

# APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Vol II Nº 21- 22

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Enero - Abril 2000



## ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

### EDITORIAL

## LISTERIOSIS

Infección causada por listeria monocytogenes (bacilo  $\beta$ -hemolítico, grampositivo, no encapsulado, no esporulado) que se trasmite por ingestión de alimentos contaminados (especialmente leche) y por contacto directo, cursando con meningitis nefropatía y/o endocarditis, siendo muy importante la infección trasplacentaria (listeriosis neonatal) ya que suele originar una diseminación con formación de granulomas en hígado, pulmones, cerebro, etc... La listeriosis es una epizoonosis, cuyo reservorio fundamental son las ratas, animales domésticos y ganado.

Tal como se viene diciendo en los últimos años y debido a los avances en los medios de comunicación y transporte nos vamos acercando al concepto de "aldea global", siendo este concepto una realidad ya manifiesta en el espacio de la Unión Europea, lo que conlleva toda una serie de ventajas pero también de riesgos, muy especialmente en el campo de la Salud Pública, por lo que urge diseñar toda una serie de mecanismos y estrategias orientados a eliminar, prevenir, atajar o minimizar todo aquello que está incidiendo de manera negativa en la salud de los ciudadanos y que muchas veces choca frontalmente con intereses económicos, políticos o financieros regionales, nacionales o multinacionales que impiden la toma de decisiones adecuadas.

Recientemente problemas como el de las vacas locas, los pollos belgas, el de coca-cola, el de los pistachos norteafricanos, el marisco suramericano, conservas franco-belgas, etc..., han puesto de manifiesto la fragilidad o debilidad de los controles sanitarios o de vigilancia en el campo de la alimentación, ganadería, etc..., y la incapacidad de la Agencia Regional para Europa de la OMS (por carecer de los recursos, funciones y estructura que la capaciten) para atajar todos estos problemas.

La salud constituye el máximo patrimonio o riqueza individual y colectiva, por lo que debe ser la máxima prioridad del individuo, comunidad y Estado y dada nuestra realidad geopolítica actual, también de la Unión Europea, tanto desde el punto de vista asistencial (cartilla sanitaria europea) como desde el punto de vista de la Salud Pública.

### SUMARIO

<b>EDITORIAL</b> .....	pág. 1
<b>Mundialización y realidad (II)</b> ....	pág. 3
<b>El hambre en Navarra. (II)</b> .....	pág. 9
<b>El agua (I)</b> .....	pág. 13
<b>Publicaciones</b> .....	pág. 20
<b>Contención gasto farmacéutico</b> ...pág.	21
<b>Jornada laboral</b> .....	pág. 25
<b>A. Primaria y Salud Pública</b> .....	pág. 29
<b>¿Nueva titulación en S.P?</b> .....	pág. 33
<b>COMUNICACIONES</b> .....	pág. 36
- Valor educativo de la receta.	
- Actividades preventivas.	
- A.P. en Portugal.	
- Cobertura vacunal en O Páramo.	
- Actividad física y 3ª edad.	
- Sexo seguro, medio penitenciario.	
- Vacunación meningococo C. en Galicia.	
- Genéricos en España.	
- Necesidades de los viejos en la comunidad	
- Cítricos y hábito tabáquico.	
- Cítricos y alcohol.	
- Control microbiológico en hospital.	
<b>Jornadas y Congresos</b> .....	pág. 46

La Unión Europea necesita un organismo propio, autónomo y descentralizado (tipo federal) con funciones y capacidad plena en el campo de la Salud Pública, dotado de una red de vigilancia y alerta epidemiológica y una serie de Centros de Investigación y Laboratorios de referencia, que le posibiliten hacer frente a los problemas de salud que están incidiendo o pueden incidir sobre el ecosistema europeo.

Este organismo tendrá que establecer un Plan de Salud Global Europeo, asumible, realizable y basado en la realidad actual (problemas y necesidades) y no en buenas intenciones (para ello ya está la OMS), con una serie de programas comunes y de obligado cumplimiento por parte de todos los países miembros y una coordinación en todo lo referente a la vigilancia epidemiológica, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, que facilite que cada Estado diseñe su propio Plan Nacional de Salud, en el que todas las actividades de la Salud Pública estén planificadas e incardinadas dentro del mismo, posibilitando actividades específicas dentro de cada Región, Comunidad Autónoma y Área de Salud de acuerdo con sus problemas y necesidades, pero siendo coherentes y consecuentes con el mismo.

Este organismo, que podría denominarse Agencia Europea de Salud Pública, debe de estar dotado de plena competencia en sus funciones, estar en permanente comunicación con organismos similares de otras regiones del planeta, ser el máximo responsable en la toma de decisiones para atajar, prevenir o paliar cualquier problema o amenaza a la Salud Pública, pudiendo en determinados casos requerir la colaboración de cualquier empresa u organismo público o privado, fuerzas de seguridad, Medios de Comunicación o Protección Civil, así como proceder a la incautación, inmovilización, aislamiento o destrucción de cualquier producto o mercancía que estime oportuno dentro de su ámbito competencial.

Esta Agencia Europea, tendría que caracterizarse por su vigilancia permanente, dinamismo y capacidad de maniobra en cualquier tiempo o situación que deba afrontar en defensa o protección de la salud, ofreciendo una eficacia y eficiencia acorde con la actual sociedad y estado de bienestar europeo, por lo que basándose en la investigación, vigilancia y control, garantice a los ciudadanos del espacio europeo una protección adecuada en el campo de la Salud Pública.

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

**APUNTES DE SALUD PÚBLICA<sup>®</sup>**  
**ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.**

**Vol. II**

**Enero - Abril 2000 N° 21 - 22**

**DIRECTOR:** JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA.

**DIR. INTERNET:** AGUSTÍN MONTES

**REDACTORES-JEFE:**

**EDITA:** A.A.M.S.P.

MONSERRAT GARCÍA SIXTO

Apto. Correos n° 139 -SANTIAGO-

LOURDES MACEIRAS GARCÍA

**IMPRIME:** Portada : Minerva S.A.

**COMITE CIENTÍFICO:**

Resto: Tórculo S.A.

LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.

**DEPOSITO LEGAL:** C-1580-1993

SANTIAGO VÁZQUEZ ARGUIVAY

**ISSN:** 1134-055X

CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.

**Tirada:** 250 ejemplares

ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN.

La revista Apuntes de Salud Pública está incluida en la base datos IME y en el repertorio Índice Médico Español.

Tiene acuerdos de colaboración con: Gaceta Sanitaria y Revista Portuguesa de Saúde Pública.

"APUNTES DE SALUD PÚBLICA" no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados, que son

### Advertencias del peligro

Sin embargo, desde 1996, se sintió planear sobre este areópago de las élites mundiales una duda, una inquietud, el sentimiento de que acababa, precisamente, un período de euforia. A este respecto, la protesta de los asalariados franceses de diciembre de 1995 sirvió para tocar a rebato. Porque incluso estos *global leaders* no pueden dejar de constatar que el acontecimiento más importante de este fin de siglo es el empobrecimiento de Europa occidental, ¡donde hay en la actualidad 20 millones de parados y 38 millones de pobres!

Es una terrible mancha en el cuadro. Incluso el profesor Klaus Schwab, fundador del Foro de Davos, formuló el primer aviso: "La mundialización entró en una fase muy crítica. La fase recesiva se hace sentir cada vez más. Se puede temer un impacto muy nefasto sobre la actividad económica y sobre la estabilidad política de muchos países".

Otros expertos hicieron una constatación aún más pesimista. Así, Rosabeth Moss Kanter, antigua directora de la *Harvard Business Review* y autora del libro *The World Class*, advirtió: "Hay que crear la confianza en los asalariados y organizar la cooperación entre las empresas para que las colectividades locales, las ciudades y las regiones se beneficien de la mundialización. Si no, asistiremos al resurgimiento de movimientos sociales como nunca vimos después de la Segunda Guerra Mundial". Ese es también el gran temor de Percy Bamevik, patrón de Asean Brown Boveri (ABB), una de las principales compañías energéticas del mundo, que lanzó este grito de alerta: "Si las empresas no responden a los desafíos de la pobreza y del paro, van a crecer las tensiones entre los poseedores y los desposeídos y habrá un aumento considerable del terrorismo y de la violencia".

Esta inquietud se extiende también en los medios más proclives al liberalismo. El senador (demócrata) de los Estados Unidos Bill Bradley reveló que, a causa del actual furor competitivo, de la precarización del empleo y de la baja de los salarios, "las clases medias americanas viven cada vez peor y tienen que trabajar cada vez más para mantener su nivel de vida". Es la razón por la cual el semanario americano *Newsweek* no dudó en denunciar al *killer*

*capitalismo* ("capitalismo asesino"), poniendo en solfa a los doce grandes patrones que, en los últimos años, se bastaron para despedir a más de 363.000 asalariados. "Hubo un tiempo en el que despedir en masa era una vergüenza, una infamia. Ahora, cuantos más despidos hay, la bolsa está más contenta...", acusa este periódico, que teme también una violenta reacción contra la mundialización.

"La mundialización está creando, en nuestras democracias industriales, una especie de subclase de gente desmoralizada y empobrecida". ¿Quién dice esto? ¿Un sindicalista excitado? ¿Un marxista arcaico? No, simplemente, el ex-ministro norteamericano del Trabajo, Robert Reich. Éste acaba de reclamar que las empresas que faltaron a su deber cívico, reduciendo el número de sus empleados, sean sancionadas por el Estado, que las obligue a pagar un arancel suplementario.

### Regímenes globalitarios e indefensión del Estado

El papel del Estado en una economía global es incómodo. No controla los tipos de cambio ni los flujos de dinero, de información o de mercancías y, a pesar de todo eso, sigue siendo tenido como responsable de la formación de los ciudadanos y del orden público interior, dos misiones que son fuertemente dependientes, sin embargo, de la situación general de la economía... El Estado ya no es totalitario, pero la economía, en la época de la mundialización, tiende cada vez más a serlo.

En otras épocas se llamaban *regímenes totalitarios* los de partido único, que no admitían ninguna oposición organizada, descuidaban los derechos de la persona en nombre de la *razón de Estado* y en los cuales el poder político dirigía de forma soberana la totalidad de las actividades de la sociedad dominada. A estos regímenes, característicos de los años 30, los sucede, en este fin de siglo, otro tipo de totalitarismo, el de los *regímenes globalitarios*. Apoyándose sobre los dogmas de la globalización y del *pensamiento único*, no admiten ninguna otra política económica, descuidan los derechos sociales del ciudadano, en nombre de la razón competitiva, y abandonan a los mercados financieros la dirección total de las actividades de la sociedad dominada.

En nuestras sociedades desorientadas, las personas no ignoran el poder de este nuevo totalitarismo. Según una reciente encuesta de opinión, el 64% de las personas interrogadas estimaban que "son los mercados financieros los que tienen hoy más poder en Francia", por delante de "los políticos" (el 52%) y "los medios de comunicación de masas" (50%). Después de la economía agraria, dominante a lo largo de milenios, después de la economía industrial, que marcó los siglos XIX y XX, ahora entramos en la era de la economía financiera global.

La mundialización mató el mercado nacional, que es uno de los fundamentos del poder del Estado-nación. Al anularlo, modificó el capitalismo nacional y disminuyó el papel de los poderes públicos. Los Estados ya no tienen los medios de oponerse a los mercados. Al hacerse independientes los bancos centrales, los Estados no disponen ya más que de sus reservas de divisas para oponerse eventualmente a un movimiento hostil del mercado de divisas. Ahora bien, el volumen de esas reservas es ridículamente débil frente a la fuerza de ataque de los mercados. Por ejemplo, en 1995, el conjunto de las reservas de cambio de los Estados, a escala planetaria, se elevó a 1.410 millardos de dólares, o sea, apenas el volumen (1.300 millardos) de lo que se cambia, en un sólo día, sobre el mercado de divisas.

Los Estados están desprovistos de medios para frenar los flujos formidables de capitales, o para oponerse a la acción de los mercados contra sus intereses y contra los de sus ciudadanos. Los gobiernos aceptan respetar las consignas generales de política económica que definen organismos mundiales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial o la Organización Mundial del Comercio (OMC). En Europa, los célebres "criterios de convergencia" establecidos por el Tratado de Maastricht (deuda pública reducida, cuentas externas sin graves distorsiones, inflación contenida) ejercen una verdadera *dictadura* sobre la política de los Estados, fragilizan el fundamento de la democracia y agravan el sufrimiento social.

Si hay dirigentes que afirman creer aún en la autonomía de la política -"Nosotros no estamos atados de pies y manos en un mundo que se nos impondría", declaran, por ejemplo, algunos-, su voluntad de resistencia se parece mucho a un *farol*, ya que añaden de inmediato, como una constatación objetiva: "La situación internacional está caracterizada por el libre movimiento de capitales y productos, eso que se llama la mundialización"; y que ellos reclaman, con vehemente insistencia, esfuerzos de *adaptación* a esta situación. Ahora bien, en estas

circunstancias, ¿qué quiere decir *adaptarse*? Simplemente, admitir la supremacía de los mercados y la impotencia de los hombres políticos o, por decirlo de otra manera, aceptar "estar atado de pies y manos en un mundo que se nos impone".

Esa es la lógica de estos regímenes totalitarios. Al favorecer, a lo largo de los dos últimos decenios, el monetarismo, la desreglamentación, el libre-cambio comercial, el libre flujo de los capitales y las privatizaciones masivas, los responsables políticos permitieron la transferencia de decisiones capitales (en materia de inversiones, de empleo, de sanidad, de educación, de cultura, de protección del medio ambiente) de la esfera pública a la esfera privada. Por eso, en el momento actual, más de la mitad de las doscientas primeras economías del mundo no están en las manos de los países, sino en las de las empresas.

### La multinacionalización de la economía

El fenómeno de la multinacionalización de la economía se desarrolló de manera espectacular. En los años 70, el número de sociedades multinacionales no pasaba de varios cientos y hoy su número se acerca a 40.000... Y si se tiene en cuenta el volumen global de negocios de las 200 principales empresas del planeta, su monto representa más de la cuarta parte de la actividad económica mundial; sin embargo, esas 200 empresas no emplean más que a 18,8 millones de asalariados, o sea, menos del 0,75% de la mano de obra del planeta.

A principios de los 90, unas 37.000 empresas transnacionales encerraban entre sus tentáculos, con sus 170.000 filiales, la economía internacional. Las 200 primeras son conglomerados con actividades planetarias que cubren sin distinción los sectores primario, secundario y terciario: grandes explotaciones agrícolas, producción manufacturada, servicios financieros, comercio, etc. Geográficamente, se reparten entre diez países: Japón, 62; Estados Unidos, 53; Alemania, 23; Francia, 19; Reino Unido, 11; Suiza, 8; Corea del Sur, 6; Italia, 5 y Países Bajos, 4.

Al hacer el elogio de las realizaciones de las 500 principales empresas globales, la revista americana *Fortune* señalaba: "Forzaron las fronteras para apoderarse de nuevos mercados y devorar a los competidores locales. Más países suponen más beneficios. Las ganancias de las 500 empresas más grandes crecieron un 15% y el crecimiento de sus ingresos superó el 11%".

Según la evaluación de la banca de negocios Morgan Deustche Grenfell, las empresas no financieras americanas obtuvieron tales beneficios en el transcurso de los cinco últimos años, que disponen de cerca de 800 millardos de dólares de reservas. Esto les permite considerar la compra, a través del planeta, de competidores locales y extender así aún más su dominio.

El volumen de negocios de la General Motors es más elevado que el Producto Nacional Bruto (PNB) de Dinamarca, el de Ford es más importante que el PNB de África del Sur, y el de Toyota supera el PNB de Noruega. Y aquí estamos en el dominio de la economía *real*, la que produce e intercambia bienes y servicios concretos. Si se le añaden los actores principales de la economía *financiera* (con un volumen cincuenta veces superior al de la economía *real*), es decir, los principales fondos de pensiones americanos y japoneses, que dominan los mercados financieros, el peso de los Estados resulta casi despreciable.

Cada vez más países, que vendieron masivamente sus empresas públicas al sector privado y desreglamentaron su mercado, se convirtieron en propiedad de grandes grupos multinacionales. Estos dominan sectores enteros de la economía del Sur; se sirven de los Estados locales para ejercer presiones en los foros internacionales y obtener las decisiones políticas más favorables a la continuidad de su dominio global.

### **Invertir el camino hacia el desastre**

De este modo, la realidad del nuevo poder mundial escapa ampliamente a los Estados. La globalización y la desreglamentación de la economía favorecen la emergencia de nuevos poderes que, con la ayuda de las tecnologías modernas, desbordan y transgreden permanentemente las estructuras estatales. Cuando el modelo económico es el de los *paraísos fiscales* y cuando los *mercados* tienen la última palabra (en nombre de la lucha contra la inflación) sobre la creación de empleos y el crecimiento, ¿no se da una perversión irracional en el reino de las finanzas?

El único mecanismo que puede parar esta carrera hacia el desastre, en la fase de *glaciación* mundializadora a la que llegamos, es el de una disidencia que implique progresivamente una masa crítica de ciudadanos decididos a hacer prevalecer sus derechos fundamentales y a favorecer el surgimiento de una última sociedad política. Esta

disidencia comienza con el rechazo de la *teología* económica que confió al mercado el gobierno del mundo: hay que aflojar los ajustes, recentrarlos sobre el mercado interno y no sobre las exportaciones, frenar la competencia, restablecer la planificación, moderar el *juego de casino* de la especulación, utilizar Europa como palanca de un proyecto social, etc.

Disponemos de poco tiempo, ya que, a la vista de muchas señales, se ve retornar a nuestras sociedades desnortadas una pregunta inquietante: ¿está la democracia secuestrada por un pequeño grupo de privilegiados que la usan para su beneficio casi exclusivo?

Esta misma inquietud, dado que ellos pensaban que la república debía basarse en el "contrato social" -como lo había enseñado Jean-Jacques Rousseau-, condujo, durante más de un siglo, a los socialistas revolucionarios (de Karl Marx a Trotsky, pasando por Blanqui, Bakunin y Lenin) a combatir, en nombre de la libertad, a la "democracia burguesa" y a soñar, algunos de ellos, con la "dictadura del proletariado". Al mismo tiempo, en nombre del nacionalismo étnico, la extrema derecha buscaba abatir el parlamentarismo.

La derrota militar de los fascismos en 1945 y después la caída estrepitosa de los regímenes comunistas en 1989 parecían liquidar la cuestión. La tesis de Francis Fukuyama sobre el "fin de la historia" podía triunfar: la democracia era el horizonte insuperable de todo régimen político. Y cada cual recordaba el célebre aforismo de Winston Churchill: "La democracia es el peor de los sistemas... excepto todos los demás".

Con este clima favorable, la democracia se extendió por todas partes de manera espectacular, en particular por la Europa del Este y en los Estados nacidos de la implosión de la URSS. Pero también en América Latina y, a excepción del mundo árabe, en África y Asia. Hasta el punto de que la democracia, rarísima en las vísperas de la Segunda Guerra Mundial, se convirtió en el régimen político dominante.

Y en esas estamos. Sin embargo, son cada vez más numerosos los que denuncian este sistema como una impostura. En primer lugar, porque, particularmente en Europa, parece que en su funcionamiento ordinario traicionó los fundamentos del "contrato social" y toleró la aparición de 18 millones de desempleados y 50 millones de parados...

## La quiebra de la cohesión social

Las desigualdades no cesan de crecer, hasta tal punto, que algunos Estados europeos llegan a aceptar una especie de conversión de sus sociedades al Tercer Mundo. De esta manera, según recientes informes de la ONU, del Banco Mundial y de la OCDE: "En el Reino Unido, las desigualdades entre ricos y pobres son las más importantes del mundo occidental, comparables a las que existen en Nigeria y más hondas de las que uno encuentra, por ejemplo, en Jamaica, en Sri Lanka o en Etiopía". En menos de quince años se construyó una sociedad de personas que viven de rentas, doblada por una sociedad de asistidos...

En todas partes, dentro de Europa, la cohesión social presenta peligrosas grietas; en la cumbre se refuerza una clase cada vez más acomodada (el 10% de los franceses, por ejemplo, posee el 55 % de la riqueza nacional), mientras que, por abajo, las bolsas de pobreza se hacen más hondas. Ahora bien, se sabe que los ciudadanos demasiado desfavorecidos, *excluidos*, marginados, son incapaces de aprovecharse de las libertades formales y de hacer valer sus derechos.

Todo esto se produce en un marco económico general donde triunfan las finanzas. El montante de las transacciones financieras sigue siendo vertiginoso: alrededor de 50 veces superior al de las transacciones concretas de bienes y servicios. Los mercados financieros ejercen una influencia tan colosal, que imponen su voluntad y sus criterios a los dirigentes políticos. De la misma manera que antes se podía decir que "doscientas familias" controlaban el destino de Francia, puede ahora asegurarse que "doscientos gerentes" controlan el destino del planeta.

## La sumisión de la política

Los Estados permitieron esta situación, por propia iniciativa, para dinamizar la mundialización de la economía: al suprimir el control de los cambios, al favorecer el libre flujo de los capitales, quedan los poderes financieros fuera del alcance de los poderes políticos. Éstos son, pues, arrastrados por una dinámica financiera que ya no controlan. Los gobiernos llegan incluso a abandonar toda veleidad de política presupuestaria autónoma y aceptan obedecer a lógicas perfectamente ajenas a las preocupaciones sociales de los ciudadanos.

Es, sin duda, por esta razón por lo que los políticos aceptan someterse al dominio de lo económico y a la dictadura de los mercados financieros, por lo que el régimen democrático se extiende sin barreras a través del planeta. Antes, todo proyecto de instauración democrática era combatido ferozmente por los amos del capital, aliados casi siempre a las fuerzas armadas. Desde la Guerra Civil de España (1936-1939) al derrocamiento del presidente de Chile, Salvador Allende, en 1973, no faltan ejemplos de regímenes democráticos trágicamente derrocados porque se preparaban para reducir las desigualdades, repartiendo de modo más igualitario las riquezas. Porque pretendían nacionalizar (poner al servicio de la nación) los servicios estratégicos de la economía. La democracia suponía el dominio de la economía por la política, para beneficio de los ciudadanos.

Hoy es la situación inversa la dominante. *Democracia* rima con *desmantelamiento* del sector estatal, con privatizaciones y enriquecimiento de una pequeña casta de privilegiados, etc. Todo se sacrifica a los imperativos de la economía financiera (y, en primer lugar, el bienestar del pueblo). A este respecto, en Europa los criterios de convergencia impuestos por el Tratado de Maastricht se convirtieron en valores absolutos, casi constitucionales. Con gran escándalo de millones de abandonados.

Si se añade a esto el cinismo de los dirigentes que, apenas elegidos, se apresuran a desdecirse de las promesas hechas en su campaña electoral; el peso excesivo de los grupos de presión ("El *lobby* se convierte en un peligro cuando atraviesa la línea que separa la persuasión intelectual de la compra pura y simple de un parlamentario"); y el aumento de la corrupción en la clase política, ¿cómo no comprender el descrédito que sufre? ¿Cómo no ver que esta democracia con problemas favorece, en primer lugar, la expansión de la extrema derecha?

Cada día que pasa pone de relieve hasta qué punto los representantes del pueblo y los gobiernos prefieren los grandes medios de comunicación para dirigirse a los ciudadanos, con desprecio del parlamento. "Gobernar es comunicar", parecen decir. Y, desde luego, en su espíritu, *comunicar* es, frecuentemente, darles a los ciudadanos gato por liebre.

## Recuperar el Estado democrático y el control económico

¿Cómo no entender la cólera de los ciudadanos enfrentados, en el conjunto de la Unión Europea, a la marea de las injusticias? ¿Con qué derecho los responsables políticos que están en el poder, que le dieron la espalda a la democracia y practican a diario la *guerra social* invocan la necesidad de la *paz social*, ante el miedo a un amplio movimiento de protesta? Esta paz social no está garantizada nada más que si la democracia vuelve a ser el fundamento de un nuevo *contrato social*. Después de veinte años de excesos neoliberales, renace poco a poco la idea de que un gobierno no puede dejar la economía a su propia suerte. Se hace sentir fuertemente por todas partes la necesidad del Estado, para corregir los graves inconvenientes de la mundialización. La nueva teoría económica ya no cree en la infalibilidad del mercado y busca un camino hacia el postcapitalismo: ni el *Estado providencia* de los socialdemócratas, ni el *Estado mínimo* de los ultraliberales, sino un Estado que proteja la economía *con* mercado, más preocupado por la solidaridad social y que corrija los avatares y riesgos de la globalización.

Porque estos fenómenos de globalización de la economía y de concentración del capital agravan, en el Sur y en el Norte, las desigualdades y rompen la cohesión social. Se comprueba por todas partes que las desigualdades económicas crecen a medida que aumenta la supremacía de los mercados. ¿No es hora de reclamar la puesta en marcha de un nuevo *contrato social mundial*, a escala del planeta?

El desarme del poder financiero se convierte en la tarea cívica más grande, si se quiere evitar que el mundo del siglo que viene se transforme definitivamente en una jungla en la que los predadores impongan su ley.

Un desarrollo endógeno, organizado a escala regional, ¿no es preferible a un desarrollo extrovertido, en el que un país con una producción no diversificada se encuentra totalmente a merced de decisiones tomadas en otros lugares? Para el nuevo *estado* supranacional FMI-Banco Mundial-OCDE-OMC, esta pregunta es *proteccionista*. Sin embargo, debería ser completamente normal que el *billete de entrada* de un bien en un mercado dado incluya -salvo que pague una *tasa social*- el respeto a un mínimo de normas de la Organización Mundial del Trabajo (libertad sindical, prohibición del trabajo forzoso y de la explotación de los niños, igualdad entre hombres y mujeres, etc.) en vigor en el país en cuestión. Esta *cláusula social* pretende arrastrar

hacia lo alto la situación de los trabajadores de los nuevos países industrializados, mientras que el no respetarla lleva para abajo la situación de los trabajadores de los países desarrollados. No va, de ninguna manera, dirigida contra el Sur, sino, al contrario, es reivindicada por los sindicatos locales.

Lo que es válido para lo social también se puede aplicar a la ecología. El libre-cambio favorece el desplazamiento de los centros de producción hacia los lugares donde las normas ecológicas son menos exigentes. La destrucción de los medios naturales no puede ser aceptada. Su coste debe, también, ser agregado en el *billete de entrada*, por medio de una *ecotasa*.

Cada día, entre 1.400 y 1.500 millones de dólares hacen múltiples idas y vueltas en los mercados de cambio, especulando sobre variaciones en sus tipos. Esta inestabilidad en los cambios es una de las principales causas del alza de los réditos reales (fuera de la inflación). Eso frena el consumo de las familias y las inversiones de las empresas. Agrava los déficits públicos. Incita a los fondos de pensiones a exigir de las empresas dividendos cada vez más elevados.

Esto llegó a ser intolerable. Hay que meter granos de arena en los rodamientos de estos movimientos de capitales. De tres maneras: supresión de los *paraísos fiscales*, aumento de la fiscalidad de los rendimientos del capital e imposición de aranceles sobre las transacciones financieras.

Los *paraísos fiscales* son otras tantas zonas donde reina el secreto bancario, que no sirve más que para camuflar malversaciones, *reciclar* dinero procedente del tráfico de drogas o de actividades mafiosas, evasión fiscal, comisiones ocultas, etc. Cientos de millones de dólares son sustraídos de este modo a cualquier fiscalidad, en beneficio de los poderosos y de los *establecimientos* financieros. Porque todas las grandes bancas del planeta tienen sucursales en los *paraísos fiscales* y quitan grandes beneficios de eso. ¿Por qué no establecer un boicot financiero, por ejemplo, a Gibraltar o a Liechtenstein, prohibiendo abrir allí filiales a los bancos que trabajan con los poderes públicos?

La imposición de tasas sobre los rendimientos financieros es una exigencia democrática mínima. Estos rendimientos deberían ser sometidos exactamente a los mismos tipos impositivos que los rendimientos del trabajo. Y eso no sucede en ninguna parte.

La libertad total de circulación de los capitales amenaza a la democracia. Por eso es importante establecer mecanismos disuasorios. Uno entre ellos, el más conocido, sería la *tasa Tobin*, nombre tomado del premio Nobel norteamericano de Economía que la propuso desde 1972. Se trata de imponer una módica tasa a todas las transacciones financieras, para estabilizarlas y para proporcionarles ingresos a los Estados o a la comunidad internacional. Con la tasa del 1% sobre las transacciones, la *tasa Tobin* generaría, cada año, unos 166 millardos de dólares. Que podrían ser utilizados para hacer retroceder la pobreza, las enfermedades y el analfabetismo en el mundo.

Numerosos expertos hicieron patente que la puesta en marcha de esta tasa no presenta ninguna dificultad técnica. Su aplicación arruinaría el *credo*

liberal de los gobiernos, del *estado*, supranacional Banco Mundial-FMI-OCDE-OMC y de las grandes instituciones financieras, que no cesan de evocar la ausencia de soluciones de recambio para el sistema actual.

¿Por qué no crear, a escala planetaria, una organización no gubernamental -Acción en favor de una Tasa Tobin de Ayuda a los Ciudadanos (ATTAC)- que actuaría como un formidable grupo de presión cívico delante de los gobiernos y los empujaría a reclamar, finalmente, la puesta en marcha efectiva de este impuesto mundial de solidaridad?

¿Se impondrá el buen sentido? ¿Se llegará a admitir que sin desarrollo social no puede haber progreso económico satisfactorio? ¿Y que no se puede construir una economía sólida sobre una sociedad en ruinas?

Traducción: Lourdes Maceiras

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

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

Mundialización y realidad social (II). Ramonet, I. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 119-124



## PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

(Apdo. de Correos nº 139. 15701 Santiago)

### Requisitos para la publicación:

- 1.- Que el tema esté relacionado con la Salud Pública en cualquiera de sus variantes (prevención, epidemiología, demografía, medio ambiente, productos de consumo, gestión/administración sanitaria, residuos, tratamiento de aguas, investigación, educación sanitaria, etc...).
- 2.- Trabajos escritos a máquina a doble espacio, con un máximo de 6 carillas (incluidas tablas, dibujos o gráficos -en negro-) y si es posible además en disquete de 3.5", en cualquiera de los procesadores de texto habituales (sin formatear el texto) o bien en el editor de Windows.
- 3.- Los trabajos han de venir firmados, nombre, apellidos y nº de DNI.
- 4.- La Dirección de la Revista se reserva el derecho a la publicación o no del artículo, comunicando por escrito, en caso de no publicarse, las razones de tal determinación.
- 5.- Los artículos o colaboraciones deberán estar escritos en gallego, castellano y/o portugués.

## *Estrategias de intervención pública contra el hambre en Navarra (siglos XVI-XX). (II)*

Carlos Sola Ayape.\*

### **3. La. respuestas políticas al fenómeno del hambre**

Un primer encuentro con el pasado es suficiente para percatarse del protagonismo que los poderes ejecutivos navarros cobraron en un asunto como el hambre. Como se ha indicado más arriba, no hay más que contemplar la numerosa legislación que generaron cuestiones como la comercialización de los alimentos o el abastecimiento de los pueblos y ciudades. La alimentación, desde un punto de vista político, supuso un capítulo de primer orden y, en consecuencia, fuertemente normativizado.

Ahora bien, el contenido de esa masa de legislación nos advierte que la respuesta política al problema del hambre siempre pasó por encontrar las soluciones en el lado de la oferta alimentaria, más que en el apartado de la demanda. Garantizar el abasto urbano a buenos precios fue el verdadero objetivo a alcanzar por parte de las autoridades navarras. Para ello, hubo de confeccionarse, ya desde el Medievo, un tipo de economía política sustentada en un fuerte intervencionismo público en el mercado de los abastos, con el fin de dispensar un proteccionismo al consumidor urbano. Términos como intervencionismo, paternalismo o proteccionismo serán las señas de identidad de esta política asistencial de los poderes ejecutivos navarros durante siglos. Una cuestión como el abastecimiento de los artículos de primera necesidad no se dejará nunca al albur del mercado o, al menos, cuando la escasez se hacía notoria y los precios apuntaban hacia arriba.

Hablamos de un sistema asistencial y ello nos obliga cuando menos a bosquejar, dentro de las limitaciones formales de este trabajo, sus principales características, teniendo en cuenta además que las estrategias que en Navarra se aprobaron en esta dirección fueron muy similares a las de otros lugares. Siendo los modelos alimentarios parecidos, con una presencia importante de los cereales en la conformación de las dietas, no había en consecuencia recetas demasiado distintas para acabar con el hambre. Cuando se anunciaba la escasez y quebraba la certeza del alimento, los

mecanismos sociales de protección eran ciertamente parecidos. Claro está que estamos hablando, como ya se ha dicho, de la existencia de un denominador común, esto es, de la persistencia a pesar del paso del tiempo de modelos alimentarios cuyo alimento base, soporte además de la dieta de la gran mayoría de la población, van a ser los cereales.

Diversas fueron las estrategias de afrontamiento para la superación de estas crisis alimenticias, estrategias encaminadas a corregir los desequilibrios entre la oferta y la demanda. El repertorio de las mismas se acrecentaba o menguaba siempre y cuando fuese necesario, necesario para desterrar el fantasma del hambre o, cuando menos, para minimizar sus consecuencias entre la población, principalmente entre los más expuestos a sufrir los padecimientos de la escasez. Si bien el objetivo perseguido por estas políticas de intervención siempre será el mismo, esto es, asegurar el abastecimiento de los alimentos básicos a buenos precios, las medidas puestas en marcha para su cumplimiento fueron sin embargo varias.

Como decimos, la respuesta al hambre siempre tuvo lugar en el apartado de la oferta alimentaria. Si la balanza se desequilibraba por la ausencia de alimentos en el mercado, el fin último de la autoridad competente sería en consecuencia la recuperación del equilibrio roto a través del acopio de alimentos suficientes para asegurar la satisfacción de la demanda. Dicho de otro modo, las estrategias diseñadas desde arriba estarán pensadas para solucionar el problema del hambre desde el tejado de la oferta y nunca desde el de la demanda, a pesar de que buena parte de este tipo de fenómenos calamitosos tenía lugar por la falta de poder adquisitivo de una población, incapaz de convertir sus necesidades reales en demanda efectiva. No es necesario insistir en la idea de que las carestías nunca fueron problema para aquellos estratos de la sociedad con niveles de renta elevados. El hambre sólo afectó, siempre ha sido así, a los pobres, a los que ostentaban un poder adquisitivo tal, capaz de tambalearse con un simple encarecimiento de las subsistencias más básicas.

En este sentido, no fue casualidad la coincidencia producida entre estas crisis de hambre y la puesta en marcha por parte de los poderes públicos de ruinosas obras públicas -acondicionamiento de calles, caminos, acequias o puentes-, con el único propósito de asegurar un ingreso diario a una ingente masa de asalariados. Medidas, siempre coyunturales, que quedaban en el olvido tan pronto como de nuevo los carros con mercancías nuevas volvían a callejear por las ciudades y a llenar los puestos de los mercados públicos.

Pero al margen de este tipo de medidas, el problema se planteó a la hora de asegurar el acopio de mercancías. Cuando había escasez y los precios se disparaban, el remedio pasaba por asegurar el abasto de alimentos para después venderlos a precios políticos. He aquí por tanto los dos mecanismos esenciales para combatir las crisis de hambre: acopiar primero,

Ahora bien, a tenor de la situación que caracterizó a estas crisis de subsistencias -escasez, precios altos, especulación, etc.-, no parece que fuera tarea fácil asegurar un buen aprovisionamiento en momentos de carestía, que permitiera además una venta asequible a los bolsillos de todos los consumidores. La pregunta es la siguiente: ¿cómo se lograba asegurar las reservas de trigo, que después se emplearían en la fabricación del alimento base?

La importancia del pan para hacer frente al hambre fue reconocida siempre por los legisladores o por aquellas instituciones facultadas para intervenir en el mercado de los abastos. Ya cuando la cosecha se anunciaba mala en los meses de primavera -no era preciso esperar a los resultados de la trilla-, se hacía preciso proteger el mercado frumentario interior a través de una legislación, renovada siempre que fuera necesaria, que prohibiera las exportaciones. La ley escrita preservaba que el grano no fuese extraído a otros lugares, como primer medio para asegurar el consumo local. La prohibición de las extracciones de trigo se hacía igualmente extensiva a las harinas y al pan. Todas las trabas eran pocas para satisfacer debidamente la demanda interna.

En este sentido, la principal estrategia inventada para garantizar debidamente el abastecimiento urbano fue la fundación de pósitos, conocidos en Navarra con el nombre de "vínculos". Los vínculos fueron graneros, fundados por los ayuntamientos a partir del siglo XVI, para acopiar trigo a lo largo del año agrícola con el propósito último de asegurar las

reservas necesarias y con ellas satisfacer debidamente el consumo urbano. En consecuencia, detrás de la fundación de estos almacenes estará la apuesta decidida de las autoridades municipales por desarrollar políticas de previsión para evitar la sorpresa de las crisis de subsistencia y las lamentables consecuencias que provocaban entre la población. El fin último de todo vínculo fue la compra de grandes cantidades de trigo, cuando éste cotizaba a la baja durante los meses de verano y otoño, para después asegurar el suministro urbano durante el invierno y primavera, cuando más se notaba la escasez de grano y los precios apuntaban al alza. Aseguradas las reservas de trigo en el recinto urbano, desaparecían los motivos para la falta de pan. Garantizado el pan, el hambre no tendría porqué hacer mella.

La gestión de este grano de propiedad municipal podía ser sin embargo diferente según los casos. Desde una fabricación de pan por obra de los mismos vínculos, pasando por la venta de ese grano a los propios panaderos de los respectivos pueblos o ciudades, hasta la contratación del abasto con un grupo reducido de horneros que se encargarían del suministro urbano aprovechando el trigo municipal. En este sentido, hay que decir que estos establecimientos públicos fueron rodeándose de numerosos privilegios, con el propósito de garantizar adecuadamente el cumplimiento de los fines para los que estaban llamados. Uno de estos derechos privativos fue precisamente la concesión por parte de las Cortes de Navarra de 1642, recogiendo además leyes de éstas de 1608 y 1612, de la facultad para imponer el monopolio sobre el abasto del pan y, en consecuencia, prohibir la fabricación y venta a los panaderos particulares.

Como vemos, sobre el grano y sobre el pan recaerá constantemente la vigilancia de la autoridad que se traducirá en una tupida red de bandos, reglamentos u ordenanzas, urdida para asegurar el abasto de los consumidores a buenos precios. No es por casualidad que por ley los consumidores locales tuvieran ciertas preferencias respecto a los compradores foráneos. Así, y a toque de campana, las primeras horas de mercado se reservaban exclusivamente para el aprovisionamiento de los vecinos, quedando privados del derecho de compra todos aquel los que no residieran en dicho lugar. Transcurrido el tiempo fijado por la autoridad, era el momento para que el resto de los compradores aseguraran su abastecimiento.

Este tipo de medidas, encaminadas a preservar la

oferta de bastimentos en los recintos urbanos, se vio reforzada con la aplicación de otras estrategias complementarias. Para garantizar la certidumbre alimenticia no era suficiente con asegurar un determinado volumen de mercancías, sino que además éstas debían ofertarse a precios asequibles para toda la población. De ahí que uno de los mecanismos de intervención en el mercado más característicos desde la Edad Media fuera la fijación de tasas o precios máximos a los artículos de primera necesidad.

En el caso del trigo, hay que decir que las políticas de acopio de los vínculos sirvieron de algún modo para frenar el incremento de los precios del trigo en períodos de escasez. En un mercado tan particular como éste, el mejor remedio para abaratar los precios era poner en circulación las reservas de grano entrojadas. Sin embargo, no todos los pueblos contaron con vínculos para hacerlo, de la misma manera que también serán los mismos vínculos los más interesados en asegurar sus acopios a buenos precios. De ahí la fijación de estas tasas como mecanismo corrector de los precios. La fijación de un precio máximo por la autoridad, en este caso el Virrey o el Consejo Real, significaba sobre el papel que ningún tenedor de granos podía vender a precios superiores al establecido por la ley. De este modo, el comprador sabía a qué atenerse a la hora de cerrar sus transacciones. Una forma más de evitar las prácticas abusivas y el juego especulador, tan propios en mercados donde lo que estaba en juego era la supervivencia misma.

#### **4. A modo de final**

La principal conclusión que se puede sacar de la puesta en marcha de este intervencionismo público en el mercado de abastos, bien a través de la fundación de vínculos, bien a través de esta regulación de los precios por medio de tasas, es que las autoridades políticas navarras, cada una según su nivel de competencias ejecutivas, no estaban dispuestas a que la redistribución de la oferta alimenticia entre la población fuese a través del mecanismo variable del precio. Dicho de otro modo, se aspiraba a que nadie se quedase sin comprar por el simple, pero determinante hecho, de un encarecimiento excesivo del alimento base. Cuando el precio es el que determina dicho reparto, las existencias alimenticias -siempre escasas en tiempos de escasez-, sólo están reservadas a aquel los que pueden afrontar su coste.

Cuando esto sucede, el precio se convierte así en una estrategia de racionamiento por medio de bolsillo, en un mecanismo que excluye del consumo alimenticio a los de rentas más bajas. Por ello, la cuestión se torna compleja cuando lo que se pretende racionar es un alimento como el pan, de consumo diario, de consumo necesario, de consumo imprescindible. El trigo y el pan se convierten así, durante las frecuentes crisis de subsistencias que jalonaron nuestro pasado, en bienes reservados en principio a unos pocos. El precio se convertía en un factor excluyente de la gran masa de consumidores que quedaban privados de su consumo por falta de poder adquisitivo, un poder que, como es natural, se veía sustancialmente aminorado con el simple encarecimiento del coste de los bienes de primera necesidad. De ahí el diseño de esta economía política tan intervencionista, creada y conservada para regular las existencias de mercancías y evitar el excesivo encarecimiento de los precios.

Este tipo de política alimentaria se conservó perenne hasta la primera mitad del siglo XIX, cuando el comercio, la industria y, en suma, el mercado alcanzaron su plena liberalización. Los abastos quedaron en manos de los particulares, ya que la doctrina liberal era contraria a la tradición intervencionista que había permanecido hasta entonces a la erosión del tiempo. Sin embargo, nunca se abandonó la sombra protectora al consumidor en tiempos de crisis<sup>7</sup>. El fracaso de las reformas liberales quedó constatado, entrado ya el siglo XX, con la creación de las llamadas “Juntas Provinciales de Subsistencias”, cuyo cometido principal sería el control de la oferta alimentaria y la fijación de tasas a los artículos de primera necesidad. El retorno a los precios máximos suponía la recuperación de la tradición intervencionista que se daba por terminada.

La protección al consumidor urbano, desde instancias políticas, seguía siendo una realidad. Y no es por casualidad que esto fuera así. Asegurar el abasto para saciar el hambre era una de las mejores maneras para preservar la tranquilidad pública. La quiebra de la certidumbre alimenticia suponía en la mayoría de los casos la crispación social y la consiguiente quiebra del orden público. El motín de subsistencia era una amenaza constante que había que disipar a toda costa. Aquí está, en definitiva, el resorte que avaló siempre la ideología alimentaria de los estamentos políticos durante siglos. Detrás de la compra de grano y del abasto del pan había algo más que meros, aunque importantes, propósitos sociales. Asegurar el alimento era, en definitiva, una estrategia política de mayor calado.

## BIBLIOGRAFÍA

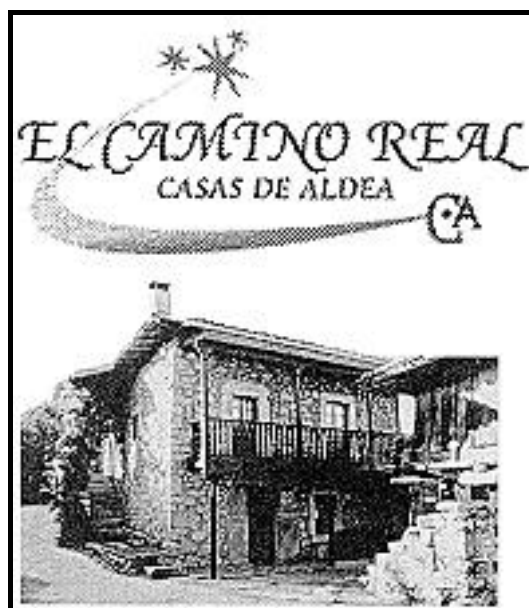
- 1 SEN, A.: Poverty and Lamines: an essay on entitlement and deprivation. Clarendon Press, Oxford, 1981, 257 pp.
- 2 RIERA, I.: "Las muchas memorias del hambre". En MEDINA, F. X.: La alimentación mediterránea. Historia, cultura, nutrición. Icaria, Barcelona, 1996, p. 431.
- 3 RIERA I MELIS, A.: "El sistema alimentario como elemento de diferenciación social en la alta Edad Media. Occidente, siglos VIII-XII". En RIERA I MELIS, A. y otros: Representaciones de la sociedad en la Historia: de la autocomplacencia a la utopía. Instituto de Historia Simancas, Valladolid, 1991, p. 52.
- 4 THOMPSON, E. P.: Tradición, revuelta y consciencia de

- clase. Estudios sobre la crisis de la sociedad preindustrial. Crítica, Barcelona, 1989, p. 81.
- 5 PÉREZ DE ARMIÑO, K.: "Causas del hambre y teoría de la titularidad al alimento de Amartya Sena. En SUTCLIFFE, B. (Coord.): El incendio frío. Hambre, alimentación y desarrollo. Icaria, Barcelona, 1996, p. 101.
  - 6 FONTANA, J.: La Historia después del fin de la Historia. Crítica, Barcelona, 1992, pp. 54 y 73.
  - 7 SOLA AYAPE, C.: "Libertad de mercado y mercado intervenido: cambios y permanencias en las políticas de abasto municipales en la Navarra del siglo XIX~. Huarte de San Juan (Geografía e Historia), núms. 3-4, 1996-1997, pp. 237-255.

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

Estrategias de intervención pública contra el hambre b Navarra (II). Sola Ayape, C. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 125-128

€



PRINCIPADO  
DE  
ASTURIAS

? 985841391

Varias casas en Arriondas y Cabrales, distintas capacidades, rehabilitadas en piedra y castaño, muebles antiguos, calefacción automática, todo tipo de electrodomésticos, barbacoa y jardín.

# EL AGUA (I)

Prof. Dr. Luis Rodríguez Míguez \*

## INTRODUCCIÓN

Todas las culturas principian con un diálogo entre el hombre y el agua. La civilización se asemeja mucho a un diálogo entre el hombre y el agua. Las primeras poblaciones humanas se asentaron a orillas de los grandes ríos, de los lagos o del mar, donde hicieron florecer la agricultura y muchas actividades industriales. Por el disfrute del agua surgió la rivalidad en la historia, como sugiere la etimología latina de la palabra rival, Eran “rivali” los pueblos que vivían en las riberas opuestas de un río, y por el hecho de competir por el uso de una misma agua, pasaron a ser “rivales”.

Durante milenios, la humanidad ha considerado el agua como un elemento no modificable del globo, como el aire. El agua era un don de los dioses. Al componente mágico o creencial se suma, como es propio de las culturas primitivas, un caudal de conocimientos empíricos en los que destaca la creencia de **su virtud terapéutica**.

En la Medicina Asirio-Babilónica el sacerdote que se ocupaba de la adivinación se denominaba *Baru*, el médico se llamaba *Azu*, “el que conoce las aguas”.

El pueblo celta introdujo en la península su propia concepción creencial de la enfermedad, que se materializó en la práctica de ritos curadores, el culto a las **aguas** de ciertos ríos y de fuentes y de lagos y asimismo en una difundida utilización de amuletos, como los hallados en el llamado tesoro de Salvacañete, lo que llevó, está probado, a la utilización de fuentes medicinales y termales, atribuyendo su poder salúfero a divinidades tutelares como lo atestigua la epigrafía; en la región galaicoportuguesa se han hallado en centros termales invocaciones a Bormánico, Edovio, Tongoenaviacus y Conventina.

Aristóteles (384-322 a. de J.C.) consideraba que, para el gobierno de los pueblos, la primera necesidad era el abundante abastecimiento de agua.

En Grecia además del *SANTUARIO* dedicado a Asclepio, de la *fuentes* y del *bosque sagrado*, que no faltaban nunca, había también el *abaton* donde los

pacientes dormían el sueño (*incubatio*), durante el cual habían de ser curados. El paciente después de una purificación más o menos larga, por medio de sacrificios, abluciones y ayunos, era admitido en el templo y por fin pasaba una o más noches en el *abaton*, donde, mediante el *sueño profético*, esperaba que el propio ASCLEPIO viniese, en persona, a curarlo, o por lo menos darle las instrucciones que, interpretadas por los sacerdotes, le permitirían recuperar la salud.

En Roma EL BAÑO era una forma de relajación, un tónico que daba bienestar al cuerpo y se tomaba utilizando vapor y agua en una sucesión de temperaturas distintas. Era una práctica social que se realizaba en compañía de otros. Tanto en Grecia como en Roma, en el baño, la limpieza era un factor incidental. **SANITAS** significaba **SALUD**, no la eliminación de la suciedad. En los baños públicos se centraba la vida de la comunidad; bañarse era un deber social básico. Los más grandes expertos de la arquitectura y de la construcción se dedicaban a edificarlos.

Por la conquista, los romanos propagaron sus costumbres y sus hábitos, y por consiguiente el uso de los baños públicos. Y se extendieron en Iberia.

Dividiremos nuestra exposición, en el **AQUÍ, la antigua Gallaecia**; en el AHORA, en la transición de un siglo, o mejor de un milenio y en el FUTURO, tratando de adivinarlo y por tanto de planificarlo. Lo difícil de cualquier planificación es prever el futuro, es no saber con certeza hasta "después". Hasta que llega el verano no se sabe como acabó la primavera. Hasta el momento de la siega, todo es hierba.

## EL AQUÍ. EL ÁMBITO TERRITORIAL

El emperador Caracalla a comienzos del siglo III desgajó de la Tarraconense la provincia *Hispania Nova Citerior Antoniniana* -la futura **Gallaecia**-, que comprendía el noroeste peninsular. **Gallaecia**, en tiempos del emperador Diocleciano (siglo III d.C.) adquirió el rango de provincia. El ámbito espacial de la **Gallaecia** romana era convencional ya que sus límites eran fluctuantes, ya que la idea de límite territorial no estaba totalmente asentada en la mentalidad romana, y así la frontera exterior del

Imperio nunca fue muy determinado en los mapas.

Un ejemplo es el dato del cronista Hydacio o Idacio (c. 395-c. 470), eclesiástico e historiador hispanorromano. Nacido en la actual provincia de Ourense, en lo que entonces se conocía como *civitas Lernicorum* (perteneciente a la provincia de **Gallaecia**), era hijo de un funcionario del emperador romano, también de origen hispano, Teodosio.

A principios del siglo V, viajó a los territorios orientales del Imperio, y hacia el año 430 ocupaba el obispado de *Aquae Flaviae* (la actual localidad portuguesa de Chaves), cargo que desempeñó hasta cerca de 460 y desde el que llegó a solicitar ayuda a Roma frente a los suevos. A modo de continuación del *Cronicón* de san Jerónimo, escribió una *Crónica* (*Chronica*) de indudable interés historiográfico, que recogía los avatares hispanos desde el año 379 hasta el 469. En lo referente a que el emperador Teodosio sostiene nació en **Cauca** (Coca), en la **Gallaecia**, que Casimiro Torres demostró que debe identificarse con la actual Coca (Segovia).

Hay varias posturas tratando de resolver el problema de los límites de **Gallaecia**. Convencionalmente por Galicia romana -**Gallaecia**- no se entiende únicamente el territorio comprendido en las provincias actuales, sino el correspondiente al **conventus Lucensis** y, en parte, al **Bracarenis** que rebasaba la Galicia actual, penetrando en el Norte de Portugal hasta el Duero y en zonas de las provincias de León y Asturias.

La conquista de **Gallaecia** por Roma y la colonización subsiguiente constituyen un fenómeno capital que determinará el sentido de la vida y cultura de Galicia y del Norte de Portugal. No se trata sólo del proceso generador de la unidad política, mediante la superación del tribalismo, sino la incorporación de sus habitantes a la empresa cultural protagonizada por Roma.

El territorio de las actuales provincias gallegas y norte de Portugal estaba repartido bajo la dominación romana en tres *conventus* diferentes.

El *conventus* era una estructura con una demarcación territorial determinada y con una capital donde se centralizaba la recaudación fiscal y la de la gestión económica y financiera, la administración de justicia (de ahí su adjetivo de *iuridicus*), los cultos religiosos oficiales (como el culto al Emperador, de finalidad política), y también, asumido el rol de las primeras estructuraciones, el control militar (reclutamiento, defensa del territorio y de su

explotación, etc.).

Eran circunscripciones administrativas dependientes del gobernador de la provincia Citerior en Tarragona: el *conventus lucensis* con capital en *Lucus* (Lugo) ocupaba las actuales provincias de Lugo, A Coruña y el norte de Pontevedra-, el *conventus Bracarum*, con su capital en *Bracara* (Braga), se extendía desde el Duero hacia el norte ocupando casi toda la provincia de Ourense y el sur de la de Pontevedra; el *conventus Asturum*, regido desde *Asturica* (Astorga), se extendía por la mayor parte de la actual provincia de Asturias, toda la de León, el oeste de Zamora y comprendía también el este de Ourense y el ángulo nororiental de Portugal.

El agua en **Gallaecia**, es el elemento central del paisaje, que se proyecta a lo largo de su historia, como una fuerza sobrenatural, como expresión de la potencia divina (manantiales, fuentes). Incluso, a veces negativo, como elemento irracional, al ser agredido por el hombre, al construir embalses que inundan poblaciones o se desecan lagunas, de las que el agua, cual ser vivo y vivificante se venga, por la agresión ecológica de la que es objeto. **Gallaecia** es tierra de humedades, supeditada a las lluvias y a las sequías.

Los nativos de la región, entre los cuales hubo siempre afares de brujos, conocían las propiedades terapéuticas de las aguas desde tiempos anteriores a la conquista romana. Cuenta la tradición popular que los indígenas de la comarca, dada la importancia que tenía el agua en la obra de la creación, la aplicaron a las necesidades de la vida y apreciaron que las aguas calientes de sus fuentes poseían virtudes curativas mágicas, considerándolas como divinizadas, como un don fecundante de los dioses mitológicos.

Inmersa en la cultura romana hay considerar todo lo relacionado con las termas y más en una zona, como Galicia y el norte de Portugal, tan rica en cantidad, variedad y calidad de aguas minero-medicinales, permite encontrar todas las indicaciones terapéuticas apetecibles, sin forzar la especialización, que hemos de tener presente en todo momento.

Bien conocidas y muy utilizadas fueron diversas fuentes mineromedicinales de la península, popularizándose igualmente el uso de los baños. En la España romana tuvieron renombre los centros termales de Molgas (*Aquae Geminae*) y Lugo (*Lucus Augusti*), Chaves (*Aquae flaviae*)...

El Balneario de Vilaza o Monterrey cuyas aguas

desde tiempo inmemorial y fueron consideradas como medicinales desde fecha antiquísima. Hay noticias fidedignas que atestiguan que los romanos las usaron e hicieron de ellas mucho aprecio. En las narraciones de Strabon y de Ptolomeo, referentes a las últimas guerras de los romanos con los galaicos, se hallan los indicios respecto al conocimiento y uso de estas aguas entre las legiones de Décimo Junio Bruto... ..

Los nativos de la región, conocían las propiedades salutíferas de las aguas desde tiempos anteriores a la conquista romana. Cuenta la tradición que aplicaron el agua a las necesidades de la vida y apreciaron que las aguas, especialmente las calientes poseían virtudes curativas, que consideraban mágicas.

San Martín Dumiense en su libro **CORRECTIONE RUSTICORUM** reprende a los habitantes de **Gallaecia** por la veneración que prestaban a las piedras, a los árboles, a las velas o cirios encendidos, al fuego, **a las aguas y a las fuentes:**

*6 Despóis do diluvio foi de novo restaurado o xénero humano polos tres fillos de Noé reservados coas suas donas. E ao comezar á cubrir o mundo a moltedume crescente esquencendo de novo os homes á Deus creador do mundo, encetaron a adorar as creaturas abandoando o Creador. Uns adoraban o sol, outros a lúa ou as estrelas, outros o lume, outros a **auga profunda ou as fontes das augas** creendo que todas estas cousas non foran feitas por Deus pra uso dos homes senón que nascidas de sí mesmas eran deuses.*

*16 Vede caí caución e confesión vosa é tida ante Deus. E como algúns de vós que renunciaron ao diaño e aos seus ánxeles e as suas veneracións e as suas obras malas agora volven as veneracións do diaño? Pois acender cirios ás pedras e aos arbes e ás fontes e polas prazas ¿qué outra cousa é senón veneración do diaño?*

Los avatares históricos y políticos que dividieron la **Gallaecia** en dos partes, una portuguesa y otra española, no fueron capaces de separar lo que es "una" para la Naturaleza. ¿No es la misma agua del Támega, la que vivifica Verín y Chaves?

## **AHORA. FIN DE UN MILENIO Y PRINCIPIO DE OTRO**

### **1. ACELERACIÓN DE LA HISTORIA.**

Se atribuye a cada época de la Prehistoria un período de miles de años mayor cuanto más lejana es, es decir, que duró más milenios el Paleolítico que el Neolítico, y éste más que la Edad de los metales; y en las épocas históricas los períodos que se pudieran establecer se suceden rápida y brevemente en una evolución tan vertiginosa que contrasta con el

lento desarrollo de la Prehistoria.

Desde Abrahán, unos dos mil años antes de Cristo, hasta Napoleón, es decir, en un lapso de tiempo de casi 4.000 años, la máxima velocidad con que podía desplazarse el hombre sobre la superficie de la tierra, era la del caballo al galope. Los inventos de la máquina de vapor, del motor de explosión y, después, de los reactores, la fuerza atómica y las naves espaciales, se han sucedido en el lapso de 150 años. En sólo el período de 1943 a 1964, la velocidad máxima de las máquinas conducidas por el hombre se incrementó cuarenta veces.

A comienzos de siglo, cada siete hombres que en el mundo labraban la tierra, además de alimentarse a si mismos alimentaban a otros tres. Hoy la proporción es inversa. Para recoger la cosecha de un área de trigo se necesitaba en 1800 (con la hoz) una hora, en 1850 (con la guadaña) quince minutos, en 1900 (con la segadora) dos minutos. Hoy en día con la segadora trilladora, treinta y cinco segundos.

La producción de bombillas eléctricas, que apenas alcanzaba en USA, 2.000 al día en 1900 para lo que eran necesarios 200 obreros, alcanzó en 1972 la cantidad de 2.000.000, en fábricas totalmente automáticas servidas por trece obreros.

Paralelamente a esto, el transporte: el barco de vela tarda dos años en dar la vuelta al mundo, llega el de vapor y lo hace en dos meses, el avión en dos días, la nave espacial en menos de dos horas.. Lo próximo que venga... ¡Dios sabe!. Y la circulación de noticias, la comunicación. Un mensaje a caballo. Una carta en tren. El correo aéreo. El telegrama. La conferencia telefónica. La radio. La televisión.

Y, de repente, la televisión, primero limitada, luego con repetidores y redes; por último vía satélite. De tal manera que hoy es posible la observación de un hecho, al mismo tiempo en y por todo el mundo.

Durante los 17 primeros siglos de la era cristiana, la humanidad permaneció prácticamente estancada desde el punto de vista científico y tecnológico. Los grandes avances se han concentrado en los últimos 300 años (desde el renacimiento hasta hoy). En las últimas décadas de este siglo se ha avanzado más que en los tres últimos siglos.

En 1867, Sir John Lubbock inicia el tema de la aceleración de la historia. En 1873, Michelet: "Uno de los hechos más graves y menos considerado hoy es el cambio total del ritmo del tiempo, que ha doblado su paso en forma extraña". Halevy, en 1948, incide sobre la misma idea de Michelet. En el mismo año Meyer publica en Chile "La aceleración evolutiva" que influye en los últimos escritos de

Teilhard de Chardin. Gaston Berger sostiene que la rapidez de cambio en el mundo actual cristaliza en el concepto de "prospectiva". En el mundo actual, la actitud prospectiva encuentra inmediata aplicación en todos los aspectos del saber humano. "Es el contenido del tiempo el que es cada vez más denso", y "tres signos caracterizan a los fenómenos del mundo actual: la dimensión, la aceleración y la interdependencia", dice Berger. Aceleración, el mundo actual cambia rápidamente y es preciso comprender que tales cambios se irán intensificando periódicamente: "Los hechos económicos fundamentales -dice Jean Fourastié- evolucionan demasiado deprisa para que podamos llegar a entender sus leyes".

El tiempo necesario para asimilar la información, excede al tiempo que requiere ya la acción. Los sabios pueden calcular con una precisión de segundos la trayectoria del cuarto satélite de Júpiter pero no saben que hacer ante el hecho de que los alimentos sean caros en los países pobres, y baratos en los países ricos; consiguen fraccionar las proteínas del plasma o descifrar el rompecabezas del mundo cromosómico, pero no saben - ni les interesa bastante- que debe hacerse para que los suburbios y los pueblos reciban una atención médica. Lo primero con lo que topamos es el concepto consciente y subconsciente, de cambio, variación, evolución... Todo se mueve ... tan aceleradamente que no percibimos el movimiento y si lo percibimos no tenemos una idea clara de adonde nos puede llevar. La vida sigue. Preocupados por los problemas de cada día no nos damos cuenta de que el mundo está cambiando de tal manera que acaso en un mañana no demasiado lejano, lo que ahora nos preocupa, lo que constituye nuestro mundo actual no tiene ya el menor sentido.

Mc. Hale anuncia, paradójicamente, que la palabra cambio se ha convertido en una clave y designa prácticamente la única constante de nuestro tiempo. A diferencia de las sociedades de antaño, reducidas y relativamente estables, fruto de milenios de evolución de la experiencia humana, el mundo de hoy se caracteriza por cambios técnicos y sociales rápidos. En la sociedad preindustrial se podía aprender sin prisa, pero sin pausa, según el ritmo que rige el caminar de las estrellas; el proceso actual de adquisición de conocimientos y de experiencias, de acuerdo con los cambios que exige la sociedad actual, impone otra perspectiva.

Como afirma Hale "en los momentos actuales la adquisición fundamental del hombre consiste en la noción de que el futuro será, literalmente, lo que el

hombre elija que sea, ya que el grado de control consciente que se puede ejercer sobre la determinación de ese futuro es de una magnitud sin precedentes". Este, que parece un consuelo, resulta, de paso, una terrible responsabilidad.

Es sabido que el individuo se vuelve "menos vulnerable" si se identifica estrechamente con un sistema cultural y se siente protegido dentro de él. Es necesario establecer, en principio, lo que pudiera llamarse una cultura de transición; es decir, una cultura en la cual las transformaciones y los cambios de orientación se efectúen armoniosamente como un "proceso vital de evolución" y no como un doloroso proceso de adaptación forzada.

Todo parecer indicar que la sociedad posee un determinado umbral de tolerancia en cuanto a la intensidad de los cambios, que no puede ser forzado más que a expensas de cierta "desorganización social". Modernizarse - es decir, actualizarse - o morir. Modernizarse no es morir sino adaptarse a los tiempos de hoy.

## 2. EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA

Desde el asentamiento de la especie humana pasó un millón de años y la cosa iba, mal que bien, funcionando: aunque nacían muchos, se moría más pronto que tarde. Pero, casi de repente, en un margen de tiempo - dos siglos - comparativamente muy pequeño, la población mundial se ha multiplicado de forma acelerada y su crecimiento ha llegado a convertirse en un auténtico problema vital, Mientras que el hombre blanco ha tenido su gran explosión demográfica un siglo atrás y se acerca al "crecimiento cero", la población del tercer mundo crece a ritmo precipitado, abocada a la miseria.

En 1984 se calculó una población mundial de 4.760 millones, casi el doble de 1950. En el año 2000 se prevé más de 6. 100 millones y seguirá creciendo durante el siglo XXI por lo menos hasta los 11.000 millones de habitantes.

La sociedad actual es de masas, de multitudes. Hoy somos muchos-, mañana demasiados. La población mundial está creciendo de forma desmesurada, con cifras apabullantes. Tiende a estancarse en los países ricos, pero sigue disparada en el Tercer Mundo, precisamente donde son menos y crecen más lentamente los recursos.

En el mundo desarrollado uno de los logros más espectaculares es el aumento de la esperanza de vida, que unido al descenso de las tasas natalidad, se

ha traducido por un envejecimiento de la población. Una población envejece cuando aumenta la proporción de los grupos de más edad y disminuye el número de niños y jóvenes. No solo los viejos viven más años, sino que son también el grupo de población que crece más, sobre todo el segmento de los más añosos; el envejecimiento del envejecimiento.

A la aceleración de la historia se suma la dimensión en cantidad (crecimiento demográfico), variedad (envejecimiento de la población) y en calidad (aumento del nivel de vida).

### 3. DESARROLLO ECONÓMICO-SOCIAL Y TURISMO

Se vive tiempos de modas y las modas siempre encubren un vacío de algo. La moda, flor de un día, que desaparece con la rapidez del relámpago, relumbra sobre un fondo de verdad que perdura a lo largo del tiempo, El fondo de verdad, lo que menos brilla, es lo que permanece y permite el progreso. De un tiempo a hoy, y alegrémonos por ello, la ecología, la defensa del ambiente está de actualidad, está de moda. Y el hombre al defender el ambiente se autodefende. Y el cuidado del ambiente es considerado uno de los factores primordiales del desarrollo.

El problema está en definir que es o en que consiste el desarrollo. Desde la pura racionalidad económica no hay duda que desarrollo es igual a crecimiento de bienes materiales. No se desarrolla quien no crece. Sin embargo en biología se hace una distinción, crecimiento es aumento de talla y peso y desarrollo maduración de funciones. Al igual, el crecimiento económico, aumento de bienes materiales, debe ir acompañado de un desarrollo social, maduración, mejoramiento de la calidad de vida.

El objetivo es poner a punto un "**índice de desarrollo humano**" que sustituya al producto nacional bruto (PNB) como medida del bienestar. Hay cambiar las pautas del **desarrollo insostenible**" en que hoy está embarcado el Primer Mundo, por el denominado "**desarrollo sostenible**", concepto que se halla muy próximo al de "**desarrollo humano**".

Como dice la Comisión Mundial del Medio Ambiente y de Desarrollo, "el **desarrollo sostenible es aquel que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus necesidades propias**".

En la búsqueda de alternativas conjuntas que permitan el crecimiento económico mediante el uso de recursos comunes, una de las opciones más ventajosas es el turismo: Fenómeno social y económico, relacionado con el hecho de viajar por placer, que históricamente ha existido desde muy antiguo. Turismo y Termalismo son elementos esenciales para hacer mas eficientes, científicos y atractivos los servicios que ofrecemos en lo que se ha dado en llamar, dentro del desarrollo, **INDUSTRIA SIN CHIMENEAS** y en particular en la Salud.

Hoy ya nadie duda de la mutua relación del **Turismo y la Salud** y la trascendencia de la idea de vincular **Salud con la Economía del Turismo**. De ahí que la asociación **Salud-Turismo-Medio-Ambiente**, resulte conveniente y favorable para orientar las acciones en este campo.

### 4. TRANSPORTES :

El transporte, tanto de carga como de personas, ha estado estrechamente vinculado a las profundas transformaciones económicas y sociales de las sociedades. En los siglos XI-XIII, los importantes progresos técnicos que se produjeron en el campo de la navegación sentarían las bases de la posterior expansión comercial que experimentaría Europa. En este sentido, cabe destacar la invención de la brújula y del timón de codaste, que permitieron abandonar la navegación de cabotaje e iniciar los viajes por mar abierto.

No será hasta el siglo XIX, cuando se produzca una auténtica revolución en el campo de los medios de transporte con la aparición de la máquina de vapor, base de la revolución industrial. El ferrocarril estuvo a punto como medio de transporte hacia 1820, aunque la gran expansión de las redes ferroviarias no se produciría hasta los años cuarenta del siglo XIX, llegando al millón de kilómetros de vía en 1914.

El trazado de las redes ferroviarias dio lugar a modificaciones sensibles en la localización de muchas poblaciones y de las actividades económicas, favoreciendo a unas en detrimento de otras. El ferrocarril, que eclipsó durante algún tiempo al transporte por carretera, empezó a ser sustituido por éste gracias al advenimiento de los vehículos automóviles, inventados hacia fines del siglo XIX y cuya expansión se inició tras la I guerra mundial.

En los países más avanzados, y para hacer frente a la competencia con los otros medios, el ferrocarril ha optado por el desarrollo de los sistemas de alta velocidad, que permiten superar los principales inconvenientes del tráfico aéreo (largos trayectos entre ciudades y aeropuertos, trámites y esperas, retrasos en los vuelos, etc.) gracias a que las nuevas líneas tienen su salida y llegada en pleno centro urbano. El ferrocarril tiende cada vez más a asegurar en los trenes los mismos servicios, o superiores, que a bordo de los aviones (azafatas, servicio de restaurante, cafetería, etc.). La calidad del servicio ferroviario se mejora con el aumento de la velocidad y gracias al tendido de nuevas líneas más directas, con curvas de gran radio, sin pendientes pronunciadas y sin pasos a nivel. Para la primera década del próximo siglo, los países de la UE pretenden establecer una red europea de alta velocidad, de unos 30.000 Km de longitud (que se sumarán a los 100.000 Km de líneas férreas convencionales ya existentes en el continente), que enlazará más de 100 ciudades y de la cual ya forman parte las líneas de alta velocidad de Francia (TGV), Alemania (ICE) y España (AVE).

- TRANSPORTE POR CARRETERA: En el siglo XX, la adopción de los motores de combustión interna para la propulsión supuso, sin duda alguna, un avance espectacular. Dotado de una mayor versatilidad, el transporte por carretera se generalizó en una proporción creciente, dominando el tráfico terrestre de mercancías y pasajeros. Así pues, la red ferroviaria mundial se ha quedado estancada, aunque ello no ha impedido que se siguiera adaptando a los avances tecnológicos. En muchos casos, conserva todavía su importancia; sobre todo en lo que se refiere al transporte de mercancías de gran peso y volumen, y también para cubrir los transportes a grandes distancias.

Dentro del ámbito de transportes terrestres, el que se realiza por carretera es el predominante. La eclosión y desarrollo de la industria automovilística, especialmente a partir de la primera guerra mundial, han desplazado a un segundo plano, aunque sin sustituirlo por completo, al transporte por ferrocarril. Otro factor importante en su desarrollo lo constituye el gran incremento, tanto cualitativo como cuantitativo, de las redes de carreteras y autopistas existentes en la actualidad.

Frente a este crecimiento, el ferrocarril no ha visto incrementadas prácticamente sus redes en las últimas décadas, tendiendo más bien al abandono de las vías menos rentables. El transporte por carretera es fundamentalmente individual y colectivo. El

desarrollo de las redes de carreteras ha permitido, gracias a la construcción de grandes obras de infraestructura (viaductos, puentes, etc.), salvar mediante carreteras y autopistas, aptas para cualquier tipo de tráfico rodado, accidentes geográficos que antes barraban el paso a este tipo de transportes.

**Autopistas:** Vía de comunicación para vehículos automóviles cuyo diseño y construcción permite aunar especiales garantías de velocidad y seguridad. Son características esenciales de una autopista la existencia de dos calzadas independientes para cada sentido, con un mínimo de dos carriles por calzada, además un arcén practicable, y la ausencia de cruces a nivel. Además, el trazado es tal que evita las pendientes excesivas y da a las curvas un radio de giro muy amplio (superior a los 900 m), con lo cual se puede mantener una velocidad de crucero elevada y constante con la seguridad de que no va a aparecer de pronto ninguna que obligue a aminorar la marcha de crucero. Los accesos y cambios de sentido se llevan a cabo mediante enlaces de formas especiales, y los cruces se verifican a distintos niveles. Una serie de instalaciones adecuadas completan la seguridad y comodidad: barreras de seguridad y vallas de aislamiento, iluminación de los accesos y tramos de mayor densidad de tráfico, existencia de zonas de descanso y áreas de servicio, sistemas de aviso de emergencia, señalización, peajes automáticos, etcétera. Las redes de autopistas se complementan con las de autovías, similares a las anteriores en cuanto a trazado y separación entre carriles de dirección opuesta, pero que sí pueden tener cruces a nivel, que se resuelven generalmente mediante rotondas, de forma que no es necesario detener la marcha.

- TRANSPORTE AÉREO: El transporte aéreo, que después de la primera guerra mundial se utilizó sobre todo para recorridos cortos, ha experimentado desde 1945 una gran expansión, llegando a desplazar en gran medida a otros medios, sobre todo en el transporte de pasajeros a larga distancia.

## 5. COMPETITIVIDAD

Cuenta una anécdota, que la reina María Antonieta, ante las quejas de que el pueblo no tenía pan, contestó: "Pues que coman tortas". Situación que parece repetirse, en lugar de ofrecer "pan", (crenoterapia, *in situ*), de unos años a esta parte, ante el aumento del interés del público por lo NATURAL y la SALUD, se ofrecen "tortas" los BALNEARIOS DE CIUDAD, un concepto nuevo en el mercado que

se instauró en Europa hace 2 años. Los llamados SPA. El término "spa" deriva de la palabra "espa", de origen Balón que significa FUENTE. Probablemente está relacionada también con un pueblecito belga cerca de LIEJA, llamado Spa, donde se descubrió una fuente termal en el siglo XIV. Su uso está extendido en el mundo anglosajón con el significado básico de "balneario" en el sentido más ampliamente terapéutico de la palabra. Así se refieren a la "Medicina Spa" como sinónimo de "Balneología", "Hidrología Médica" o "Medicina Termal".

Los BALNEARIOS DE CIUDAD o SPA son unos Centros situados en poblaciones de 50.000 habitantes aproximadamente y residenciales que ofrecen unos servicios singulares: Tratamientos termales. Crean un Balneario trayendo los Lodos, las Aguas, las Sales y todos los elementos característicos de las Zonas Termales a las ciudades, para que el agüista pueda disfrutar de un Balneario al lado de su casa y lo que es más importante, durante todo el año y a precios económicos, no solo cuidando su Salud y Belleza, sino también procurando el apreciado BIENESTAR (huyendo del famoso estrés). Si además a ello se le añade, CONFORT, profesionalidad, atenciones, controles de dietas, economía y lo que es más importante RESULTADOS, surge una temible competencia al Termalismo tradicional.

## 6. MARKETING

La mercadotecnia o comercialización, más conocida por la expresión inglesa «marketing», empezó a utilizarse en Estados Unidos a principios del siglo XX. Comprende el conjunto de acciones y técnicas encaminadas a conocer, prever e incluso estimular las necesidades del mercado con respecto a los productos y servicios ofertados y a las necesidades de adaptación del aparato productivo y comercial, para satisfacer o adelantarse a las necesidades existentes o previstas.

Las técnicas en que se basa esta actividad se apoyan en estudios de mercado, análisis de resultados, publicidad, estudios de viabilidad y sondeos.

Con intensidad creciente, las empresas han incorporado esta disciplina a su organigrama funcional hasta alcanzar, en algunos sectores, una relevancia capital. Los departamentos de marketing tienen una influencia decisiva en la dirección de algunas empresas, en especial en aquellas que se ocupan de productos y servicios que no son de primera necesidad, no tienen una tradición asentada o están sometidos a una gran competitividad dentro de su sector, por lo que se ven sometidos a fluctuaciones no siempre fáciles de prever o de valorar.

Existe una gran cantidad de terminología asociada al concepto de marketing que con los años se ha ido incorporando al vocabulario de éste y otros sectores paralelos.

Los términos principales son los siguientes:

- a) Público meta. Destinatario de la campaña publicitaria, segmento de la población señalado como consumidor o posible consumidor de su producto/servicio.
- b) Segmentación. Proceso que consiste en clasificar a los consumidores en grupos o segmentos diferentes, en función de sus características, necesidades y comportamiento.
- c) Estudio de mercado. Investigación de mercados (marketing research). Cualquier estudio o investigación sistemática del mercado real o potencial para cualquier producto o servicio específico.
- d) Packaging. En publicidad, envase. Contenedor del producto en el momento de su venta. Responsable de la presentación, conservación y ofrecimiento del producto. Considerado y denominado el vendedor silencioso por su función en el punto de venta. Es la imagen, el identificativo visual del producto.
- e) Sales folder. En publicidad, argumentador de ventas. Material que va destinado al mayorista/detallista y sirve como ayuda a los vendedores o equipo de ventas de la empresa. En él se reflejan el conjunto de ventajas/beneficios que ofrece el producto para ser utilizadas como argumento de venta de la empresa.
- f) house organ. Propaganda. Página en Internet.

*\*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Vigo*

El agua (I). Rodríguez Míguez, L. Apuntes de Salud Pública, 2 (20): 129-135

## RECOMENDACIONES BIBLIOGRÁFICAS

### Títulos recientes de la organización panamericana de la salud (OPS)

**1. El cuidado del enfermo terminal. Ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios.** 1999. 172 páginas. Autor: James Drane. Publicado por la OPS.

Fue publicado originalmente en inglés y el autor es un pionero de la bioética, el Dr. James Drane. El libro proporciona a los atareados profesionales de la salud educación ética médica básica y recomendaciones prácticas para dispensar un cuidado humanitario hacia el término de la vida del paciente. Materias tan diversas como la religiosidad de las personas, la conveniencia o no de prolongar la agonía, la presión de actitudes y creencias reciben una presentación sencilla y directa.

**2. La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales.** 1999. 462 páginas.

Fue publicado originalmente en francés por el Consejo de Europa y esta es su única traducción autorizada al idioma español. En este libro se exponen las normas jurídicas internacionales y europeas relacionadas con problemas actuales, presentándose 120 casos clínicos prácticos analizados por diferentes autores de países europeos, que evalúan las reacciones posibles del profesional de la salud frente a la legislación internacional, la ética y otros principios morales, religiosos y laicos.

**3. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública,** 2000, 132 páginas.

Este es un libro de lectura fundamental para comprender la nueva cara de la pobreza. El libro presenta un panorama actualizado de la prevalencia del exceso de peso y la obesidad en los países de América Latina y el Caribe y en poblaciones desventajadas en países desarrollados, así como sus efectos adversos a mediano y largo plazo, y las implicaciones desde el punto de vista de la planificación de acciones de salud pública.

La publicación analiza las características propias que tiene en la Región de las Américas el proceso mundial de transición nutricional relacionado, a su vez, con los procesos de transición demográfica y epidemiológica. En ese contexto, el incremento de la obesidad y del exceso de peso que se observa en la región se superpone con un factor de riesgo adicional: la persistencia e incluso el aumento de las desigualdades e inequidades en salud.

**4. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco.** 2000, 133 páginas.

El presente informe, traducción del original en inglés publicado por el Banco Mundial, es una evaluación sencilla y concisa de los aspectos económicos del control del tabaco. La publicación examina los efectos que las políticas de control de tabaco tienen sobre el empleo, los costos de estas políticas y establece un calendario para la acción de los gobiernos. Señala asimismo el papel que deben desempeñar los organismos internacionales en la reducción de la carga evitable de muertes prematuras y discapacidades relacionadas con el tabaco. Los economistas, los investigadores en políticas públicas, los integrantes del ámbito de toma de decisiones y las organizaciones de cabildeo encontrarán este libro de suma utilidad.

**5. La salud y el medio ambiente en el desarrollo sostenible.** 2000, 283 páginas

Este informe es una contribución de la OMS al seguimiento de la Cumbre de la Tierra y es también una evaluación actualizada del impacto de los riesgos ambientales sobre la salud en los niveles local, nacional y mundial. Este libro ofrece una perspectiva de 50 años –desde el inicio de los setenta con una proyección hasta el 2010—sobre la salud y el medio ambiente en el contexto del desarrollo social y económico. Su análisis demuestra que la mala calidad del ambiente es responsable en forma directa del 25% de la morbilidad evitable actualmente en el mundo. Específicamente describe los efectos nocivos para la salud del medio ambiente, demuestra que un medio ambiente adecuado favorece la salud, subraya los problemas de salud que están surgiendo relacionados con el medio ambiente e indica el tipo de vigilancia local y nacional que mejoraría la gestión ambiental. Dirigido a los encargados de elaborar políticas, los líderes de la comunidad, los científicos y todos los profesionales interesados en los temas de desarrollo, será un estímulo para quienes trabajan en los distintos sectores del desarrollo como la agricultura, la industria, el medio ambiente y la planificación, así como para todos los profesionales del sector salud que deseen conocer el impacto del medio ambiente en la salud.

(Reseñas remitidas a esta Revista por la OPS)

---

Librería OPS internet: <http://publications.paho.org/paho/spanish>

---

# MEDIDAS PARA LA CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Lado E, Caamaño F, Figueiras A\*

En los últimos años, se viene asistiendo a la crisis de los Sistemas Sanitarios financiados públicamente. La crisis económica, la ampliación de las coberturas sanitarias y el coste de las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas son las responsables de esta situación. De hecho, los gastos en medicamentos, en opinión de García Iñesta<sup>1</sup>, preocupan cada vez más a las administraciones públicas que ven, por una parte, aumentar de forma considerable este capítulo y, por otra, que el perfil farmacoterapéutico del consumo no se corresponde con la morbilidad del país.

Así, la contención del gasto farmacéutico ha sido y es, uno de los principales objetivos de las Administraciones Sanitarias en España, así como en todos los países de su entorno. Esta preocupación por la contención del gasto farmacéutico ha obligado a los distintos países a replantearse la cobertura farmacéutica del Estado de Bienestar, instaurando distintos tipos de intervenciones institucionales, con el objetivo de racionalizar la oferta de fármacos y controlar la factura farmacéutica.

Con este artículo se concluye una serie de tres en los que se han revisado los condicionantes de la prescripción en atención primaria. En este último, se analizan distintas medidas que han sido instauradas en diferentes países de nuestro entorno para controlar el gasto farmacéutico:

- I.- Medidas restrictivas al nivel de la oferta de medicamentos.
- II.- Medidas restrictivas al nivel del precio de los medicamentos.
- III.- Medidas restrictivas al nivel del paciente.
- IV.- Medidas restrictivas al nivel del médico prescriptor.

## **I. Medidas restrictivas al nivel de la oferta de medicamentos.**

### CONSIDERACIÓN DE LA EFICIENCIA EN LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

La mayoría de los países han exigido la evidencia de la eficacia y seguridad para permitir la introducción de nuevos medicamentos, y sólo unas pocas administraciones sanitarias han incluido datos sobre la relación coste-beneficio en la autorización de nuevos principios activos y en la financiación pública de las nuevas especialidades. El principal objetivo de esta medida es incrementar el coste-efectividad en el uso de los medicamentos,

permitiendo controlar el gasto y racionalizar los recursos.

Los primeros países en introducir este tipo de medidas fueron Australia y la provincia de Ontario en Canadá; pero también, Francia, Gran Bretaña y EEUU establecieron recientemente medidas para estimular la inclusión de datos económicos en las solicitudes de autorización de nuevos fármacos<sup>2</sup>. En España es necesaria la evidencia de eficacia, seguridad y calidad para la autorización de nuevos principios activos a partir de la promulgación de la Ley del medicamento del año 1991. Para los medicamentos previos a esta Ley existen los programas de revisión selectiva de medicamentos (PROSEREMES), que adaptan todo el arsenal terapéutico a las condiciones de seguridad, eficacia y calidad exigidas. Sin embargo, no se exigen datos de eficiencia para la autorización de nuevos principios activos.

### ESTABLECIMIENTO DE CLÁUSULA DE NECESIDAD

Otra medida que cuenta con la oposición de la industria farmacéutica y, que trata de racionalizar la oferta de fármacos, es el establecimiento de cláusulas de necesidad. Esta pretende condicionar la financiación de las nuevas especialidades a que éstas introduzcan una mejora terapéutica sobre la existente, entendiéndose por esta no solamente una cobertura de vacíos terapéuticos, sino también, que produzca algunas ventajas para el paciente. Aunque Holanda y Bélgica fueron los primeros países en establecer esta medida correctora para la autorización de una nueva especialidad farmacéutica, en nuestro estado se establecen, a través del Título sexto de la Ley del Medicamento<sup>3</sup>, las condiciones para la financiación pública de medicamentos.

Así, los criterios generales para decidir la financiación total o parcial con fondos públicos de un medicamento son: a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías; b) Necesidades de ciertos colectivos; b) Utilidad terapéutica y social del medicamento; c) Limitación del gasto público destinado a prestación farmacéutica y d) Existencia de medicamentos ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones a menor precio o inferior costo de tratamiento<sup>3</sup>.

Estos criterios reflejan la voluntad de los legisladores de controlar el gasto público en materia de medicamentos. Y prácticamente facultan al Gobierno a limitar la financiación pública en cualquier grado. De hecho, numerosos gobiernos han tratado de restringir públicamente el reembolso de medicamentos estableciendo las denominadas listas negativas y positivas de medicamentos como consecuencia del incesante crecimiento del gasto farmacéutico. Esta medida va a permitir racionalizar la financiación pública de medicamentos. De hecho, Van Zwanenberg et al.<sup>4</sup> concluyen en su estudio, que las listas limitadas de medicamentos disminuyen la prescripción irracional si son adoptadas por la mayoría de los médicos. Concluyen, también, que un médico que prescribe mayoritariamente de la "lista limitada de medicamentos" prescribe de forma más efectiva, segura y económica<sup>4</sup>.

Australia, Nueva Zelanda, Italia y Francia han preferido implantar las denominadas listas positivas de medicamentos; mientras que Alemania, Irlanda, Inglaterra, los Países Bajos y España han establecido listas negativas de medicamentos<sup>5</sup>. Las decisiones se basan en información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos, opinión de los profesionales y, ocasionalmente, información acerca de la eficiencia de los fármacos.

El gobierno Inglés al imponer una lista limitada de medicamentos consiguió que los médicos generales prescribiesen de forma más racional y disminuyesen el coste de su prescripción<sup>6</sup>.

En nuestro estado existe una lista negativa de medicamentos a partir del Real Decreto de financiación selectiva, animado por la política de uso racional de los medicamentos que propician la OMS y el Consejo de Europa, de manera que solamente se consuman los medicamentos necesarios y, de ellos, los de mejor relación coste-beneficio<sup>7</sup>. No esconde, sin embargo, la necesidad de control del gasto sanitario que implica la actuación sobre el capítulo de medicamentos. De este modo, el artículo tercero de dicho real decreto fija los criterios de inclusión o exclusión, estableciendo la limitación del gasto público destinado a prestación farmacéutica como uno de los criterios exigibles para la financiación de un determinado fármaco<sup>7</sup>.

La implantación de este Real Decreto ha contado con la fuerte oposición de la industria farmacéutica, de los consumidores y de los farmacéuticos, que no consideraban esta medida restrictiva capaz de disminuir el gasto y racionalizar el consumo de medicamentos. Sin embargo, Torralba et al.<sup>8</sup> tras

evaluar los cambios ocurridos en la prestación farmacéutica en Cataluña, tras la aplicación de este Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos observaron que había contribuido a disminuir la prescripción financiada públicamente en envases prescritos y en importe, al menos a corto plazo. Concluyeron, también, que las sustituciones habían sido escasas, y en su mayoría positivas; y que los grupos farmacológicos de mayor valor terapéutico no habían resultado eliminados ni sobreutilizados debido a la eliminación de otros grupos<sup>8</sup>. De hecho, los principales grupos afectados por este Real Decreto<sup>7</sup> son medicamentos con indicaciones sintomáticas o para síndromes menores, cuya exclusión se encuentra justificada por el artículo 94 de la Ley del Medicamento<sup>3</sup>.

Pero también existen autores que consideran que el Real Decreto de financiación selectiva de medicamentos<sup>7</sup> llevó asociado un fenómeno de sustitución o desplazamiento de fármacos de determinados subgrupos hacia otros financiados<sup>9</sup>.

## II. Medidas restrictivas al nivel del precio de los medicamentos.

### ESTABLECIMIENTO DE PRECIOS DE REFERENCIA Y REGULACIÓN DE LOS MÁRGENES DE BENEFICIO

El sistema de precios de referencia consiste en establecer un precio fijo de financiación para medicamentos equiparables del mismo grupo terapéutico que será el que la Administración sufrague. La diferencia entre el precio de venta al público y el de referencia debe ser financiado por el asegurado. Este precio de referencia puede ser el promedio del precio de los medicamentos que pertenecen a una categoría, como ocurre en Holanda y Alemania; el precio más bajo como sucede en Nueva Zelanda, o, como establece la legislación sueca, el precio del genérico más bajo más una cierta cantidad<sup>2</sup>. Otra forma de control de precios, es lo que sucede en España donde se establecen precios máximos para cada producto que incluyen el coste global y la ganancia para la compañía, regulando el beneficio del laboratorio, del distribuidor y de la oficina de farmacia<sup>2</sup>.

La regulación de los márgenes puede perjudicar a otras medidas de contención del coste, al permitir a las compañías incrementar el precio cuando sus beneficios se encuentren amenazados por ventas reducidas del producto, pues la regulación de los márgenes no trata de relacionar la prescripción con el coste-efectividad. Siendo España e Inglaterra dos de los países Europeos donde se controla el margen de beneficios de la industria farmacéutica.

Los principales problemas de aplicación del sistema de precios de referencia y del control de los beneficios de la industria farmacéutica, radican en las reservas de la industria farmacéutica. En España, también existe una fuerte oposición a la implantación de este tipo de medidas por parte de los farmacéuticos con oficina de farmacia, debido a que éstos se llevan un beneficio sobre el precio de los medicamentos. Las oficinas de farmacia retenían un 29,9% del precio del producto vendido hasta febrero de 1997, cantidad que es más elevada que la de la mayoría de los países de nuestro entorno<sup>10</sup>. A partir de febrero de 1997 el margen se redujo en un 2%, fijándose en el 27,9% del precio de venta al público sin impuestos<sup>11</sup>.

#### INTRODUCCIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS GENÉRICAS

Una de las medidas más utilizadas para reducir el gasto farmacéutico y promover el uso eficiente de los recursos sanitarios es la introducción de medicamentos genéricos. De hecho, las reformas sanitarias en la medida que fijan su objetivo en la contención del gasto farmacéutico, encuentran en los medicamentos genéricos una herramienta de gran utilidad para contener el crecimiento del gasto farmacéutico público. Aunque existe divergencia de criterios acerca del uso de genéricos, encontrándonos con argumentos a favor y en contra de su uso.

##### Argumentos a favor:

- Su uso facilita la identificación del medicamento por ser el mismo que se emplea en farmacología y que el médico está acostumbrado a ver en libros y publicaciones científicas<sup>16</sup>.
- Evita la prescripción simultánea del mismo medicamento por prescriptores distintos al no poder existir confusión con los nombres de las marcas comerciales<sup>16</sup>.
- Se produce una actuación específica de educación sanitaria sobre la población puesto que al identificar mejor el medicamento prescrito, éste es asociado más fácilmente con resistencias previas, crisis alérgicas, etc.<sup>17</sup>.
- Favorece una prescripción racional coste-efectiva ya que su precio es inferior al de las marcas registradas equivalentes<sup>16</sup>.

##### Argumentos en contra:

- Inferior calidad respecto a los productos con marca; sin embargo, las condiciones de eficacia y seguridad que se requieren para su registro, son semejantes a los productos de marca y se les exige además estudios de bioequivalencia<sup>17</sup>.
- El perjuicio a empresas investigadoras de nuevos productos<sup>12</sup>. Se ha argumentado la disminución de la investigación farmacéutica y el aumento de importaciones paralelas para frenar la introducción de

estos medicamentos en el mercado.

- El perjuicio a las oficinas de farmacia. Comercializar genéricos disminuye el beneficio de las oficinas de farmacia<sup>10</sup>.

Numerosos autores coinciden en que el uso de genéricos aporta un ahorro importante en el gasto de prescripción<sup>4,13,14,15,16</sup>; pues en general, los genéricos tienen un coste significativamente inferior a los medicamentos con marca. Con relación a esto, en España y en mayo de 1994, la media de reducción del precio de genéricos comercializados rondaba el 35%<sup>16</sup>. Sin embargo, en EEUU se estima que la comercialización de genéricos rebaja el precio de marca entre un 30 y un 70%<sup>15</sup>.

Los genéricos son medicamentos cuya denominación es igual a la de su principio activo, su comercialización se produce cuando ha finalizado la protección de la patente, y su precio es generalmente inferior al del medicamento con marca, pues no repercuten en él los costes de investigación ni los de promoción inicial<sup>6</sup>.

A diferencia de lo que sucede en otros países, como el Reino Unido donde los médicos están obligados a prescribir determinados principios activos únicamente como genéricos, en nuestro país, el médico tiene libertad para prescribir medicamentos de cualquier laboratorio<sup>17</sup>. La introducción y utilización de genéricos en España es todavía bastante limitada<sup>17</sup>, representando aproximadamente el 0,1% del total de las recetas facturadas, frente al 40% que representaba en Inglaterra o al 60% en EEUU<sup>10</sup>.

Esta escasa tendencia a prescribir medicamentos genéricos en nuestro país se debe a la inexistencia de verdaderas especialidades genéricas, debido a que el sistema de patentes vigente en España hasta octubre de 1992 era la patente del procedimiento y no del producto<sup>17</sup>; siendo a partir de octubre de 1992 cuando el sistema de patentes español se homologó a el de los demás países de la Unión Europea<sup>18</sup>, pudiendo ya patentarse los productos, los usos y los procedimientos<sup>18</sup>. Y se debe también, a que la Ley del Medicamento no contempló las especialidades farmacéuticas genéricas hasta diciembre de 1996<sup>19</sup>.

Esta modificación define las especialidades farmacéuticas genéricas como "la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico"<sup>19</sup>. Obliga, además, a demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad farmacéutica de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia<sup>19</sup>.

De hecho, en España la homologación de las patentes y la introducción de las especialidades farmacéuticas genéricas abre un nuevo camino hacia la introducción de genéricos en el mercado. Aunque se deberá esperar hasta el año 2006 para que empiecen a aparecer los primeros medicamentos estrictamente genéricos<sup>18</sup>.

### III. Medidas restrictivas al nivel del paciente

El sistema de coste compartido puede llevarse a cabo de dos formas: (1) el paciente cofinancia parte del coste del fármaco (copayment) o (2) que exista una limitación en el número de fármacos financiados por persona y unidad de tiempo determinada. Esta segunda forma se revela como la más agresiva, fundamentalmente con las capas de población más desfavorecidas, debido a que obliga al paciente a priorizar a la hora de elegir su tratamiento.

En el estudio de seguimiento que Nelson et al.<sup>20</sup> desarrollaron, se constató una reducción de costes con respecto a la serie de control al aplicar un pequeño copago de 50 centavos por prescripción. Sin embargo, en un estudio de similares características como es el de Reeder et al.<sup>21</sup> de 1985, se encontró que a largo plazo había disminuido el consumo de fármacos tan esenciales como los diuréticos, los colinérgicos, los fármacos cardiovasculares y los agentes psicoterapéuticos. Soumerai et al.<sup>22</sup>, en 1987, encontraron en un estudio realizado en New Hampshire y New Jersey, una disminución significativa de fármacos tan esenciales como la insulina o la furosemida, al margen de medicaciones inefectivas que era el objetivo original. Así, la reducción en el consumo de medicamentos de probada efectividad puede llevar a un aumento del número de consultas médicas y de ingresos hospitalarios. En efecto, Soumerai et al.<sup>23</sup> constatan dicha efecto considerando la limitación del número de fármacos financiados por persona y mes.

En España, existe la voluntad política de la implantación de algunas de las medidas recogidas en el informe Abril<sup>24</sup>. Nos estamos refiriendo, entre otras, a la cofinanciación por parte del pensionista de sus tratamientos, y a la implantación del ticket moderador. De hecho, ya en el artículo 95 de la Ley del Medicamento<sup>3</sup>, se establece la obligación de los pacientes de participar en el pago de los medicamentos en base a los siguientes criterios: a) la capacidad del pago del paciente; b) la utilidad terapéutica y social de los medicamentos; c) las necesidades de ciertos colectivos; d) la gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías y e) los límites de las previsiones presupuestarias afectas a las prestaciones farmacéuticas.

### IV. Medidas restrictivas al nivel del clínico.

Este tipo de medidas se llevan a cabo a través de la inclusión de políticas tendentes a la modificación de pautas prescriptoras de los clínicos. Por lo que, en ocasiones, han contado con la oposición de los médicos, quienes ven peligrar su libertad de prescripción. En el Reino Unido y Alemania desde el año 1993 se establecieron presupuestos individualizados para el gasto farmacéutico de cada facultativo. Estas medidas, en el primer año de aplicación, tuvieron al principio un efecto muy contundente, suavizándose sus resultados en los años siguientes a su aplicación. No obstante, se considera que el establecimiento de estos sistemas de control en Alemania supusieron una rebaja permanente del entorno al 10% del gasto farmacéutico<sup>25</sup>.

En este sentido, el estudio de series temporales realizado por Soumerai et al.<sup>26</sup> en 1990, estudió el efecto de la retirada de 12 categorías de fármacos considerados como inefectivos, y valoró el efecto de desplazamiento o sustitución por otros fármacos. En este estudio, curiosamente, no se observó una disminución del coste farmacéutico; sino un incremento en la utilización de fármacos que permanecían financiados en MEDICAID.

### Referencias

1. García Niesta A. Estudios de utilización de medicamentos en España y análisis de la situación farmacoterapéutica. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social; Madrid 1988.
2. Bloor K, Freemantle N. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure III: regulating industry. *BMJ* 1996; 313: 33-5.
3. Ley del Medicamento. BOE 22 de diciembre de 1990; n° 306.
4. Van Zwabbeberg TD, Grant GB, Gregory DA. Can rational prescribing be assessed? *J R Coll Gen Practit* 1987; 37: 308-10.
5. Ferrando C, Henman MC, Corrigan OI. Impact of nationwide limited prescribing list: preliminary findings. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1987; 21: 653-8.
6. Anónimo. The limited list of drugs to be available in certain categories from April 1. *Lancet* 1985; 1: 532-3.
7. Real Decreto 83/1993 de Financiación Selectiva de Medicamentos. BOE 22 de enero de 1993.
8. La prescripción farmacéutica en cataluña tras el decreto de financiación selectiva de medicamentos.
9. Torralba Guirao M, Casals Farre N, Calero García M, Morera Castell R, Segu Tolsa JL, López Marín M. La Prescripción Farmacéutica en Cataluña tras el decreto de financiación selectiva de medicamentos. *Gac Sanit* 1996; 183-90.
10. Buitrago F, Mendoza-Espejo R. Responsabilidad del médico de Atención Primaria en el uso racional de medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 15: 137-8.
11. Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero. BOE. 8 de febrero de 1997; n° 34.
12. Griffin, JP, Griffin TD. The economic implications of therapeutic conservatism. *J R Coll Gen Practit* 1987; 37: 308-10.
13. Walzac D, Swindells S, Bhardaj A. Primary Care Physicians and the Cost of Drugs: A Study of Prescribing Practices Based on Recognition and Information Sources. *J Clin Pharmacol* 1994; 34: 1159-63.
14. Gilley J. Towards rational prescribing. *BMJ* 1994; 308: 731-2.
15. Beardon PHG, Brown SV, Mowat DAE, Grant JA, McDevitt DG. Introducing a drug formulary to general pract effects on practice prescribing costs. *J R Coll Gen Practit* 1987; 37: 305-307.
16. Ansa I, Agudo C, Artazcoz M, Carnicero J. Utilidad de la prescripción de genéricos en la contención del gasto en prestación farmacéutica. Análisis en la Comunidad Foral de Navarra. *Aten Primaria* 1996; 17: 411-4.
17. Guerra FJ, Crespo B. Prescripción de genéricos. *Aten Primaria* 1994; 13: 223-4.
18. Segura P. Patentes y medicamentos genéricos en España. *Galeno* 1997; Originales: 5-8.
19. Modificación de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre del Medicamento. BOE. 31 de diciembre de 1996; n° 315.
20. Nelson A, Reeder C, Dickson W. The effect of a Medicaid drug copayment program on the utilization and cost of prescription services. *Med Care* 1984; 22: 724-736.
21. Reeder C, Nelson A. The differential impact of copayment on drug use in a Medicaid population. *Inquiry* 1985; 22: 396-403.
22. Soumerai S, Avorn J, Ross-Degnan D, Gortmaker S. Payment restrictions for prescription drugs in Medicaid: effects on therapy, cost and equity. *N Engl J Med* 1987; 317: 550-556.
23. Soumerai S, Ross-Degnan D, Avorn J, McLaughlin T, Chodnovsky I. Effects of Medicaid drug payment limits on admissions to hospitals and nursing homes. *N Engl J Med* 1991; 325: 1072-1077.
24. Informe Abril. JANO 1991; 41: 761-85
25. Bloor K, Freemantle N. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors. *BMJ* 1996; 312: 1525-7.
26. Soumerai S, Ross-Degnan D, Avorn J, Gortmaker S. Withdrawing payment for non-scientific drug therapy: Intended and unexpected effects of a large-scale natural experiment. *JAMA* 1990; 263: 831-839.

\*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago

## JORNADA LABORAL / JORNADA EFECTIVA

Dr. Carlos Salas Costas

Estamos acostumbrados a oír hablar de una JORNADA LABORAL de 40, 37.5 ó 35 horas semanales, y se comienza a oír hablar de una JORNADA EFECTIVA de 1.512 ó 1.624 horas anuales.

¿Son conceptos distintos, es lo mismo? ¿En qué se diferencian? ¿Para qué sirve diferenciarlos?.

Hay que tener presente que de los 365 días, que tiene el año, no todos son laborables, ya que hay que restar las vacaciones retribuidas (30 días), festivos (14 días), días de libre disposición (9) y domingos (48)<sup>1</sup>, que hacen un total de 101 días no laborables<sup>2</sup>, por lo que el año laboral tiene  $365 - 101 = 264$  días<sup>3</sup>.

1.- Supongamos que un profesional sanitario del SERGAS, tiene 7 horas de jornada continua, trabajando de lunes a sábado (6 días a la semana):

- , Días laborables =  $365 - 101 = 264$  días.
- , Jornada efectiva: Horas trabajo/día x días laborables = 7 horas x 264 días = 1.848 horas efectivas/año.
- , Jornada laboral: 7 horas x 6 días = 42 horas/semana.

**Jornada laboral de 42 horas semanales = 1.848 horas de jornada efectiva anual.**

2.- Ha pasado un año y nuestro trabajador ha tenido la suerte de que en el nuevo convenio, **libra un sábado de cada tres.**

¿Qué varía?: Que de los 48 sábados, ahora, nuestro trabajador libra  $(48/3) = 16$  sábados:

- , Días laborables =  $365 - 101 - 16 = 248$  días.
- , Jornada efectiva = 7 h. x 248 d. = 1.736 horas efectivas año.
- , Jornada laboral media (3 semanas) =  $(42 + 42 + 35) / 3 = 39,6$  horas/semana.

**Jornada laboral de 40 horas semanales = 1.736 horas de jornada efectiva anual.**

3.- Nuevo convenio y por suerte **libra 2 sábados de cada 3**, de los 48 sábados va a librar  $(48 \times 2/3) = 32$  sábados:

- , Días laborables =  $365 - 101 - 32 = 232$  días.
- , Jornada efectiva = 7 h. x 232 d. = 1.624 horas efectivas año.
- , Jornada laboral media (3 semanas) =  $(42 + 35 + 35) / 3 = 37,3$  horas/semana.

**Jornada laboral de 37,5 horas semanales = 1.624 horas de jornada efectiva anual.**

4.- Nuevo convenio e increíblemente, nueva mejora, **libra todos los sábados** = 48 sábados:

- , Días laborables =  $365 - 101 - 48 = 216$  días.
- , Jornada efectiva = 7 h. x 216 d. = 1.512 horas efectivas año.
- , Jornada laboral:  $5 \times 7 = 35$  horas/semana.

**Jornada laboral de 35 horas semanales = 1.512 horas de jornada efectiva anual.**

### RESUMEN:

Jornada laboral (semanal)	Horas brutas año <sup>4</sup>	Jornada efectiva (anual) <sup>5</sup>	Días laborables
42 horas	2.184	1.848 horas.	264
40 horas	2.080	1.736 horas.	248
37.5 horas	1.950	1.624 horas.	232
35 horas	1.820	1.512 horas.	216

- (1) El año tiene 52 semanas, como ya hemos restado el mes de vacaciones (4 semanas), quedan 48 semanas.
- (2)  $30 + 14 + 9 + 48 = 101$  días no laborables (correspondientes a vacaciones, festivos, libre disposición y domingos, respectivamente).
- (3) No se pueden traducir a semanas ( $264/7 = 37,7$ ) ya que hemos sumado días no correlativos, por lo que tampoco es válido si quitamos los domingos, es decir  $365 - 53 (30+14+9) = 312/7 = 44,5$  (en todo caso serían GRUPOS DE 7 DÍAS NO CORRELATIVOS, **NUNCA SEMANAS**)
- (4) Son las horas máximas del puesto laboral, que realizaría un profesional sin vacaciones, ni festivos, ni días de libre disposición.
- (5) En período diurno, si se realizasen noches se reduce en casi 4 horas por noche realizada, por ejemplo si la jornada laboral es de 37.5 la jornada efectiva es de 1.624 h., pero con una noche sería 1.620 h., con 10 noches 1.591 h., con 20 noches 1.558h., con 30 noches 1.532 horas, etc.

Debemos tener claro que, el concepto de JORNADA LABORAL SEMANAL o el concepto de JORNADA EFECTIVA ANUAL, son dos modos equivalentes de cuantificar el tiempo de trabajo real de los profesionales, el primero mide el promedio de horas de trabajo semanal y el segundo las horas que trabaja el profesional al año.

Diferenciarlas, sirve para calcular:

- < Los costes reales del trabajo, en relación con las horas trabajadas, para imputar en los servicios o productos el coste resultante.

- < El coste o precio de la hora ordinaria de trabajo (sueldo bruto anual dividido entre el número de horas efectivas trabajadas).
- < El coste o precio de la hora extraordinaria, que de acuerdo con la legislación vigente es el 175 % del valor de la hora ordinaria.

Por ejemplo, el coste/hora de un profesional con un sueldo bruto de 5.500.000 ptas., considerando diferentes jornadas laborales, o el sueldo bruto de un profesional que cobra 1.500 ptas la hora extraordinaria con una jornada de 40 h., sería:

Sueldo Bruto anual	Medida del trabajo en relación al tiempo		Coste/Precio de la hora (ptas)	
	Jornada laboral	Jornada efectiva	Ordinaria	Extraordinaria
5.500.000	42 h./semana	1.848 h./año.	2.976	5.208
5.500.000	40 h./semana	1.736 h./año.	3.168	5.544
5.500.000	37,5 h./semana	1.624 h./año.	3.387	5.927
5.500.000	35 h./semana	1.512 h./año.	3.638	6.366
1.487.900	40 h./semana	1.736 h./año.	857	1.500

Continuando con nuestro ejemplo: A nuestro profesional le dicen que una Directiva Comunitaria (93/104/CE)<sup>6</sup>, limita la jornada laboral semanal (incluidas horas extraordinarias) a un máximo de 48 horas por semana, por lo que el máximo de horas extraordinarias (llámense guardias, atención continuada, etc.), serán:

Horas ordinarias Jornada laboral semanal	Máximo número de horas extraordinarias		
	Hasta 48 h/sem. <sup>7</sup>	Brutas año <sup>8</sup>	Año (11 meses) <sup>9</sup>
42 horas.	6 horas.	312 h.	288 h.
40 horas.	8 horas.	416 h.	384 h.
37.5 horas.	10.5 horas.	546 h.	504 h.
35 horas.	13 horas.	676 h.	624 h.

Debido a todo ello podríamos resumir diciendo que cuando se habla de una jornada laboral de 40 horas semanales es lo mismo que una jornada efectiva de 1.736 horas anuales o 248 días laborales de 7 horas/día y que de acuerdo con la Directiva 93/104/CE, solo podrá hacer un número máximo de 384 horas extraordinarias/año, con un promedio de 8 horas semanales cada 4 meses, y con respecto a los honorarios a percibir por cada hora extraordinaria y que están en relación directa con la hora ordinaria, serán alrededor de 5.000 ptas/hora<sup>10</sup>.

(6) Publicado un resumen de la Directiva en Apuntes de Salud Pública, [ Directiva 93/104/CE, 2 (18): 29-30, Noviembre de 1998 ].

(7) Promedio semanal que puede calcularse hasta un máximo de 4 meses.

(8) 52 semanas x 6 horas = 312 horas extraordinarias, de máximo anual del puesto laboral.

(9) 48 semanas x 6 horas = 288 horas extraordinarias, de máximo anual que realizará el trabajador.

(10) Para un sueldo bruto anual alrededor de 5.000.000 ptas.

## Interpretación de la Directiva 93/104/CE, de 23/11/1993

Resumen de las conclusiones del Abogado General Sr. D. Antonio Saggio<sup>11</sup>, del Tribunal de Justicia de la CE, sobre la interpretación de la Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23/11/93, en relación a:

«Política social, Protección la seguridad y de la salud de los trabajadores, Tiempo de trabajo, Directiva 93/104/CE : Ámbito de aplicación, Médicos de EAP, Inclusión en el tiempo de trabajo del turno de guardia y del período de localización, Aplicación al turno de guardia y al período de localización de las disposiciones sobre trabajo nocturno y sobre trabajo por turnos.»

### Marco jurídico:

El artículo 118 del Tratado atribuye al Consejo competencia para establecer, mediante Directiva, “las disposiciones mínimas dirigidas a promover la mejora, en particular, del medio de trabajo, para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores”. La Directiva de base sobre la materia, 89/391 /CEE adoptada por el Consejo el 12 de junio de 1989, establece los principios generales en materia de seguridad y de salud de los trabajadores, principios que han sido desarrollados posteriormente por una serie de Directivas específicas, entre las que figura la Directiva 93/104 que contiene “las disposiciones mínimas de seguridad y salud en materia de ordenación del tiempo de trabajo”, además precisa que se entenderá por tiempo de trabajo: “todo período durante el cual el trabajador permanezca en el trabajo, a disposición del empresario y en ejercicio de su actividad o de sus funciones” y por período de descanso: “todo período que no sea tiempo de trabajo”. La Directiva establece a continuación una serie de normas relativas a la duración máxima del tiempo de trabajo semanal, los períodos mínimos de descanso diario, semanal y anual, así como a la duración y las condiciones del trabajo nocturno.

Por lo que se refiere, en particular, al tiempo de trabajo semanal, dispone que “la duración media del trabajo no exceda de 48 horas, incluidas las horas extraordinarias, por cada período de siete días” (siendo el período de referencia máximo de 4 meses).

El artículo 18 fija el 23 de noviembre de 1996 como fecha límite para la adaptación del Derecho de los Estados miembros a lo dispuesto en la Directiva.

### Valoración del Abogado General:

“Propongo que los médicos de Equipos de Atención Primaria, cuando ejercen su actividad en situaciones normales, están comprendidos dentro del ámbito de aplicación de la Directiva de base”.

“Propongo, que las actividades de los médicos de EAP están comprendidas dentro del ámbito de aplicación de la Directiva 93/104/CE.”

“Considero, que las horas de disponibilidad con presencia física en el lugar de trabajo deben considerarse horas de trabajo e incluirse, por consiguiente, en el cómputo del tiempo de trabajo diario y semanal.”

“Debe considerarse que las horas en régimen de localización en las que el trabajador no ejerce actividad alguna no forman parte del tiempo de descanso, lo que lleva aparejado que los trabajadores en régimen de localización, como los componentes de un equipo médico de guardia, tienen derecho, al término de dicho período, a las horas de descanso<sup>12</sup>”.

“La Directiva se opone, pues, a una práctica nacional que excluye de las cuarenta horas de trabajo semanal el tiempo dedicado a la atención médica continuada”.

“La Directiva da a entender que la aplicación de la excepción en él prevista exige que el empresario obtenga el consentimiento expreso del trabajador para realizar horas adicionales a las cuarenta y ocho horas máximas. Un convenio colectivo no puede sustituir, por tanto, a dicho consentimiento<sup>12</sup>”.

“La posibilidad de establecer excepciones al art. 6 debe supeditarse al consentimiento expreso del trabajador y a la adopción de medidas legales o administrativas adecuadas de protección de la libertad del mismo para negarse a un incremento (por encima del tope máximo) del tiempo de trabajo semanal”.

“Ha de considerarse trabajador nocturno el médico que realice diariamente, entre las 24 horas y las 5 horas, una guardia médica continuada de al menos tres horas o bien una guardia, siempre entre las 24 y las 5 horas, por un total de horas al año equivalente al fijado a nivel nacional para que pueda considerarse como nocturno un trabajador”.

“La aplicabilidad de la Directiva es a todos los

(11) Presentada el 16 de diciembre de 1999, por lo que el Tribunal de Justicia emitirá sentencia en, aproximadamente, en 2-3 meses. Motivada por denuncia del Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP) contra la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana y Petición de decisión prejudicial planteada por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana.

(12) Queda claro que, aunque sean guardias voluntarias (ya sea de presencia o localizada), no se puede eludir el derecho al tiempo mínimo de descanso y que los acuerdos Administración-Sindicatos no pueden soslayar las 48 horas ni los tiempos de descanso.

sectores de actividad, privados o públicos”.

“Considero que los componentes de los equipos españoles de atención continuada han de considerarse trabajadores por turnos y que, en consecuencia, su actividad está incluida dentro del concepto recogido en el artículo 2, apartado 5, de la Directiva”.

## CONCLUSIONES

“Propongo al Tribunal de Justicia que responda del siguiente modo a las cuestiones planteadas:

1.- La actividad de los médicos de equipos de atención primaria está comprendida dentro del ámbito de aplicación de la Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.

2.- Deben considerarse incluidos en el tiempo de trabajo: a) el tiempo de disponibilidad de los médicos de guardia con presencia física en los centros sanitarios b) los períodos de tiempo en los que los médicos estén en régimen de localización, es decir, que estén disponibles para intervenir pero se encuentren fuera de los centros sanitarios, que quedarán limitados al tiempo de ejercicio efectivo de su actividad laboral. Todos los períodos que estén comprendidos dentro del tiempo de trabajo deberán tenerse en cuenta para el cómputo de la duración total de las prestaciones laborales.

2.1.- La Directiva se opone a una práctica nacional que excluye de las 40 horas de trabajo semanal el

tiempo dedicado a atención continuada.

2.2.- La Directiva debe interpretarse en el sentido de que los Estados miembros pueden distinguir entre horas de trabajo ordinarias y extraordinarias, siempre que el total de las horas de trabajo no supere los topes máximos fijados en la propia Directiva.

3.- No permite que se establezca una excepción a nivel nacional a las disposiciones sobre duración máxima del tiempo de trabajo semanal, en el supuesto de que no se obligue al empresario a solicitar y obtener el consentimiento del trabajador, sino que se considere suficiente el consentimiento expresado por los representantes sindicales en un acuerdo o convenio colectivo.

4.- Puede considerarse trabajador nocturno al integrante de un equipo de atención primaria que preste servicios de atención médica continuada con presencia en los centros hospitalarios o realice su actividad efectiva en régimen de localización (encontrándose fuera del centro hospitalario).

4.1.- Deben computarse a la fijación concreta de la duración máxima del trabajo nocturno de los integrantes de un equipo de atención primaria que permanezcan a disposición o estén en régimen de localización, únicamente los tiempos que puedan equipararse al tiempo de trabajo.

5.- Los integrantes de un equipo de atención primaria que prestan su trabajo en régimen de rotación, pueden considerarse trabajadores por turnos, con independencia del carácter continuo o discontinuo de sus prestaciones”.

## DE LA LECTURA DE ESTE INFORME, DESTACARÍAMOS:

- La actividad del personal sanitario está comprendida dentro del ámbito de aplicación de esta Directiva.
- La Directiva 93/104/CE, es de obligado cumplimiento, desde el 23/11/96, por todos los Estados integrantes de la CE., poniéndose de manifiesto su incumplimiento por parte del Estado Español.
- La Directiva 93/104/CE, fundamentalmente, establece que:
  - .. El tiempo máximo promedio (máximo 4 meses) de trabajo es de 48 horas semanales (horas ordinarias y extraordinarias, en las que se divide el tiempo de trabajo, no existiendo otro tipo de horas).
  - .. Tiempo de trabajo y período de descanso son conceptos complementarios, siendo computado todo el tiempo de trabajo a efectos de jornada laboral, (asistencia continuada = tiempo de trabajo).
  - .. El personal sanitario que efectúe “guardias” se considerará a turnos y de realizar parte de su trabajo (al menos 3 horas) comprendidas entre las 24 y 5 horas, será considerado como trabajador nocturno.
  - .. El período mínimo de descanso diario será de 11 horas consecutivas y un período mínimo ininterrumpido de 35 horas (en España de 36 horas, por convenio estatal) por cada 7 días.

## Atención Primaria y Salud Pública

Dr. José Manuel López Abuin\*

Sobre el médico de cabecera recae, directa o indirectamente, el 80% de la carga asistencial del Sistema Nacional de Salud. Pese a toda la problemática que recae sobre ellos: sobrecarga, escasez de medios diagnósticos, burocratización inútil, guardias a veces inhumanas, impedimentos para el desarrollo de la carrera profesional, -pese a todo ello-, son (de todos los sectores profesionales), los mejor considerados por el usuario: sus pacientes.

Es la suya, y debe reclamarse como tal, la especialidad más completa de la profesión: la que entiende a la persona y su entorno en la globalidad. Por tanto, debiera ser el primer eslabón de la cadena de Salud Pública.

Las funciones que la sociedad encomienda a sus médicos y espera que cumplan con eficiencia son el promover la salud del individuo y de la colectividad. Para ello no solo deben conocer y dominar las técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras, reinserción social y seguimiento (aquellas que inciden fundamentalmente sobre el estado de salud del individuo), sino también las de promoción, y, de éstas, fundamentalmente las de prevención primaria, que son las que tienen más incidencia en el estado de salud de la colectividad.

Para ello, existen una serie de impedimentos:

- Existe una Burocracia "inútil" en aumento: debe realizarse una desburocratización del sistema, eliminando la parte innecesaria y haciendo que se facilite la necesaria, modificándola para ocupar menos tiempo de consulta (hasta un 40% del tiempo se dedica a tareas burocráticas en lugar de poder, por ejemplo, incidir en tareas de educación para la salud).
- Los protocolos a veces toman matices irracionales, al no tener en cuenta a las Sociedades Científicas representativas, en este

caso la que represento. Los técnicos de salud y los dirigentes de la sanidad pueden y deben aprender de aquellos a los que dirigen sus mensajes. Hay peor sordo que el que no quiere oír: aquel que por una oreja le entra y por otra se le va.

- Existe una evidente falta de incentivación al médico por parte de la administración, y a consecuencia de ésta, la propia desmotivación del mismo en promoción personal, actividades de formación, investigación, etc.
- No existe una jerarquía real, funcional u operativa entre los servicios de Salud Pública y los Servicios de Atención Primaria (la Salud Pública está encuadrada en los órganos de dirección y planificación: Consellería).
- Se añade a ello la masificación de las consultas, con cupos irracionales, y el agravio comparativo con otros centros considerados "piloto" con un tercio de la presión asistencial de lo que muchos soportan.
- Existe una coartación al acceso del petitorio de pruebas complementarias, limitando el desarrollo de la competencia profesional.
- Se les presenta una prescripción inducida por el especialista, alcanzando a veces el 50% de la misma, cuando en muchas ocasiones solamente requieren de ellos para una valoración, y no un tratamiento, pues son los únicos que tienen un enfoque integral del paciente y su problema de salud individual y comunitario. En vez de ser los especialistas médicos consultores, pueden convertirse los médicos de cabecera en poco más que en sus médicos prescriptores.
- Se ven muchas veces obligados a la práctica de una medicina defensiva, más cara y compleja, ante la frecuente indefensión en que se encuentran.
- Existen unas condiciones laborales de incertidumbre (más del 40% de las plazas de médico general/de familia en nuestra comunidad

autónoma están ocupadas por médicos interinos: no es concebible que algunos de ellos lleven más de 10 años en situación de interinidad. En una empresa privada no sólo es que esta situación sería inconcebible, sino que además sería una absoluta ilegalidad, y la empresa condenada por ello. Pocas perspectivas de planes y metas de futuro se pueden esperar de quien tiene un empleo precario. Es preciso regularizar esta situación, que dentro poco llegará al 50%.

- Las guardias, que parece están en vías de solución: Recientemente, en una encuesta realizada por Internet, el 27 % de los médicos que participaron afirmó haber cometido errores clínicos por sueño tras las guardias.
- Pocos conceptos asumibles como de Salud Pública son considerados como objetivos dentro del nuevo sistema de Equipos de Atención Primaria, salvo el PAPPS, Vacunaciones y alguna iniciativa puntual y descoordinada. Qué pena que se haya relegado al olvido y poco menos que despreciado -y ya sometido a la pura y dura extinción- a la figura del médico de A.P.D., que asumía funciones que hoy día en los tan rutilantes "centros de salud" no están contempladas, o, si lo están teóricamente, no se llevan a cabo en la práctica, no por falta de interés, sino por los motivos antedichos.

Todo ello contribuye a

- Lo que se viene denominando como "burn-out", término anglosajón del que rehuyo, y simplemente denomino como que de siempre se ha llamado: médico "quemado".
- Falta de coordinación y continuidad en actividades, entre ellas las de Salud Pública.
- Impedimentos en llevar a cabo Programas de Salud y actividades de Prevención Primaria.

El médico de asistencia primaria necesita pues:

- ¡ Incentivación
- ¡ Liberación de tareas innecesarias
- ¡ Coordinación

Las Sociedades Científicas, en este caso la Sociedad Gallega de Médicos de Cabecera, SEMERGEN GALICIA, cree necesaria su participación en el diseño y elaboración de programas de Salud Pública, ya que conocemos las dificultades prácticas que se plantean a la hora de su ejecución (no trabajamos sentados en un despacho burocrático), para con ello lograr la implicación activa de los profesionales que representamos. Declaramos además que una Sociedad Científica que se encuentre empeñada en defender asuntos sindicales, a la organización, a actividades burocráticas (léase Incapacidad Laboral) más que a la competencia profesional de cada uno de sus integrantes y preservar la atención a la comunidad en su conjunto no es la que nosotros defendemos. Prueba de ello, es que apostamos claramente y cada vez más por la formación e investigación.

Opinamos que es aceptable el nuevo modelo de equipos de atención primaria con vistas a aplicación de proyectos de salud pública, pero la teoría del papel se debe aplicar a la práctica disponiendo de los recursos necesarios.

¿Cuál es el límite del médico de cabecera?: El límite se lo ponen sus propios conocimientos. Con el "primum non nocere" hipocrático siempre presente, uno ha de ser consciente de sus propias limitaciones y carencias. Ahora bien, ha de tenerse en cuenta que, del propio nivel de implicación, se derivará el grado de satisfacción del usuario y del propio médico de cabecera. El listón ha de colocarse cada vez más alto, y no admitimos que nuestra actividad se encuentre dirigida a resolver la ingente burocracia diaria, a valorar alguna patología menor ni a solucionar el control de enfermos crónicos con enfermedades degenerativas.

Creemos necesario implicarnos cada vez más en temas de Salud Pública, además de otros aspectos. El médico de cabecera español se encuentra muy por debajo del nivel de competencias del asumido por los médicos de cabecera de otros países.

El INSALUD destinará en el año 2.000 625.341 millones de pesetas, es decir el 38% de su presupuesto, a Atención Primaria (un 11.42% más que en 1.999), y a formación del personal sanitario (léase fundamentalmente MIR) 33.428 millones, el 2% de su presupuesto (un 1.35% menos que este año).

En Galicia, el Sergas tendrá un presupuesto de 324.500 millones, de los que AP recibirá 123.000 (un 38% al igual que en el territorio Insalud), un 10.46% más que en el presente ejercicio, destacando entre las subidas la dotación para equipos informáticos. No lo vemos aceptable desde las Sociedades Científicas.

Si lo que preocupa a los gestores es el gasto farmacéutico (al que se destinará el 22% del presupuesto en territorio Insalud), concentren esta preocupación en la Incapacidad Laboral, que supone el mismo gasto aproximado y que se concentra en poco más del 10% de la población, al desdoblamiento de cupos para aligerarnos de carga asistencial, a reducir burocracia inútil antes de ponernos tantos ordenadores para realizar más burocracia, y dediquen para nosotros más a la formación (y no menos como se pretende) para asumir competencias -baste decir que nuestra sociedad en este año ha impartido cursos a más médicos de cabecera que la propia administración, con el ingente potencial económico de que dispone ésta.

Se tienen previsto construir 87 nuevos centros de salud e iniciar o completar 10 nuevos hospitales en territorio del Insalud, mientras que en Galicia se crearán 35 nuevos equipos, se reformarán 40 centros y se crearán 17 puntos de atención continuada: A pesar de la mayor cantidad de centros de A. Primaria y Hospitales, el tiempo disponible no es suficiente, en parte debido a la mayor demanda (presión asistencial), pero fundamentalmente por las modificaciones "organizativas", con incremento en cantidad y complejidad de las actividades burocráticas. Los médicos no saben si es prioritario curar y educar sanitariamente o rellenar controles estadísticos, hojas de registro, formularios y demás temas "descerebradores".

Los educadores de salud ¿han de ser estos individuos sometidos a una excesiva carga asistencial y burocratizados? No lo creo. La sanidad funcionaría mejor y podríamos dedicarnos más a nuestras tareas: la preventiva, asistencial y rehabilitadora

Es imposible acceder y ofrecer todos los cuidados a todas las personas enfermas por imponderables de personal, accesibilidad y recursos económicos. Incluso si se fuera capaz de acceder a todos los casos ya existentes, prevalentes, el enorme número de casos incidentes, de nuevos casos que se van incorporando, harían que el sistema a la larga o a la corta se quebrara por incapacidad financiera y de personal formado (la salud que no tiene precio sí tiene un coste).

La derivación de recursos económicos, legales, y de personal o en el caso de los médicos de atención primaria en tiempo dedicado, a las actividades de prevención primaria va a ser económicamente más rentable.

Determinantes de salud		Inversión estatal
Biología Humana	13 %	9 %
Medio ambiente y estilos de vida	62 %	11 %
Sistema Sanitario	25 %	80 %

Los determinantes de Salud, según Lalonde son 3: Biología humana, Medio ambiente y estilo de vida, y Sistema Sanitario. A este último, al Sistema Sanitario, que representa el 25% de la influencia en el estado de salud, destina el Estado, creemos que erróneamente, el 80% de sus recursos. El médico de cabecera no debe estar encajonado en este último apartado, sino que bien puede influir sobre más determinantes.

Hoy en día, las enfermedades transmisibles suponen de lejos la primera causa de muerte en los países en vías de desarrollo: la malaria, las enfermedades de transmisión hídrica, la tuberculosis, la desnutrición, etc. En los países desarrollados, donde se han controlado esas enfermedades, las principales causas de muerte son

los tumores, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico, sida, etc. Estamos en el año de la Educación Vial y las muertes por accidente de tráfico han ido en aumento -eso sí: hemos elevado el índice máximo permitido de alcoholemia. En el Sida se han producido importantes descensos en las cifras de incidencia de la enfermedad, un 20% en lo que va de año y un 50% desde su aparición. En tuberculosis seguimos teniendo, al igual que en el Sida, una prevalencia mayor que la media de los países de nuestro entorno (gracias que tenemos pocas multiresistentes).

Luego los principales problemas de salud siguen estando íntimamente asociados al medio ambiente, biológico en el caso del tercer mundo, social o de hábitos y comportamientos en el mundo desarrollado. Todo esto lo digo en relación a los determinantes de salud que antes cité. Medio-ambiente social, hábitos y comportamientos. Y los estados dedican tanta inversión (el 80% de sus recursos) al sistema sanitario. Y en él nos tienen encajonados.

Para acabar, voy a exponer a continuación una serie de conceptos a incluir sobre lo que debería ser la Atención Primaria, y si estos conceptos creen Uds. se asemejan a la Atención Primaria que tenemos. Al menos es la Atención Primaria que yo desearía.

#### La Atención Primaria Sanitaria:

- Está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia de la salud pública.
- Proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.
- Incluye, entre otros, la educación sobre los

problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos, promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición, adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico, asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar...

- Implica a todos los sectores relacionados con el sector sanitario y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura y los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones ...
- Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención ... y desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar en ella.
- Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vista a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.
- Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

Termino ya: Seguramente a Uds. estos conceptos le suenan como archiconocidos. No son míos, pero serían una maravilla si fueran reales ¿verdad? Hace 21 largos años ya fueron expuestos en la Conferencia de Alma-Ata. Ahora debemos decir: Salud 21, salud para todos en el siglo XXI.

\* Presidente de SEMERGEN-GALICIA

## Siglo XXI: ¿Nueva titulación en Salud Pública?

Dr. Germán Basoa Rivas \*

### INTRODUCCIÓN

La Salud Pública, como saber científico, tiene poco más de un siglo de existencia; en cambio, como manifestación del instinto de conservación de los pueblos, en lo que concierne a su tarea de protegerse contra la enfermedad o adversidad, existe probablemente desde los comienzos de la humanidad.

La Salud Pública en su concepción actual, es una combinación de principios, de ciencias y habilidades que tiene como objetivo básico el proteger, promover y restaurar la salud de la población. Es más, la Salud Pública se entiende actualmente como una política y una responsabilidad de los gobiernos (conjunto de medidas organizadas, dirigidas a la promoción, protección y restauración de la salud), como una práctica administrativa (conjunto de acciones gubernamentales dirigidas al medio ambiente y a la comunidad), y como una filosofía social (conjunto de medidas sanitarias, socioeconómicas, culturales, educativas, etc.), dirigidas a la mejora de la salud de la comunidad.

Bien es cierto que para llegar a su concepción actual, la Salud Pública, como práctica profesional hubo de experimentar constantes y profundas transformaciones, a fin de adaptar sus objetivos y actividades a las necesidades sociales de cada época, lo cual no sólo ha reportado notables mejoras en el nivel de salud de la población, sino también una reafirmación de su propia identidad como disciplina científica y como valor social.

En la actualidad, los complejos y acelerados cambios sociales a los que estamos asistiendo -internacionalización de la economía, nuevas formas de organización del trabajo, aumento de la esperanza de vida asociado a una mayor morbilidad e incapacidad de la población, flujo continuo de inmigrantes a países desarrollados, incremento de sectores de población marginal, etc.-, hacen cada día más necesario la existencia de un amplio espectro de profesionales que precisan entender la complejidad médica, legal, económica y social de los problemas de salud pública, para poder hacer frente a las nuevas demandas en salud del siglo XXI. Pero, también, estos profesionales de la Salud Pública, han de ser capaces de aportar soluciones ágiles e integradas a las necesidades y demandas cambiantes

de una población cada día más dinámica y exigente, y que dada su complejidad, requieren un abordaje interprofesional e intersectorial.

De manera inevitable comenzamos el siglo XXI empujados por la necesidad de desarrollo de la nueva Salud Pública, nacida en el último tercio de este siglo, que para resolver los problemas de salud de la población, demanda el concurso inexcusable de otras muchas disciplinas (veterinaria, farmacia, psicología, sociología, educación, derecho, economía, periodismo, arquitectura urbanismo, industria...), toda vez que esos problemas de salud dependen esencialmente de factores sociales, comportamentales y ambientales, que sólo pueden ser abordados eficazmente desde una óptica de intervención multidisciplinar e intersectorial. Necesariamente los esfuerzos irán dirigidos a la integración de disciplinas científicas.

### FORMACIÓN DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

En 1916, por parte de la Fundación Rockefeller se procedió al debate y aceptación del Informe "Welch-Rose" (patólogo el primero y filósofo el segundo), lo que supuso un fuerte estímulo para la creación de las Escuelas de Salud Pública: en 1918 la de Hopkins, en 1921 la de Harvard y en 1924 las de Toronto, Londres y la E.N.S. ( que celebra por tanto su 75 aniversario en este año).

En ese informe ya recogían los aspectos básicos para la necesaria formación en Salud Pública:

- la intersectorialidad promoviendo el acceso de titulados universitarios no exclusivamente médicos, manteniendo la autonomía de las facultades de medicina e incluyendo distintos ámbitos académicos (Química, Biología, Física...)
- el carácter universitario, como institución dedicada a la docencia y a la investigación.
- y la influencia sobre el diseño de políticas de salud.

Sin duda hitos relevantes en Salud Pública del último tercio de este siglo han influido en la actual formación en Salud Pública. Entre otros cabe destacar el Informe Lalonde en 1974, la Conferencia de Alma-Ata en 1978, el Programa de la OMS "Salud para Todos en el año 2000" en 1981 o la

Conferencia de Ottawa en 1986. Resaltar del Programa Salud para Todos sus principios, en íntima conexión con los postulados de la nueva salud pública: equidad, intersectorialidad, promoción de salud y participación comunitaria.

Pese a esa influencia, se puede afirmar, y de alguna manera así lo reconoce al OMS-Europa en 1991, que la formación en salud pública no ha cambiado sustancialmente en los años ochenta. Ciertamente ha habido iniciativas positivas y entre ellas algunos documentos de la OMS en colaboración con la Asociación de Escuelas de Salud Pública de Europa (ASPHER). Sin embargo esas iniciativas no han supuesto el cambio necesario y suficiente en los programas de formación.

En 1991 la OMS afirmaba: "El resultado global de las políticas de formación existentes y los métodos ha consistido en un incremento del énfasis en la producción de especialistas con aptitudes y competencias muy específicas, en lugar de generalistas con una amplia visión que son capaces de integrar su propio trabajo con el de los demás, pero que se encuentran tanto dentro como fuera del sector".

Esas políticas formativas y consiguientes titulaciones impulsan el reconocimiento y prestigio profesional más basado en la hiperespecialización y en las publicaciones en revistas científicas internacionales que en la contribución a un incremento en el estado de salud de una población. Es por ello que en 1993 K. White afirma: "el problema central con la empresa de la salud pública, especialmente con las escuelas de salud pública, es su fallo en atraer profesores y estudiantes del escalafón más alto". Dejando al margen lo discutible de la frase, lo que puede comprobarse es que desde el propio "sector salud" no se prestigia ni se da crédito a contribuciones "no científicas" ni a publicaciones en libros de divulgación o en los medios de comunicación de masas, contribuciones que son un elemento de mejora de salud de una población al incrementar la información, el conocimiento y la alerta sobre problemas o actitudes que afectan a su salud, y que además impulsan el desarrollo de la salud pública a nivel local, regional o estatal.

Es ya necesario y cada vez más urgente, que la formación en Salud Pública y Administración Sanitaria desborde el ámbito del "sector salud" con unas políticas en formación y titulación que promuevan el reconocimiento oficial y social de unos necesarios y amplios conocimientos de la salud pública que por amplios, por intersectoriales, por una visión global de la salud pública, de los problemas de salud de la población y del abordaje de sus

soluciones, no pueden ni deben ser superespecializados.

## SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

El modelo que duró hasta comienzos de los años setenta, era el diseñado en lo fundamental en 1925 y que se consolidó en 1944. Era un modelo con unidades territoriales y de población bien definidas, con una autoridad sanitaria en cada una vinculada directamente a la autoridad sanitaria central. Sin embargo, la carencia crónica de recursos, la doble dependencia de los titulares sanitarios con una cierta dilución de la autoridad y la coexistencia de actividades de salud pública con las asistenciales en los titulares sanitarios al servicio de la administración local, impedían o cuando menos dificultaban la garantía de cobertura poblacional adecuada de servicios preventivos.

La Ley General de Sanidad de 1986, aunque configura el Sistema Nacional de Salud, no modifica realmente la estructura de Salud Pública. Esta modificación se produce realmente en relación con el proceso de transferencias en la creación de las Comunidades Autónomas. Tal vez por este motivo, junto a aspectos comunes, podemos observar una amplia diversidad entre Comunidades Autónomas en la organización de los servicios.

Sin duda esta diversidad en la organización de los servicios de salud pública surgen como respuesta a las necesidades concretas de cada situación, pero también responden a distintos modelos conceptuales y a equilibrios de fuerzas.

Por otra parte, los Ayuntamientos, que tras las primeras elecciones locales democráticas de 1979, una buena parte de ellos, tomaron iniciativas para desarrollar actividades de salud pública, a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad, se quedaron con un desdibujado papel que originó un cierto retroceso de sus actividades, aunque proyectos como el de Ciudades Saludables ofrecen un excelente marco para la realización de actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local.

Este proceso ha originado, fundamentalmente por parte de las administraciones públicas, una demanda de profesionales de la Salud Pública y Administración Sanitaria, que la titulación oficial de Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, ha sido incapaz de dar respuesta, como se reconoce en la introducción del programa de esa especialidad, originándose múltiples vías de formación en salud pública, en la que las Escuelas de Salud Pública y las Universidades (con sus títulos propios "no oficiales"),

fundamentalmente a través del Máster de Salud Pública, han jugado un papel primordial para satisfacer esa necesidad social, habiendo adquirido una experiencia, poseyendo un bagaje formativo que debe ser tenido en cuenta a la hora de impulsar cualquier política en materia de formación en Salud Pública y Administración Sanitaria.

#### TITULACIÓN DE POSTGRADO

La Constitución Española en su artículo 149.1.30 fija como competencia exclusiva del Estado la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales.

La Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, en su artículo 28.1, atribuye al Consejo de Universidades la competencia de propuesta al Gobierno de los títulos que tengan carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

Uno de los grandes objetivos de la Ley de Reforma Universitaria es el de "acercar la formación universitaria a la realidad social y profesional de nuestro entorno, de tal suerte que la Universidad pueda "dar respuesta a las nuevas demandas del mercado de trabajo".

Reales Decretos posteriores regulan el tercer ciclo de estudios universitarios, fundamentalmente la obtención y expedición del título de Doctor, pero también otros estudios de postgrado.

En el R.D. 185/1985, de 23 de enero, se reconoce que la LRU "concede importancia singular a la ordenación de los estudios de tercer ciclo", afirmándose que este tercer ciclo "constituye condición esencial para el progreso científico y, por ello, para el progreso social y económico de una comunidad"

El título de Doctor habilita para la docencia e investigación (R.D. 185/1985, de 23 de enero) y los programas de Doctorado correspondientes tienen como finalidad la especialización del estudiante en un campo científico, técnico o artístico determinado (R.D. 537/1988, de 27 de mayo).

Además del Doctor, los otros títulos que tienen carácter oficial, y por tanto validez nacional y el consiguiente reconocimiento laboral y social, son los de especialización profesional, que siendo abiertos a los graduados universitarios de los distintos ciclos, dan derecho al correspondiente título de Especialista. Son regulados por el Gobierno a propuesta del Ministerio de Educación y, en su caso, de los Ministerios afectados. En materia de sanidad el paradigma de esta regulación es la vía MIR, y en Salud Pública el título de Especialista en Medicina

Preventiva y Salud Pública.

Ninguna de las dos vías de obtención de un título oficial de postgrado pueden dar satisfacción a las necesidades sociales existentes en relación con la Salud Pública y con los servicios de Salud Pública, porque ambas suponen un elemento de especialización que no favorece ni la necesaria globalización conceptual de la Salud Pública ni la necesaria intersectorialidad para el abordaje de los problemas existentes.

Los únicos títulos de postgrado que pueden tener ese carácter intersectorial y multiprofesional (intercurrilar, como recoge el R.D. 185/1985 ya citado), son los títulos no oficiales. Sin embargo, estos títulos carecen de ese carácter oficial en tanto el Gobierno no establezca lo contrario. La responsabilidad recae, pues, en el ámbito político, y es desde ese ámbito desde donde se puede dar una solución de futuro a una titulación en Salud Pública y Administración Sanitaria que satisfaga las necesidades sociales, profesionales y de la propia administración.

#### PROPUESTA

Desde la Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública (FAASP) defendemos la necesidad y propugnamos la creación de una titulación específica de Salud Pública y Administración Sanitaria a la que se pueda acceder desde distintos campos del conocimiento científico y técnico que tienen relación con la Salud Pública.

Titulación específica que no especializada, en la medida en que esta profundiza pero limita el campo. Titulación específica que permita formar profesionales capaces de entender la complejidad social en todas sus dimensiones. Titulación específica que permita adquirir habilidades para mejorar la salud de la población y para dirigir las estructuras que socialmente están encargadas de recuperar la salud. Titulación específica que debería ser oficial y de tercer ciclo, de postgrado.

Sin duda desde el campo profesional, científico, técnico, universitario... habrá mucho que aportar, pero es desde el ámbito político y administrativo desde donde se puede impulsar la creación de esa nueva titulación necesaria para los retos de la Salud Pública en el siglo XXI.

Dentro de la normativa legal existente, tendrán mucho que decir tanto el Consejo de Universidades como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ya con motivo de las IIª Jornadas de la FAASP, sobre la Formación en Salud Pública, considerábamos necesaria la creación de una Comisión del Consejo Interterritorial que estudiase,

dentro de la situación de la Salud Pública en España, el tema de la formación. Comisión con la que la FAASP se comprometía a trabajar, a realizar cuantos esfuerzos fuesen precisos para aportar en el debate y para buscar el consenso suficiente que permitiese el desarrollo de un programa y un título oficial que destacase en el océano de titulaciones existentes en Salud Pública.

Desde la FAASP seguimos considerando necesaria la creación de esa Comisión, pero ya ahora

y cada vez más pensamos que es urgente, por ello ahora se debe exigir a los Ministerios de Sanidad y de Educación su implicación directa para la creación de una titulación oficial específica de Salud Pública y Administración Sanitaria. No es ya una necesidad de los profesionales, sino de las administraciones públicas y de sus Servicios de Salud Pública, y fundamentalmente del conjunto de la población que exige cada vez más un mayor nivel de salud y unos servicios de más calidad.

\* Presidente de AGORA, Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública (FAASP).

Siglo XXI: ¿Nueva titulación en Salud Pública?. Basoa Rivas, G., *Apuntes de Salud Pública*, 2 (21-22): 149-152

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN PRESENTADA EN EL  
VII CONGRESO GALAICO-LUSO-CUBANO DE SALUD PÚBLICA, IV JORNADAS DE LA FAASP.

## Valor educativo de la receta oficial

Dr. José L. Martincano Gómez.

**INTRODUCCIÓN:** La receta medica es el documento medico por excelencia. Millones de usuarios hacen uso diariamente de la receta oficial del Sistema Nacional de Salud. El 95 % de la población acude al menos una vez año a su Medico de Cabecera.

Desafortunadamente la receta oficial actualmente representa para el paciente solo un documento de transacción para la dispensación de las medicinas, y para el medico una carga meramente burocrática.

**OBJETIVO:** Revalorizar la receta oficial como documento medico prestándole otra función propia de la atención medica como es la Educación para la Salud (EpS) y los programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). La receta oficial de papel de cambio a documento medico moderno, ágil y nueva verdadera herramienta de la actuación medica.

**MÉTODO:** Desarrollo de un modelo de diseño propio de receta oficial informatizada.

**RESULTADOS:** En el caso optimo y con la facilidad de las recetas mecanizadas y en los apartados que el

impreso oficial reserva, se anotan consejos y advertencias al paciente sobre las dosis, horarios, avisos sobre las posibles reacciones adversas y citas para revisión.

Nosotros presentamos un modelo de diseño propio con inclusión de Consejos de Salud en forma de viñetas, anagramas o ilustraciones que se editan en la receta de forma automatizada.

Significa una forma barata y masiva de difusión de directrices medicas con la oportunidad de dirigirlos según casos, necesidades de la población y prioridades de la Administración como intervención oportuna en el momento en el que el usuario acude a realizar una demanda concreta diferente.

A la vez es una forma amena, ilustrativa, y creativa de EpS casada, complementaria y compatible con métodos tradicionales.

**CONCLUSIÓN:** La receta es un elemento idóneo para mejorar la eficacia de las intervenciones del profesional sanitario, considerando positivas estrategias informativas o de educación encaminadas a facilitar los planes preventivos y programas de salud.

Valor educativo de la receta oficial. Martincano, J.L., *Apuntes de Salud Pública*, 2 (21-22): 152

## ¿Realizamos las actividades preventivas sobre las que más evidencia existe de su impacto en la salud?

Garzón González G., A.; Ayala Vargas, V.; Bartolomé Benito, E.; Minué Lorenzo, S.; Valdivieso Blanco, C.; Pantoja Zarza, C.

**Introducción:** En el Área 2 de Madrid se realizó en 1998 una revisión bibliográfica sobre la evidencia del impacto en la salud de las actividades preventivas más frecuentes que se realizan en una consulta de Atención Primaria. Se seleccionaron y priorizaron por un grupo de consenso aquellas sobre las que había mayor evidencia y en las que no existía una implantación generalizada. El resultado fue el siguiente: 1) Detección de tabaquismo y consejo, 2) Detección de HTA, 3) Control de las cifras de HTA. 4) Analítica básica y EKG en HTA, 5) Información sobre métodos anticonceptivos 6) Detección de prácticas de riesgo y despistaje de VIH en caso afirmativo 7) Vacunación de hepatitis B a grupos de riesgo. El primer paso para mejorar la implantación era conocer el punto de partida.

**Objetivos:** Determinar el grado de cumplimiento de las actividades priorizadas.

**Metodología:** Diseño: Estudio descriptivo transversal. Muestra: Se ha realizado sobre una muestra de las historias clínicas del Área. Se ha realizado muestreo estratificado por centro y se ha predeterminado el tamaño de la muestra, obteniéndose una n de 200 historias.

Variables: Se recoge, para cada una de las actividades mencionadas, si consta en la historia clínica que se ha realizado en el plazo establecido para cada una de ellas.

Análisis: Se determinará el intervalo de confianza de cada porcentaje calculando el error estándar.

**Resultados preliminares:** Con un 30 % del trabajo de campo realizado los resultados preliminares de cumplimiento de cada una de las

actividades mencionadas son:

- a) despistaje de tabaquismo: 81 %
- b) consejo sistemático al fumador: 7%
- c) despistaje de hipertensión: 48%
- d) control de cifras en HTA: 54%
- e) analítica en HTA: 82%
- f) EKG en HTA: 76%
- g) información de métodos anticonceptivos: 38%, h) despistaje de prácticas de riesgo: 4%
- i) despistaje de VIH en prácticas de riesgo: 73%, j) vacunación de hepatitis B a grupos de riesgo: 65%.

**Conclusiones preliminares:** De confirmarse estos datos, podríamos clasificar, según el grado de implantación en tres grupos: 1) Baja: Comprende el consejo sistemático al fumador y el despistaje de prácticas de riesgo. En el primer caso puede tratarse de un criterio de cumplimiento excesivamente estricto (“tener registrado en todas las Visitas consejo”). En el segundo puede existir un cierto grado de infraregistro pero no explicaría cifras tan bajas por lo que parece existir una dificultad para abordar este tipo de preguntas en la consulta. 2) Medio: Comprendería el despistaje de HTA, el control de cifras y la información sobre métodos anticonceptivos. La explicación que se propone es el diferente grado de implantación entre los distintos profesionales, existiendo unos con alto cumplimiento y otros con bajo. Deberían hacerse estudios en este sentido para confirmar o desmentir esta hipótesis. 3) Alto: el resto. Basándose en estos resultados se propondría realizar una estrategia de implantación generalizada en las actividades de implantación baja y una estrategia selectiva con los profesionales menos implicados en las de implantación media.

¿Realizamos las actividades preventivas sobre las que más evidencia existe de su impacto en la salud?  
Garzón, G.; Ayala, V.; Bartolomé, E.; Minué, S.; Valdivieso, C.; Pantoja, C. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 153

## La Atención Primaria de Salud en Portugal. La experiencia española

Dr. Miguel A. Álvarez Franco

### Introducción:

De la carencia de profesionales de Cuidados de Saude Primarios (CSP) en Portugal y la disponibilidad de Médicos en paro en España surgió en el año 1997 un plan de contratación de personal sanitario para ejercer en la Sanidad Pública Portuguesa (SPP).

### Objetivo:

Da a conocer el desarrollo del plan y la experiencia de los médicos españoles participantes.

### Método:

Se describen los antecedentes y motivos de la iniciativa portuguesa, el proceso, requisitos y modo de selección, el tipo de contratación sus condiciones, desarrollos laborales y profesionales.

### Resultados:

Debido en parte a sus características culturales, idiomáticas e incluso sociales, la oferta laboral se declaró a priori como un destino atractivo. La autoridades sanitarias Portuguesas actuaron facilitando administrativamente la posibilidad de

contratación, la adaptación al medio, al sistema organizativo y legal de la SPP.

La integración ha sido completa con alto nivel de satisfacción de la población asistida y del personal contratado. Actualmente ejercen en Portugal por esta vía aproximadamente 20 médicos españoles repartidos a todos los niveles asistenciales.

Cubriéndose en la CSP sus aspectos mas completos y actuales (demanda, urgencias, prevención, programas de salud y orientación familiar y comunitaria). Los médicos contratados en CPS aupiciados por el SPP, están completando su ciclo formativo de manera reglada oficialmente para obtener la especialidad de 'Clínica Geral'.

### Conclusiones

El programa de contratación de médicos españoles en el sistema CPS demuestra satisfacer las necesidades del SPP y se ha consolidado como una alternativa positiva y enriquecedora tanto laboral como formativas para los médicos españoles interesados.

La Atención Primaria de Salud en Portugal. La experiencia española. Álvarez, M A. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 154

## Influencia de factores psicosociales en la cobertura vacunal, de escolares de Ó Páramo

Coladas Uría, MC.; Fouz Ulloa, A.; Aguiar González-Redondo, MR.

**I - INTRODUCCIÓN.** La OMS tiene como uno de sus objetivos prioritarios la inmunización de la población contra las principales enfermedades infecciosas para disminuir su incidencia, y para eso es necesario establecer planes y programas de inmunización. Estos deben basarse en las características sanitarias, sociológicas, culturales y económicas de cada país.

**II.- OBJETIVOS.** Describir y analizar las características sociodemográficas de la población escolar de Ó Páramo (Lugo). Determinar la influencia de esas características en la cobertura vacunal de los escolares.

**III.- MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio de carácter transversal que consistió en la realización de una encuesta de prevalencia que incluye datos personales y sociodemográficos, los cuales fueron obtenidos por medio de una entrevista al responsable del niño. La población objeto del estudio son todos los alumnos de los distintos cursos del colegio público de Ó Páramo. Hemos realizado

la determinación de proporciones del grado de cobertura vacunal según las diferentes variables sociodemográficas, para ello hemos utilizado el paquete estadístico SPSS.

**IV.- RESULTADOS.** No se aprecian diferencias significativas en la vacunación según las variables curso, sexo, número de hermanos, orden entre los hermanos, grado de hacinamiento, nivel cultural del padre, nivel cultural de la madre, clase social, lugar de vacunación ni accesibilidad. Con respecto a la edad y de acuerdo con los intervalos establecidos, los porcentajes de bien vacunados encontrados fueron: 4-6 años 100 %, 7-9 años 91,67 %, 10-12 años 85,71 %, y entre 13-15 años el 14,29 %. Encontramos tendencia lineal significativa decreciente. Chi - cuadrado: 32,80 ; P< 0,001.

**V.- CONCLUSIONES.** A medida que aumenta la edad del niño, disminuye la cobertura vacunal. El nº de hijos, nº de orden que ocupa el niño entre hermanos y tamaño familiar no parecen influir en la cobertura vacunal.

Influencia de factores sociodemográficos en la cobertura vacunal. Coladas, MC.; Fouz, A.; Aguiar, MR. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 154

## ACTIVIDAD FÍSICA Y 3ª EDAD. MEJORAS AUTOPECIBIDAS EN UN PROGRAMA DE AUTOINTERVENCION

Tenreiro, F.; Sordo, JA.; Piñeiro, C.; Dopico Pérez, OA.; Pérez, A.

### INTRODUCCIÓN

Con el incremento progresivo de la esperanza de vida y las mejoras en los cuidados de salud, en pocos años el número de personas mayores que residirán en España rondará el 20%. Este dato supone que se generarán nuevas demandas, en relación con el ocio y el tiempo libre, por parte de un colectivo que además de vivir cada vez más años, ve como se anticipa en varios años su integración en un nuevo colectivo social, el de los prejubilados, en una época en la que la mayoría de ellos se encuentran perfectamente capacitados para realizar numerosas actividades tanto de carácter laboral como en sus ratos de asueto.

En el presente trabajo de investigación forma parte de un proyecto interdisciplinar de promoción de la salud en que tiene como objetivo principal la mejora integral de cada individuo, interviniendo desde diferentes ámbitos, entre los cuales se incluye la actividad física.

Establecemos diferentes variables objeto de estudio, entre las que se encuentran la evolución en la condición física de los participantes y la calidad de vida percibida por cada individuo, para lo cual se establecen determinados instrumentos de análisis. Se plantea además conocer cuales son las mejores autopercebidas en la vida real, si es que tienen lugar.

### OBJETIVOS

Mejorar la salud física y mental de un colectivo de ancianos a través de un programa de actividad física.

Demostrar que la realización periódica de ejercicio físico en personas mayores mejora su calidad de vida.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos: La población esta formada por hombres (32%) y mujeres (68%) mayores de 65 años y pertenecientes al Centro de Salud de Serantes (Ferrol) que agrupa la zona rural de Serantes, La Graña, La Cabana, y Brión. Toda la población está siendo atendidos por el mismo médico de cabecera. Los sujetos fueron captados para este programa a través del consejo de práctica de ejercicio físico del médico de cabecera. Toda la población posee como

mínimo una patología, abundando los sujetos con pluripatologías.

Los criterios que se han tenido en cuenta para la inclusión de los sujetos en la población han sido los siguientes:

- Personas mayores de 65 años.
- No presentar deterioro cognitivo.
- Mantener un nivel total de independencia en las A.V.D.
- No exista contraindicación absoluta contra la práctica de actividad física adaptada a sus capacidades.

### Programa

La planificación del programa de actividad física que se ha llevado a cabo consta de 6 fases de aplicación para un total de 20 semanas.

El número de sesiones semanales es de cuatro que tienen lugar los lunes, martes, jueves y viernes. La duración de cada sesión es de una hora. La distribución de las sesiones semanales se lleva a de la forma anteriormente expuesta con el objetivo de intercalar los días de trabajo con los de descanso, lo cual va a permitir una recuperación adecuada (sin que por ello se pierdan las mejoras conseguidas) en relación con la intensidad requerida en las sesiones. Tras la finalización del estudio, con una duración de cuatro meses, la aplicación del programa se prolonga hasta los nueve meses.

### RESULTADOS

Actualmente se está llevando a cabo el tratamiento estadístico de los datos de valoración de la condición física y mental. En relación con las mejoras autopercebidas por los participantes, al preguntarles ¿ha percibido algún tipo de variación desde que forma parte del programa de actividad física?, los resultados han sido los siguientes:

Los participantes aprecian mejoras en un total de 15 ítems diferentes, siendo la media en el número de mejoras apreciadas de 3.94. por cada participante:

Agilidad -coordinación: 33 sujetos.	Fuerza: 12 sujetos.
Movilidad - flexibilidad: 20 sujetos.	Sueño: 14 sujetos.
Estabilidad - equilibrio: 11 sujetos.	Dolor: 24 sujetos.
Fatiga - resistencia: 25 sujetos.	Mareos: 6 sujetos.
Mejoras circulatorias: 12 sujetos.	Perdida peso: 4 sujetos.
Volumen corporal: 2 sujetos.	Depresión: 5 sujetos.
Tensión arterial: 4 sujetos.	Estado de ánimo: 12.

## CONCLUSIONES

Es de destacar el hecho de que algunos aspectos en los cuáles aprecian mejora, tienen un carácter más subjetivo, como puede ser la depresión o el estado de ánimo, y otros más objetivos, como puede ser la movilidad, el equilibrio, la regulación de la

tensión, el sueño, etc.. Si bien se ha realizado una medición estandarizada de diversos parámetros físicos y psicológicos, en último caso es la propia percepción de mejora del individuo la que redundará en una mayor sensación de calidad de vida y autonomía para el desempeño de tareas de la vida diaria.

Actividad física y 3ª edad. Mejoras autopercebidas en un programa de autointervención. Tenreiro, F.; Sordo, JA.; Piñeiro, C.; Dopico Pérez, OA.; Pérez, A. *Apuntes de Salud Pública*, 2 (21-22): 155-156

*RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN PRESENTADA EN EL  
VII CONGRESO GALAICO-LUSO-CUBANO DE SALUD PÚBLICA, IV JORNADAS DE LA FAASP.*

## Guía de intervención para la promoción de sexo seguro en el medio penitenciario.

Aviñó, A; Bustamante, R; González, FJ; González, J; Paredes, JJ; Pitarch, MC.

### Objetivo:

Ofrecer un instrumento metodológico que facilite acciones educativas de prevención del VIH/SIDA, a través de la realización de talleres de sexo más seguro en el medio penitenciario.

### Material y Métodos:

A partir de los modelos teóricos explicativos del cambio de comportamientos respecto a la infección por el VIH/SIDA, y de la evaluación del proceso y de los resultados de las ediciones de los talleres de 1995/96 en el Centro de Cumplimiento del Establecimiento Penitenciario de Valencia, se elaboró el primer borrador de la Guía de Intervención que fue puesta a prueba durante el primer Seminario-taller de formación de educadores en promoción del sexo más seguro en el medio penitenciario celebrado en Valencia. Y utilizándola en el resto de las ediciones del Programa Lluna 96/97, 97/98, 98/99 y la actual 99/00. Con los resultados operativos de estas ediciones se han ido introduciendo mejoras en la guía; se formó un equipo de educadores, voluntarios y mediadores (internos formados como co-monitores que participaban en la docencia del taller) y se amplió la oferta de los talleres a los Centros de Preventivos y Hospitalario. El modelo actual de la guía es el resultado de las aportaciones de los expertos en la materia consultados y de los resultados de las

evaluaciones de los 28 talleres realizados, hasta el momento, en los que participaron un total de 460 internos del establecimiento Penitenciario de Valencia.

**Contenidos de la Guía.** Consta de los siguientes apartados: introducción; descripción del programa y antecedentes; objetivos; contenidos y recursos; formación del equipo, funciones y papel del educador; etapas para la puesta en marcha de los talleres; guías de sesiones con las actividades a realizar; evaluación del proceso y de los resultados; manejo de situaciones delicadas en el contexto penitenciario; bibliografía y anexos.

**Difusión.** La Guía, diseñada para dirigir la acción paso a paso, va destinada a todos aquellos profesionales de Centros Penitenciarios y/o miembros de ONGs que deseen poner en marcha el programa de talleres. Está editada por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

### Conclusiones.

La guía de intervención ha demostrado ser un instrumento eficaz para el desarrollo de acciones educativas en el contexto penitenciario. No es una guía cerrada y definitiva sino que pretende ser un instrumento sujeto a nuevas aportaciones que mejoren las acciones preventivas.

Guía de intervención para la promoción de sexo seguro en el medio penitenciario. Aviñó, A.; Bustamante, R.; González, R.J.; González, J.; Paredes, JJ.; Pitarch, MC. *Apuntes de Salud Pública*, 2 (21-22): 156

## Valoración desde el hospital de la campaña de vacunación frente al meningococo C en Galicia

Queiro, MT.; Barros-Dios, JM.; Bouzas, MA.; García, MJ.; Fernández, JM.; Gestal, JJ.

**OBJETIVO:** Describir la evolución de las meningitis bacterianas en la población de 0-19 años en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela en el período comprendido entre el 01/01/96 y el 31/12/98 tras la campaña de vacunación antimeningocócica y el inicio de la vacunación frente al *Haemophilus influenzae* en el último trimestre de 1996.

### SUJETOS Y MÉTODOS:

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo en el Área de Santiago de Compostela desde el 1 de enero del 96 al 31 diciembre de 19.

**Sujetos:** 162 pacientes diagnosticados de meningitis bacteriana, 108 varones (66.7%) y 54 mujeres (33.3%) con un rango de edad de recién nacido a 19 años.

**Métodos:** -Localización: CMBD (CIE-9) y vigilancia activa de los casos de meningitis.

- Revisión de Historias Clínicas.
- Para el cálculo de tasas se utilizó el Padrón de 1996.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Durante 1996 se produjeron 77 casos de meningitis bacterianas en el grupo de 0-19 años, descendiendo a 64 en 1997 y a 23 en 1998. La distribución de los agentes causales se recoge en la siguiente tabla:

Agente causal	1996	1997	1998
Meningococo	28	24	11
<i>Haemophilus influenzae</i>	2	0	0
Otros gérmenes	1	8	2
No se aísla germen	46	32	10
Total	77	64	23

Observándose que la meningitis por *Haemophilus influenzae* solo aparece en 1996, 2 casos que se presentaron en el grupo de 0-24 meses y no hay nuevos casos en los años siguientes, lo que parece tener relación con la incorporación de la vacuna anti-*Haemophilus influenzae* al calendario vacunal.

En la distribución en el tiempo de las meningitis bacterianas, observándose una tendencia decreciente de las mismas, este descenso se produce especialmente por el descenso de incidencia de la enfermedad meningocócica, que pasó de 16 casos en 1996 a 6 en 1998, tras la campaña de vacunación antimeningocócica A+C. La distribución por edad también varía, de forma que a partir de 1997 más del 60% de los casos debidos a meningococo C se producen en el grupo de 0 a 24 meses. De los 10 casos de enfermedad meningocócica en 1997, 7 no habían sido vacunados y en 1998 sólo 1 de los 6 casos ocurridos había recibido la vacuna. En 1996 se produjo una muerte por serogrupo C y ninguna en 1997 y 1998. La incidencia de enfermedad por serogrupo B se mantiene en tasas similares. En 1997 se detectó un caso de enfermedad meningocócica por el serogrupo W<sub>13\*5</sub>.

Año	Enf. Meningocócica Tasa de incidencia	Serogrupo C Tasa de incid.	Serogrupo B Tasa de incid.
1996	21,7	12,3	3,9
1997	18,5	7,7	6,2
1998	8,5	4,6	2,3

Tasa de incidencia por 100.000 habitantes

### CONCLUSIONES:

- La campaña de vacunación antimeningocócica (diciembre 1996 - enero 1997) y la vacunación continuada para los no vacunados que entraban en la cohorte etárea vacunal ha producido un descenso del número de casos de la enfermedad meningocócica por serogrupo C, con un descenso en 1998 incluso en el grupo de 0-24 meses, población no vacunable, sin que se haya producido un aumento significativo de enfermedad debido al serogrupo B.
- La incorporación de la vacuna anti-*Haemophilus influenzae* al calendario vacunal en noviembre de 1996 también ha influido en la no aparición de casos por meningitis por *Haemophilus influenzae* en 1997 y 1998.

Valoración desde el hospital de la campaña de vacunación frente al meningococo C en Galicia.. Queiro, MT.; Barros-Dios, JM.; Bouzas, MA.; García, MJ.; Fernández, JM.; Gestal, JJ. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 157

## El mercado de genéricos en España y en USA: ¿Por qué tantas diferencias?

Dr. José M. de la Lama Rincón

**INTRODUCCIÓN:** El gobierno español pretende impulsar la utilización de los Medicamentos Genéricos como última medida para reducir el crecimiento del gasto farmacéutico en nuestro país. Los Genéricos se utilizan en nuestro Estado desde los años 80, pero su uso es mínimo (alrededor de] 1%). En USA, un mercado N veces más grande que el nuestro, los Genéricos ocupan casi el 50% del mercado.

### OBJETIVOS:

I.- Analizar las tres razones fundamentales por las cuales los Genéricos son tan utilizados en ese país:

Papel de las HMO. Papel del consumidor.

Papel del sistema de venta de medicamentos.

II.- Observar la situación en nuestro país de las realidades descritas:

. Papel de los médicos y del S.N. de Salud.

. Papel de los consumidores.

. Papel de los farmacéuticos.

**RESULTADOS:** Las amplias diferencias sobre la implantación del Genérico en el Estado Español son de causa multifactorial:

-- Escaso respaldo del Sistema sanitario en la prescripción: médicos y farmacéuticos.

-- Falta de influencia de los consumidores.

-- Escaso número de especialidades Genéricas comercializadas

### CONCLUSIONES:

.- La importancia de los Genéricos en el Estado es escasa.

.- Se requieren medidas de estímulo a los agentes implicados: médicos y farmacéuticos.

.- Es necesaria una mayor información entre los consumidores.

El mercado de genéricos en España y USA ¿Por qué tantas diferencias?. De la Lama, JM. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 158

## Determinación de las necesidades de los viejos en la Comunidad.

Mediante la versión española del Camberwell Assessment of Needs of the Elderly (CANE)

Raimundo Mateos, Matias Ybarzábal, Francisca González, Maria-Jesús García, Isabel Fraguela

Nuestra línea de investigación epidemiológica ha puesto de manifiesto la elevada prevalencia de enfermedades mentales en Galicia. El próximo hito debe ser la cuantificación de las necesidades de los mayores de 65 años (18% de la población).

**OBJETIVOS:** Se presenta el diseño y resultados preliminares de un proyecto de investigación en curso. Su objetivo es evaluar las necesidades sociales y sanitarias de la población mayor de 65 años que vive en sus hogares y las de sus cuidadores informales.

**MÉTODOS:** Estudio epidemiológico de campo, transversal, de doble fase. Muestra (N=800) aleatoria, representativa del Área Sanitaria de Santiago de Compostela (500.000 habitantes).

Primera fase: se administra la escala de Depresión de Yesavage, el MMSE y un screening de

dependencia. Segunda fase: 400 personas, 300 probables "casos" de Depresión y/o Deterioro Cognitivo, y 100 "no casos". El principal instrumento es el Camberwell Assesment of Needos of the Elderly (CANE) que mide 24 áreas de necesidades, así como la necesidad de información y el malestar psicológico/ansiedad del cuidador. Su validación ha incluido: 1) traducción al español y gallego, 2) retro-traducción al inglés, 3) estudio piloto con población a tratamiento y comunitaria.

**RESULTADOS:** Los datos preliminares avalan la inteligibilidad de la versión española del CANE, incluso en población de escaso nivel de instrucción, así como su validez aparente, y fiabilidad (test-retest e interexaminador).

Determinación de las necesidades de los viejos en la comunidad. Mateos, R., Ybarzábal, M., González, F., García, MJ., Fraguela, I., Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 158

## Interacción entre el consumo de cítricos y el hábito tabáquico en el cáncer oral y de la faringe.

Ruano, A; Varela, ML; Juiz, MA; Figueiras, A; Barros-Dios, JM

### Antecedentes y objetivos

El cáncer oral y de la faringe se sitúa entre los 10 más comunes a nivel mundial, comprendiendo la clasificación 141-149 de la CIE-OMS. El tabaco y el alcohol son los dos principales factores de riesgo de esta neoplasia, pero se desconoce como puede actuar el consumo de cítricos en los fumadores en relación con el desarrollo de un cáncer de este tipo. Nos proponemos en este trabajo estudiar la relación entre el consumo de tabaco y el consumo de cítricos y su posible interacción o modificación de efecto en la incidencia del cáncer oral y de la faringe.

### Sujetos y métodos

Se realizó un estudio de casos y controles incidentes de base hospitalaria. Se tomaron como casos 72 sujetos diagnosticados anatomopatológicamente de cáncer oral o de faringe en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Los controles fueron 75 sujetos ingresados por patología banal en el mismo hospital.

Basándose en la información obtenida mediante entrevista estructurada en escalas semicuantitativas se dividieron los casos y los controles en 3 categorías según su hábito tabáquico y su consumo de cítricos. El consumo de tabaco se dividió en:

- 1) no fumadores.
- 2) fumadores moderados (de 1 a 19 cig/día)
- 3) grandes fumadores (20 o más cig/día).

El consumo de cítricos (naranjas y zumo de naranja) se dividió en tres categorías:

- a) menos de una vez a la semana.
- b) de una a seis veces por semana
- c) una o más veces al día.

Los resultados se expresan en Odds Ratios e intervalos de confianza del 95%.

### Resultados

En todas las categorías de consumo de tabaco (tanto en fumadores como en no fumadores) se observa una tendencia al descenso del riesgo de padecer cáncer oral o de faringe con el aumento de consumo de cítricos.

Los no fumadores que consumen cítricos de una a seis veces por semana presentan una OR de 4.53 (IC 95% 0.45-45.16) y al tomar cítricos una o más veces al día la OR pasa a ser de 1.42 (IC95% 0.08-24.95).

La OR de fumadores moderados que apenas consumen cítricos es de 119 (IC95% 6.49-2180.54). Si consumen cítricos de una a seis veces por semana, esta OR pasa a ser de 9.71 (IC95% 0.92-103.04). Si toman cítricos una o más veces al día, la OR es de 0.013 (IC95% 0-1.56e20).

Para los grandes fumadores, el riesgo entre los consumidores de cítricos de menos de una vez a la semana es de 68 (IC95% 7.68-601.69), entre los consumidores de una a seis veces por semana, la OR es de 71.4 (IC95% 7.6-670.84) y para los que ingieren cítricos una o más veces al día, el riesgo descende a 11.33 (1.17-109.26).

### Conclusiones.

- (1) El consumo de cítricos en los no fumadores parece descender el riesgo de cáncer oral y de la faringe.
- (2) El aparente efecto protector del consumo de cítricos es más acusado en los fumadores que en los no fumadores.

Interacción entre el consumo de cítricos y el hábito tabáquico en el cáncer oral y de faringe. Ruano, A; Varela, ML; Juiz, MA; Figueiras, A; Barros-Dios, JM. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 159

## Efecto protector de los cítricos frente al consumo de alcohol en el riesgo de cáncer oral y de faringe

Varela,MI; Ruano, A; Juiz, MA; Figueiras, A; Barros-Dios. JM.

### Antecedentes y objetivos

El cáncer de la cavidad oral y faringe, integrado por las localizaciones 141 a 149 de la CIE-OMS para oncología, se considera el octavo cáncer más común en los países desarrollados. Existen evidencias de que el consumo de alcohol y de tabaco, junto con el de otras sustancias carcinogénicas, pueden jugar un papel importante en su aparición y de que las frutas (entre ellas los cítricos) pueden ejercer un efecto protector.

El objetivo de este estudio es conocer el riesgo asociado al consumo de alcohol pero valorando conjuntamente la posible interacción con el consumo de cítricos.

### Métodos

Se diseñó un estudio de casos y controles incidentes. Hasta la fecha se tomaron como casos a 72 sujetos diagnosticados histológicamente en el Complejo Hospitalario de Santiago. Como controles se incluyeron 75 sujetos ingresados para cirugía banal.

Se realizó una entrevista personal utilizando un cuestionario estructurado. La dieta se valoró mediante escalas semicuantitativas de frecuencias de consumo, que se agruparon en tres categorías para los cítricos:

- a) menos de una vez a la semana.
- b) de 1 a 6 veces a la semana.
- c) una o más veces al día.

El consumo de alcohol (en cc/día) se clasificó en tres categorías:

- a) no bebedores y bebedores excepcionales.

- b) bebedores moderados (1 a 99 cc/día).
- c) grandes bebedores (100 o más cc/día).

Se elaboró un modelo de regresión logística múltiple tomando como variable dependiente la condición de caso o control y como variables de exposición, la ingesta de alcohol y cítricos ajustadas por edad y sexo. Tomando como categoría de referencia la de los no bebedores y la de menor consumo de cítricos se valoraron las posibles interacciones entre las variables independientes. Los resultados se expresaron mediante Odds Ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%.

### Resultados

No se obtuvieron riesgos significativos en el grupo de los no bebedores, independientemente del consumo de cítricos. Entre los bebedores moderados el riesgo fue sólo significativo en los que consumen cítricos menos de 1 vez a la semana (OR=10,8; IC95%: 1,297798). Entre los grandes bebedores, el riesgo fue 110 veces mayor para los de bajo consumo en cítricos (IC95%: 8,9-159.170), pasando a 63,33 para los de consumo medio (IC95%: 5,869.634) y a 30 para la categoría más alta (IC95%: 1,4-63.1502).

### Conclusión

- (1) El consumo de alcohol es siempre un factor de riesgo para los grandes bebedores.
- (2) Los bebedores moderados sólo tienen un riesgo significativo cuando consumen cítricos menos de una vez a la semana.
- (3) El consumo de cítricos disminuye de forma significativa el riesgo producido por el alcohol.

Efecto protector de los cítricos frente al consumo de alcohol en el riesgo de cáncer oral y de faringe.; Varela, ML.; Ruano, A.; Juiz, MA.; Figueiras, A.; Barros-Dios, JM. Apuntes de Salud Pública, 2 (21-22): 160



## Control microbiológico ambiental en centros hospitalarios

Jato Díaz, M.; Jato Díaz, A.; Bouzas Rodríguez, MA.; Fernández Naveiro, JM.; García-Riestra, C.; Gestal Otero, JJ.

Actualmente, fenómenos como la aparición de brotes de infección nosocomial por *Aspergillus*, *Legionella* o *Mycobacterium tuberculosis*, el mayor número de sistemas de aire acondicionado en los centros sanitarios, la elevada frecuencia de obras de remodelación que facilitan la contaminación de aire, la atención a pacientes más inmunocomprometidos y de mayor edad, la utilización de técnicas diagnósticas cada vez más invasivas, la colocación de prótesis y la mayor frecuencia de trasplantes de todo tipo, hacen reconsiderar la importancia del aire en la transmisión de infecciones en el medio hospitalario.

Es necesario realizar estudios ambientales para definir el papel del aire, ya que el control y prevención de las infecciones dependen del conocimiento de la interacción entre todos los factores implicados para poder identificar y aplicar los medios más efectivos, prácticos y apropiados para interrumpir e impedir el desarrollo de las mismas, estableciendo estándares de climatización y control microbiológico ambiental.

Tras la revisión bibliográfica de la literatura sobre el papel que juega el aire en la transmisión de enfermedades y los métodos empleados para el control microbiológico ambiental en los hospitales nos encontramos con que no hay consenso respecto a:

- si deben realizarse estos controles.
- su periodicidad.
- al momento de realizarlos.
- los valores aceptables de contaminación ambiental.
- volumen de aire a tomar ni tiempo de muestreo.
- al tipo de placas a emplear.

Es muy importante y urgente que se promueva el establecimiento y adopción de unos estándares de referencia de la calidad microbiológica del aire. La Administración, con el asesoramiento de las Sociedades Científicas debe de liderar el proceso.

### Bibliografía:

- 1.- Mangran AJ et al. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Guideline for the prevention of surgical site infection, 1999. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 1999; 20: 247-280.
- 2.- Guía Práctica para el diseño y mantenimiento de la climatización en quirófanos. Madrid; Subdirección General de Obras, Instalaciones y Suministros, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud. 1996.
- 3.- Grupo de Trabajo de la SEMPSPR y el INSALUD. Recomendaciones para la verificación de la bioseguridad ambiental respecto a hongos oportunistas. Madrid; 1999.
- 4.- Gaspar C y cols. Control microbiológico aéreo de quirófanos de ventilación plena. Sugerencia de estándares. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 1997; 15: 250-254.
- 5.- Grupo de Trabajo del Servicio Vasco de Salud. Recomendaciones para la minimización de los riesgos microbiológicos asociados a infraestructuras hospitalarias de Osakidetza; Dirección de Asistencia Sanitaria, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad; País Vasco, 1999.

Control microbiológico ambiental en centros hospitalarios. Jato, M.; Jato, A.; Bouzas, MA.; Fernández, JM.; García-Riestra, C.; Gestal, JJ. *Apuntes de Salud Pública*, 2 (21-22): 161



## Cursos, Congresos y Jornadas

- V Conferencia Europea de Promoción y Educación para la Salud.  
Santander, 10-13 de Mayo. Teléfono: 913303422. Fax: 915437504, E-mail: [msainz@hcsc.es](mailto:msainz@hcsc.es)
- VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social  
La habana, 5-9 de junio. Caribe Internacional Tours, telef.: 915630731, fax: 915635949
- Congreso Mundial de Bioética.  
Gijón, 20-24 de junio. Información: telef.: 985176006, fax: 985175507
- VIII Encuentros Gallego-Cubanos de Salud Pública y Epidemiología  
La habana y Santiago de Cuba, 22-30 de junio. Agencia de viajes Sol y Son.  
(Información: Jesús P. González Comesaña, e-mail: [mjduranrod@mixmail.com](mailto:mjduranrod@mixmail.com) )
- International Conference on Health & Communication  
Barcelona, 20-22 Septiembre. Información: telef.: 933177129, fax: 933186902
- XXII Congreso Nacional SEMERGEN.  
Santiago 27-30 de Septiembre de 2000. Viajes Atlántico. Teléfono 981569040 Fax: 981572867
- V Jornadas de la Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública (FAASP).  
Bilbao, 13-15 Noviembre de 2000. Teléfono: 944445689  
(Condiciones especiales para los socios de las asociaciones integrantes de la FAASP)

|

## Diplomatura de Posgrado

# Diseño y Estadística

para la investigación en Ciencias de la Salud

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



## VII Congreso Galaico-Luso-Cubano de Salud Pública

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

Santiago de Compostela 3 - 4 de Diciembre de 1999

Declarado de interés científico por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Declarado de interés sanitario por la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais

#### COMITÉ ORGANIZADOR

##### Presidentes:

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

##### Vicepresidentes:

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

##### Secretarios:

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

##### Miembros:

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

#### COMITÉ CIENTÍFICO

##### Presidente:

Prof. Dr. J.J. Gestal Otero.

##### Secretario:

Dr. Adolfo Figueiras Guzmán.

##### Vocales:

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

#### SECRETARIA CIENTÍFICA

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

? 981581237 fax 981572282

Los días 3 y 4 de diciembre de 1999 se ha celebrado en la Facultad de Medicina el **VII CONGRESO GALEGO-LUSO-CUBANO DE SAÚDE PÚBLICA, IV JORNADAS DE LA FAASP**, que han organizado la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública y la FAASP, a través de la Asociación de Alumnos y Máster en Salud Pública de Galicia.

Han participado 147 congresistas, 36 ponentes y han sido presentadas 32 Comunicaciones. Desde estas páginas queremos agradecer la acogida, apoyo y colaboración con el que hemos contado, ya que gracias a ello se ha podido celebrar un Congreso con un nivel científico (tanto por la calidad de las ponencias como por el debate suscitado) y con una audiencia difícilmente imaginable.

Como conclusiones de este Congreso centrado fundamentalmente en los desafíos a los que se enfrenta la Salud Pública en los próximos años destacaríamos que debe ser más práctica que teórica, que debe estar estructural y funcionalmente implicada en el mundo laboral y empresarial, en la organización asistencial, disponer de una red de control, vigilancia y alerta, descentralizada pero con jerarquía supranacional, que se ocupe del medio ambiente, tráfico de personas, animales y mercancías (especialmente las destinadas al consumo) y al estudio y prevención de las enfermedades incidentes y prevalentes, para lo cual es necesaria una formación específica en Salud Pública de profesionales de campos tan diversos como ingeniería, ciencias de la comunicación, derecho, farmacia, veterinaria, informática, enfermería, biología, epidemiología, medicina, química, física, pedagogía, sociología, etc...

Nuestro agradecimiento a la Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saude Pública, Subdirección Xeral de Atención Primaria, FEGAS, Secretaría Xeral de Investigación e Desenvolvemento, Semergen-Galicia, Agamfec, Semg-Galicia, Citroen, Smithkline-Beecham, Normon y Uriach.

Desde estas página queremos felicitar y darle la enhorabuena, como máximos responsables de este evento, al Prof. Dr. Juan Jesús Gestal Otero y al Dr. Leopoldo García Méndez.

