trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Ordenación de las urgencias en atención primaria. *Aten Primaria* 1992; 9:269-275.
- Martínez Acevedo M, De Diego M.A., Del Río M, Ugartondo M. ¿La saturación de las urgencias hospitalarias puede ser resuelta desde la atención primaria?. *Aten Primaria* 1993; 11:376.
- Buitrago F. Atención continuada en los equipos de atención primaria: un tema pendiente. *Aten Primaria* 1991; 8:659-660.
- Balanzó X, Pujol R y grupo Intercomarcal de Servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1989; 92:86-90.
- Vilardell Ramoneda L. ¿Por qué ingresan los paciente de forma urgente en un hospital?. *Med Clin (Barc)* 1994; 103:452-453.
- Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Aten Primaria* 1994; 13:480-483.
- Alberola V, Rivera F. La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1994; 14:825-828.
- Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993; 83:372-378.
- Rubio ML, Buñuel JC, Castillo JA, Palacín JC, Fernández A, Ruiz M. El P-10 como instrumento para la evaluación del uso de un servicio hospitalario de urgencias pediátricas por parte de la red de asistencia primaria. *Aten Primaria* 1992; 9:361-364.
- González-Grajera B, Hormeño R, Buitrago F. Análisis de la cumplimentación de los nuevos modelos de derivación desde atención primaria a los servicios de urgencia hospitalarios. *Aten Primaria* 1995; 15:420-430.
- Del Castillo M, Huguet J, Brabo J, Cortada L. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)* 1986; 87:539-542.
- Soler M, Verdager A, Mestre J, Vilatimó R. Dolor abdominal urgente. ¿Asistencia primaria o asistencia hospitalaria?. *Med Clin (Barc)* 1986; 87:175-178.
- Muiño A, González VJ, Rodríguez de Castro E, Lázaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio

- de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev Clin Esp* 1988; 182:374-378.
17. Martínez J, Portella E, De Pascual M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 1992; 191:488-493.
 18. Rodríguez Artalejo F, González Montalvo JJ, Sanz Segovia F, Jaramillo Gómez E, Banegas JR, Rodríguez Mañas L et al. La urgencia geriátrica frente a la urgencia en la edad adulta: análisis retrospectivo de las urgencias médicas de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 1989; 93:411-414.
 19. Bañeres J, Alonso J, Antó JM. La adecuación de los ingresos hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:357-358.
 20. Matorras P, De Pablo M, Otero L, Alonso F, Daroca R, Díaz-Caneja N. Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Barc)* 1990; 94:290-293.
 21. González-Grajera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1995; 16:433-436.
 22. Gertmann PM, Restuccia JD. The appropriateness Evaluation Protocol. A technique for assessing unnecessary days for hospital care. *Med Care* 1981; 19:855-870.

INFORMACIÓN**RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LA JORNADA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

Santiago de Compostela, 1996.

El día 3 de octubre de 1996 se han reunido en Santiago de Compostela, Galicia, un centenar de profesionales de la salud pública con motivo de la Jornada SESPAS 1996, celebrada bajo el lema *Servicios de salud pública: organización, productos y calidad*.

Los participantes han revisado la situación de los servicios de salud pública en los actuales momentos de cambio del sistema sanitario. Valoran las transformaciones producidas en los últimos años, con el claro desarrollo de la salud pública como disciplina profesional y una apreciable mejora en la cualificación, dedicación y dotación de recursos humanos, que se han traducido en apreciables avances en diversos aspectos de la salud pública en España. Al mismo tiempo, constatan que tras las transferencias de competencias y recursos en salud pública a las Comunidades Autónomas desde la Administración Central, se han producido procesos de reorganización parcial de los servicios en diversas Comunidades, que han resultado en estructuras de salud pública distintas en algunos aspectos. Sin embargo, las estructuras básicas siguen basadas esencialmente en el modelo definido en 1925 y 1944.

Uno de los sectores clave para la salud pública y que debe afrontar nuevos retos derivados de los cambios en la industria y el mercado son los servicios orientados a garantizar la seguridad e higiene de los alimentos, basados en buena parte en actividades de inspección y control. Por ello, las Jornadas han dedicado buena parte de su reflexión a este sector. La Unión Europea está estimulando de forma acelerada la transformación de la industria alimentaria, y esto exige un replanteamiento de las formas en que se ha basado tradicionalmente esta actividad, incorporando a su desarrollo controles de calidad internos y externos. La gestión de los servicios de inspección está avanzando hacia planteamientos dirigidos a

la gestión del riesgo, reorientando su trabajo hacia una dinámica con más participación de los industriales, donde el control de procesos y el control del producto final tengan su espacio, con una orientación de cooperación o asesoría y no meramente fiscalizadora. La mejora de la calidad de los servicios de salud pública en este campo se está basando en las normas europeas de calidad, apoyadas en cambios en la gestión de recursos y de personal.

Los participantes constatan que los cambios en el contexto y en los servicios asistenciales de financiación pública no han comportado un cambio paralelo en los de salud pública, aunque se han iniciado diversos procesos de reflexión valiosos que apuntan trazos nuevos. Es fundamental para el futuro de los servicios de salud pública responder a los desafíos del momento con propuestas organizativas apropiadas, y con una redefinición de su misión y sus ejes de trabajo prioritario que responda a la realidad actual.

Se valora con interés la formulación de propuestas organizativas orientadas a definir los productos y servicios de salud pública de forma explícita. La separación de las funciones de financiación y provisión de servicios actualmente en curso en nuestro Sistema Nacional de Salud presenta una oportunidad para explicitar los servicios y productos considerados necesarios para los responsables políticos. El horizonte debe tender a comprar servicios en términos de su valor añadido a la salud y no sólo en términos de producto. Asimismo, presenta una oportunidad para revisar la financiación de estos servicios y poder dotar de recursos apropiados a las actividades valoradas como prioritarias.

Se consideran como ejes fundamentales para la salud pública del futuro las actividades de análisis de las necesidades de salud, la determinación de

políticas de salud y la garantía de prestación de servicios a la población. En un sistema sanitario que introduce elementos de competencia que han de primar la eficiencia y la producción de servicios, es aún más crucial valorar la equidad y la eficacia de los servicios, tarea propia de la salud pública. Debe tenderse a la articulación de los componentes de promoción y protección de la salud con los asistenciales, prefigurando un modelo más sensible a los problemas de salud de nuestra sociedad, de naturaleza cambiante.

Las modalidades organizativas que la salud pública adopte en este contexto pueden ser diversas, pero han de tender —como en otros sectores de la sanidad— a primar la capacidad de autoorganización de los profesionales, a introducir elementos

de desarrollo e incentivación profesional, y a explicitar los recursos invertidos para obtener servicios y su coste. Fórmulas del tipo consorcio, agencia o empresa pública pueden tener interés por su agilidad de gestión, aunque ha de quedar claramente definida la función de autoridad sanitaria, con responsabilidad clara y visible y única para cada ámbito territorial y de población. Esta autoridad reside en la propia administración pública, que puede delegar o contratar la prestación de servicios. Las nuevas formas organizativas en gestión nacen con la voluntad explícita de someterse a formas de evaluación para buscar la excelencia en la praxis de la salud pública.

Santiago de Compostela, 1996

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

2.ª REUNIÓN NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN Y DE LA LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Fechas: Del 5 al 8 de marzo de 1997

Lugar: Hotel Fira Palace. Barcelona

Organiza: Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial

Información: Reunions i Ciencia, S.L.

C/ Calabria, 273-275. 1.º 2

08029 BARCELONA

Tel.: (93) 410 86 46 Fax.: (93) 430 32 63

5.ª REUNIÓN NACIONAL DE DIABETOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Fechas: Del 5 al 8 de marzo de 1997

Lugar: Toledo

Organiza: Fundación Iberoamericana de Diabetes

Información: Fundación Iberoamericana de Diabetes

Avda. Reina Victoria, 26

Hospital de la Cruz Roja

28003 MADRID

Tel. y Fax: (91) 554 51 04

REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE RESIDUOS SANITARIOS

Fechas: 17 y 18 de marzo de 1997

Lugar: Madrid

Organiza: FUGESMA, Fundación para la Gestión y Protección del Medio Ambiente

Información: Nave Publicidad

C/ Almirante, 22

28020 MADRID

Tel.: (91) 522 88 02 Fax: (91) 556 00 12

**XIII REUNIÓN INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD
DE VALORACIÓN TECNOLÓGICA EN ASISTENCIA SANITARIA**

Fechas: Del 25 al 28 de mayo de 1997

Lugar: Barcelona

Organiza: Agencia de Evaluación de Tecnologías de Barcelona

Información: Pacífico, S.A.

C/ Enrique Granados, 44 pral.

08008 BARCELONA

**I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA
VII CONGRESO NACIONAL DE LA S.E.E.G.G.
II SIMPOSIUM NACIONAL SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Fechas: Del 28 al 31 de mayo de 1997

Lugar: Barcelona

Organiza: Sociedad Española de Enfermería, Geriátría y Gerontología

Información: Unidad de Enfermería Geriátrica de la Universidad de Barcelona

C/ Feixa Llarga, s/n.

08907 L'Hospitalet - BARCELONA

Tel.: (93) 402 42 22 Fax: (93) 402 42 16

I CONGRESO ARAGONÉS SOBRE INTEGRACIÓN EN SALUD MENTAL

Fechas: Del 5 al 7 de junio de 1997

Lugar: Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen (Zaragoza)

Organiza: Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen y Hermanas Hospitalarias del
Sagrado Corazón

Información: Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen

Camino del Abejar, s/n.

50190 Garrapinillos (ZARAGOZA)

Tel.: (976) 77 06 35 Fax: (976) 77 09 43

XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Fechas: Del 21 al 24 de octubre de 1997

Lugar: Reus

Organiza: Sociedad Española de Calidad Asistencial. (Grup. Sagessa)

Información: Reunions i Ciencia, S.L.

C/ Calabria, 273-275. 1.º 2

08029 BARCELONA

Tel.: (93) 410 86 46 Fax: (93) 430 32 63

IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE

Fechas: Del 23 al 25 de octubre de 1997

Lugar: Hotel Fira Palace (Barcelona)

Organiza: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

Información: Reunions i Ciencia, S.L.

C/ Calabria, 273-275. 1.º 2

08029 BARCELONA

Tel.: (93) 410 86 46 Fax: (93) 430 32 63

XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Fechas: Del 10 al 13 de diciembre de 1997

Lugar: Valencia

Organiza: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria

Información: Reunions i Ciencia, S.L.

C/ Calabria, 273-275. 1.º 2

08029 BARCELONA

Tel.: (93) 410 86 46 Fax: (93) 430 32 63

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA

AÑO 1996 - VOLUMEN 70

ÍNDICE DE AUTORES 1996

| | | | |
|---------------------------|------------------|------------------------|---------|
| A | | D | |
| Acebal Gómez, I | 319-329 | Colomer Revuelta, C | 261-270 |
| Achutegui Basagoiti, G | 437-444 | Comas Fuentes, A | 283-293 |
| Almenara Barrios, J | 45-50 | Corcés Pando, V | 1-3 |
| Almodóvar Molina, A | 421-429 | Cruz Ríos, M.C | 313-318 |
| Alonso Gordo, J.M | 51-61 | Cuesta, M | 51-61 |
| Amaya Baro, L | 45-50 | Cueto Espinar, A | 283-293 |
| Amela Heras, C | 25-33 | | |
| Aranda Lara, P | 131-138 | D | |
| Arnedo Pena, A | 63-69 | Dávila Guerrero, J | 45-50 |
| Arribas Aguirregaviria, J | 51-61 | Díaz Ojeda, M | 453-461 |
| Ayerbe Mateo-Sagasta, T | 345-349 | Diego García, I.de | 1-3 |
| | | | |
| B | | E | |
| Ballester Díez, F. | 251-259 | Echevarría, J.M | 63-69 |
| Banegas Banegas, J.R | 131-138 | Escribá Agüir, V | 261-270 |
| Benach de Rovira, J | 503-504, 505-636 | Esparza Muñoz, H | 35-43 |
| Bernabeu Mestre, J | 221-233 | | |
| Berlinguer, G | 367-384 | F | |
| Bertolín Guillén, J.M | 319-329 | Fernández Rodríguez, J | 331-343 |
| | | Francisco Polledo, J.J | 363-365 |
| | | | |
| C | | G | |
| Cañamares Recuenco, V | 295-302 | Gallo Fernández, M | 431-436 |
| Cárcoba Alonso, A.C | 463-468 | García, J | 63-69 |
| Casademont, L | 15-23 | García Benavides, F | 221-233 |
| Castell Monsalve, J | 303-311 | | |

| | | | |
|----------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| García Calabuig, M.A | 35-43 | Montaner, M.D | 63-69 |
| García García, I | 71-73 | Montes Martínez, A | 5-14 |
| García Gómez, M | 393-407 | Montilla Fernández, A.M | 453-461 |
| García Latorre, F.J | 211-220 | Moreno Fernández, A.M | 331-343 |
| García Marco, C | 271-281 | | |
| García Ortega, C | 45-50 | N | |
| García Pascual, J | 13-210 | Navarro Blanco, A | 295-302 |
| Gestal Otero, J.J | 5-14 | Navarro López, V | 503-504, 505-536 |
| Gil López, E | 131-138; 393-407 | Navas, E | 15-23 |
| Gómez-Hortigüela Amillo, J | 385-392 | Nieto-Sandoval Alcolea, A | 303-311 |
| González de Vega, C | 295-302 | | |
| | H | O | |
| Hernández Nieto, A | 453-461 | Orden Rivera, M.V.de la | 421-429 |
| | | Ortiz Marrón, H | 295-302 |
| | I | | |
| Ibáñez Martí, C | 25-33 | P | |
| Izuel, M | 63-69 | Pac Sa, M.R | 63-69 |
| | | Pachón del Amo, I | 25-33 |
| | L | Palancar de la Torre, J.L | 295-302 |
| Larrañaga Larrañaga, N | 35-43 | Palomo Pinto, M | 345-349 |
| León, P | 63-69 | Peiró Callizo, E.F | 303-311 |
| López, J.A | 63-69 | Peis Redondo, J.I | 313-318 |
| López González, M.L | 283-293 | Pérez López, R.B | 245-249 |
| Lucas Valbuena, J.C | 331-343 | Pinnagoda, Ch | 485-492 |
| | | Plans Rubió, P | 15-3 |
| | M | Pretel Piqueras, J | 319-329 |
| Manzano Sanz, F | 469-483 | Prieto, P | 63-69 |
| Maqueda Blasco, J | 421-429 | Provencio, R | 51-61 |
| Marcuello Servos, C | 211-220 | | |
| Martí Boscá, J.V | 445-451 | R | |
| Martín Moreno, V | 331-343 | Reche Navarro, C | 313-318 |
| Martínez Castillo, A | 437-444 | Ribes Bautista, A | 313-318 |
| Martínez Pérez, J.A | 51-61 | Robles González, E | 221-233 |
| Mas Pons, R | 261-270 | Rodríguez Martín-Millares, C | 345-349 |
| Molina Cabrizo, M.del R | 331-343 | Rodríguez Míguez, L | 5-14 |
| Molina Ruiz, W | 295-302 | Romero Hidalgo, A.I | 1-3 |
| | | Ruiz de Adana Pérez, R | 1-3 |
| | | Rullán, V.J | 303-311 |

| S | | U | |
|-------------------------|---------|-----------------------|---------|
| Sánchez Hernández, A | 319-329 | Urbina Pérez, O | 211-220 |
| Sánchez-Seco Higuera, P | 51-61 | | |
| Saniger Herrera, J.M | 313-318 | | |
| Segovia Martínez, A | 313-318 | | |
| Serrano Peris, G.D | 211-220 | | |
| Suárez Gutiérrez, R | 283-293 | | |
| | | | |
| T | | V | |
| Takkouche, B | 5-14 | Vargas Marcos, F | 409-420 |
| Tarín, A | 15-23 | Villar Álvarez, F | 131-138 |
| Tobalina Gómez, M | 35-43 | | |
| | | | |
| | | Z | |
| | | Zimmermann Verdejo, M | 421-429 |

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA

AÑO 1996 - VOLUMEN 70

ÍNDICE DE MATERIAS

ABANDONO DEL USO DE TABACO

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302*.

ACCIDENTES DE TRABAJO

La Salud Pública y la salud de los trabajadores. J. J. Francisco Polledo. 70(4): 363-365 E.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

Cambios globales y tendencias en la Segu-

ridad y Salud en el trabajo. Ch. Pinnagoda. 70(4): 485-492 CE.

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La Seguridad y Salud en el Trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. J. Gómez-Hortigüela Amillo. 70(4): 385-392 CE.

ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

ADOLESCENCIA

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343*.

ABREVIATURAS:
 CD: Carta al Director.
 CE: Colaboración Especial.
 E: Editorial.
 *: Original.
 RE: Recensión.

AGUAS DE CONSUMO

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

ÁLAVA

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

ALCOHOL

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicotropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ALGECIRAS

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

ALIMENTOS, ESTUDIOS

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández

Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343*.

ALIMENTOS, HIGIENE

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolea. 70(3): 303-311*.

ANÁLISIS ENVOLVENTE DE DATOS

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

ANCIANOS

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Incorporación de los objetores de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281*.

ANFETAMINAS

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicotropas durante el in-

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

CAMBIO DE MÉDICO

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281*.

CANNABIS

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicótropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329*.

CAMBIO CLIMÁTICO

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

CÁNCER

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. R. Roemer. 70(1): 71-73 RE.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

CAPACIDAD FUNCIONAL

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

CATALUÑA

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

CENTROS DE SALUD

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello

Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281 *.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

CIENCIAS SOCIALES

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

CLASE SOCIAL

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

CLIMA

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

COCAINA

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicótropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329 *.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

COMUNIDAD VALENCIANA

Evolución de la fecundidad en la Comunidad Valenciana durante el período 1975-1990. R. Más Pons, V. Escribá Agüir y C. Colomer Revuelta. 70(3): 261-270 *.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Bosca. 70(4): 445-451 CE.

CONDICIONES DE TRABAJO

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. M. Zimmermann Verdejo, J. Maqueda Blasco, A. Almodovar Molina y M^ªV. de la Orden Rivera. 70(4): 421-429 CE.

CONSEJO ANTITABACO

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

CONTAMINACIÓN DE SUELOS

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

CONTROL DE CALIDAD

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envol-

vente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

COSTE EFECTIVIDAD

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

DESIGUALDADES EN SALUD

Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España V. Navarro y J. Benach. 70(5-6): 503-504 E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

DIABETES MELLITUS

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318*.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70_(3): 345-349*.

DIETA

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

DIFTERIA

Emergencia en Europa de la difteria y la polio-mielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

EDUCACIÓN SANITARIA

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343 *.

EFFECTIVIDAD

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

EFICIENCIA

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

EJERCICIO FÍSICO

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España.

Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ELECCIÓN DE MÉDICO

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281 *.

EMBARAZO

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

Salud Laboral y Ley de prevención de Riesgos Laborales. A. Carlos Cárcoba. 70(4): 463-468 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

EMPRESARIOS

La Seguridad y Salud en el Trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. J. Gómez-Hortigüela Amillo. 70(4): 385-392 CE.

Las obligaciones empresariales en la materia de prevención de riesgos laborales. F. Manzano. 70(4): 469-483 CE.

ENCUESTA

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco

Higueras, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302*.

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343*.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. M. Zimmermann Verdejo, J. Maqueda Blasco, A. Almodovar Molina y M^aV. de la Orden Rivera. 70(4): 421-429 CE.

ENCUESTA DE SALUD

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higueras, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. R. Roemer. 70(1): 71-73 RE.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Incorporación de los objetores de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ENFERMEDADES PROFESIONALES

La Salud Pública y la salud de los trabajadores. J. J. Francisco Polledo. 70(4): 363-365 E.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Emergencia en Europa de la difteria y la poliomielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolea. 70(3): 303-311*.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en

Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318*.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-536 CE.

ENSAYO CLÍNICO

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

EQUIDAD

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España V. Navarro y J. Benach. 70(5): E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5): 505-536 CE.

ESPAÑA

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España V. Navarro y J. Benach. 70(5-6): 503-504 E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ESPERANZA DE VIDA

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ESTUDIO CASOS CONTROL

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolea. 70(3): 303-311 *.

ESTUDIO DESCRIPTIVO

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302 *.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

ESTUDIO ECOLÓGICO

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281 *.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ESTUDIO TRANSVERSAL

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higuera, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicótropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329 *.

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández

Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343 *.

EUROPA

Emergencia en Europa de la difteria y la polio-mielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

EVALUACIÓN

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

EVALUACIÓN ECONÓMICA

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

EXAMEN DE SALUD

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

FACTORES DE RIESGO

Emergencia en Europa de la difteria y la polio-mielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

La Seguridad y Salud en el Trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. J. Gómez-Hortigüela Amillo. 70(4): 385-392 CE.

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. M. Zimmermann Verdejo, J. Maqueda Blasco, A. Almodovar Molina y M^oV. de la Orden Rivera. 70(4): 421-429 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España.

Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Emergencia en Europa de la difteria y la polio-mielitis. JJ. Gestal Otero, I. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Evolución de la fecundidad en la Comunidad Valenciana durante el período 1975-1990. R. Más Pons, V. Escribá Agüir y C. Colomer Revuelta. 70(3): 261-270 *.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

FECUNDIDAD

Evolución de la fecundidad en la Comunidad Valenciana durante el período 1975-1990. R. Más Pons, V. Escribá Agüir y C. Colomer Revuelta. 70(3): 261-270 *.

FORMACIÓN PROFESIONAL

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga

española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

FRECUENTACIÓN DE SERVICIOS

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281 *.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

GASTO SANITARIO

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

GESTIÓN SANITARIA

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

GUADALAJARA

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso

Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higuera, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

HÁBITOS SALUDABLES

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

HEPATITIS B

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318*.

HIGIENE INDUSTRIAL

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

HIGIENE PERSONAL

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343*.

HIPERCOLESTEROLEMIA

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

HOSPITAL

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicótropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329*.

INCAPACIDAD FUNCIONAL

Incorporación de los objetos de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

INCAPACIDAD LABORAL

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

greso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329 *.

AÑO DE VIDA AJUSTADO POR CALIDAD

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

AÑO DE VIDA GANADO

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

AÑO DE VIDA POTENCIAL PERDIDO

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

ATENCIÓN AMBULATORIA

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C. Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Incorporación de los objetores de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicótropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329 *.

ATENCIÓN PRIMARIA

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higuera, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C. Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281 *.

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañameres Recuenco, W. Molina Ruiz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302 *.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A.

Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

ATENCIÓN SANITARIA

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): CE.

ATENCIÓN SOCIAL

Incorporación de los objetores de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

BIOÉTICA

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Conflictos y orientaciones éticos en la relación entre salud y trabajo. G. Berlinguer. 70(4): 367-384 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

BROTE EPIDÉMICO

Emergencia en Europa de la difteria y la polio-mielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolca. 70(3): 303-311 *.

BRUCELOSIS

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolea. 70(3): 303-311 *.

CALIDAD DE VIDA

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

INCIDENCIA

Emergencia en Europa de la difteria y la polio-mielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

INDICADOR DE SALUD

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

INFANCIA

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

INMIGRANTES

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70_(3): 345-349*.

INMUNODIAGNÓSTICO

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318*.

INSALUD

Incorporación de los objetores de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281*.

**INVESTIGACIÓN
EPIDEMIOLÓGICA**

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolea. 70(3): 303-311*.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70_(3): 345-349*.

LECHE

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolea. 70(3): 303-311 *.

LEGISLACIÓN

Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. R. Roemcr. 70(1): 71-73 RE.

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281 *.

La Seguridad y Salud en el Trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. J. Gómez-Hortigüela Amillo. 70(4): 385-392 CE.

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

El punto de vista de los agentes sociales sobre el marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. M. Díaz Ojeda, A. Hernández Nieto y AM. Montilla Fernández. 70(4): 453-461 CE.

Salud Laboral y Ley de prevención de Riesgos Laborales. A. Carlos Cárcoba. 70(4): 463-468 CE.

Las obligaciones empresariales en la materia de prevención de riesgos laborales. F. Manzano. 70(4): 469-483 CE.

Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el trabajo. Ch. Pinnagoda. 70(4): 485-492 CE.

MEDICINA PREVENTIVA

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Emergencia en Europa de la difteria y la poliomielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

MEDICINA SOCIAL

Emergencia en Europa de la difteria y la poliomielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349 *.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

MEDICINA DEL TRABAJO

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

MEDIO AMBIENTE

Conflictos y orientaciones éticos en la relación entre salud y trabajo. G. Berlinguer. 70(4): 367-384 CE.

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

MEDIO RURAL

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343 *.

METEOROLOGÍA

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España V. Navarro y J. Benach. 70(5): E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

MORBILIDAD

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. M. Zimmermann Verdejo, J. Maqueda Blasco, A. Almodovar Molina y M^{va}. de la Orden Rivera. 70(4): 421-429 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5): CE.

MORTALIDAD

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

MORTALIDAD INFANTIL

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and

Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

NATALIDAD

Evolución de la fecundidad en la Comunidad Valenciana durante el período 1975-1990. R. Más Pons, V. Escribá Agüir y C. Colomer Revuelta. 70(3): 261-270*.

NAVARRA

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

NEOPLASIA DE MAMA

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

NUTRICIÓN

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

OBESIDAD

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el trabajo. Ch. Pinnagoda. 70(4): 485-492 CE.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Emergencia en Europa de la difteria y la poliomielitis. J.J. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^o. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higuera, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. R. Roemer. 70(1): 71-73 RE.

Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España V. Navarro y J. Benach. 70(5): E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

PAÍS VASCO

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. A. Martínez Castillo y G. Achútegui Basagoiti. 70(4): 437-444 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

PANEL DE EXPERTOS

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Incorporación de los objetores de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

El punto de vista de los agentes sociales sobre el marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. M. Díaz Ojeda, A. Hernández Nieto y AM. Montilla Fernández. 70(4): 453-461 CE.

PERCEPCIÓN DE SALUD

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

PERSONAL SANITARIO

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higuera, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañameres Recuenco, W. Molina Ruíz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302*.

PLANIFICACIÓN SANITARIA

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España.

Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

POLIOMIELITIS

Emergencia en Europa de la difteria y la poliomielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. FJ García Latorre, C Marcuello Servos, GD Serrano Peris y O Urbina Pérez. 70(2): 211-220*.

PREVALENCIA

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higuera, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302 *.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349 *.

PREVENCIÓN

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz,

C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302 *.

La Seguridad y Salud en el Trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. J. Gómez-Hortigüela Amillo. 70(4): 385-392 CE.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. M. Zimmermann Verdejo, J. Maqueda Blasco, A. Almodovar Molina y M^aV. de la Orden Rivera. 70(4): 421-429 CE.

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. A. Martínez Castillo y G. Achútegui Basagoiti. 70(4): 437-444 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

El punto de vista de los agentes sociales sobre el marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. M. Díaz Ojeda, A. Hernández Nieto y AM. Montilla Fernández. 70(4): 453-461 CE.

Salud Laboral y Ley de prevención de Riesgos Laborales. A. Carlos Cárcoba. 70(4): 463-468 CE.

Las obligaciones empresariales en la materia de prevención de riesgos laborales. F. Manzano. 70(4): 469-483 CE.

Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el trabajo. Ch. Pinnagoda. 70(4): 485-492 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349*.

PROGRAMACIÓN

Estudio del coste-efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama en Cataluña. P. Plans, L. Casademont, A. Tarín y E. Navas. 70(1): 15-23*.

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

Evaluación de la efectividad de la unidad de educación diabetológica del hospital de Algeciras. C. García Ortega, L. Amaya Baro, J. Almenara Barrios y J. Dávila Guerrero. 70(1): 45-50*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. A. Martínez Castillo y G. Achútegui Basagoiti. 70(4): 437-444 CE.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. A. Martínez Castillo y G. Achútegui Basagoiti. 70(4): 437-444 CE.

El punto de vista de los agentes sociales sobre el marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. M. Díaz Ojeda, A. Hernández Nieto y AM. Montilla Fernández. 70(4): 453-461 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

PSICOTROPICOS, FÁRMACOS

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicotropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329*.

RAZA GITANA

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

RECAÍDA

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L.

López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

REFORMA SANITARIA

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

RIESGOS LABORALES

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. M. Zimmermann Verdejo, J. Maqueda Blasco, A. Almodovar Molina y M^ªV. de la Orden Rivera. 70(4): 421-429 CE.

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. A. Martínez Castillo y G. Achútegui Basagoiti. 70(4): 437-444 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. J.V. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

Salud Laboral y Ley de prevención de Riesgos Laborales. A. Carlos Cárcoba. 70(4): 463-468 CE.

Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el trabajo. Ch. Pinnagoda. 70(4): 485-492 CE.

SALUD AMBIENTAL

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

SALUD ESCOLAR

Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. V. Martín Moreno, MR. Molina Cabrerizo, J. Fernández

Rodríguez, AM. Moreno Fernández y JC. Lucas Valbuena. 70(3): 331-343 *.

SALUD LABORAL

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

La Salud Pública y la salud de los trabajadores. J. J. Francisco Polledo. 70(4): 363-365 E.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. M. Zimmermann Verdejo, J. Maqueda Blasco, A. Almodovar Molina y M^ªV. de la Orden Rivera. 70(4): 421-429 CE.

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. A. Martínez Castillo y G. Achútegui Basagoiti. 70(4): 437-444 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. J.V. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

El punto de vista de los agentes sociales sobre el marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. M. Díaz Ojeda, A. Hernández Nieto y AM. Montilla Fernández. 70(4): 453-461 CE.

Las obligaciones empresariales en la materia de prevención de riesgos laborales. F. Manzano. 70(4): 469-483 CE.

Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el trabajo. Ch. Pinnagoda. 70(4): 485-492 CE.

SALUD MENTAL

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicótropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329 *.

SALUD Y MUJER

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Evolución de la fecundidad en la Comunidad Valenciana durante el período 1975-1990. R. Más Pons, V. Escribá Agüir y C. Colomer Revuelta. 70(3): 261-270 *.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

SALUD PÚBLICA

Emergencia en Europa de la difteria y la poliomielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD

de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302 *.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349 *.

La Salud Pública y la salud de los trabajadores. J. J. Francisco Polledo. 70(4): 363-365 E.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Conflictos y orientaciones éticos en la relación entre salud y trabajo. G. Berlinguer. 70(4): 367-384 CE.

La Seguridad y Salud en el Trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. J. Gómez-Hortigüela Amillo. 70(4): 385-392 CE.

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. M. Gallo Fernández. 70(4): 431-436 CE.

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. A. Martínez Castillo y G. Achútegui Basagoiti. 70(4): 437-444 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

El punto de vista de los agentes sociales sobre el marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. M. Díaz Ojeda, A. Hernández Nieto y AM. Montilla Fernández. 70(4): 453-461 CE.

Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el trabajo. Ch. Pinnagoda. 70(4): 485-492 CE.

SARAMPIÓN

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

SATISFACCIÓN, USUARIO

Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del INSALUD: un estudio preliminar. C. García Marco. 70(3): 271-281*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

SERIES TEMPORALES

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

SEROLOGÍA

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318*.

SÍFILIS

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318*.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Atención primaria y salud mental. V. Corcés Pandó, I. de Diego García, A. I. Romero Hidalgo y R. Ruiz de Adana Pérez. 70(1): 1-3 E.

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. F. Vargas Marcos. 70(4): 409-420 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and

Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

SISTEMAS DE SALUD

Incorporación de los objetores de conciencia en el INSALUD. RB. Pérez López. 70(3): 245-249 E.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

TABACO

Características del tabaquismo en el personal de atención primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. JA. Martínez Pérez, JM^a. Alonso Gordo, J. Arribas Aguirregaviria, P. Sánchez-Seco Higuera, M. Cuesta y R. Provencio. 70(1): 51-61*.

Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. R. Roemer. 70(1): 71-73 RE.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz, C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto

de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

TATUAJES

Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de etnia gitana. M. R. Pac Sa, A. Arnedo, MD. Montaner, P. Prieto, J. García, M. Izuel, P. León, JA. López y J. M. Echevarría. 70(1): 63-69*.

TEMPERATURA AMBIENTAL

Meteorología y Salud. Relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. F. Ballester Díez. 70(3): 251-259 CE.

TENDENCIAS

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

Evolución de la fecundidad en la Comunidad Valenciana durante el período 1975-1990. R. Más Pons, V. Escribá Agüir y C. Colomer Revuelta. 70(3): 261-270*.

TOXICOMANÍAS

Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. A. Comas Fuentes, R. Suárez Gutiérrez, M. L. López González y A. Cueto Espinar. 70(3): 283-293*.

El tabaquismo en los trabajadores de atención primaria del área sanitaria número 4 del INSALUD de Madrid: prevalencia de consumo y actitudes. H. Ortiz Marrón, JL Palancar de la Torre, V. Cañamares Recuenco, W. Molina Ruíz,

C. González de Vega y A. Navarro Blanco. 70(3): 295-302 *.

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicotropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329 *.

TOXOPLASMOSIS

Estudio serológico de las infecciones de transmisión vertical en las mujeres embarazadas controladas en tres centros de salud en Jaén. A. Ribes Bautista, JM. Saniger Herrera, C. Reche Navarro, A. Segovia Martínez, JI. Peis Redondo y MC. Cruz Ríos. 70(3): 313-318 *.

TRABAJADORES

La Seguridad y Salud en el Trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. J. Gómez-Hortigüela Amillo. 70(4): 385-392 CE.

TRANSICIÓN SANITARIA

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

TRANSICIÓN DE RIESGOS

La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. E Robles González, F García Benavides y J. Bernabeu Mestre. 70(2): 221-233*.

TUBERCULOSIS

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349 *.

URGENCIAS

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Determinación en sangre y orina del consumo reciente de sustancias psicotropas durante el ingreso de pacientes en la Unidad de Psiquiatría de un hospital general de Valencia. JM. Bertolín Guillén, J. Pretel Piqueras, A. Sánchez Hernández y I. Acebal Gómez. 70(3): 319-329 *.

UTILIZACIÓN, MEDICAMENTOS

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349 *.

UTILIZACIÓN SERVICIOS SANITARIOS

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

VACUNAS

Emergencia en Europa de la difteria y la poliomielitis. JJ. Gestal Otero, L. Rodríguez Míguez, A. Montes Martínez y B. Takkouche. 70(1): 5-14 CE.

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de

Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Impacto de las medidas de control del sarampión, por Áreas Sanitarias en la Comunidad de Autónoma de Madrid. C. Ibañez Martí, C. Amela Heras, I. Pachón del Amo. 70(1): 25-33*.

Incidencia de tuberculosis en el área sanitaria de Álava en el período 1990-1993. H. Esparza Muñoz, MC Tobalina Gómez, N. Larrañaga, MA García Calabuig. 70(1): 35-43*.

Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. J. R. Banegas, F. Villar Alvarez, E. Gil López y P. Aranda. 70(2): 131-138 E.

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Liga

española para la lucha contra la hipertensión arterial. 70(2): 139-210 CE.

Estudio de un brote epidémico de 81 casos de Brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. J. Castell Monsalve, JV. Rullán, EF. Peiró Callizo y A. Nieto-Sandoval Alcolea. 70(3): 303-311*.

Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. M. Palomo Pinto, C. Rodríguez Martín-Millares y T. Ayerbe Mateo-Sagasta. 70(3): 345-349*.

Los Sistemas de Información en Salud Laboral. M. García Gómez, E. Gil López. 70(4): 393-407 CE.

La Salud Laboral en la estructura de la Salud Pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. JV. Martí Boscá. 70(4): 445-451 CE.

Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Dirección General de Aseguramiento y Planificación, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, y School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Estados Unidos. 70(5-6): 505-636 CE.