

Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LX

MAYO-JUNIO 1986

NUMS. 5-6

Determinación de herbicidas fenoxiácidos por cromatografía de gases en aguas destinadas a consumo público

**C. BUENO GASTON, J. MENDEZ GONZALEZ, J. SANTAMARIA BALLESTEROS
y M. T. BOMOY MINGARRO**

Modificaciones debidas a la potabilización del agua en varias estaciones depuradoras

**C. COCA PEREZ, J. A. PEREZ LOPEZ, M. ESPIGARES GARCIA y R. GALVEZ
VARGAS**

Incidencia de infecciones tifo-paratíficas en Valencia, en relación con los niveles de depuración de las aguas de bebida y condiciones de saneamiento

**A. LLOPIS GONZALEZ, J. I. GONZALEZ ARRAEZ, M. C. SAIZ SANCHEZ,
A. SABATER PONS y P. CORTINA GREUS**

Fiebre tifoidea. Profilaxis y tratamiento

J. M. GONZALEZ LAHOZ y J. M. RIBERA CASADO

La neuropsiquiatría de zona dentro de la asistencia primaria actual: Una investigación con resultados críticos

J. L. TIZON y E. SPAGNOLO

Reforma sanitaria y autonomías

J. A. GONZALEZ ENTRENA

Estudio descriptivo de la demanda de urgencias en un medio rural

**A. DE LORENZO-CACERES, J. A. DEL AMA MANZANO, L. ARCOS SANTOS,
J. A. BREZMES VALDIVIESO, J. R. SERRALLE, S. MATEO ONTANON
y J. L. TURABIAN FERNANDEZ**

Prevención de la delincuencia juvenil

A. GONZALEZ GARCIA

Aspectos temporales del monóxido de carbono en Roma

E. HERNANDEZ, R. GARCIA, M. CH. MURA y P. M. BERTOLACCINI

PRENSA • LIBROS • REVISTA DE REVISTAS



Boletín técnico de la Dirección General
de Salud Pública

Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LX

NUMS. 5-6

MAYO-JUNIO 1986



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

Revista de Sanidad e Higiene Pública

Dirección General de Salud Pública

COMITE DE HONOR

Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo: Don Ernest Lluch Martín.
Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Consumo: Don Carlos Hernández Gil.
Ilmo. Sr. Secretario general Técnico: Don Diego Chacón Ortiz.
Ilmo. Sr. Director general de Planificación Sanitaria: Don Eduardo Vigil Martín.
Ilmo. Sr. Director general de Ordenación Farmacéutica: Don Félix Lobo Aleu.
Ilmo. Sr. Director general de Salud Pública: Don Miguel Angel de la Cal López.

CONSEJO DE REDACCION

PRESIDENTE

Ilmo. Sr. Director general de Salud Pública: Don Miguel Angel de la Cal López.

VOCALES

Ilma. Sra. Subdirectora general de Programas y Promoción de la Salud: Doña Isabel Alvarez Baleriola.
Ilmo. Sr. Subdirector general de Veterinaria de Salud Pública y Sanidad Ambiental: Don Justo Nombela Maqueda.
Ilmo. Sr. Subdirector general de Higiene de los Alimentos: Don José Morales Moreno.
Ilmo. Sr. Subdirector general de Vigilancia Epidemiológica: Don Jesús Fuentes Salvador.
Ilmo. Sr. Subdirector general de Registro General Sanitario de Alimentos: Don Benjamín Sánchez Fernández-Murias.
Ilmo. Sr. Director de la Escuela Nacional de Sanidad: Don Fernando Ruiz Falcó.
Ilmo. Sr. Director del Instituto Nacional de Oncología: Don Pedro Carda Aparici.
Ilmo. Sr. Director del Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias: Don Rafael Nájera Morrondo.
Ilma. Sra. Directora del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas: Doña Eloísa Bernal Añino.

SECRETARIO

Jefe de la Sección de Educación Sanitaria: Doña Pilar Nájera Morrondo.

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

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

ISSN: 0034-8899
NIPO: 351-86-001-6
Depósito legal: M. 71.-1958

IMPRENTA NACIONAL DEL BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO

INDICE

	Páginas
<i>Determinación de herbicidas fenoxiácidos por cromatografía de gases en aguas destinadas a consumo público.</i> —BUENO GASTÓN, C.; MÉNDEZ GONZÁLEZ, J.; SANTAMARÍA BALLESTEROS, J., y BOMOI MINGARRRO, M. T.	427-435
<i>Modificaciones debidas a la potabilización del agua en varias estaciones depuradoras.</i> —COCA PÉREZ, C.; PÉREZ LÓPEZ, J. A.; ESPIGARES GARCÍA, M., y GÁLVEZ VARGAS, R.	437-442
<i>Incidencia de infecciones tifo-paratíficas en Valencia, en relación con los niveles de depuración de las aguas de bebida y condiciones de saneamiento.</i> —LLOPIS GONZÁLEZ, A.; GONZÁLEZ ARRÁEZ, J. I.; SAIZ SÁNCHEZ, M. C.; SABATER PONS, A., y CORTINA GREUS, P.	443-450
<i>Fiebre tifoidea. Profilaxis y tratamiento.</i> —GONZÁLEZ LAHOZ, J. M., y RIBERA CASADO, J. M.	451-462
<i>La neuropsiquiatría de la zona dentro de la asistencia primaria actual: Una investigación con resultados críticos.</i> —TIZÓN, J. L., y SPAGNOLO, E.	463-497
<i>Reforma sanitaria y autonomías.</i> —GONZÁLEZ ENTRENA, J. A.	499-509
<i>Estudio descriptivo de la demanda de urgencias en un medio rural.</i> —DE LORENZO-CÁCERES, A.; DEL AMA MANZANO, J. A.; ARCOS SANTOS, L.; BREZMES VALDIVIESO, J. A.; SERRALLE, J. R.; MATEO ONTAÑÓN, S., y TURABIAN FERNÁNDEZ, J. L.	511-528
<i>Prevención de la delincuencia juvenil.</i> —GONZÁLEZ GARCÍA, A.	529-549
<i>Aspectos temporales del monóxido de carbono en Roma.</i> —HERNÁNDEZ, E.; GARCÍA, R.; MURA, M. CH., y BERTOLACCINI, P. M.	551-561
COMUNICADOS DE PRENSA	563-588
NOTICIAS	589-590
LIBROS	591-600
REVISTA DE REVISTAS	601-646

CONTENTS

	Páginas
<i>Specification of phenoxyacid herbicides by gas chromatography in waters for public supply.</i> —BUENO GASTÓN, C.; MÉNDEZ GONZÁLEZ, J.; SANTA-MARÍA BALLESTEROS, J., y BOMOI MINGARRO, M. T.	427-435
<i>Changes in several water purifications works due to water potabilization.</i> —COCA PÉREZ, C.; PÉREZ LÓPEZ, J. A.; ESPIGARES GARCÍA, M., and GÁLVEZ VARGAS, R.	437-442
<i>Incidences of parathyphic-like infections in Valencia, in relation with the levels of drinking water purification and conditions of sanitation.</i> —LLOPIS GONZÁLEZ, A.; GONZÁLEZ ARRÁEZ, J. L.; SAIZ SÁNCHEZ, M. C.; SABATER PONS, A., and CORTINA GREUS, P.	443-450
<i>Typhoid fever. Prophylaxis and Treatment.</i> —GONZÁLEZ LAHOZ, J. M., and RIBERA CASADO, J. M.	451-462
<i>Area neuropsychiatry into the present primary health care: a research whith critical results.</i> —TIZÓN, J. L., and SPAGNOLO, E.	463-497
<i>Health reform and Autonomous goverments.</i> —GONZÁLEZ ENTRENA, J. A.	499-509
<i>Descriptive study of the demand of emergency care in a rural environment.</i> —DE LORENZO-CÁCERES, A.; DEL AMA MANZANO, J. A.; ARCOS SANTOS, L.; BREZMES VALDIVIESO, J. A.; SERRALLE, J. R.; MATEO ONTAÑÓN, S., and TURABIAN FERNÁNDEZ, J. L.	511-528
<i>Prevention of delinquency in youth.</i> —GONZÁLEZ GARCÍA, A.	529-549
<i>Temporary aspects of carbon monoxide in Rome.</i> —HERNÁNDEZ, E.; GARCÍA, R.; MURA, M. CH., and BERTOLACCINI, P. M.	551-561
PRESS	563-588
NEWS	589-590
BOOKS	591-600
ABSTRACTS	601-646

Determinación de herbicidas fenoxiácidos por cromatografía de gases en aguas destinadas a consumo público

C. BUENO GASTON, J. MENDEZ GONZALEZ, J. SANTAMARIA BALLESTEROS
y M. T. BOMOI MINGARRO *

INTRODUCCION

El uso de los herbicidas sobre los cultivos se ha planteado seriamente hace sólo algunas decenas de años como consecuencia del gran aumento demográfico que ha sufrido la Tierra, y, por lo tanto, de la demanda de alimentos.

El transporte de un herbicida en el suelo se hace a través del agua, lo que permite un desplazamiento por difusión molecular; dicho transporte depende de la adsorción del herbicida por los coloides del terreno y de la solubilidad del mismo. En el mecanismo de adsorción interviene la naturaleza del coloide, cuanto más pesado es, resulta menor la percolación.

La degradación se efectúa por hidrólisis y por efecto de los microorganismos y es afectada por el pH, la temperatura y la humedad.

El paso de un herbicida al suelo y al agua es complejo y depende de todos los factores enumerados, puesto que en la actualidad el volumen de herbicidas que se aplican en el mundo es del orden del 50 por 100 sobre el total de pesticidas [5], no resulta nada extraño la aparición de estos compuestos en productos destinados a la alimentación y en las aguas de bebida; el objeto de la puesta a punto del método es mantener una vigilancia sobre las aguas utilizadas para el consumo público, con el fin de comprobar si cumplen con el límite máximo permitido por nuestra reglamentación técnico-sanitaria que es de 0,1 µg/l por componente individual y de 0,5 µg/l para suma de componentes, sin que exista para su determinación ningún método aconsejado oficialmente.

Herbicidas ácidos

Los herbicidas se clasifican en varios grupos:

Derivados de ácidos, carbámicos, combinaciones nitrogenadas, derivados bencénicos, compuestos heterocíclicos y otros varios.

* Departamento de Físico-Química Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad. Ciudad Universitaria. Madrid.

Palabras clave: Aguas de consumo público, contaminación, límites máximos permitidos, herbicidas, clorofenoxiácidos, cromatografía de gases.

Este trabajo se centra sobre los derivados de ácidos y entre ellos los clorofenoxiácidos: 2,4 DP o dichloprop; 2,4 D ácido; 2,4,5 TP o Silvex y 2,4 DB ácido.

MATERIAL Y METODOS

Reactivo

Todos los disolventes empleados deben ser de calidad para pesticidas: cloruro de metileno, acetonitrilo y hexano.

El agua y el 2-cloroetanol deben ser destilados. El sulfato sódico ha de lavarse con hexano y después se calcina en mufla a 600°C.

Los patrones utilizados: el 2,4 DP; 2,4 D; 2,4,5 TP, y 2,4 DB, han sido facilitados por la EPA (Enviromental, toxicology division research triangle park NC).

Controles

Con cada grupo de muestras hay que hacer un «blanco» para evitar el error de tomar algunos picos procedentes de los disolventes o reactivos utilizados en la derivación como «falsos positivos», estos blancos se preparan exactamente igual que las muestras pero usando agua destilada.

Aparatos

Los análisis se han efectuado en un cromatógrafo de gases Hewlett-Packard modelo 5730, equipado con una columna de vidrio de 2 m x 2,2 mm de diámetro interior, rellena con una mezcla de 1,5 por 100 OV-17/1,95 por 100 QF-1 en cromosorb W-HP de 100-120 mesh y un detector de captura electrónica de Ni 63.

Las condiciones de operación han sido las siguientes:

Temperatura del horno 200°C.

Temperatura del bloque de inyección 250°C.

Temperatura del detector 300°C.

Caudal del gas portador (argón-metano) 52,5 ml/min.

Volumen de inyección 5 µl.

Herbicidas ácidos

Los datos se han registrado en un ordenador Hewlett-Packard 21 MX con un terminal de datos silent 700 ASR.

Para concentrar los extractos se ha utilizado un rotavapor y un dispositivo productor de corriente de nitrógeno.

EXTRACCION DE LA MUESTRA

Se toma un litro de agua añadiendo ácido sulfúrico concentrado hasta que el pH de la muestra quede entre 0-3.

Se extrae dos veces con cloruro de metileno, concentrándolo a continuación hasta 4 ml en rotavapor, se transpasa a un tubo, lavando tres veces el matraz contenedor con una pequeña cantidad de hexano, adicionándolos a dicho tubo concentrador y evaporando justo a sequedad con una corriente de nitrógeno [3].

DERIVACION

Al extracto seco, inmediatamente, se le agregan 500 μ l de N-N' dicitclohexilcarbodimida en piridina al 2 por 100 y 200 μ l de 2 cloroetanol, mezclando bien y dejando veinticuatro horas a temperatura ambiente; se extrae con 10 ml de hexano y 4 ml de ácido clorhídrico al 20 por 100, la fase orgánica se lava dos veces con 10 ml de agua destilada; una vez secado el extracto con sulfato sódico anhidro se inyecta en el cromatógrafo.

PREPARACION DE PATRONES

El 2,4 DP; 2,4 D; 2,4,5 TP, y 2,4 DB están suministrados en forma ácida.

La solución stok o «madre» contiene 0,1 mg/ml y se prepara en acetoniitrilo

Un ml de esta solución se lleva a sequedad lentamente en corriente de nitrógeno y se somete al procedimiento de derivación ya descrito anteriormente para las muestras, recogién dose sobre hexano en una solución intermedia de concentración 10 μ l/ml.

La solución de trabajo utilizada contiene: 33 Pg/ μ l de 2,4 DP y 2,4 DB y 17 μ g/ μ l de 2,4 D y 2,4,5 TP, todos ellos ya derivados en forma de ésteres y preparados en hexano.

El cromatograma de esta solución está representado en la figura 1.

RESULTADOS

La cuantificación se realiza utilizando la técnica del patrón externo frente a los patrones ya mencionados, por comparación de las áreas correspondientes a los picos de estos patrones y las equivalentes de las muestras.

Esta forma de cuantificación se realiza en un ordenador con el que se prepara un programa con la solución de trabajo.

Para corregir el error que conlleva la aplicación de esta técnica del patrón externo, que representa una falta de reproductibilidad debido a los errores del operador, se recalibra el programa diariamente, antes de comenzar el análisis de las muestras.

Entre las muestras que se están analizando por este procedimiento, se han seleccionado dos de ellas, procedentes de captaciones de agua destinadas al

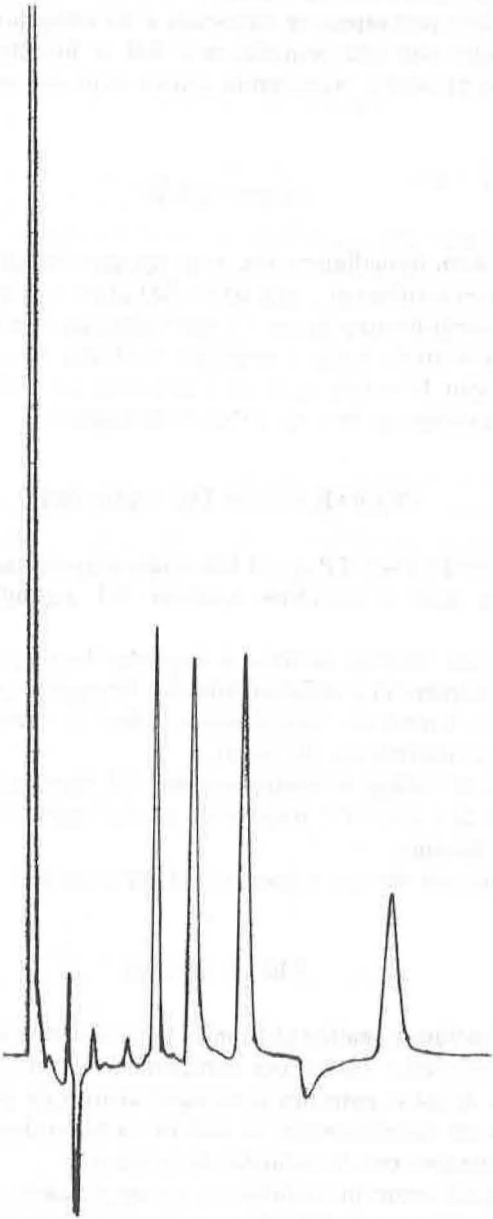


FIGURA 1

consumo público, cuyos cromatogramas están representados en las figuras número 2 y número 3; con concentraciones de 0,1 $\mu\text{g/l}$ de 2,4 D y 1 $\mu\text{g/l}$ de 2,4 DP, 2 $\mu\text{g/l}$ de 2,4 DB, respectivamente.

DISCUSION

El material de vidrio requiere una limpieza muy exhaustiva, debe primero sumergirse en mezcla crómica caliente, lavarse después con detergente, una vez aclarado enjuagarlo con agua destilada y, antes de ser utilizado, pasarle metanol, acetona y hexano.

Antes de comenzar el análisis debe hacerse un «chequeo» de este material y ha de ser correcto.

Como el límite permitido para estos compuestos por nuestra reglamentación es pequeño y además, salvo en caso de excepciones, las cantidades de estos herbicidas en las aguas de uso humano son mucho más pequeñas, han de concentrarse los extractos, por lo que debe hacerse siempre los «blancos» que en ocasiones dan picos interferentes con los de herbicidas; el buscar la causa de la interferencia lleva a veces mucho tiempo, puede ser debida a los disolventes, a los agentes de la derivación o al arrastre de una mala limpieza del material de vidrio si no se hizo como ya se mencionó.

Herbicidas ácidos

Se ha visto que destilando el 2-cloroetanol, el agua y el hexano, los blancos mejoran casi totalmente.

La evaporación del cloruro de metileno debe hacerse lentamente y justo hasta sequedad y la derivación hay que efectuarla inmediatamente.

El uso de dicitlohexilcarbodamida y 2-cloroetanol se ha seleccionado de entre los procedimientos que aparecen en la literatura [4] [6] porque aunque es más lento, requiere menos manipulación, es más sencillo y eficaz.

La separación de los cuatro ésteres obtenida con esta columna es buena.

Las recuperaciones que se obtienen expresadas en porcentaje son las siguientes:

2,4 D	86
2,4,5 TP	106
2,4 DB	94
2,4 DP	95

La más baja recuperación del 2,4 D, ha sido también experimentada por otros autores [1] [2] en el mismo rango que la expresada anteriormente.

En definitiva puede observarse que este procedimiento analítico desarrollado tiene la sensibilidad deseada para mantener una vigilancia del agua de consumo público dentro de los límites establecidos oficialmente, siendo además rápido y efectivo.

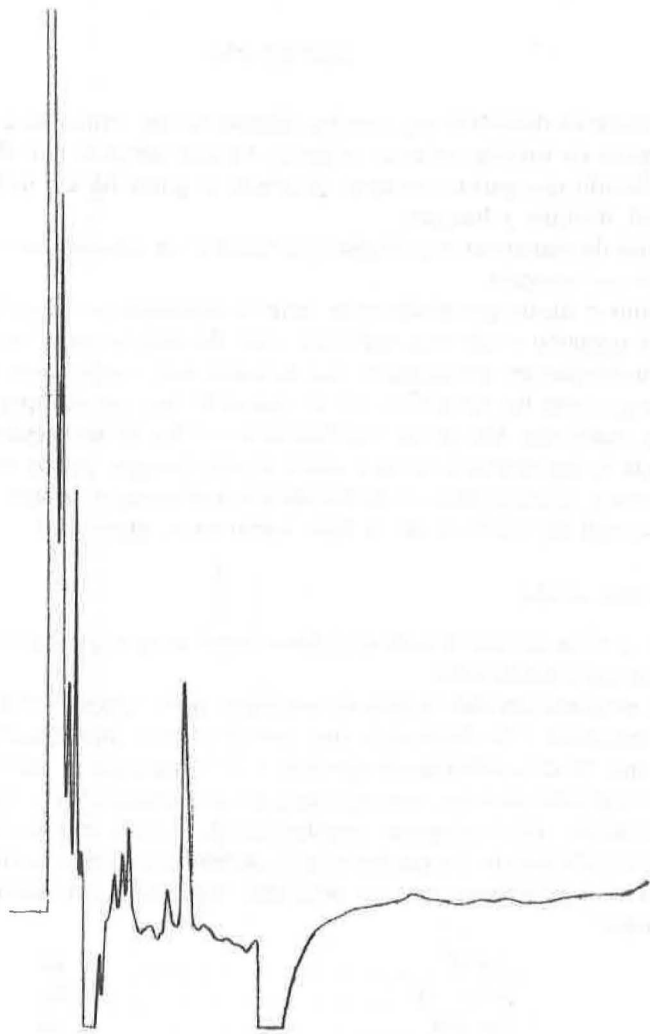


FIGURA 2

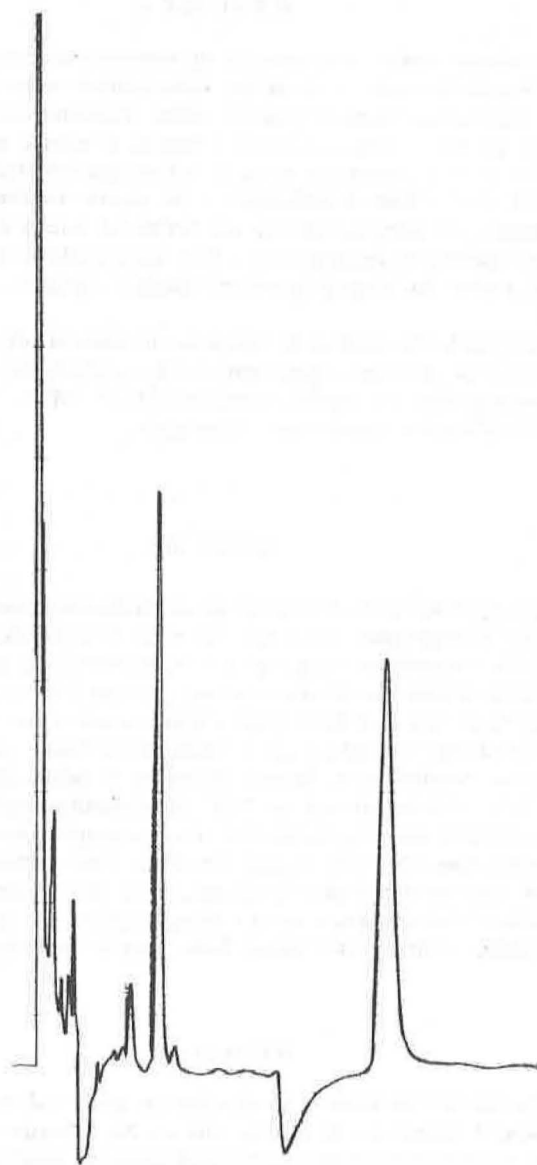


FIGURA 3

RESUMEN

El objeto de este trabajo es desarrollar un método analítico para la determinación de herbicidas clorofenoxiácidos en aguas, dicho método se ha desarrollado debido al gran uso de estos compuestos esterificados sobre el tratamiento del suelo en zonas de cultivo y que posteriormente por diversos medios de aporte, pueden incidir sobre la calidad de las aguas fluviales que luego se utilizan para el abastecimiento público.

El procedimiento analítico desarrollado consiste en una acidificación del agua con ácido sulfúrico concentrado para transformar los herbicidas ésteres en ácidos libres y una posterior derivación con 2-cloroetanol y N-N' diclohexilcarbodimida en piridina; los nuevos ésteres formados se analizan por cromatografía de gases con detector de captura electrónica.

Se han efectuado los análisis de una serie de muestras de agua en las que debía comprobarse si eran aptas para el consumo público según la nueva legislación española, observándose que con este procedimiento descrito se obtiene una alta sensibilidad y una fácil cuantificación para el límite establecido.

RÉSUMÉ

Le but de ce travail est de développer un méthode analytique pour la détermination des herbicides chlorophenoxiacides dans les eaux. Ce méthode a été développé par le grand usage des ces produits stérifiés pour le traitement du sol dans des aires de culture et que postérieurement par divers moyens peuvent influencer sur la qualité des eaux fluviales qu'après sont utilisées pour l'approvisionnement publique. Le procédé analytique développé consiste en une acidification de l'eau avec de l'acide sulfurique concentré pour transformer les herbicides esteres en acides libres et une posterieure derivation avec 2-chloroethanol et N-N' diciohexilcarbodimide en piridine; les nouveaux esteres formés sont analysés par chromatographie des gazes avec detecteur de capture electronique. On a fait les analyses d'une série d'échantillons d'eau dans lesquelles on devait constater si elles étaient aptes pour la consommation publique d'après la nouvelle legislation espagnole et on a observé qu'avec ce procédé on obtienne une grande sensibilité et une quantification facile pour le limite établie.

SUMMARY

The objeotive of this work is to develop an analytical method to determin the chlorofenoxiacid herbicides in waters, due to the extensive use of these sterified compounds in ground treatment in cultivated areas and which later by different means can exert an influence over the quality of the fresh water which is later used for public supply.

The analytical procedure developed consists of an acidification of the water with concentrated sulphuric acid to transform the esterified herbicides into free acids and a later derivation with 2chloroethanol and N-N' diciohexilcarbodimile in piridine; the new sters formed are ananalysed for gas chromatography whith an electronic capture detector.

A series of water samples analyses have been carried out, where it was necessary to find out if they were apt for public consumption according, to the New Spanish Legislation, with this described procedure it is observed a *high* sensibility and an easy quantification for the established limit is obtained.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BLYTHE A. OLSON et al: «Rapid, simple procedures for the simultaneous gas chromatographic analysis of four chorophenoxy herbicides in water and soil samples» *J. Agric. Food Chem.*, 26, 3 (1978).
- [2] DEVINE, J. M.; ZWEIG, G.: *J. Assoc. Off. Anal. Chem.* 52, 1 (1969).
- [3] EPA (Enviromental protection Agency): *Manual of Analytical Method for the Analysis of pesticides in humans and Environmental samples*. EPA 600/8-80-038. Section 10, B, p. 4. Ed. PANEL. Research triangle park, North Carolina. United States (1980).
- [4] THOMPSON, J. F.; REID, S. J. et al: «D Multiclass, Multiresidue Analytical Method for pesticides in water». *Arch. Environ Contam. Toxicol.* Section 10 A (1977).
- [5] VILLARIAS, J. L.: *Guía de aplicación de herbicidas*. Control de malas hierbas, vol. II, Ed. Mundiprensa (1981).
- [6] WOODHAM, D. W.; MITCHELL, W. G. et al: «An Improved Gas chromatographic Method for the Analysis of 2,4 D free acid in soil». *J. Agr. Food. chem.*, 19, (1), 186 (1971).

Modificaciones debidas a la potabilización del agua en varias estaciones depuradoras

C. COCA PEREZ, J. A. PEREZ LOPEZ, M. ESPIGARES GARCIA
y R. GALVEZ VARGAS *

INTRODUCCION

Sin un tratamiento previo, existen pocas fuentes de captación susceptibles de proporcionar un agua que posea las características adecuadas para su consumo. Esto conlleva a que todo abastecimiento hídrico realice tratamientos encaminados a alcanzar la calidad requerida en la reglamentación vigente para un agua de consumo público. Esta serie de tratamientos, llevados a cabo en las estaciones depuradoras, deberían estar diseñados, puestos en práctica y controlados por técnicos cualificados.

En los servicios de abastecimiento para pequeñas poblaciones no suele existir este tipo de personal, en razón a los escasos recursos municipales, por lo que el tratamiento y control de calidad recae sobre personal no cualificado, que, pese a su buena voluntad, efectúan las operaciones de tratamiento de forma totalmente empírica.

Conocedores de este problema, decidimos realizar un estudio en cuatro estaciones depuradoras de la provincia de Granada, donde los tratamientos efectuados son coagulación-floculación, ablandamiento, filtración y cloración. El objeto del trabajo era determinar las características del agua en la fuente de captación, así como las modificaciones ocasionadas como consecuencia de los tratamientos en los parámetros más representativos.

MATERIAL Y METODOS

Las estaciones depuradoras seleccionadas fueron las de los municipios de Maracena, Atarfe, Peligros y Albolote, que se caracterizan por tener una fuente de captación común, que es el canal de Deifontes.

A lo largo del estudio se realizaron tres muestreos en cada uno de los municipios citados, tanto del agua previa al tratamiento como del agua

* Cátedra de Medicina Preventiva y Social en la Universidad de Granada.

Palabras clave: Agua potable, tratamiento del agua, caracteres físico-químicos, caracteres microbiológicos, estaciones depuradoras.

tratada, reflejándose en los resultados los valores medios de las tres determinaciones.

Para el análisis químico se recogieron en cada muestra 2.000 mililitros de agua en botellas de polietileno, y para el microbiológico, 250 mililitros en frascos de vidrio estériles, de boca estrecha y cuello protegido con papel de aluminio.

La toma de muestras en el canal se realizó, aproximadamente, en el centro del curso y a una profundidad media. La recogida tras el tratamiento se efectuó tras la depuración y antes de su almacenamiento.

Los caracteres microbiológicos se estudiaron sólo en el agua de captación, ya que la cloración realizada habitualmente elimina el contenido microbiano.

La metodología analítica seguida para la realización de los análisis de las aguas objeto de nuestro estudio se recoge en la tabla I.

TABLA I

METODOLOGIA ANALITICA UTILIZADA

Parámetros	Método	Referencia
CARACTERISTICAS FISICO-QUIMICAS		
Alcalinidad	Volumétrico.	Presidencia del Gobierno, 1979; Rodier, 1978.
Calcio	Complexométrico	Martos, 1984.
Cloro	Espectofotométrico (ortotoluidina-arsenito).	Rodier, 1978.
Cloruros	Volumétrico (método de Mohr).	Martos, 1984.
Flúor	Espectofotométrico.	Rodier, 1978.
Magnesio	Complexométrico.	Martos, 1984.
Nitratos	Espectofotométrico.	Presidencia del Gobierno, 1979.
Nitritos	Espectofotométrico.	Presidencia del Gobierno, 1979.
Oxidabilidad	Volumétrico (oxígeno absorbido del permanganato).	Presidencia del Gobierno, 1979; Rodier, 1978.
pH	pH-metro.	Rodier, 1978.
Sulfatos	Nefelométrico.	Rodier, 1978.
Turbidez	Nefelométrico.	Rodier, 1978.
CARACTERISTICAS MICROBIOLÓGICAS		
Bacterias aerobias a 37 °C.	Recuento total.	Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.
Coliformes fecales	NMP.	Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.
Estreptococos fecales	NMP.	Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.
<i>Clostridium</i> sulfitorreductores.	Recuento total.	Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.

RESULTADOS

En la tabla II se expresan los valores medios obtenidos en los tres muestreos realizados en el agua antes de los tratamientos, y en la tabla III se recogen los mismos parámetros para el agua tratada.

Los resultados del estudio microbiológico se recogen en la tabla IV. Por último, en la tabla V se muestran los contenidos de cloro residual total, libre y combinado en el agua tratada y antes de su almacenamiento.

TABLA II

VALOR MEDIO DE LAS CARACTERISTICAS FISICO-QUIMICAS DEL AGUA PREVIA AL TRATAMIENTO EN LAS DISTINTAS FUENTES DE CAPTACION

Parámetros	Maracena	Atarfe	Peligros	Albolote
Sulfatos (mg/l)	109,2	115,6	114,6	124,4
Nitratos (mg/l)	6,0	6,5	6,0	5,3
Nitritos (mg/l)	0,0	0,0	0,0	0,0
Cloruros (mg/l)	31,9	29,5	27,4	25,1
Calcio (mg/l)	98,5	86,7	99,1	93,3
Magnesio (mg/l)	37,9	32,8	31,8	32,8
Dureza (°H)	40,2	35,1	37,8	36,8
Fosfatos (mg/l)	0,30	0,02	0,01	0,01
pH	7,5	7,6	7,6	7,3
Turbidez (UNF)	1,7	2,0	0,0	0,5
Alcalinidad (mg/l)	279,8	272,0	276,5	269,2
Materia orgánica (mg de O ₂ /l).	1,6	2,0	1,4	1,1

TABLA III

VALOR MEDIO DE LAS CARACTERISTICAS FISICO-QUIMICAS DEL AGUA TRATADA EN LAS DISTINTAS ESTACIONES DEPURADORAS

Parámetros	Maracena	Atarfe	Peligros	Albolote
Sulfatos (mg/l)	117,0	127,4	117,8	120,6
Nitratos (mg/l)	7,2	5,9	8,0	23,3
Nitritos (mg/l)	0,0	0,0	0,0	0,0
Cloruros (mg/l)	27,4	31,5	33,3	31,9
Calcio (mg/l)	90,4	96,4	97,4	98,2
Magnesio (mg/l)	32,0	36,2	37,0	33,4
Dureza (°H)	35,7	39,0	39,5	38,3
Fosfatos (mg/l)	0,04	0,01	0,03	0,01
pH	7,5	7,5	7,4	7,6
Turbidez (UNF)	0,0	0,0	0,0	0,0
Flúor (mg/l)	0,20	0,10	0,40	0,01
Alcalinidad (mg/l)	282,7	219,5	288,3	288,7

TABLA IV

CARACTERES MICROBIOLÓGICOS DEL AGUA EN LOS CUATRO PUNTOS DE CAPTACION

Parámetros bacteriológicos	Maracena	Atarfe	Peligros	Albolote
Bacterias aerobias a 37 °C (ufc/ml)	1.125	906	2.328	1.074
Colimetría (NMP/100 ml)	787	1.073	454	751
Estreptometría (NMP/100 ml)	381	17	30	51
Clostridiometría (ufc/20 ml) ...	8	11	6	7

TABLA V

COLOR RESIDUAL EN EL AGUA TRATADA

Cloro residual	Maracena	Atarfe	Peligros	Albolote
Cloro residual total	0,37	0,63	0,23	0,17
Cloro residual libre	0,20	0,13	0,03	0,07
Cloro residual combinado	0,17	0,50	0,20	0,10

DISCUSION

Lo primero que llama la atención, a tenor de los resultados observados en la tabla II, y prescindiendo de las características microbiológicas, es el hecho de que el agua de captación reúne las características físico-químicas para ser calificada como potable, de acuerdo con la reglamentación vigente (Presidencia del Gobierno, 1982). Esto quiere decir que bastaría con un sistema de desinfección adecuado, como la cloración, para que el agua pudiera ser distribuida para su consumo.

Sin embargo, en todas las estaciones depuradoras se realiza coagulación-floculación, y en algunas ablandamiento, si bien en cada una de ellas con tratamientos diferentes, a pesar de tener la misma fuente de captación. En cualquier caso, ninguno de los tratamientos realizados, tal como se expresa en la tabla III, repercute en las características del agua, ya que las diferencias de concentración detectadas, en los parámetros medidos antes y después del tratamiento, no son significativas desde el punto de vista sanitario.

Los resultados del estudio microbiológico del agua en las fuentes de captación muestran una discreta contaminación microbiana, suficiente por sí misma para calificar el agua como no potable. Los valores alcanzados en colimetría, estreptometría y clostridiometría sugieren una contaminación

reciente, por el predominio de coliformes, lo que se explicaría fácilmente al considerar que el canal de Deifontes es abierto. Estos resultados indican que es necesaria una atención preferente a los tratamientos de desinfección.

Por último, en la tabla V, donde se indican los contenidos en cloro residual, podemos observar que, en lo que respecta al cloro residual libre, normalmente no se alcanza la concentración recomendable de 0,2 ppm, si bien la medida se ha realizado a la salida de la depuración, siendo práctica frecuente en estas pequeñas estaciones depuradoras la determinación y corrección de la concentración de cloro en el agua almacenada antes de su distribución.

Como conclusión final, queremos señalar que, puesto que el agua en la fuente de captación se ajusta a la reglamentación vigente en lo que respecta a sus caracteres físico-químicos, y considerando que un agua natural presenta un delicado equilibrio entre los distintos iones que contiene, es preferible alterar lo menos posible sus características, sobre todo al considerar que en este tipo de abastecimientos no existe personal técnico cualificado que determine los tratamientos adecuados y controle su eficacia. Por tanto, bastaría con realizar una filtración, que contribuye en parte a la corrección de la turbidez, y desinfección para la corrección de los caracteres microbiológicos y prevención de posibles contaminaciones en la red de distribución, con lo que se obtendría un considerable ahorro en los capítulos de reactivos, mantenimiento y personal.

RESUMEN

Se ha realizado un estudio de diversos parámetros físico-químicos y microbiológicos en el agua de captación y tratada de cuatro estaciones depuradoras de agua de consumo próximas a Granada, evaluándose las modificaciones ocurridas como consecuencia de los tratamientos.

RÉSUMÉ

On a fait une étude de diverses paramètres physico-chimiques et microbiologiques dans l'eau de captation et traitée, de quatre stations d'épuration d'eau de consommation proches à Granada, en évaluant les changements produits à consequence des traitements.

SUMMARY

A study of different physico-chemical and mycrobiological parametres has been made in the water before and after treatment in four water purification stations of water supply near Granada, evaluating the changements due to the treatments.

BIBLIOGRAFIA

MARTOS PADILLA, M.: «Comunicación personal», 1984.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: «Orden de 27 de julio de 1983 por la que se establecen métodos oficiales de análisis microbiológicos de aguas potables de consumo público», en *BOE* de 13 de agosto de 1983.

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO: «Orden de 31 de julio de 1979 por la que se establecen métodos oficiales de análisis de aceites y grasas, productos cárnicos, cereales y derivados, fertilizantes, productos fitosanitarios, productos lácteos, piensos, agua y productos derivados de la uva», en *BOE* de 29 de agosto de 1979.

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO: «Real Decreto 1423/1982, de 18 de junio, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria para el abastecimiento y control de calidad de las aguas potables de consumo público», en *BOE* de 29 de junio de 1982.

RODIER, J.: *L'analyse de l'eau*, Dunod, París, 1978.

Incidencia de infecciones tifo-paratíficas en Valencia, en relación con los niveles de depuración de las aguas de bebida y condiciones de saneamiento

AGUSTIN LLOPIS GONZALEZ, JOSE I. GONGALEZ ARRAEZ, MARIA DEL CARMEN SAIZ SANCHEZ, ANTONIO SABATER PONS y PEDRO CORTINA GREUS *

INTRODUCCION

Las infecciones tifo-paratíficas (ITP) constituyen el elemento más representativo del grupo de las infecciones entéricas como indicadores de una deficiente higiene ambiental, especialmente de saneamiento básico [1] [2] [3].

En un estudio anterior [4] nos referíamos a la evolución de la morbilidad por ITP en Valencia durante el período 1965-1974.

En el estudio por comarcas de la provincia destacaban las tasas de morbilidad de la zona de Játiva (La Costera), así como las comarcas que rodean a Valencia ciudad (L'Horta de Valencia). Asimismo, comparábamos las tasas de morbilidad por comarcas con la situación de saneamiento de las mismas, medida a través de los datos correspondientes a la calidad higiénica de los abastecimientos de aguas de bebida y a la disponibilidad y eficacia de sistemas de alejamiento y depuración de las aguas residuales.

Asimismo, en otro estudio [5] nos referíamos a las tasas de morbilidad por ITP en España desde 1934 a 1978, y estudiábamos con mayor detalle las tasas de mortalidad. Deducíamos que la morbilidad en España por ITP había pasado de un valor de 106,7 por 10⁵ habitantes en 1940 a 12,81 en 1981, resultando el descenso más acusado a partir de 1964 (cloración sistemática de las aguas de bebida). Las tasas de mortalidad específica por ITP pasaron, para el sexo masculino, de 496,4 por 10⁶ en 1901 a 0,49 en 1978*, y de 529,9 a 0,31, para el sexo femenino, respectivamente. Se observaba un cambio en el patrón de mortalidad por edades en ambos sexos, de modo que en el período 1934-1939 las tasas de menores de cuarenta años eran las más elevadas, en tanto que en el período 1971-1978 pasaron a ocupar los últimos lugares.

* Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina de Valencia.

Tratamos ahora de realizar una actualización de estos datos, especialmente en cuanto a la relación entre la incidencia de ITP y grado de saneamiento, con el fin de observar la evolución en el tiempo del problema.

Es evidente en la actualidad [6] [7] que las medidas más eficaces en la lucha contra las ITP consisten en mejorar la calidad higiénica de los abastecimientos de agua, los sistemas de alejamiento y depuración de aguas residuales y el control sanitario de alimentos de consumo en crudo (verduras y hortalizas, criaderos de moluscos en zonas posiblemente contaminadas, etcétera). así como las normas, especialmente de educación sanitaria, referentes a manipuladores de alimentos [8] [9].

En efecto, es bien conocido que la utilización de la profilaxis de disposición, esencialmente la aplicación de la vacuna antitifo-paratífica (TAB), tiene indicaciones limitadas y concretas, y ello a pesar de las mejoras obtenidas en la calidad de estas vacunas, especialmente mediante la utilización de la vacuna monovalente preparada con la cepa de *Salmonella typhi* Ty2V, conteniendo 10^9 - 10^{10} células/ml, inactivada por acetona y desecada [10] [11] [12] [13].

MATERIAL Y METODOS

Se han obtenido los datos de morbilidad de España y Valencia a partir de las publicaciones de la Dirección General de Salud Pública [14], así como de los Boletines Epidemiológicos Semanales de la Dirección General de Salud de Valencia [15], de los Boletines Municipales de Salud [16] y Memorias de la Delegación Territorial de Salud [17].

Los datos demográficos de referencia utilizados a nivel nacional han correspondido a los censos de la población española, publicados por el Instituto Nacional de Estadística [18], publicaciones del mencionado Instituto con el título «Evolución de la población española» [19], y para el cálculo de la población en años intercensales se ha utilizado una interpolación aritmética. En Valencia, hemos utilizado los datos demográficos procedentes de los padrones municipales.

En base a los datos anteriores, se calcularon las tasas de morbilidad [20] para España y Valencia en el período en estudio.

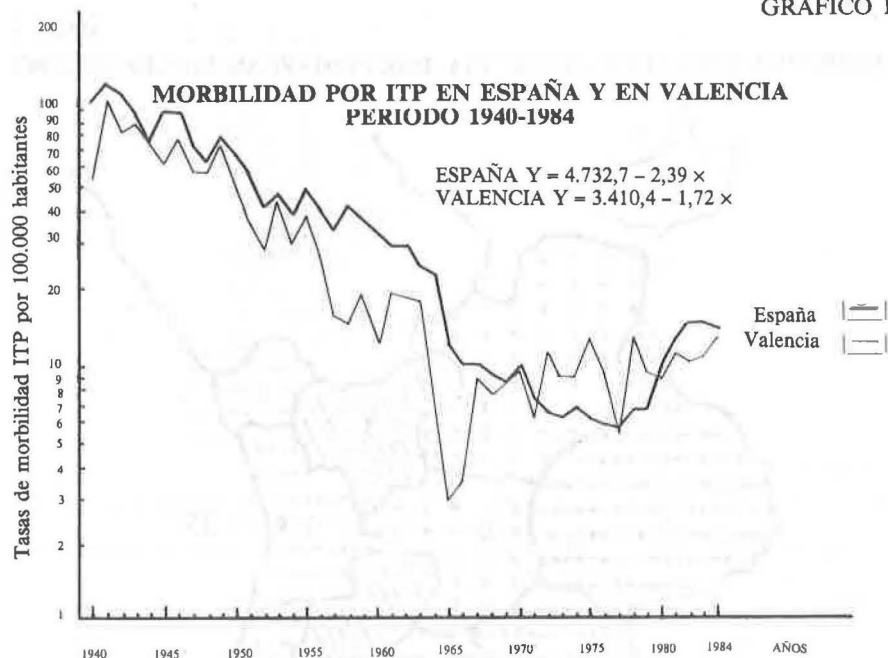
Los datos correspondientes a grado de saneamiento se han obtenido de diversas fuentes: informes de la Diputación Provincial de Valencia [21], informe FOESSA [22], de la encuesta de A. Prieto: «Fiebre tifoidea y saneamiento en España» [23].

RESULTADOS

En el gráfico 1, que estudia la evolución de las tasas de morbilidad por ITP en España y en Valencia, correspondientes al período 1940-1984, se observa que desde el comienzo del período estudiado hasta 1970 las tasas son

INFECCIONES TIFO-PARATÍFICAS EN VALENCIA

GRAFICO 1



inferiores en Valencia que en el conjunto nacional. Durante el decenio 1970-1980, fueron casi constantemente superiores en Valencia. Por el contrario, en el último quinquenio estudiado (1980-1984), las tasas son constantemente superiores en España.

Sin embargo, es de destacar que cuando se comparan las tasas correspondientes a los decenios 1965-1974 y 1975-1984, se observaba que, tanto en España como en Valencia, los valores correspondientes no han tendido a disminuir: 8,69 para España en el decenio 1965-1974 (mediana = 9,05) y 9,63 en el decenio 1975-1984 (mediana = 8,37) y 7,56 para Valencia en 1965-1974 (mediana = 8,62) y 10,0 en 1975-1984 (mediana = 10,24).

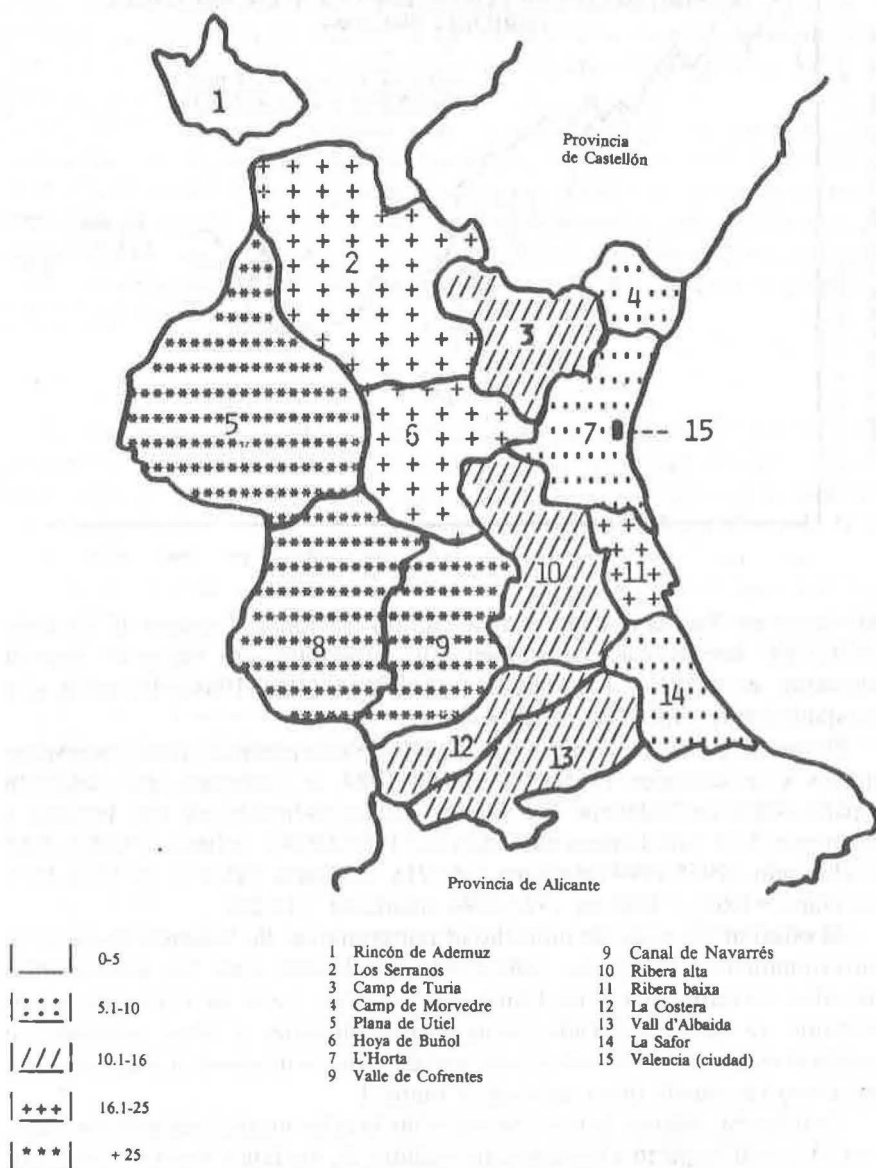
Al estudiar las tasas de morbilidad por comarcas de Valencia (cuadro 1), correspondientes al bienio 1982-1983, se observa que los valores más elevados corresponden a La Canal de Navarrés, Valle de Cofrentes y Los Serranos, ya que las elevadas tasas correspondientes a Utiel, teniendo en cuenta el escaso censo de población, son de difícil valoración. La distribución por comarcas puede observarse en el mapa 1.

Cuando estudiamos la relación entre las tasa de morbilidad por comarcas y su situación respecto a saneamiento (cuadro 2), medida a través de los datos

correspondientes a calidad y control de los abastecimientos de aguas de bebida y sistemas de alejamiento y depuración de aguas residuales, observamos que la existencia de red municipal de abastecimiento de agua es la regla general.

MAPA 1

MORBILIDAD POR ITP EN VALENCIA, POR COMARCAS. BIENIO 1982-1983



CUADRO 1
MORBILIDAD POR ITP EN VALENCIA, POR
COMARCAS, VALENCIA. BIENIO 1982-1983

Comarcas	Tasas
1 Rincón de Ademuz	-
2 Los Serranos	23,8
3 Camp de Turia	15,5
4 Camp de Morvedre	7,7
5 Plana de Utiel	40,0
6 Hoya de Buñol	20,0
7 L'Horta	8,2
8 Valle de Cofrentes	27,5
9 Canal de Navarrés	42,2
10 Ribera Alta	11,6
11 Ribera Baixa	16,9
12 La Costera	11,5
13 Vall d'Albaida	12,5
14 La Safor	6,2
15 Valencia (ciudad)	7,6
16 Total provincial	10,2

CUADRO 2
TASAS DE MORBILIDAD POR COMARCAS Y SU SITUACION RESPECTO A
SANEAMIENTO

Comarcas	Número de municipios	Instalaciones de cloración automática (Porcentaje)	Con sistemas de depuración residuales (Porcentaje)			Con alcantarillado (Porcentaje)	Tasas de morbilidad ITP (1982-1983)
			Fun- cionan	No fun- cionan	Total		
1 Rincón de Ademuz	7	-	-	-	-	100	-
2 Los Serranos ...	19	52,6	47,3	21,1	68,4	94,7	23,8
3 Camp de Turia	14	92,8	35,7	42,8	78,5	100	15,5
4 Camp de Morvedre	16	100	37,5	43,7	81,2	100	7,7
5 Plana de Utiel .	9	-	22,2	33,3	55,5	100	40,0
6 Hoya de Buñol	10	70	30,0	30,0	60,0	100	20,0
7 L'Horta	42	100	59,5	11,9	71,4	97,6	8,2
8 Valle de Cofrentes	6	33,3	83,3	16,7	100	100	27,5
9 Canal de Navarrés	8	75,0	37,5	25,0	62,5	100	42,2
10 Ribera Alta	35	80,0	28,6	31,4	60,0	100	11,6
11 Ribera Baixa ...	11	100	9,0	-	9,0	100	16,9
12 La Costera	19	100	31,5	26,3	57,8	100	11,5
13 Vall d'Albaida .	34	94,2	29,4	47,0	76,4	100	12,5
14 La Safor	31	80	67,7	19,3	87,0	100	6,2
15 Valencia (ciudad) (1)	1	100	100	-	100	100	7,6

(1) Una estación de depuración biológica (fangos activos), en Pinedo.

Respecto a la depuración química automática del agua de bebida, la situación ha mejorado sustancialmente respecto al estudio anterior [4].

En cuanto a la situación de vertido y depuración de las aguas residuales, la existencia de alcantarillado es prácticamente habitual, aunque en ocasiones no se extiende a la totalidad del municipio. También ha mejorado sustancialmente la situación en cuanto a la depuración de aguas residuales previa al vertido, aunque sigue habiendo escasez de instalaciones de depuración biológica de aguas residuales. En general, se puede observar que existe una relación inversa entre los porcentajes de disponibilidad de sistemas de depuración de aguas residuales en los municipios de las distintas Comarcas y los valores de las tasas de morbilidad por ITP.

DISCUSION

El cambio relativo en la tendencia de las tasas de morbilidad por ITP en España y en Valencia en los últimos cinco años, parece ser significativo. En efecto, la última actualización de la relación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) tuvo lugar en enero de 1982 («BOE» 15 de enero de 1982) y, por supuesto, no variaba en ningún sentido la obligatoriedad de declaración de las ITP, auténtico paradigma de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria.

No pensamos, por tanto, que puedan concretarse razones diferenciales en cuanto a la sistemática de declaración de enfermedades ni tampoco en cuanto a que pudieran haber influido artificialmente en esta evolución [4].

En cuanto a la relación de las tasas de morbilidad por ITP y calidad de abastecimiento de aguas y condiciones de saneamiento, parece ser evidente una relación de causa-efecto entre las mejoras conseguidas en este sentido y la disminución de las tasas de morbilidad en Valencia, como se ha advertido en diversos estudios y en distintas áreas geográficas [1] [3] [4] [5] [11].

Los resultados obtenidos indican que ha mejorado substancialmente en los últimos la situación en Valencia en cuanto a la incidencia de las ITP. Ello se advierte especialmente cuando se consideran las tasas de morbilidad en función de las mejoras conseguidas en cuanto a saneamiento, y muy especialmente en lo referente a potabilización y control higiénico-sanitario de las aguas de bebida de las distintas comarcas.

Sin embargo, las características de nuestra zona (abundancia de regadío y cultivos, etc.), hace que sea propensa a la endemia tifo-paratífica tradicional y obliga a extremar las medidas sanitarias en cuanto a: control sistemático de potabilidad de las aguas de bebida [6], mejora de los sistemas de alejamiento y depuración de las aguas residuales [7] (especialmente potenciando las instalaciones de sistemas de depuración biológica), que es uno de los problemas más difíciles de solucionar, y control sanitario de los alimentos, esencialmente vegetales de consumo en crudo, de tanta importancia en nuestra zona, y aplicación sistemática de las normas sanitarias señaladas de control de manipuladores de alimentos [8] [9].

RESUMEN

Se ha estudiado la evolución de las tasas de morbilidad por infecciones tifo-paratíficas en España y en Valencia, durante el período 1965-1984, observándose que, en los últimos años, la morbilidad en Valencia ha disminuido en comparación con el conjunto de España. Se ha estudiado, asimismo, las diferencias de morbilidad por esta causa en las distintas comarcas de Valencia, y especialmente la relación de las tasas de morbilidad con las condiciones de saneamiento, deduciéndose un progreso considerable en este sentido, aunque todavía hay deficiencias importantes, especialmente en cuanto a la instalación y funcionamiento de sistemas adecuados de depuración de aguas residuales.

R É S U M É

On a étudié l'évolution des taux de morbidité par infections typho-paratyphiques en Espagne et en Valencia, pendant le période 1965-1984, en observant que dans les dernières années, la morbidité à Valencia a diminué en rapport avec l'ensemble de l'Espagne. On a étudié, aussi, les différences de morbidité par ce cause dans les différentes regions de Valencia et spécialement la relations des taux de morbidité avec les conditions d'assainissement. On déduit un considerable progrès en ce sens, malgré il y a encore des defficiencies importantes, spécialement en relation avec l'installation et fonctionnement des systems adéquat d'épuration des eaux d'égouts.

SUMMARY

The evolution of the morbidity rates due to typho-parathyfoid fever in Spain and in Valencia during the period 1965-1984 has been studied finding that, in the last years, the morbidity in Valencia has been reduced comparing it with the whole of Spain. The differences of morbidity for this cause has been studied also in the region of Valencia and specially the relationship between the morbidity rates with the quality of sanitation, infering an important progress in this aspect, although there are still important deficiencias, specialy in relation with facilities and functioning of adequate systems of sewage dispossal.

BIBLIOGRAFIA

- [1] OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (1975): «Estudios y estrategias necesarias para disminuir la morbilidad y la mortalidad por infecciones entéricas». *Bol. Ofic. San. Panam.* Publicación científica número 302.
- [2] DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA: *Boletín Epidemiológico*. Publicación número 1377, 15-21 abril 1979.
- [3] ALCÁNTARA CHACÓN, F. (1978): «Tratamiento actual de la fiebre tifoidea». *Medicine*, 16; 1019-1026.
- [4] CORTINA GREUS, P. et al. (1978): «Estudio epidemiológico de la fiebre tifoidea en Valencia (1965-1974)». *Med. Esp.*, 77, 137-144.

- [5] SEGARRA CASTELLÓ, L. et al.: «Estudio epidemiológico de las infecciones tifo-paratíficas (ITP) en España». En prensa.
- [6] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1973): «Evolución de Programas de Higiene del medio». Serie de Informes Técnicos, núm. 528; Ginebra.
- [7] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1974): «Servicios públicos de evacuación de aguas residuales». Serie de Informes Técnicos, núm. 541; Ginebra.
- [8] RUIZ MERINO, J. (1969): «Control de manipuladores de alimentos». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 43, 93-103.
- [9] BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (1983): «Normas de control de manipuladores de alimentos».
- [10] PRATS, G. (1981): «Vacunación de la fiebre tifoidea». *Jano*, 491, 69-71.
- [11] CVJETANOVIC, B. et al. (1971): «Epidemiological model of typhoid fever and its use in the planning and evaluation of antityphoid immunization and sanitation programmes». *Bull. Wld. Hlth. Org.*, 45, 53-75.
- [12] GALAZKA, A. M. et al. (1984): «Indications et contre-indications des vaccins utilisés dans le programme élargé de vaccination». *Bull. Wld. Hlth. Org.*, 62, 517-526.
- [13] GERMANIER, R. (1977): «Situación actual de la inmunización contra la fiebre tifoidea». *Bol. Ofic. San. Panam.*, 37, 300-309.
- [14] DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA: *Boletines epidemiológicos semanales*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [15] DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE VALENCIA: *Boletines epidemiológicos de la Generalidad Valenciana*. Consejería de Sanidad y Consumo.
- [16] EXCMO. AYUNTAMIENTO DE VALENCIA: *Boletines municipales de Salud*.
- [17] DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE VALENCIA: *Memorias de la Dirección General de Salud de Valencia*.
- [18] SERIGÓ SEGARRA, A. (1972): «Ecosistema población-medio ambiente. Introducción a la demografía: Generalidades. Factores que intervienen en la estructura de la población». En: Serigó Segarra, A. *Medicina Preventiva y Social*. León; Ed. Everest, vol. I, 359-400.
- [19] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1980-1981): *Evolución de la población española para los períodos 1961-1978 y 1978-1995*. Madrid, INE.
- [20] PASCUA, M. (1974): *Metodología bioestadística*, 2.^a ed.; Madrid. Ed. Paz Montalvo, 627 páginas.
- [21] EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALENCIA (1982): *Informes de bases para la gestión de los residuos sólidos de las comarcas de la provincia de Valencia*. Valencia, Excma. Diputación Provincial, 18 vol.
- [22] FUNDACIÓN FOESSA (1983): *Informe sociológico sobre el cambio social en España 1975-1983*. IV Informe FOESSA, vol. II.
- [23] PRIETO, A. (1971): *Fiebre tifoidea y saneamiento en España*. Gabinete de estudios. Dirección General de Sanidad. Madrid.
- [24] FLEISS, J. L.: *Statistical methods for rates and proportions*. 2.^a ed.; New York. Ed. J. Wiley & Sons, 321 páginas.
- [25] LILIENFELD, A. M.; LILIENFELD, D. E.: *Fundamentos de Epidemiología*. 2.^a ed.; México. Ed. Fondo Educativo Interamericano, 341 páginas.

Fiebre tifoidea. Profilaxis y tratamiento

JUAN MARIA GONZALEZ LAHOZ * y JOSE MANUEL RIBERA CASADO **

INTRODUCCION

Se designa con el nombre de salmonelosis el conjunto de enfermedades del hombre y de los animales producidas por los diferentes micro-organismos del género *salmonella*.

Las *Enterobacteriaceae* son una amplia familia de bacilos Gram negativos que mediante una serie de pruebas bioquímicas elementales basadas en procesos metabólicos bacterianos y el contenido en guanina más citosina del DNA bacteriano se separan en cinco grandes grupos llamados tribus [1]. Las salmonellas están incluidas en el grupo de la *Escherichieae*, junto con la *Escherichia*, *Edwardsiella*, *Citrobacter* y *Shigella*. Las salmonellas mueren rápidamente por el calor en una hora a 55° y en quince-veinte minutos a 60°. A bajas temperaturas no mueren pero tampoco se multiplican, siendo la temperatura crítica alrededor de los 5°. La *Salmonella typhi* se diferencia claramente del resto de las salmonellas no solamente por su esquema antigénico, sino también por sus características bioquímicas [2] y poder patógeno.

La morbilidad de la fiebre tifoidea en España observa una tendencia creciente pasando de una tasa de 6,74 por 100.000 habitantes en 1978 [3], al 14,53 en 1983 [4]. Aunque la fiebre tifoidea está extendida por toda España, la mitad sur está mucho más afectada con una incidencia media superior al 21,74 en 1982 [3]. De todas maneras conviene resaltar que ésta elevación es difícil de valorar, porque en ella ha influido fundamentalmente, el mayor número de médicos que declararon por la inclusión de la notificación de ambulatorios y consultorios de INSALUD, en el sistema de vigilancia.

* Servicio de Medicina Interna-Infecciosa I. Hospital del Rey. Madrid.

** Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Centro: Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas (Hospital del Rey). Madrid. Servicio de Medicina Interna-Infecciosa I.

PROFILAXIS

Según Cujetanovic [5], un control efectivo de la fiebre tifoidea sólo puede lograrse con un aumento general de los niveles sanitarios, educativos y socio-económicos en un país determinado. En la «Reunión Mediterránea sobre Vigilancia y Lucha contra las Enfermedades Diarreicas Agudas», convocada por la oficina regional de la OMS para Europa, en Roma durante el mes de abril de 1980 [6], se consideró que el saneamiento del medio y la higiene personal, respaldados por la educación sanitaria, constituyen las medidas preventivas más eficaces; pero asimismo se reconoció que en ciertas circunstancias puede estar justificada la inmunización contra la fiebre tifoidea.

La profilaxis de la fiebre tifoidea se basa en tres pilares fundamentales: saneamiento del medio ambiente, control de portadores y vacunación.

Saneamiento ambiental. La disminución de casos de fiebre tifoidea guarda una íntima relación con el control y depuración de los abastecimientos de agua y alcantarillado, así como la vigilancia y control de algunos productos alimenticios, tales como la leche y moluscos, sin olvidar que es también necesaria la higiene personal del enfermo de tifoidea y de los familiares que conviven con él, para evitar la propagación de la enfermedad aunque sea en un círculo reducido.

Control de portadores. Los portadores plantean dos importantes problemas prácticos: a) búsqueda, y b) medidas de control.

a) Búsqueda. La búsqueda de portadores debe realizarse con fórmulas de poco costo y alto rendimiento. Siguiendo un orden de importancia, debería hacerse coprocultivo a: convalecientes, contactos familiares, contactos extra-familiares, manipuladores de alimentos, etc. Según Armijo Rojas [7] la frecuencia de coprocultivos positivos después de la fecha de los primeros síntomas y habiendo sido tratado el enfermo, es del 50 por 100 a las tres semanas; el 5 por 100 de once-trece semanas y del 3 por 100 a las veinte semanas. Para la mayoría de los autores el estado de portador crónico (aquellos que eliminan *Salmonella typhi* por las heces después de un año de pasar la enfermedad) está alrededor del 3 por 100 de los casos de fiebre tifoidea [8-11]. En nuestra experiencia en una revisión sobre 181 casos, a las tres semanas continuaban siendo positivos el 65 por 100; a las doce semanas solamente el 3 por 100 y como portador crónico sólo el 0,5 por 100 (datos pendientes de ser publicados).

b) Medidas de control. Las medidas de control son bastante elementales: 1.º El portador no deberá manipular alimentos (proponer cambio de profesión a manipuladores), 2.º Deberá dormir solo; 3.º En lo posible usar recipiente individual y efectuar desinfección de excretas con cualquier tipo de lejía comercial; 4.º Aseo personal de manos y zona ano-genital, y 5.º Control periódico de coprocultivo [7]. No considerando que ha desaparecido el estado de portador hasta tener tres coprocultivos seguidos negativos efectuados con intervalos de dos-cuatro semanas.

Vacunación. La vacuna antitífica parenteral consiste en una suspensión muerta de una sola cepa de *S.typhi* en suero salino tamponado generalmente a una concentración de 10^9 células bacterianas/ml [12]. Con anterioridad se había creído que las vacunas preparadas con cepas locales proporcionaban una mejor protección, no obstante se ha demostrado que se puede tener una protección desde buena a excelente con una vacuna preparada con la clásica cepa de laboratorio Ty2 [13-15]. Se administra en dos inyecciones subcutáneas de 0,5 ml (en niños de tres-siete años 0,25 ml) separadas por tres-cuatro semanas [12]. La revacunación se realiza cada tres años con la misma dosis. La administración intradérmica de la vacuna se reveló hace años efectiva para la dosis de refuerzo pero se discute su conveniencia para la inmunización primaria [16 y 17]. Se ha demostrado que la combinación de la vacuna antitífica-paratífica A y B no tiene objeto por las pequeñas cantidades de gérmenes paratíficos A y B que contiene [18].

La protección lograda por la vacuna antitífica parenteral oscila entre un bajo 50 por 100 en una explosión fulminante de fiebre tifoidea de origen hídrico [19] hasta un 90 por 100 en condiciones normales en que la enfermedad era esporádicamente endémica [20 y 21]. Los estudios realizados por Hornick [22] y Feldman [23] han demostrado que la inmunidad inducida por la vacuna es sólo protectora frente a pequeños inóculos infectados (10^5 bacterias) pero no confiere protección si la dosis es grande (10^9 bacterias). No está claro el modo en que las vacunas de gérmenes muertos producen sus efectos, parece haber una muy escasa correlación entre la protección frente a *S.typhi* y anticuerpos circulantes a sus antígenos O, H o Vi [24-27].

La vacuna antitífica oral fue desarrollada por Germanier [28] a partir de la cepa Ty2 la de *S.typhi* que es una doble mutante estable de la virulenta cepa Ty2 a la que le falta la enzima UDP-galactosa-4-epimerasa [29].

La estirpe mutante Ty2la ha sido evaluada como una vacuna viva atenuada en voluntarios humanos en dos grandes ensayos controlados llevados a cabo en Egipto y Chile [30]. Su índice de eficacia fue del 96 por 100 [31] y proporciona una elevada protección en una área endémica al menos durante tres años [30]. Ha sido demostrado claramente que la vacunación viva atenuada con la cepa Ty2la confiere una inmunidad más eficaz que la de vacuna muerta administrada parenteralmente [32].

Las indicaciones para el uso de la vacuna antitífica en los países desarrollados sólo serán para las personas que viajen a zonas de alto riesgo, mientras que en los países no desarrollados se deben elegir los grupos de población cuyo riesgo de exposición sea mayor: a) contactos de enfermos y convalecientes; b) profesionales relacionados con enfermos; c) población que vive en áreas sin saneamiento; d) otras profesiones directa o indirectamente expuestas (lavanderas, obreros de alcantarillado, etc.); e) población de quince-treinta años que vive o trabaja en áreas con tifoidea prevalente, y f) manipuladores de alimentos; la indicación se justifica porque la vacuna reduce la morbilidad y la incidencia de portadores [7].

TRATAMIENTO

Antes de la introducción del cloranfenicol, en 1948, por Woodward [33], el tratamiento de la fiebre tifoidea se basaba en mantener al paciente estable hasta que las defensas orgánicas consiguieran superar la infección. Hoy día, a pesar del uso del cloranfenicol y de otros antibióticos efectivos, sigue siendo importante no olvidar las medidas generales, sobre todo en los casos graves, en que se debe realizar una adecuada hidratación, combatir la fiebre de preferencia con medios físicos, evitar los alimentos que produzcan flatulencia y recurrir para el estreñimiento mejor a los enemas de limpieza que a los laxantes.

Quimioterapia. La *Salmonella* es *in vitro* sensible a diversos antibióticos: fosfomicina [34-36], azthreonan [37-39], mezlocilina, azlocilina y cefalosporinas [40 y 41]; sin embargo, pueden no tener ningún efecto *in vivo*. McKendrik [42], en un estudio sobre tratamiento con cefotaxima, incluye dos casos de fiebre tifoidea que, a pesar de que las cepas fueran muy sensibles *in vitro*, hubo que cambiar a los doce días el tratamiento al no observar mejoría clínica.

Cuatro son los agentes comúnmente usados en el tratamiento de la fiebre tifoidea: cloranfenicol, trimetoprim-sulfametoxazol, amoxicilina y ampicilina; sin embargo, con esta última se obtienen resultados inferiores que con los otros tres [43 y 44], por lo que su empleo no está justificado.

En las tablas I y II se pueden apreciar las ventajas e inconvenientes de cada uno de los tres fármacos más útiles en el tratamiento de la fiebre tifoidea, así como su dosificación. En lo que respecta al cloranfenicol, no todo el mundo admite que se deba bajar la dosificación una vez conseguida la apirexia, ya que ello puede favorecer la aparición de recidivas [45].

La amoxicilina sería el tratamiento de elección en los casos de embarazadas y lactantes, así como en los enfermos con historia de mielodepresión [46]. En los demás casos hay autores que obtienen mejores resultados con trimetoprim-sulfametoxazol [47-49]; otros, con amoxicilina [50-53], y alguno no encuentra diferencia entre amoxicilina y cloranfenicol [54]; sin embargo, para la mayoría, entre la que nos encontramos, el cloranfenicol sigue siendo el medicamento prioritario en el tratamiento de la fiebre tifoidea [55-62].

No conviene olvidar el problema de la resistencia de la *Salmonella typhi* al cloranfenicol, aunque no sea frecuente. Las primeras observaciones fueron efectuadas en 1950 en Inglaterra [63] y 1952 en Francia [64] y posteriormente en 1959 en Italia [65], no volviéndose a comunicar resistencias hasta 1972 en la grave epidemia de México [66-68] y en Kerala (sur de la India) [69]; en 1975, en Vietnam [70], y en 1980, en el sudeste de Asia [71]. En España se ha comunicado el aislamiento de una cepa de *Salmonella typhi* resistente al cloranfenicol en 1979 [72] y otra en 1981 [73]. Conviene también señalar que se han descrito casos de resistencias *in vivo*, a pesar de que *in vitro* la *Salmonella typhi* era sensible [74 y 75]. También se han descrito esporádica-

TABLA I

COMPARACION ENTRE CLORANFENICOL, TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL Y AMOXICILINA

	Cloranfenicol	Trimetoprim-sulfametoxazol	Amoxicilina
<i>Ventajas</i>	Absorción en tubo digestivo alto. Gran concentración en ganglios linfáticos.	Eficacia sobre la infección biliar. Bactericida.	Eficacia sobre la infección biliar. Uso en embarazadas y lactantes. Indicado en caso de hemopatías. Bactericida.
<i>Inconvenientes</i>	Ineficaz sobre la infección biliar. Depresión medular. No administración a lactantes y embarazadas. Existencia de cepas resistentes. Bacteriostático.	No administración a lactantes y embarazadas. Contraindicado en hemopatías. No aconsejable su uso en insuficiencia renal grave.	No existen preparados parenterales.

TABLA II

Agente farmacológico	Dosificación para adultos	Dosificación para niños	Duración Semanas
Cloranfenicol	40-60 mg/Kg/ día. Afebril. 30 mg/Kg/ día.	50-75 mg/Kg/ día.	2
Trimetoprim (TMP) + + sulfametoxazol (SMZ)	800 mg de SMZ + 160 mg de TMP/12 h.	SMZ: 20-40 mg/Kg/ día. TMP: 5-10 mg/Kg/ día.	2
Amoxicilina	75-100 mg/Kg día.	100 mg/Kg/ día.	2

mente casos de resistencia de la *Salmonella typhi* al trimetoprim-sulfametoxazol [73, 74, 76-78].

Corticoterapia. Solamente está indicada en las formas araxoadinámicas y en la reacción de Herxheimer en las raras ocasiones en que ésta se produce. La dosificación será de 30-75 miligramos por día de prednisona durante tres a cinco días, siempre asociada a la quimioterapia. También se ha usado la dexametasona intravenosa en dosis de tres miligramos por kilogramo en dosis de choque, seguido de un miligramo por kilogramos cada seis horas durante cuarenta y ocho horas, con buenos resultados [79].

Tratamiento de las complicaciones. Su incidencia ha disminuido notablemente desde el uso de la antibioterapia.

Enterorragia. Transfusiones sanguíneas hasta recuperar la tensión arterial y mejorar los valores de hematocrito. Dieta absoluta. Son aconsejables los anticolinérgicos y bolsa de hielo en abdomen.

Perforación abdominal. Tratamiento quirúrgico, salvo en los casos con gran afectación del estado general, en que se debe usar la antibioterapia y medidas restauradoras generales.

Recidiva. Se puede usar la misma pauta de tratamiento que en el primer brote de la enfermedad, a no ser que se encuentre una resistencia de la *Salmonella typhi* al antibiótico empleado.

Tratamiento de los portadores. Creemos que solamente en los portadores crónicos está justificado realizar tratamiento, ya que lo normal del enfermo que pasa una fiebre tifoidea es que deje de eliminar la *Salmonella typhi* espontáneamente antes del año.

El tratamiento de los portadores, por otra parte, no está definitivamente resuelto, habiéndose utilizado las siguientes pautas:

- Ampicilina, dos a cuatro gramos al día durante cuatro semanas por vía oral [80 y 81] con un 80 por 100 de efectividad. También por vía intravenosa, en dosis de ocho a 10 gramos al día durante tres semanas [82].
- Amoxicilina en combinación con probenacid, siendo más efectiva que la anterior, particularmente en pacientes con enfermedades del árbol biliar [83 y 84]. La dosis es de cuatro gramos al día por vía oral durante cuatro semanas.
- Trimetoprim-sulfametoxazol dosificado a dos comprimidos cada doce horas durante tres meses, consiguiendo un 80 por 100 de efectividad [85 y 86].

Cuando exista patología de la vía biliar, hay que proceder a la colecistectomía y al tratamiento antimicrobiano con preferencia amoxicilina, consiguiéndose un 90 por 100 de curaciones [11, 87 y 88].

Por último, para el tratamiento de los portadores urinarios, se emplean los mismos antibióticos. Hay que investigar en estos casos las anormalidades de las vías urinarias y/o la presencia de esquistosomas, debiéndose corregir las anormalidades y tratar la parasitosis.

RESUMEN

La mortalidad por fiebre tifoidea observa una tendencia creciente en España según los datos facilitados por el «Boletín Epidemiológico Semanal», afectando sobre todo a la mitad sur del país.

En este trabajo se hace una revisión del estado actual de la profilaxis y tratamiento de esta enfermedad.

En la profilaxis examinamos los tres pilares fundamentales: saneamiento ambiental, control de portadores y vacunación, tanto parenteral, como oral. En cuanto al tratamiento se examina, el específico de la enfermedad, el de las complicaciones y el de los portadores de *Salmonella typhi*.

R É S U M É

La mortalité par fièvre typhoïde montre une tendance croissante en Espagne selon les données fournies par le «Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire», affectant surtout la moitié sud du pays. Dans ce travail on fait une revision de l'état actuel de la prophylaxie et du traitement de cette maladie. Dans la prophylaxie nous étudions les trois piliers fondamentales: assainissement de l'ambiance, control des porteurs et vaccination, aussi parenterale que orale. En ce qui concerne le traitement on considère l'especifique de la maladie, ce des complication et ce des porteurs de *Salmonella typhi*.

S U M M A R Y

The mortality of typhoid fever shows an increasing tendency in Spain according to the data provided by the «Weekly Epidemiological Bulletin», affecting special the southern part of the country. In this paper the present condition of prophylaxis and treatment of this disease is reviewed. In relation to prophylaxis we consider the three fundamental pillars: environmental sanitation, control of carriers and vaccination both parental and oral. In relation with treatment, we consider: the specific treatment of the disease, that of its complications and that of the carriers of *Salmonella typhi*.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ROY, C.: «Papel de las enterobacteriaceas en la patología infecciosa actual». *Med. Clin.*, 1983; 81:442-449.
- [2] COWAN, S. T.: «Gramnegative facultatively anaerobic rods.» En Buchanan, RE et al. ed. *Bergey's manual of determinative bacteriology* (8.^a edición). Baltimore. The Williams and Wilkins Co, 1974; 290-383.
- [3] «Fiebre tifoidea y paratifoidea en España 1982». *Boletín Epidemiológico Semanal* (BES) núm. 1604, 35/1983.
- [4] «Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria nacional», año 1983. *BES* núm. 1621, 1-1984.
- [5] CUJETANOVIC, B.: «Epidemiology and control of water and food borne infections». En *Theory and practice of public health*. W. Hobson (dir) Oxford Univ. Press. Oxford, 1979.
- [6] «Las enfermedades diarreicas agudas en la cuenca del Mediterráneo». *Crónica de la OMS*, 1980; 34:387-388.
- [7] ARMIJO ROJAS, R.: «Enfermedades que se propagan por vía digestiva». En *Curso de Epidemiología*. Ed. Universidad de Chile. Santiago, 1964; 213-271.
- [8] PAPE, J. W.; WARREN, D. J. JR.: *Salmonella*. En Stein, J. H. *Medicina Interna*. Salvat Ed. Barcelona, 1983; 1438-1442.
- [9] DROBNIC, L.; SABALLS, P. VERDAQUER, A.: *Salmonellosis tifico-paratíficas*. *Medicine*, 1983; 48:3107-3117.
- [10] HORNICK, R. B.; «Fiebre tifoidea». En *Tratado de Enfermedades Infecciosas*. Paul D. Hoeprich. Salvat Ed. Barcelona, 1982; 564-571.
- [11] RUBIN, R. H., y WEINSTEIN, L.: «Salmonellosis». *Microbiologic, pathologic and clinical features*. Stratton Intercontinental Medical Book Corp. New York. 1977.

- [12] EDSALL, G.: «Inmunoprofilaxis de las enfermedades bacterianas». En *Clin. Inmunológica*, P. G. H. Gell; R. R. A. Coombs y P. J. Lachmann. Salvat Ed. Barcelona, 1980; 1059-1078.
- [13] CUJETANOVIC, B.; UEMERA, K.: «The present status of field and laboratory studies of typhoid and paratyphoid vaccines». *Bull. WHO.*, 1965; 32:29-36.
- [14] HEJFEC, L. B.; SALMIN, L. V.; LEJTMAN, M. Z. et al.: «A controlled field trial and laboratory study of live typhoid vaccines in the USSR». *Bull WHO*, 1966; 34:321-339.
- [15] ASHCROFT, M. T.; SINGH, B.; NICHOLSON, C. C.; RITCHIE, J. M.; SOBRYAN, E., y WILLIAMS, F.: «A seven-year field trial of two typhoid vaccines in Guyana». *Lancet*, 1967; 2:1056-1059.
- [16] LUIPPOLD, G. F.: «Typhoid vaccine studies. IX. Intracutaneous and subcutaneous vaccination for initial immunization». *Am J. Pub. Health*, 1944; 34:1151.
- [17] BARR, M.; SAYERS, M. H., y STAMM, W. P.: «Intradermal TABT vaccine for immunization against enteric». *Lancet*, 1959; 1:816.
- [18] HEJFEC, L. B.; LEVINA, L. A., KUZ MINOVA, M. L. et al.: «Controlled field trials of paratyphoid B vaccine and evaluation of the effectiveness of a single administration of typhoid vaccine». *Bull. WHO*, 1968; 38:907.
- [19] «Yugoslav Typhoid Commission». A controlled field trial of the effectiveness of a cetone-dried and inactivated and heat-phenol-inactivated typhoid vaccines in Yugoslavia. *Bull WHO*, 1964; 30:623.
- [20] ASHCROFT, M. T.; RITCHIE, J. M., y NICHOLSON, C. C.: «Controlled field trial in British Guyana school children of heat-killed-phenolized vaccines». *Am. J. Hyg.*, 1964; 79:196.
- [21] «Polish Typhoid Committee». Controlled field trials and laboratory studies on the effectiveness of typhoid vaccines in Poland, 1961-1964. *Bull WHO*. 1966, 34:211.
- [22] HORNICK, R. B., y WOODWARD, T. E.: «Appraisal of typhoid vaccines in experimentally infected human subjects». *Trans. Amer. Clin. Climat. Assoc.* 1967; 78:70-78.
- [23] FELDMAN, R. A.: «Typhoid and salmonellosis in Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine». New York, 1980.
- [24] BENENSON, A. S.: «Serological responses of man to typhoid vaccines». *Bull WHO*. 1964; 30:653-662.
- [25] HORNICK, R. B.; GREISMAN, S. E.; WOODWARD, T. E.; DU PONT, H. L.; DAWKINS, A. T., y SNYDER, M. J.: «Typhoid fever: pathogenesis and immunologic control» (parts 1 and 2). *N. Engl. J. Med.*, 1970; 283:686-691, 739-746.
- [26] WATSON, K. C.: «The relapse state in typhoid fever treated with chloranphenicol». *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 1957; 6:72-80.
- [27] SPAUN, J., y UEMERA, K.: «International reference preparations of typhoid vaccine. A report on International Collaborative Laboratory Studies». *Bull WHO* 1964, 31:761.
- [28] GERMANIER, R., y FURER, E.: «Isolation and characterisation of gal E mutant Ty 21a of *Salmonella typhi* a candidate strain for a live, oral typhoid vaccine». *J. Infect Dis.*, 1975; 131:553-558.
- [29] GILMAN, R. H.; HORNICK, R. B.; WOODWARD, W. E. et al.: «Evaluation of a UDP-glucose-4-epimeraseless mutant of *Salmonella typhi* as a live oral vaccine». *J. Infect Dis.*, 1977; 136:717-723.

- [30] SUTTON, R. G. A., y MERMSON, M. H.: «Vacuna Ty2la oral para la tifoidea». *Lancet* (Ed. esp.), 1983; 3:76-77.
- [31] WAHDAN, M. H.; SERIE, C.; CEVISSIER, Y.; SALLAMS, S., y GERMANIER, R.: «A controlled field trial of live *Salmonella typhi* strain Ty2la oral vaccines against typhoid three-year results». *J. Infect. Dis.*, 1982; 145:292-295.
- [32] «Comité de Expertos de la OMS en patrones biológicos». Informe 34. Serie *Informes Técnicos* 700. 1984.
- [33] WOODWARD, T. E.; SMADEL, J. E., y LEY, H. L.: «Preliminary report on the beneficial effect of chloramycetin in the treatment of typhoid fever». *Ann Intern. Med.*, 1948; 29:131-134.
- [34] PIEDROLA ANGULO, G., y CUETO ESPINAR, A.: «Estudio de la sensibilidad de *Salmonella* spp. y *Shigella* spp. frente a fosfocina». *Inmunológica*, 1981; Ed. especial:24-26.
- [35] PEREA, E. J.; TORRES, M. A., y BOROBIO, M. V.: «Synergism of Fosfomycin-ampicillin and fosfomycin-Chloranphenicol against *Salmonella* and *Shigella*». *Antimicrob. Ag. Chemother*, 1978; 13:705-709.
- [36] NEUMAN, M., y FLUTEAU, G.: «The "in vitro" and "in vivo" activity of the association fosfomicin-amoxicillin in the treatment of systemic salmonella infections in man». *Drugs exptl. clin. res.*, 1980; 6:297-304.
- [37] ROY, C.; FOZ, A.; SEGURA, C.; REIG, R.; HERMIDA, M., y TEIXELL, M.: «Estabilidad del aztreonam frente a las betalactamasas de las enterobacterias». *Med. Clin.*, 1984; 82:145-148.
- [38] LANDÍNEZ, R. J.; GARCÍA CASTRO, M. A.; COLADAS, N.; BRATOS, M. A.; KASTANO, N., y ALVAREZ ALONSO, E.: «Actividad "in vitro" del azthreonam sobre bacterias gram negativas». *Med. Clin.*, 1984; 82:106-109.
- [39] FOZ, A.; ROY, C.; SEGURA, C.; TIRADO, M.; REIG, R.; SEGURA, P.; TERUEL, D., y HERMIDA, M.: «Estudio de la eficacia del azthreonam (un antibiótico monolactámico) frente a enterobacteriáceas ampicilin-resistentes y pseudomonas». *Enf. Infecc.*, 1983; 1:60-65.
- [40] ROY, C.; PELLICER, M. T.; SEGURA, C., y FOZ, A.: «Sensibilidad de las salmonellas a cuatro antibióticos "clásicos" y a siete nuevos antibióticos betalactámicos». *Med. Clin.*, 1980; 75:327-330.
- [41] BETRÍN, C. F.; DE LA TORRE, O.; LÓPEZ, y RODRÍGUEZ ARIAL, C.: «Estudio "in vitro" de la sensibilidad de cepas de salmonellas frente a seis antibióticos». *Inmunologica*, 1982; 3:266-270.
- [42] MCKENDRICK, M. W.; GEDDES, A. M.; WISE, R., y BAX, R.: «Cefotaxime in septicaemia including typhoid fever». *J. Antimicrob. Chemother*, 1980; 6 Suppl A:227-281.
- [43] SANDERS, W. L.: «Treatment of typhoid fever, comparative trial of ampicillin of chloranphenicol». *Brit. Med. J.*, 1965; 2:1226.
- [44] PATEL, K. M.: «Ampicillin in typhoid fever». *Brit. Med. J.*, 1964; 1:907.
- [45] ALCÁNTARA CHACÓN, F.: «Salmonelosis gastroenteríticas y tifoparáticas». En *Patología Infecciosa Básica*. A. Foz; L. Drobniel, y F. Gudiol. Idepsa Ed., 1981. 123-136.
- [46] AFIFI, A. M.; ADNAN, M., y EL GARF, A.: «Amoxycillin in treatment of typhoid fever in patients with haematological contraindications to chloramphenicol». *Brit. Med. J.*, 1976; 2:1033.

- [47] AKINKUGBE, O. O.; LEWIS, E. A.; MONTEFIORE, D., y OKUBADEJO, O. A.: «Trimethoprim and sulphamethoxazole in typhoid». *Brit. Med. J.*, 1968; 3:721.
- [48] KAMAT, S. A.: «Evaluation of therapeutic efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole and chloramphenicol in enteric fever». *Brit. Med. J.*, 1970; 3:320.
- [49] GÓMEZ FERRERA, M. L.: «Therapeutic essay on typhoid fever cotrimoxazole versus chloramphenicol». Abstracts I Mediterranean Congress of Chemoterapy, 1978; 27.
- [50] SCRAGG, J. N.: Further experience with amoxycillin in typhoid fever. *Brit. Med. J.* 1976; 2:1031.
- [51] SCRAGG, J. N., y RUBRIDGE, C. J.: «Amoxycillin in the treatment of typhoid fever in children». *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 1975; 24:860.
- [52] PILLAY, N.; ADAMS, E. B., y NORTHCOMBES, D.: «Comparative trial of amoxycillin and chloramphenicol in treatment of typhoid fever in adults». *Lancet*, 1975; 2:333-334.
- [53] GILMAN, R. H.; TERMINEL, M.; LEVINE, M. M. et al.: «Comparision of trimethoprimsulphamethoxazole and amoxycillin in therapy of chloramphenicol resistant and chloramphenicol-sensitive typhoid fever». *J. Infect. Dis.*, 1975; 132:630.
- [54] PAHISSA, A.; PIGRAN, C.; GUARDIA, J.; BACARDI, R.; PLANES, A., y JUSTE, C.: «Evaluación de la eficacia del cloranfenicol y de la amoxicilina en el tratamiento de la fiebre tifoidea». *Med. Clin.*, 1984; 82:572-574.
- [55] FOOTE, S. C., y HOOK, E. W.: *Salmonella* species, en Mandell, G. L.; Douglas, R. G.; Bennett, J. E. Ed. «Principles and practice of infectious diseases», New York. John Wiley, 1979; 1730-1750.
- [56] SNYDER, M. J.; PERRONI, J.; GONZÁLEZ, O., et al.: «Trimethoprim sulphamethoxazole in treatment of typhoid and paratyphoid fevers». *J. Infects. Dis.*, 1973; 128:734.
- [57] SNYDER, M. J.; GONZÁLEZ, O.; PALOMINA, C.; HORNICK, R. B. et al.: «Comparative efficacy of chloranphenicol, ampicillin and cotrimoxazole in treatment of typhoid fever». *Lancet*, 1976; 2:1155-1157.
- [58] CONDE YAGÜE, R.; LAMELAS OLARÁN, J. A.; MELLADO POLLO, A. y cols.: «El problema de la fiebre tifoidea en nuestra región. A propósito de la observación de sesenta y cinco casos». *Rev. Clin. Esp.*, 1980; 158:267-270.
- [59] LURIE, I.; FELNER, S., y BURKE, M.: «The value of trimethoprim sulphamethoxazole in the treatment of salmonella infections». *Israel J. Med. Sci.*, 1974; 10:1420.
- [60] BOFILL, D.; ANGUIZ, A.; FORCADELL, I., y cols.: «Distinta sensibilidad "in vivo" de la s. typhi. Estudio comparativo entre tres pautas terapéuticas a propósito de 60 casos ». *Rev. Clín. Esp.*, 1980; 157:423-426.
- [61] PEREA, E. J., y CORRAL ARIAS, J. L.: «Salmonellosis», en Evelio J. Perea. *Enfermedades infecciosas*. Salvat Ed. Barcelona, 1983; 679-704.
- [62] RODRÍGUEZ LÓPEZ, I.; GÓMEZ PÉREZ, F.; CASAL IGLESIAS, L., y FERNÁNDEZ PÉREZ, R.: «Cotrimoxazol en el tratamiento de la fiebre tifoidea: evaluación de su eficacia comparativamente el cloranfenicol y amoxicilina». *Med. Clin.*, 1984. 83:693.
- [63] COLQUHONN, J., y WEETCH, R. S.: «Resistance to chloramphenicol developing during treatment of typhoid fever». *Lancet*. 1950; 2:621-623.
- [64] DULONG DE ROSNAY, CH., y DU PASQUIER, P.: «Resistance "in vitro" a la chloramycetine». *C. R. Soc. Biol.*, París, 1952; 146:1742-1746.

- [65] BRANCACCIO, G., y VINGIAMI, S.: «Sul un caso di febbre tifoide caratterizzato de CAF resistenza de ceppo di *S.typhi* responsabile della malattia». *Acta. Med. Ital. Ma. infett.*, 1959, 14:75-80.
- [66] ANDERSON, E. S.: «The problem and implications of chloramphenicol resistance in the typhoid bacillus». *J. Hyg.*, 1975; 74:1-11.
- [67] VÁZQUEZ, V.; CALDERÓN, E., y RODRÍGUEZ, R. S.: «Chloramphenicol-resistant strains of salmonella typhosa». *New. Engl. J. Med.*, 1972; 286:1220-1222.
- [68] OLARTE, J., y GALINDO, E.: «*Salmonella typhi* resistant to chloramphenicol, ampicillin and other antimicrobial agents: strains isolated during an extensive typhoid fever epidemic in Mexico». *Antimicrob. Ab. Chemother.*, 1973; 4:597.
- [69] PANIKER, C. J. K., y VIMALA, K. N.: «Transferable chloramphenicol resistance in *Salmonella typhi*». *Nature*, 1972; 239: 109-110.
- [70] BROWN, J. D.; MO, D. H., y RHOADES, E. R.: «Chloramphenicol resistant *Salmonella typhi* in Saigon». *J.A.M.A.*, 1975; 231:162.
- [71] HERZOG, C.: «New trends in the chemotherapy of typhoid fever». *Acta Tropica*, 1980; 37:275-280.
- [72] DÁMASO, D.; ORDEN, B.; ROYO, G., y cols.: «Aislamiento por coprocultivo de *S.typhi* multirresistente por uno o dos factores R en un enfermo con fiebre tifoidea causada por *S. typhi* sensible». VII Congreso Nacional de Microbiología. Cádiz, 1979.
- [73] ESPIGARES GARCÍA, M.; RODRÍGUEZ-CONTRERAS, R.; MARISCAL LARRUBIA, A., y cols.: «Factores R en el género *Salmonella*». *Laboratorio*, 1982; 73:451-462.
- [74] DATTA, N.; RICHARDS, H.; DATTA, C.: «*Salmonella typhi* "in vivo" adquiere resistance to both chloramphenicol and co-trimoxazole». *Lancet*, 1981; 1:1181-1183.
- [75] LEHTONEN, O. P.; RUUKKANEN, O.; MERTSOLA, J.; HANNINEU, P.: «Resistencia al cloranfenicol en la *Salmonella typhi*». *Lancet*. (Ed. esp.), 1982; 1:466-467.
- [76] SCRAGG, J. N., y ENBIDGE, C. J.: «Trimethoprim and sulphamethoxazole in typhoid fever in children». *Brit. Med. J.*, 1971; 3:738.
- [77] WICKS, A. C. B., y STAMP, T. J.: «Trimethoprim-sulphamethoxazole in typhoid». *Brit. Med. J.*, 1970; 4-52.
- [78] JAGUES, P. H., y VAN DER HEYDE, J.: «Combination of trimethoprim and sulphamethoxazole in typhoid fever». *S. Afr. Med. J.*, 1972; 46:281.
- [79] HOFFMAN, S. L.; PUNJABI, N. H.; KUMALA, S., y cols.: «Reduction of mortality in chloramphenicol, treated severe typhoid fever by high dose dexamethasone». *N. Engl. J. Med.*, 1984; 310:82-88.
- [80] CHRISTIE, A. B.: «Treatment of typhoid carriers with ampicillin». *Brit. Med. J.*, 1964; 1:1609-1611.
- [81] PHILLIPS, W. E.: «Treatment of chronic typhoid carriers with ampicillin». *J.A.M.A.*, 1971; 217:913-915.
- [82] SCIOLI, C.; FIORENTINO, F., y SASSO, G.: «Treatment of *Salmonella typhi* carriers with intravenous ampicillin». *J. Infect. Dis.*, 1972; 125:170-173.
- [83] MUNNICH, D.; BEKESI, S.; LAKATOS, M.; BORDOVICS, E.: «Treatment of typhoid carriers with ampicillin and in combination with probenecid». *Chemotherapy*, 1974; 20:29-38.
- [84] NOLAN, C. M., y WHITE, P. C.: «Treatment of typhoid carriers with ampicillin. Correlates of success full therapy». *J.A.M.A.*, 1978; 239:2352-2354.

- [85] BROIDE, J.; MCQUEEN, I. A., y LIVINGSTONE, D.: «Effect of trimethoprim-sulphamethoxazole on typhoid and salmonella carriers». *Brit. Med. J.*, 1970; 3:318-319.
- [86] PICHLER, H.; KNOTHE, H.; SPITZY, K. H., y VIELKIND, G.: «Treatment of chronic carriers of *Salmonella typhi* and *Salmonella paratyphi B* with trimethoprim-sulphamethoxazole». *J. Infect. Dis.*, 1983; 128 (suppl.): 5743-5744.
- [87] DINBAR, A.; ALTMANN, G.; TULCINSKY, D. B.: «The treatment of chronic biliary salmonella carriers». *Am. J. Med.*, 1969; 47:236-242.
- [88] KAYE, D.; MERSELIS, J. G.; CONNOLLY, C. S., y HOOK, E. W.: «Treatment of chronic enteric carriers of salmonella typhosa with ampicillin». *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1967; 145: 429-435.

La neuropsiquiatría de zona dentro de la asistencia primaria actual: Una investigación con resultados críticos (I) *

JORGE L. TIZON ** y EDUARD SPAGNOLO ***

1. INTRODUCCION

Como hemos explicado en trabajos anteriores y es de todos conocido, las consultas de neuropsiquiatría de zona fueron, durante decenios, la única red de asistencia psiquiátrica ambulatoria a nivel del Estado español. Más recientemente, y en especial con los diversos momentos de la reforma política que desde la dictadura nos ha llevado a la democracia parlamentaria, se produjeron diversos planes e incluso intentos de crear redes provinciales de tipo ambulatorio. De ellas, la que probablemente ha adquirido más desarrollo y capacidad asistencial es la red de Centros de Asistencia Primaria en Salud Mental (CAPSM), desarrollada por la Diputación Provincial de Barcelona dentro de esta «provincia» catalana (Bassols y cols., 1979; Bosch y cols., 1980; Tizón, Bermejo y Garre, 1981; Díaz y cols., 1982; Aguirre y cols., 1982; Rendueles, 1982; Diputación de Barcelona, 1983; García-González, 1983; Muñoz y Calvé, 1983, y Tizón, 1983, b).

Sin embargo, la existencia de tales redes alternativas, por mucho mejor planteadas de origen e incluso realizadas que estuviesen –y en especial la de CAPSM–, no hizo disminuir la asistencia a las consultas de neuropsiquiatría de zona ni mejoró su desbarajuste asistencial y masificación en grados apreciables, al menos en las consultas de las que tenemos conocimiento. De hecho, los CAP se van especializando progresivamente –salvo reorientación futura– en proporcionar una asistencia mucho más completa a pacientes graves, internables o con riesgo de serlo, psicóticos en su mayoría (Pérez-Sánchez, 1983). Y una asistencia de calidad implica horas, máxime con el intento de las diputaciones de concentrar los mayores esfuerzos en evitar internamientos en los pacientes que se considera susceptibles o propensos (?).

* Con la colaboración en la recogida de datos de Poly Galeote, psicólogo (†); Rosa Plans, ATS, y Nuria Pellegrero, asistente social.

** Neuropsiquiatra de zona del Institut Català de la Salut.

*** Ayuntamiento de Barcelona, Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria.

Términos clave: Neuropsiquiatría de Zona, Atención Primaria, Asistencia Primaria, Especialidades médicas, Asistencia Psiquiátrica, Asistencia Psicosocial, Salud Mental, Frecuentación, Incidencia, Prevalencia, Cronificación, Medicalización, Cronificación medicalizada.

La consecuencia de dichos elementos es que los seis CAPSM de la ciudad de Barcelona recibieron en diez meses, durante 1983, 1.722 pacientes nuevos, mientras que en ese mismo curso nuestra estimación colocaba la frecuentación en las 63 consultas de neuropsiquiatría de la provincia de Barcelona entre 498.960 y 665.280, lo que nos da una tasa de frecuentación para la población asegurada en 1980 del 13-18 por 100 anual (Belenes y cols., 1980).

Resulta fácil entender el tipo de asistencia que en tales dispositivos puede ofrecerse a esa ingente cantidad de consultantes, máxime si tenemos en cuenta los datos organizativos que vienen expuestos, por ejemplo, en Belenes y colaboradores (1980), Bravo y colaboradores (1979); Tizón, Bermejo y Garre (1981, a y b), y Tizón, Díaz y Marcos (1983, a y b).

La consulta que vamos a investigar «atiende» una «zona» de Barcelona, ciudad en la que se conjugan un núcleo urbano de gran raigambre poblacional con una fuerte migración de la segunda ola migratoria: los años veinte (Termes, 1983), y además una barriada de migración masiva y «de aluvión» sumamente desprotegida (Buen Pastor). Además, tiene adscritos cinco cupos de médicos de empresa de dos empresas públicas. Por otro lado, los porcentajes de parados son, según estimaciones propias, similares a los medios en Barcelona capital, salvo en la barriada antedicha del Buen Pastor. La consulta tenía veintiún años de antigüedad desde su creación. Durante esos años habían trabajado en ella numerosos psiquiatras diferentes. Meses antes del traslado, la cifra de consultantes, según comentario unánime entre el personal «auxiliar» (el único mínimamente estable en la institución), frecuentemente ascendía a 60-90 consultantes por día. Dos meses antes, el profesional que desempeñaba la plaza como interino había intentado limitar la asistencia a 40 pacientes por día (dos horas), siempre con grandes problemas.

A pesar de la buena disposición de tal profesional y de la mejora que, evidentemente, supuso su aportación, a nuestro entender no es posible no ya atender, sino tan sólo *no dañar*, a los pacientes y no provocar un *enorme despilfarro* antisanitario visitando ese número de pacientes en dos horas. Para ello se necesitaría poder discriminar mínimamente qué pacientes y en qué momento necesitan una ayuda de más de un minuto (todos, claro) y cuáles hay que ver con algo más de detenimiento, al menos para no hacerles un daño inevitable o facilitar el que, por nuestra inadvertencia, se lo produzcan a sí mismos o a los demás. Por ello, uno de los firmantes de este trabajo comenzó a aplicar en Sant Martí el mismo sistema de limitación de visitas que ya anteriormente, siguiendo a otros compañeros, había aplicado en otra consulta masificada de Sabadell. Tal sistema viene ampliamente descrito en Tizón, Bermejo y Garre (1981, a y b) y en Tizón, Díaz y Marcos (1983, a y b). Esquemáticamente, consiste en citar un máximo de 10 pacientes por día (dos horas) y, con la colaboración de la enfermera y demás personal auxiliar (que adquiere una importancia máxima en cualquier transformación de la asistencia primaria y, por ejemplo, en ésta), poner a punto una organización en la

que las diversas peticiones más burocráticas (continuación de tratamientos, petición de exploraciones complementarias, certificados, análisis, informes, etc.) puedan ser solventados o, cuando menos, filtrados por la ATS de la consulta y el servicio de acogida.

Pues bien, este sistema, que había podido ser implantado sin grandes problemas en un ambulatorio tan masificado como el de Sabadell (como en los de Mollet, Martorell y Santa Coloma...), incluso sin el apoyo de algún director, se encontró con grandes dificultades en Sant Martí, a pesar del amplio apoyo ofrecido por el director y jefes de personal del ambulatorio, así como el propio «personal auxiliar».

Tales dificultades inesperadas no partían de la amplia y generalizada incredulidad de todo el personal en cuanto a la posibilidad de que tal intento saliese adelante (a pesar de lo cual, salvo momentos excepcionales, todo el personal apoyó el intento de una forma o de otra). Más bien partían del enorme volumen de peticiones de asistencia y del enorme volumen de peticiones de visita *urgente* (seis-ocho diarias, la mayoría difícilmente justificables desde un punto de vista médico o psiquiátrico como tales). Posiblemente, este enorme número de *urgencias* era la forma con la cual algunos de los sobrecargados médicos de la zona respondieron a tales intentos de cambio, por la razón evidente y clara de que, durante un cierto período, eso significaría un agravamiento de las presiones asistenciales en su consulta. Y presiones provenientes, además, de un tipo de pacientes para el cual probablemente nadie preparó a esos médicos de cabecera, pediatras o especialistas a saberlos atender o *contener* (Winnicott, 1965).

Resultados concretos y dolorosos cotidianos que observábamos con gran preocupación eran el alargamiento de las listas de espera hasta los tres meses, la imposibilidad física de atender las *urgencias*, el peligro de confundir urgencias (minoría) y pseudourgencias (mayoría), los peligros de suicidio en los pacientes deprimidos —peligros mayores aún sin el cambio asistencial, pero más angustiantes ahora, porque conocíamos algo a los pacientes—; la frustración de tener que seguir recetando durante meses, hasta la primera o segunda visitas del paciente, tratamientos medicamentosos de dudosa eficacia y en muchos casos sobre una base de adicción del paciente; la imposibilidad de revisión de los tratamientos a corto plazo y de citar a los pacientes para volverlos a ver antes de tres meses..., y, sobre todo, los frecuentes y graves altercados en la sala de espera.

¿Cómo podía suceder todo eso si en los lugares anteriores no habían ocurrido experiencias tan traumáticas? Y, sobre todo, ¿qué futuro nos esperaba si tal situación proseguía?

A tales preguntas intentamos respondernos mediante una serie de reflexiones autocríticas de nuestra propia práctica, por un lado. Por otro, se nos hizo evidente que se imponía la búsqueda de algún sistema que nos permitiera predecir el porqué de esa avalancha de pacientes y, en especial, hacernos una idea de cuál iba a ser nuestro futuro, sobre todo si tenemos en cuenta que a

TABLA 1

**CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS CONSULTAS
DE NEUROPSIQUIATRIA DE ZONA, SEGUN INVESTIGACIONES
ANTERIORES ***

Poblaciones «asistidas» por cada neuropsiquiatra	40.000-90.000 personas (coeficiente: 2).
Poblaciones «asistidas» en dos horas (frecuentación diaria)	15-100 personas.
Frecuentación diaria en las zonas de inmigración asalariada a Cataluña:	
- Si no existe limitación de visitas	60-80 personas.
- Si existe limitación de visitas	37-45 personas.
- Incidencia anual por consulta (máximo computado: cuatro años y medio)	2-3 por 100 (1.000-2.000 nuevos pacientes al año).
Consultantes en veintiún años (Sant Martí, Barcelona).	11.473 personas.
- Prevalencia	16,39 por 100.
Consultantes en cuatro años (Sabadell)	4.500 personas.
- Prevalencia	6,4 por 100.
Problemas de adicción a drogas legales	30-50 por 100 de los consultantes.
Consumo de anticonvulsivantes (totales)	20-50 por 100 de los consultantes.
Consumo de anticonvulsivantes en niños menores de catorce años	80 por 100 de los consultantes.
Pacientes «realmente» neurológicos	6-12 por 100 de los consultantes.
Pacientes que consultan a los 400-499 neuropsiquiatras del Estado	3.000.000-6.000.000.
Pacientes «funcionales» crónicamente medicalizados en la medicina de cabecera del INSALUD (1978)	2.076.000.
<i>Exploraciones:</i>	
- Despilfarro «antisano» por consulta de neuropsiquiatría de zona al año (exploraciones reiteradas innecesarias, polimedicación, exploraciones «reaseguradoras»)	12.000.000 de pesetas al año (mínimo).
- Despilfarro «antisano» por atención inadecuada a los «pacientes funcionales» de cada consulta de médico de cabecera del INSALUD (cálculos de 1978)	261.000 pesetas al mes (3.000.000 al año) por consulta.
- Conjunto de consultas de medicina general del Estado	86.108.000.000 de pesetas (1978).

* \Datos extractados de los trabajos que en la bibliografía aparecen con los números 32, 64, 73, 74, 75, 76, 80, 82, 83, 85 y 86.

los seis meses de haber tomado posesión de la plaza el número de primeras visitas efectuado sobrepasaba el millar y el número de visitantes que habían acudido algún día a la consulta pasaba ya de 6.000 visitas, sin que en la mayoría de los casos hubiésemos podido más que realizar sus certificados urgentes, proseguir tratamientos ya en marcha o solicitar apresurados controles electroencefalográficos. Además, como ya dijimos, las listas de espera se alargaban a los tres meses. Y eso a pesar de la colaboración desinteresada de la enfermera de la consulta y de una psicóloga y una asistente social, que acudían algunas horas por semana de forma totalmente voluntaria.

Dado el desastre asistencial de la primera línea del INS (hoy Institut Català de la Salut), del que esa consulta es una buena muestra, difícilmente podría pensarse en estudios de «epidemiología por fuentes directas». Además, la urgencia de nuestra necesidad no permitía las largas esperas que precisa la obtención de ayudas o becas necesarias para cualquier investigación de «epidemiología directa» (ayudas o becas cuya consecución en nuestro país es, por otro lado, harto dudosa). Por eso nos decidimos por la vía de la *epidemiología «a partir de fuentes secundarias»*, aprovechando una serie de ventajas de los archivos de nuestro ambulatorio.

2. MATERIAL Y METODOS

Con esta motivación inicial decidimos realizar una serie de estudios acerca de la frecuentación por especialidades en nuestro ambulatorio o Centre d'Assistència Primària. Para ello partimos de dos tipos distintos de fuentes de datos:

1. Las historias clínicas: Revisamos una muestra de 300 historias clínicas, seleccionadas aleatoriamente a partir del fichero común de especialidades del CAP.
2. Las hojas de control: Los «controles» de las diversas plantas, por deseo expreso del director, llevaban una medición exacta del número de visitas de cada médico actuante en el área, tanto especialista como pediatra o médico de cabecera.

La presente comunicación se centra en la exploración de la explotación de la primera fuente (historia clínica), aunque ocasionalmente citemos datos significativos de la otra.

Una vez seleccionadas las 300 historias clínicas con ayuda de una tabla de números aleatorios (Linder, 1959), se procedió a revisar sus diversos apartados, especialmente los concernientes a la visita psiquiátrica.

A quien conozca la práctica sanitaria habitual del INSALUD le resultará difícil creer que en dichas historias pueda encontrarse nada de valor. Por ello, hemos de explicar, al menos brevemente, la organización de los archivos del Ambulatorio de Especialidades de Sant Martí de Provençals de Barcelona.

En primer lugar, se trata de una archivo especial, ya que, al contrario de la mayoría de casos, está *centralizado*. Eso quiere decir que las historias clínicas de cada paciente constan de un sobre común en el que se engloban las diversas hojas de cada especialista. Los médicos de cabecera y pediatras que trabajan en la zona, desgraciadamente, o no llevan un sistema de notación o lo hacen mediante fichas en su propio consultorio, con lo que sus notas no constan en las historias clínicas. Ello podría sesgar la población de los archivos, al menos de entrada, pero no nos impedía hacernos una idea del porcentaje aproximado de pacientes tratados por los neuropsiquiatras a lo largo de los veintiún años de existencia de nuestro ambulatorio (1962-1983).

Naturalmente, las historias encontradas adolecían de todo tipo de defectos de forma y organización, pero, eso sí, en la mayoría se encontraba una fecha colocada con tampón perteneciente a cada visita del asegurado (muchas veces, sin ninguna anotación detrás; otras, ésta era ilegible o de escaso interés sanitario). También aparecía siempre un tampón indicando el nombre del médico. Contando con el conocimiento que el eficiente equipo de ficheros de la institución poseía sobre todos los especialistas que habían pasado en esos años por *la casa*, podría saberse a qué especialidad correspondía cada hoja, aunque en ella sólo figuran colecciones de fechas y el nombre del paciente y del médico. Como decimos, además, el equipo de ficheros del ambulatorio era sumamente eficiente en su manejo, y, por ejemplo, ya hacía años había puesto en marcha un sistema periódico de «pases a inactivo», mediante el cual, siguiendo las normas internacionales, las historias de pacientes que no habían acudido a ningún especialista en el ambulatorio en los cinco años anteriores eran pasadas a otro archivo diferente de «inactivos» y posteriormente destruidas. Todo el proceso de mantenimiento y organización de los ficheros había recibido un fuerte impulso por parte del anterior director del ambulatorio (doctor Raimon Belenes).

Un primer dato, no por esperado menos dramático (Belenes y cols., 1980; Bravo y cols., 1980; Tizón y cols., 1981 y 1983), fue la constatación del grado de anarquía y desinformación sanitaria con la que hoy trabajamos en asistencia sanitaria los especialistas del INSALUD. Como ya dijimos, eran numerosísimas las historias en las que no constaban datos tan relevantes como la edad del paciente, su dirección o teléfono, su estado civil, su profesión o procedencia, su diagnóstico (ni tan siquiera aproximado), la medicación recetada, el motivo de las bajas y altas, etc. Como ya hemos dicho, la mayoría de las notas consistían en una fecha impresa y, como mucho, un apresurado monosílabo detrás: «baja», «parte», «medicación», etcétera, es especial en algunas especialidades más masificadas.

Una segunda constatación inicial: resulta que, por los números de las cartillas asignados al único especialista de neuropsiquiatría de la pirámide, el número de personas aseguradas de la zona era de 70.000 (exactamente, 69.406 a primeros de 1984, si consideramos como coeficiente de beneficiarios por cartilla 1,00). Sin embargo, los números de archivo de las historias, rigurosa-

mente correlativos, superaban los 80.000. Ya que las duplicaciones eran prácticamente imposibles, eso significaba que *de una población teórica actual de 70.000 personas habían acudido a los especialistas de la zona 80.000*. Esta cifra obviaba uno de nuestros temores iniciales en cuanto a nuestra muestra: ya que La Verneda y Sant Martí son barrios de inmigración antigua y no sujetos a excesivos cambios, ese porcentaje de «excedentes» superaba con mucho de los cambios de domicilio o migraciones detectadas para tales barrios (tabla 2). Buen Pastor es un barrio sumamente marginado de Barcelona, donde se asienta una migración más reciente, más abigarrada, «cuasi marginal» en ocasiones, y en el que, por lo tanto, pueden haber existido más cambios de domicilio al exterior de nuestra zona sanitaria durante esos veintiún años. Sin embargo, teniendo en cuenta su población máxima para el período considerado (15.618 habitantes, datos del Padrón), creemos no andar descaminados al afirmar que, según estos datos, *casi todos los asegurados de la zona habían visitado en algún momento a alguno de los especialistas de las 12 ó 13 especialidades reseñadas en los archivos y en nuestro estudio*. Este es un dato epidemiológico y sanitario que, si se comprueba, por sí mismo resulta ya abrumador e indica claramente el desastre asistencial que durante años ha reinado en la asistencia primaria en nuestro país: la gran mayoría de los usuarios no sólo han visitado alguna vez al médico de cabecera o pediatra, sino que —y esto es, a nuestro entender, lo más grave— el médico de asistencia primaria los ha remitido *a casi todos* a alguna de las especialidades reseñadas (téngase en cuenta que, además, en nuestra estadística no están consideradas las especialidades de radiología o análisis y laboratorio, porque en ellas no se hace notación clínica en la historia). El dato posee, en sí mismo, una fuerza abrumadora y es difícilmente desechable por cualquier aproximación futura a la reforma de la asistencia, aunque, desde luego, nosotros pensamos que no son razones sanitarias tan sólo las que originan estos datos de tal situación.

En concreto, creemos que la migración masiva a la que se ha visto sometida una parte importante de los habitantes de estos barrios (44,6 por 100, ellos mismos; entre el 70 y el 80 por 100, en segunda generación), emigración además totalmente desasistida desde el punto de vista psicosocial, así como el progresivo desarrollo del paro adulto y el omnipresente paro juvenil de los mismos, floreciente ya hace un quinquenio, juegan un papel destacado en este desastre sanitario, sin que por ello haya que infravalorar el papel jugado por una asistencia sanitaria de primera línea sumamente degradada. [Bibliografía al respecto puede hallarse recopilada, por ejemplo, en trabajos anteriores de Tizón (1974; 1978, a y b), Belenes y cols. (1980), Tizón y cols. (1983); Tizón, Bermejo, Garre (1981, a y b), y Tizón, San José y cols. (1983).]

La tercera constatación es la de la existencia de correlaciones evidentes entre algunas consultas y, además, unas diferencias claras en cuanto a masificación entre unas y otras especialidades; diferencias que poco tienen

que ver con el coeficiente asignado a las mismas o el «grupo de especialidad» al que pertenecen. Por ello, decidimos ampliar el estudio, y de valorar únicamente los datos de la consulta de neuropsiquiatría hemos pasado a considerar los de todas las especialidades.

TABLA 2

**RESUMEN DE DATOS SOBRE LA POBLACION DE LA «ZONA»
ESTUDIADA: SANT MARTI DE PROVENÇALS-VERNEDA, BON
PASTOR, LA PAU ***

	Número	Porcentaje	Otros
<i>Población:</i>			
Total	88.476	100,0	
Hombres	43.596	49,3	
Mujeres	44.880	50,7	
<i>Procedencia:</i>			
Cataluña	49.006	55,4	El 88,1 por 100, de Barcelona capital.
Inmigrantes	39.470	44,6	
Andaluces	14.737	16,7	
Castellano-leoneses y extremeños.	10.872	12,3	
<i>Año de llegada de los inmigrantes:</i>			
Antes de 1941	4.279	4,8	El 20 por 100 vinieron 12-22 años antes del estudio.
De 1941 a 1950	5.368	6,1	
De 1951 a 1960	10.262	11,6	
De 1961 a 1965	9.216	10,4	
De 1966 a 1970	8.515	9,6	
De 1971 a 1975	4.310	4,9	
Después de 1975	2.836	3,2	
<i>Edades (criterio psicosocial):</i>			
De 0 a 14 años	21.942	24,8	
De 15 a 24 años	15.462	17,5	
De 25 a 44 años	22.386	25,3	
De 45 a 54 años	12.961	14,6	
De 55 a 64 años	9.044	10,2	
De 65 y más años	6.618	7,5	
No consta	63	0,1	
<i>Profesiones declaradas:</i>			
Directivos	1.155	3,3	
Profesiones liberales	221	0,6	
Técnicos superiores y similares	1.589	4,5	
Administrativos y vendedores	6.962	19,8	
Obreros	12.989	36,9	
No consta en el Padrón	10.855	30,8	

* Elaboración: Nuria Pellejero Ansó, AS, a partir de los datos del Padrón municipal de 1980, Instituto Municipal de Estadística.

Los datos estudiados han sido, pues, el número de la historia [escogido según la lista de números aleatorios de Linder (1959), utilizada según sus instrucciones], la fecha de la primera visita a esas especialidades, la edad en la que la realizó, el sexo, el lugar de nacimiento, la profesión, el número de visitas en neuropsiquiatría, la fecha de la primera visita a neuropsiquiatría y el número de visitas a las especialidades de cirugía, dermatología, digestología, endocrinología, ginecología, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, «pulmón y corazón», toxicología, traumatología y urología. Según hemos dicho y se muestra en las tablas adjuntas, en numerosas ocasiones no existía constancia gráfica de datos tan significativos como la edad (ni de la primera visita ni de ninguna), el sexo, y sólo ocasionalmente aparecieron el lugar de nacimiento o la profesión.

Este conjunto de datos se procesó, mediante ordenador, con el programa informático SPSS («Statistical Package for the Social Sciences») (Nie, 1975). El resultado ha sido un conjunto de tablas descriptivas y tablas cruzadas de 554 páginas, de las cuales sólo vamos a comentar en este trabajo las que tienen una relación directa con nuestro tema.

Asimismo, como una forma diferente de recoger los datos asistenciales de nuestro ambulatorio, y además como sistema de comprobación y aseguramiento de los datos surgidos de la búsqueda anterior, revisamos, con autorización del director del ambulatorio, todos los datos asistenciales recogidos sistemáticamente en el mismo referentes a números diarios de visitas por especialidades. Hemos de hacer constar que, también en este aspecto, nuestro ambulatorio era absolutamente excepcional, ya que tal estadística no se realizaba, al menos en la fecha en que nosotros recogimos los datos, según el típico «estadillo» que aleatoriamente la enfermera o auxiliar rellena «a ojo» a finales de mes, sino que ya se había instaurado hacía más de un año el sistema de recogida de datos a partir de los números concedidos a los asegurados en las diversas recepciones o «controles» del ambulatorio, por lo que la fiabilidad de tales datos es muy alta. Los únicos sesgos provienen del hecho de que tales datos fueron recogidos del año que va de abril de 1982 a mayo de 1983, y, a partir de septiembre de 1982, varias especialidades del ambulatorio, siguiendo el ejemplo de la neuropsiquiatría, comenzaron a programar sus visitas (tabla 3). En la mayoría de tales consultas, salvo excepciones como neuropsiquiatría, ello no ha representado una influencia excesiva. Sin embargo, para asegurar nuestros datos, hemos utilizado tanto las medias anuales como las obtenidas prescindiendo de los siete últimos meses, con lo cual tenemos los resultados más «puros» posibles. Como puede apreciarse en la tabla, las variaciones estacionales, con ser llamativas en algunos casos, no han sido lo suficientemente importantes como para que esta reducción del período estudiado sesgue de forma aparatosa los datos.

Otra precaución que introducimos para evitar sesgos —fácilmente realizable, al contar con un ordenador y un programa de procesamiento y estadístico

TABLA 3

**CARACTERISTICAS DE LA ASISTENCIA PROPORCIONADA POR EL CONJUNTO DE FACULTATIVOS DE LA «ZONA»
(SALVO RADIOLOGIA Y LABORATORIO) DURANTE UN AÑO**

AÑO Y MES ESPECIALIDAD	1982					PERIODO «SIN PROGRAMACION»		1982				1983			ANUALES	
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Totales	$\bar{X}$ - Ab.-Ag.	Sep- tiembre	Octu- bre	Noviem- bre	Diciem- bre	Enero	Febrero	Marzo	Totales	$\bar{X}$
Cirugía (3)	1.007	1.061	1.140	1.089	654	4.951	990	894	1.025	1.013	846	909	920	1.034	11.592	966
Odontología (2)	1.141	1.075	1.066	1.052	650	4.984	997	1.119	958	1.044	953	1.179	941	1.082	12.260	1.021
Otorrinolaringología (2)	1.173	1.138	1.129	1.196	734	5.770	1.074	1.208	1.080	1.077	1.094	1.014	947	1.116	12.906	1.075
Pulmón y corazón (2)	1.287	1.255	1.269	1.115	770	5.696	1.139	1.168	1.186	1.159	1.065	931	895	1.008	13.108	1.092
Traumatología (2)	2.035	2.521	2.418	1.172	1.456	9.602	1.920	1.991	1.682	1.837	1.834	1.728	1.726	2.003	23.273	1.939
Digestología (2)	1.374	1.302	1.302	1.179	693	5.850	1.170	1.216	1.390	1.365	1.440	1.298	1.256	1.457	15.272	1.272
Dermatología (1)	1.165	1.114	1.131	1.146	717	5.273	1.055	905	795	833	962	844	808	677	11.097	925
Ginecología (1)	490	600	616	632	380	2.718	544	560	604	609	598	550	560	421	6.620	551
Urología (1)	421	369	458	425	400	2.073	415	494	422	445	436	399	392	375	5.036	419
Neuropsiquiatría (1)	1.149	904	904	743	781	4.481	896	768	747	767	797	757	757	785	9.859	321
Endocrinología (1)	471	508	519	483	311	2.292	458	566	511	469	528	527	495	581	5.969	497
Tocología (3)	437	399	451	435	355	2.077	415	464	381	445	398	418	322	305	4.810	400
Oftalmología (2)	1.136	1.165	1.120	1.122	827	5.370	1.074	1.378	1.168	1.161	1.133	1.307	1.220	1.182	13.919	1.159
TOTALES (23)	13.556	13.411	13.523	11.989	8.171	60.737	12.321	12.731	11.948	12.224	12.084	11.861	10.682	13.208	145.721	12.151
Médicos de cabecera (29):																
Visitas	22.930	22.760	23.572	20.960	14.757	104.979	20.996	21.346	22.219	23.990	24.414	27.107	22.344	23.299	269.695	22.474
Domicilios	921	807	627	548	374	3.277	655	490	671	846	1.172	2.367	1.620	1.058	11.511	958
TOTALES	23.851	23.567	24.169	21.508	15.131	108.226	21.645	21.836	22.890	24.836	25.586	29.574	23.960	24.357	281.295	23.441
Pediatras (10):																
Visitas	2.960	3.238	3.333	2.290	1.393	13.214	2.643	2.615	3.177	3.816	3.341	3.193	2.385	2.611	34.348	2.862
Domicilios	276	330	373	169	90	1.238	248	396	210	300	305	402	344	301	3.496	291
TOTALES	3.236	3.568	3.706	2.459	1.483	14.452	2.890	3.011	3.387	4.116	3.646	3.595	2.727	2.911	37.845	3.153

Los números en cursiva indican máximos de frecuentación.

de gran potencia- consistió en realizar todas y cada una de las estadísticas aplicables a los años de los ficheros, también para un período en el cual la asistencia probablemente ha sido más homogénea desde el punto de vista de «sedimentación asistencial», situación social y asistencial general, etc. En ese sentido se realizaron las mismas operaciones para el período que va entre 1970 y 1979, ambos inclusive, y comparábamos cada dato del período global (1962-1983) con aquéllos. Sin embargo, sólo contadas veces hemos encontrado diferencias dignas de mención, por lo que no incluimos aquí las tablas o los datos concretos, salvo en esos casos dignos de mención. Es a este estudio al que hemos llamado *estudio del decenio*.

Las hipótesis con las que comenzamos el trabajo eran las siguientes:

1. La neuropsiquiatría de zona del INSALUD es una de las consultas que sufre una frecuentación mayor entre el conjunto de consultas de especialidades del INSALUD:

1.1 A la que acuden más número de pacientes de una población asegurada cualquiera (prevalencia).

1.2 A la que acuden más veces cada uno de ellos (frecuentación y tasa de frecuentación).

2. La submuestra de pacientes de tal consulta compone uno de los grupos asistenciales más cronificados de la población asistida:

2.1 Por la propia tendencia a la cronificación del trastorno psiquiátrico, agravada por la cronificación sobreañadida, dado el desastre del dispositivo global y psiquiátrico en particular.

2.2 Pero también el grupo más cronificado en el conjunto de la visita total a especialistas, lo cual nos daría un índice de lo que uno de nosotros (Tizón, 1978, a y b) ha llamado la *cronificación medicalizada*. Y hemos de aclarar que, a lo largo de todo el trabajo, definiremos por *medicalización* la tendencia a hacer susceptibles de tratamientos médico-biológicos todos los tipos de sufrimientos humanos, lo que conlleva una pérdida de la autonomía personal de los pacientes a favor del aparato sanitario-industrial.

3. La mala atención a estos pacientes repercute en una mala asistencia en el resto de las especialidades, en el ambulatorio global, en el conjunto de dispositivos sanitarios de la zona y en otras instituciones sanitarias de la ciudad, es especial en los servicios de urgencias de hospitales generales. Y esto es cierto tanto:

3.1 A nivel del aumento global de visitas en esos dispositivos no psiquiátricos ni psicosociales, pero en base a este tipo de pacientes.

3.2 A nivel del despilfarro de preocupaciones, sufrimientos, ansiedades y medios humanos, materiales y económicos que todo eso supone.

En este trabajo concreto no estudiaremos específicamente la subhipótesis 3.2, por considerarla mucho más cerca de la experiencia clínica de

cualquier equipo sanitario, de urgencias o de salud (mental). Por otro lado, para perfilar y afianzar nuestros datos, no sólo mostraremos sus agrupaciones a lo largo de los veintiún años de existencia del ambulatorio, sino que aprovecharemos el ordenador para realizar toda la estadística nuevamente con otro factor correctivo especialmente importante para aclarar los datos diacrónicos y de cronicidad: repetiremos gran parte de los datos globales, considerando únicamente las visitas realizadas, paciente por paciente, *desde la primera visita*, no a lo largo de esos veintiún años. De esta forma afinamos de forma importante la exactitud de dichos datos.

3. RESULTADOS COMENTADOS

3.1 Descripción de la muestra recogida por búsqueda aleatoria en los ficheros

Nos limitaremos a enunciar aquellos indicadores del grupo de «indicadores psicosociales» habitualmente recogidos en otros trabajos de investigación del propio equipo (Tizón y cols., 1978; Salamero y Tizón, 1983). Naturalmente, sólo mencionaremos los que nos ha sido posible rastrear en las historias, dado su amplio grado de incumplimentación.

Edad de la primera visita

Aunque pueda parecer raro que un especialista atienda a un paciente dos, tres o más veces en veintiún años y no haga constar la edad del paciente que le consulta, en la mayoría de las historias clínicas no constaba este dato (68 por 100). Entre las historias en las que constaba, el 28,1 por 100 corresponde a niños de menos de catorce años, y el 50,2 por 100, a personas de veintinueve o menos años. Ello nos vuelve a hacer pensar en la juventud de la muestra o, dicho de otra forma, en que la mayoría de los jóvenes de nuestros barrios ya han visitado a algún especialista del INSALUD... Esta «juventud de la muestra» hace pensar, por un lado, en el desastre asistencial ya citado y, a nuestro entender, se basa en una deficiente organización de la asistencia primaria. Pero, por otro lado, otra vía parcial de explicación haría pensar en la influencia de factores sociales, tales como la clase social de estos jóvenes y niños (*clase trabajadora* e indigentes), y en factores sociales, tales como la migración y su influencia sanitaria, ya estudiada en trabajos anteriores (Tizón, 1982; Tizón y San José, 1983; CIPP, 1984). De todas formas, estas inferencias han de ser relativizadas, ya que el hecho de que la edad conste más a menudo en las historias de niños y jóvenes bien puede deberse a que en los niños existe una mayor tendencia a tener en cuenta la edad en la clínica.

Año de la primera visita

En este caso, el mágico uso del tampón (a cargo de la enfermera) nos permite aproximarnos a la historia natural de nuestro ambulatorio: creado

en 1962, la curva de asistencia en primeras visitas subirá sobre todo desde 1972 (¿coincidiendo con la población y asentamiento de los barrios del Buen Pastor y «La Paz», creados para conmemorar los «veinticinco años de paz»?): 3 por 100, en 1972; 4 por 100, en 1973; 4,7 por 100, en 1974; 4,3 por 100, en 1975; 9,4 por 100, en 1976; 9,7 por 100, en 1978; 11 por 100, 1979..., con un acmé en 1980 (17,7 por 100). (Los porcentajes se refieren a las primeras visitas, repartidas a lo largo de los años.) A partir de 1980, nuestro ambulatorio de especialidades dejó de recibir tal invasión de *primeras visitas* y su afluencia descendió rápidamente, tal vez porque ya habían consultado en alguna ocasión a algún especialista la mayoría de los habitantes de los barrios de la zona, y sólo a algún niño nacido después le quedaba esa dudosa «oportunidad» (en el año 1981 acuden en primera visita sólo el 5 por 100 de las primeras visitas de los veintiún años). Tal vez también haya influido en ese descenso un posible reparto de cupos de cartillas, de forma tal que algunas pasaran a otras zonas sanitarias al tiempo que se igualaron los cupos de los médicos de cabecera, con la repercusión inmediata de una disminución del «envío automático» a los especialistas de zona.

Sexo

En nuestra muestra aparecen 133 hombres y 165 mujeres (en un caso, ni siquiera indirectamente, pudimos determinar el sexo, que específicamente no constaba en la tercera parte de las historias): 44,6 por 100 de hombres y 55,4 por 100 de mujeres. Teniendo en cuenta los datos demográficos barceloneses y de la zona (43.596-44.880), parece afirmarse que, como se ha podido observar en otros estudios de asistencia al INSALUD de poblaciones similares, las mujeres consultan más al médico, aunque estadísticamente este dato no llegue a ser significativo (próximo al 0,10 por 100 en este trabajo). Más adelante veremos cómo la distribución de edades de la primera consulta varía entre hombres y mujeres de forma llamativa.

Provincia de nacimiento

Dos de los barrios de la zona (Buen Pastor y La Pau) son barrios mayoritariamente habitados por inmigrantes, con mayoría de andaluces (16,7 por 100). En Sant Martí-Verneda existe un núcleo de adultos ya nacidos en Cataluña, aunque en la inmensa mayoría de los casos la generación anterior era inmigrante (murcianos y almerienses en gran parte). Sin embargo, y siendo este dato tan relevante para cualquier planteamiento asistencial, pues ya está sobradamente demostrado, incluso en nuestro país y en la asistencia pública, que la migración asalariada no protegida psicosocialmente da lugar a mayores consultas a servicios médicos y a un mayor número de afecciones psicológicas y somáticas (Friessen, 1975; Tizón, 1974 y 1978, a y b), a pesar

de ello, resulta que el dato de la provincia o lugar de nacimiento del consultante no figura en el 84,6 por 100 de las historias clínicas. Cuando figura, el 34 por 100 corresponde a autóctonos (16), y el 66 por 100, a inmigrantes. De estos inmigrantes, sin embargo, el reparto coincide bastante con el de los padrones estadísticos (tabla 2): 15 son andaluces; tres, aragoneses; cuatro, castellano-leoneses; tres, extremeños; cinco, murcianos...

Desgraciadamente, estos datos, que al compararlos con los datos provenientes del padrón podrían proporcionarnos interesantes aproximaciones sobre la influencia de la migración en los problemas sanitarios de esta población, poseen poca significación, dado el reducido número de personas al que se refieren. Por ello, hemos debido suspender provisionalmente todo un apartado del estudio centrado en ellos.

Profesión

Es otro indicador psicosocial y sanitario que tampoco figura en el 72,2 por 100 de las historias clínicas, lo cual, si eso supone que se atiende a pacientes sin conocer su profesión, puede indicar incluso una malpraxis generalizada justificada (sólo a medias) por la escasez de tiempo. Para colmo, cuando figura la profesión, ésta ha sido, en la mayoría de los casos, deducida por nosotros a partir de la edad de los consultantes: es lo que ha sucedido con los 45 estudiantes. De los 38 individuos restantes en los que consta, 17 se dedican

TABLA 4

DISTRIBUCION DE LA FRECUENTACION POR ESPECIALIDADES (Muestra 299, período 1962-1983)

Especialidad	PACIENTES		VISITAS		VISITAS POR PACIENTE (VEINTIÚN AÑOS)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Media	Desviación estándar
Neuropsiquiatría ...	49	16,39 ± 4,20	450	11,21 ± 0,98	9,18	13,43
Cirugía ...	88	29,43 ± 5,17	372	9,26 ± 0,90	4,23	4,79
Dermatología ...	123	41,14 ± 5,57	398	9,91 ± 0,92	3,24	5,58
Digestología ...	72	24,08 ± 4,85	317	7,89 ± 0,83	4,40	5,45
Endocrinología ...	41	13,71 ± 3,90	246	6,12 ± 0,74	6,00	7,93
Ginecología ...	38	12,71 ± 3,78	98	2,44 ± 0,48	2,58	2,34
Oftalmología ...	138	46,15 ± 5,65	345	8,69 ± 0,87	2,50	2,26
Otorrinolaringología ...	113	37,79 ± 5,50	397	9,89 ± 0,92	3,51	5,63
Pulmón y corazón ...	90	30,10 ± 5,20	337	8,39 ± 0,86	3,82	8,65
Tocología ...	5	1,67 ± 1,45	30	0,75 ± 0,27	6,00	4,00
Traumatología ...	135	45,15 ± 5,64	922	22,96 ± 1,30	6,83	11,50
Urología ...	43	14,38 ± 3,98	96	2,39 ± 0,47	2,23	3,40
TOTALES ...	299 (935)		4.008		13,43	21,29

TABLA 5

**CARACTERISTICAS DE LA FRECUENTACION EN LAS ESPECIALIDADES CONSIDERADAS EN DOS DE LOS ESTUDIOS
REALIZADOS A PARTIR DE LA MUESTRA DE FICHEROS**

Datos «brutos»	NPQ	CIR	DER	DIG	END	GIN	OFT	ORL	P-C	TOC	TRA	URO	Totales
Número de pacientes	49	88	123	72	41	38	138	113	90	5	135	43	299
Porcentaje de pacientes	16,39	29,43	41,14	24,08	13,41	12,71	46,15	37,79	30,10	1,67	45,15	14,38	100
Número de visitas	450	372	398	317	246	98	345	397	337	30	922	96	4.008
Porcentaje total de visitas .	11,21	9,26	9,91	7,89	6,12	2,44	8,69	9,89	8,39	0,75	22,96	2,39	100
$\bar{X}$ visitas/pacientes	9,18	4,23	3,24	4,40	6,00	2,58	2,50	3,51	3,82	6,00	6,83	2,23	13,43
D. S. visitas/pacientes	13,43	4,79	5,58	5,45	7,93	2,34	2,26	5,63	8,65	4,00	11,50	3,40	21,29
Porcentaje de una o dos visi- tas solamente	49,9	51	64,2	50	46,3	68,4	66,00	61,9	65,5	40	45,9	86,0	27,1
Número máximo de visitas ..	62	21	57	37	34	13	10	49	78	11	74	22	170

VISITAS AL AÑO DESDE LA PRIMERA

$\bar{X}$	3,13	1,25	1,31	1,35	1,52	1,00	1,09	1,37	1,66	1,25	1,78	1,09	2,57
D. S.	3,42	0,74	0,89	0,60	0,80	0,00	0,29	0,98	1,51	0,50	2,27	0,302	3,23
Porcentaje de una o dos visi- tas al año solamente	54,50	95	92,80	93,60	82,30	100	100	89,20	81,50	100	85,60	100	69,80
Número máximo	16	5	5	3	3	1	2	5	8	2	19	2	40

a «sus labores», ocho son pensionistas y 13 se reparten entre diversas ocupaciones laborales. Nuevamente consideramos poco significativos los estudios a partir de este dato, por lo que tampoco lo utilizaremos más adelante.

3.2 Frecuentación en las diversas especialidades (neuropsiquiatría incluida)

Viene reseñada, con diversos grados de aproximación, en las tablas 4 y 5. Para describir con algún dato más la consulta de «neuro», diremos que, en cuanto al año de la primera visita, la moda se sitúa en los años 1976 y 1979, tras un aumento gradual desde 1975: vinieron por primera vez el 8,2 por 100 del total de los consultantes a esta especialidad en 1975; el 10,2 por 100, en 1976; el 8 por 100, en 1977; el 8,2 por 100, en 1978; el 10,2 por 100, en 1979, etcétera.

Esta «distribución» hace pensar que el final del desarrollismo y el comienzo de la crisis económica deben de haber jugado un papel decisivo en tal distribución, aunque factores personales (del equipo tratante) y de organización asistencial no pueden ser descartados.

En las tablas que siguen no figuran los datos de la especialidad de odontología, porque se encontraron historias en un porcentaje tan escaso de casos (0,3 por 100), que hemos deducido que habitualmente en la asistencia odontológica no debía haberse usado la historia clínica de especialidades.

En cuanto a los índices de asistencia globales, diferentes tablas proporcionadas por el ordenador, que por falta de espacio no figuran en el presente artículo, nos hablan de la cronicidad de la consulta y la muestra: el 48,5 por 100 de la muestra consulta seis o más veces al conjunto de especialistas, el 24,4 por 100 (casi la cuarta parte) consulta 16 o más veces y el 11 por 100 consulta ¡30 o más veces a diversos especialistas! El problema es que resulta difícil determinar hasta dónde la cronificación y hasta dónde la medicalización son los factores fundamentales de tal resultado. Pero el resultado es en sí mismo bastante escandaloso: significa que son pacientes crónicos (o crónicamente medicalizados) el 24,4 por 100 de los de la zona (es decir, 16.435 personas), y, de entre aquéllos, «crónicos graves», el 11,4 por 100 de la zona (es decir, 7.912 personas).

3.3 Edad y sexo

Aunque los datos referentes a la edad se hallan relativizados por la escasa cumplimentación de la variable «edad de la primera visita», los comentaremos, porque, a pesar de ello, son ampliamente concordantes con nuestra experiencia clínica.

En cuanto a la edad en la que visitan por primera vez a un especialista, hombres y mujeres, como decíamos antes, difieren ($\bar{X}$ del total, 30,85; media

de hombres, 29,10; media de mujeres, 32,08; $P = 0,32$). Las tablas 6 y 7 muestran tales diferencias: es notable en los varones la punta de consultas entre los «cero» y ocho años (28,6 por 100 del total) y entre los «cero» y quince años (35 por 100 del total) comparada con la de las mujeres (15,1 y 24,3 por 100). Pensamos que, además de factores psicobiológicos propios de esta edad en este sexo, están jugando aquí un papel primordial factores psicosociales, tales como la mayor actividad motora, «intrusiva» según Erikson (1963), con su correlato de castigos, culpas, ansiedades, autocastigos y lesiones. Desde un punto de vista relacional (Tizón, 1982), las ansiedades de la triangulación fundamental de esta edad (el «complejo de Edipo») posiblemente se hallen en la base de tales repercusiones sanitarias, tal vez agravadas por problemas de falta de «contención» (Bion, 1963; Winnicott, 1965) radicados en la clase social, la migración, etc. (Tizón, Bermejo y Garre, 1981, a y b).

En el caso de las mujeres, esta punta es menos acusada, así como el conjunto de visitas infantiles (24,3 por 100 contra 35,7 por 100), lo cual vuelve a hablar, probablemente, de elementos psicobiológicos y, tal vez, psicosociales dignos de estudios pormenorizados, sobre todo si tenemos en cuenta que, como decíamos antes, en conjunto, las mujeres consultan más y más reiteradamente que los hombres. Y si la mayor afluencia no proviene de

TABLA 6

FRECIENTACION POR EDADES DE PRIMERA CONSULTA Y SEXO

Totales $\bar{X} = 30,8522$
Hombres $\bar{x} = 29,1071$
Mujeres $\bar{x} = 32,0840$

CONSULTA \ EDAD MODAL	Hombres	Signifi- cación	Mujeres	Signifi- cación
Neuropsiquiatría	41-55	0,65	26-40	0,26
Cirugía	41-55	0,16	41-55	0,94
Dermatología	26-40	0,99	26-55	0,19
Digestología	41-55	0,96	41-55	0,13
Endocrinología	41-55	0,37	26-55	0,34
Ginecología	—	—	16-25	0,21
Oftalmología **	41-55	0,009	41-55	0,04
Otorrinolaringología	26-55	0,12	26-55	0,61
Pulmón y corazón **	41-55	0,03	26-55	0,15
Tocología y obstetricia *	—	—	—	—
Traumatología	26-55	0,92	41-55	0,39
Urología	26-55	0,39	41-55	0,27
Conjunto de todas las especialidades conside- radas (12)	41-55	0,77	26-55	0,39

* Casos recogidos demasiado poco numerosos.

** Significativas.

TABLA 7

FRECUENTACIONES EN NEUROPSIQUIATRÍA Y EN EL CONJUNTO DE ESPECIALISTAS POR PIRAMIDE PSICOSOCIAL DE EDADES DE PRIMERA CONSULTA Y SEXO

	2 años y menos	3-8 años	9-15 años	16-25 años	26-40 años	41-55 años	56-64 años	> 65 años	Sign.
Hombres (porcentaje):									
Conjunto de especialistas	10,7	17,9	7,1	10,7	19,0	22,6	4,8	7,1	0,77
Neuropsiquiatría	*	11,1	*	27,8	5,6	38,9	11,1	5,6	0,65
Mujeres (porcentaje):									
Conjunto de especialistas	4,2	10,9	9,2	18,5	21,8	22,7	5,9	6,7	0,39
Neuropsiquiatría	3,8	7,7	7,7	7,7	34,6	26,9	11,5	*	0,26

* No se pueden calcular todos los datos por ser muy escaso el número.

la infancia, sino más bien al contrario, ¿qué edad proporciona esos resultados femeninos? La adolescencia y posadolescencia (18,5 por 100) y las edades medias de la vida (21,8 y 22,7 por 100). Estos datos, reiteradamente comprobados en estudios con muestras de trabajadores, inmigrantes o no, hace pensar claramente en los factores psicosociales a los que está sometida la mujer en nuestro tipo de sociedades y en su repercusión negativa sobre su autonomía personal a partir de la edad en la que tiene que asumir su papel de mujer (crisis de la adolescencia, emparejamientos estables, hijos...). Aunque, por otro lado, también hay que pensar (y en el caso de la consulta psicosocial y psiquiátrica es una hipótesis comprobable) que la mujer tiene más capacidad de pedir ayuda por vías directas o indirectas, profanas o profesionalizadas, y que, de no encontrar esa ayuda en su medio profano, la busca en el «sistema profesionalizado» con más insistencia y reiteración que el hombre.

De todas formas, un dato global sobre la edad a la que los individuos de nuestra muestra consultan a los especialistas es claro y preocupante: entre el 35 y el 24,3 por 100 lo hacen en edades infantiles o juveniles. No creemos que tal dato se repita en otros medios, en otros países o en otros circuitos asistenciales, por la que, si esto es así, tendríamos otro dato indicativo del «desastre asistencial» del actual INSALUD.

Edad y sexo en neuropsiquiatría

En el caso de la consulta de neuropsiquiatría, los grupos de edades que acuden por primera vez serían, ordenadamente, los siguientes: en primer lugar, el grupo de cuarenta y uno a cincuenta y cinco años; en segundo lugar acuden por primera vez a esta especialidad los pacientes de veintiséis a cuarenta años, y en tercer lugar, el grupo que abarca de los cincuenta y seis

a los sesenta y cuatro años (si se consideran conjuntamente ambos sexos). Ello es similar en el resto de las especialidades, con la salvedad de la consulta –aún más joven– en traumatología, y que los pacientes que consultan por primera vez entre los cincuenta y seis y los sesenta y cuatro años lo hacen en el 45 por 100 de casos en neuropsiquiatría. Del conjunto de las primeras visitas, distribuidas según la edad a la que se realizan, vuelven a repetirse iguales tendencias, aunque con una cierta inclinación de la curva hacia edades más juveniles. Si separamos los dos sexos (tablas no incluidas), en el caso de los hombres se mantiene la curva, salvo en especialidades como dermatología, donde aparece una clara punta máxima a los tres-ocho años; curva que, atenuada, torna a reaparecer en las primeras visitas al conjunto de los especialistas en esa misma edad, lo que nuevamente hace pensar en la influencia de las ansiedades paterno-filiales de la triangulación edípica y de sus intentos de somatización (otras hipótesis que hemos investigado, tales como la influencia de la migración, el traslado al barrio o la edad en relación con el desarrollismo y sus influencias a través de los padres, dadas las características sociológicas de la muestra –la tabla 2–, no parecen significativas) (tabla 7).

En el caso del sexo masculino llama la atención la concentración de las primeras visitas en el grupo de edades de cuarenta y uno a cincuenta y cinco años, lo que nos hace pensar en las ansiedades ligadas al conflicto *generatividad versus estancamiento* (Erikson, 1968), tan poco tenidas en cuenta habitualmente, y en el fracaso de otras pautas anteriores de defensa contra el *insight* y la captación de los propios conflictos; defensas tales como la negación más o menos omnipotente (por ejemplo, a través del trabajo y las capacidades intrusivas) o la disociación, la idealización, etc. (Tizón, 1982).

TABLA 8

PACIENTES VISITADOS ENTRE 1962 Y 1983
(Según muestra de ficheros)

Especialidad	MUESTRA		Estimación	Estimación media anual (según esta muestra)
	n	Porcentaje		
Neuropsiquiatría	49	16,39 ± 4,20	8.535 - 14.409	427 - 720
Cirugía	88	29,43 ± 5,17	16.986 - 24.218	849 - 1.211
Dermatología	123	41,14 ± 5,57	24.892 - 32.700	1.245 - 1.635
Digestología	72	24,08 ± 4,85	13.464 - 20.249	673 - 1.013
Endocrinología	41	13,71 ± 3,90	6.869 - 12.328	344 - 616
Ginecología	38	12,71 ± 3,78	6.254 - 11.539	313 - 577
Oftalmología	138	46,15 ± 5,65	28.352 - 36.263	1.418 - 1.813
ORL	113	37,79 ± 5,50	22.608 - 30.302	1.130 - 1.515
Pulmón y corazón	90	30,10 ± 5,20	17.431 - 24.710	872 - 1.236
Tocología	5	1,67 ± 1,45	153 - 2.188	8 - 109
Traumatología	135	45,15 ± 5,64	27.657 - 35.554	1.383 - 1.778
Urología	43	14,38 ± 3,98	7.283 - 12.851	364 - 643

TABLA 9

**FRECIENTACION ANUAL SEGUN LA EDAD DE LA PRIMERA CONSULTA
Y EL SEXO**

CONSULTA \ EDAD MODAL *	Hombres	Signifi- cación	Mujeres	Signifi- cación
Neuropsiquiatría	41-55	0,31	26-40	0,76
Cirugía	41-55	0,02	26-40 41-55	0,28
Dermatología	26-55	0,29	26-40	0,17
Digestología	41-55	0,89	41-55	0,16
Endocrinología	41-55	0,32	41-55	0,52
Ginecología	**	**	16-25	**
Oftalmología	41-55	**	26-40	0,78
Otorrinolaringología	26-55	0,04	26-40	0,09
Pulmón y corazón	41-55	0,02	41-55	**
Tocología y obstetricia	**	**	**	**
Traumatología	41-55	0,76	41-55	0,49
Urología	9-40	0,22	41-55	**
Frecuentación al conjunto de los 12 especia- listas	41-55	0,44	41-55	0,01

* Criterio psicosocial.

** El número no es suficiente para realizar los cálculos.

En el caso del sexo femenino, las dos edades que señalábamos como máximas en la muestra global son las que predominan abiertamente en nuestra consulta. Como ya vimos, en el caso de la consulta a neuropsiquiatría, la primera consulta en las mujeres tiende a darse ya en los veintiséis a cuarenta años (es la máxima punta de curva), mientras que en el resto de especialidades se reparte más entre los dos grupos de cuarenta y cinco a cincuenta y cinco y de veintiséis a cuarenta años, con un marcado aumento (con respecto a la muestra masculina y con respecto a los resultados globales) de las visitas a los dieciséis a veinticinco años. (Recordemos que, según nuestra experiencia clínica con estas pacientes en tales consultas, a esa edad sienten por primera vez los conflictos y desajustes de su propia situación de mujeres, de sus emparejamientos y de la acción desequilibrante de pautas de relación anómalas marcadas ya desde la infancia.)

3.4 Tasas de frecuentación y número de visitas según el año de la primera

En el caso de la consulta de neuropsiquiatría, los que consultaron por primera vez entre el año 1974 y el 1979 tienen más tendencia a consultar en el futuro, aunque tal diferencia no es estadísticamente significativa. Podría pensarse en la influencia de complejos factores dependientes de los neuropsiquiatras (o sustitutos) concretos encargados de la plaza, pero hay que pensar

también en la influencia del final del «desarrollismo económico-social» y el principio de la crisis económica en la consulta a esta especialidad (tabla 10).

En el resto de especialidades se da una tendencia similar: mayor frecuentación, mayor tendencia a la «cronicidad», en los pacientes que consultaron entre el 1966 y el 1974 (inclusive). Esta tendencia es estadísticamente muy significativa, con P que oscilan entre 0,000 y 0,002, en las especialidades de dermatología, digestivo, endocrinología, oftalmología, otorrinolaringología y traumatología (tabla 10). Tal tendencia no alcanza la significación de 0,05 en el resto de las especialidades (neuropsiquiatría, cirugía, ginecología, pulmón y corazón, tocología y urología). Ello hace pensar en que las primeras especialidades están más directamente influidas por factores sociales: resultados de la migración, problemas e influencias laborales, influencias directas del paro, influencias de la insalubridad ambiental a lo largo de los años ...

Como era de esperar, las tasas de frecuentación anuales del total de visitas también son influidas por esos factores sociales de forma intensa: ($P \leq 0,000$), de forma tal que los que consultaron por primera vez en esos años (y, en particular en 1969) resultarán consultantes con mucha más tendencia a la cronicación y/o medicalización que el resto (tabla 10).

TABLA 10

**FRECUENTACION POR ESPECIALIDADES SEGUN EL AÑO
DE LA PRIMERA CONSULTA Y EL SEXO**

Especialidad	Período modal de la primera visita	MODAL		Significación	Período modal que produce más frecuentación	Media consultante de los que hicieron la primera en esos años	Significación
		Año	Porcentaje				
Neuropsiquiatría	76-79	1976	10,2	0,9364	1974	26,00	0,2798
		1979	10,2				
Cirugía	73-80	1975	11,4	0,7358	1970	11,33	0,4937
Dermatología **	76-80	1980	15,4	0,0000	1969 **	31,50	0,0000
Digestología **	76-80	1976	19,4	0,0002	1969 **	37,00	0,0000
Endocrinología **	77-80	1977	14,6	0,0022	1966 **	31,00	0,0540
Ginecología	76-80	1977	18,4	0,8627	1973	5,00	0,7188
Oftalmología **	76-80	1976	11,6	0,0000	1966 **	7,00	0,0017
Otorrinolaringología ** ..	76-80	1976	13,3	0,0000	1966	9,00	
					1973	8,11	0,4960
Pulmón y corazón	75-80	1976	13,3	0,6511	1973	12,57	0,9549
Tocología	76	1976	40,0	0,2414	1974	9,00	0,7341
Traumatología **	76-80	1976	13,3	0,0000	1966 **	29,50	0,0296
Urología	76-80	1980	16,3	0,9861	1967	8,33	0,7567
Conjunto de especialidades **	76-80	1980	17,7	0,0000	1969 **	104,00	0,0000

** = significativas.

Otro dato descriptivo, en el que luego insistiremos: el número total de visitas al conjunto de especialistas está estrechísimamente relacionado con el número total de consultas a neuropsiquiatría ($P \leq 0,000$) lo cual, además de dar un índice de la tendencia a la somatización de la ansiedad en nuestra muestra, de las repercusiones negativas de una mala asistencia psicosocial sobre el resto de la asistencia, de la importancia de la somatización y medicalización consecutiva como defensas contra las ansiedades inelaborables, hace pensar en curiosísimos índices «sanitarios», que luego comentaremos ...

La cronicidad de la muestra neuropsiquiátrica queda bien clara con sólo consultar las tablas 5 y 8, referentes al número medio de visitas por año y especialidad de los pacientes de la muestra (y comprobada en el «estudio de decenio», tabla 11). Ya aquí, incluso sin aplicar el factor de corrección consistente en hacer la media no de los veintiún años, sino desde que el paciente acudió por primera vez a un especialista (tabla 5), puede observarse sin embargo la cronicidad de los pacientes neuropsiquiátricos de nuestro ambulatorio, que consultan incluso más en psiquiatría que en traumatología. Aplicando la corrección citada, el resultado es aún más abultado en favor de una mayor cronicidad o consulta por cronificación y medicalización de la muestra neuropsiquiátrica: la media es de 3,316 visitas al año desde la primera. Es éste un dato fundamental para la intencionalidad con la que

TABLA 11

DISTRIBUCION DE LA FRECUENTACION POR ESPECIALIDADES

Período 1970-1979. Muestra de ficheros

Especialidad	PACIENTES		VISITAS		VISITAS/AÑO-PACIENTES	
	Número	Intervalo confianza Porcentaje	Número	Intervalo confianza Porcentaje	Media	Desvío sobre el total
Neuropsiquiatría	35	19,55 $\pm$ 5,81	380	13,67 $\pm$ 1,28	1,91	3,10
Cirugía	63	35,20 $\pm$ 7,00	271	9,75 $\pm$ 1,10	0,67	0,59
Dermatología	76	42,46 $\pm$ 7,24	217	7,81 $\pm$ 1,00	0,51	0,42
Digestología	50	27,93 $\pm$ 6,57	202	7,27 $\pm$ 0,96	0,62	0,57
Endocrinología	30	16,76 $\pm$ 5,47	176	6,33 $\pm$ 0,91	0,83	0,85
Ginecología	26	14,53 $\pm$ 5,16	80	2,88 $\pm$ 0,62	0,48	0,35
Oftalmología	95	53,07 $\pm$ 7,31	237	8,53 $\pm$ 1,04	0,42	0,31
ORL	79	44,13 $\pm$ 7,27	269	9,68 $\pm$ 1,10	0,58	0,76
Pulmón y corazón	63	35,20 $\pm$ 7,00	273	98,20 $\pm$ 0,49	0,60	1,07
Tocoginecología	4	2,23 $\pm$ 2,17	29	1,04 $\pm$ 0,38	1,25	0,50
Traumatología	91	50,84 $\pm$ 7,32	595	21,40 $\pm$ 1,52	1,15	2,18
Urología	27	15,08 $\pm$ 5,24	51	1,83 $\pm$ 0,50	0,43	0,42
Total de 12 especialidades	179		2.780			

comenzamos nuestra búsqueda: hacer un pronóstico sobre el futuro de la consulta y la presión asistencial en la misma.

Intentamos también averiguar si existía alguna tendencia significativa en las visitas por años según la edad de la primera visita y el sexo en el conjunto de especialidades. Se trataba de intentar aproximaciones a la tendencia y la cronicidad según la edad y el sexo de la muestra y en las diferentes especialidades (tabla 9). Tales tablas no muestran tendencias significativas en las especialidades de neuropsiquiatría, dermatología, digestología, endocrinología, ginecología y tocología (teniendo en cuenta el sexo habitual de las consultantes a estas dos especialidades), oftalmología, urología y las visitas totales. En traumatología (como antes apuntamos) aunque no existía una tendencia clara a mayor cronificación en relación con la edad de la primera consulta, sí existía una clara tendencia a la cronificación de las mujeres por contra de los hombres consultantes.

En el resto de especialidades, como puede observarse, hemos encontrado tendencias estadísticamente significativas dignas de resaltar. En el caso de la cirugía y en los sujetos de sexo masculino es estadísticamente significativa la tasa de frecuentación si la primera consulta ocurre a los cuarenta y uno-cincuenta y cinco años, lo que hace pensar en controles posquirúrgicos. Tal tendencia no se repite en el caso de los sujetos femeninos, lo que haría pensar que éstos repiten consulta portando quejas diversas. En otorrinolaringología es clara la tendencia a realizar los hombres una única visita y en la edad media de la vida (y bastante clara en las mujeres). En pulmón y corazón ocurre esa misma tendencia a realizar más visitas los pacientes que acuden en la edad media de la vida, más de nuevo en el caso de los hombres, pero no en el de las mujeres, lo que hace pensar que la población femenina que consulta y repite consulta, como en cirugía (y posiblemente en otorrinolaringología), es llevada a tal consulta por problemas diferentes a los estrictamente cardiopulmonares (¿problemas «funcionales»? ¿problemas psicofisiológicos o «psicosomáticos»? En este caso se trataría probablemente de diversas expresiones de la somatización de ansiedades persecutorias y depresivas inelaborables a nivel «mental»).

Los totales muestran una clara predominancia de las mujeres y una tendencia significativa ($P = 0,01$): las mujeres con más tendencia a cronificarse visitando especialistas del Insalud son las que acuden por primera vez a ellos en la «edad adulta» de la vida (Erikson 1963). Además, como ya hemos dicho, las mujeres tienden a cronificarse o medicalizarse en un porcentaje estadísticamente significativo mayor que los hombres. Todo ello hace pensar en datos similares recogidos en otras consultas de neuropsiquiatría de Cataluña y Asturias (Tizón, Bermejo, Garre 1981 a y b; Tizón, Díaz, Marcos 1983 a y b; Rendueles 1982), así como en la muestra de pacientes «funcionales» estudiada por uno de nosotros en una consulta de medicina de cabecera del extinto Instituto Nacional de Previsión (antecesor del Insalud) (Tizón 1975), y nos orienta nuevamente hacia la consideración de los

importantes problemas de tipo psicosocial que la mujer ha de soportar en nuestro tipo de sociedades y en cómo su repercusión inelaborable se agrava precisamente a partir de la edad en la cual se hace más evidente la dificultad de reorientar la vida (¿y también a partir de la edad en que la creatividad no podrá expresarse a través de la crianza de nuevos hijos?)

Una serie de tablas cruzadas en las que intentamos averiguar si existían tendencias significativas a aumentar la frecuentación según el año de la primera consulta muestra las significaciones de la tabla 10. En el caso de la consulta de neuropsiquiatría, hay una punta entre los que vinieron por primera vez en los años 1976 al 1979. En este dato (no significativo desde el punto de vista estadístico) seguramente se imbrican complejos factores en el caso de la historia de nuestra consulta concreta: para que no resulte significativa influye en primer lugar la enorme tendencia a la cronicidad, a la frecuentación reiterada de los pacientes de esta consulta, dato que luego explicitaremos.

Sin embargo, parece muy claro que el final del desarrollismo y el comienzo de la influencia de la crisis del sistema económico-social mundial a nivel catalán, se traduce bien directamente: la moda de mayor frecuentación se centra en los años 1976 ó 1977 a 1980 en gran parte de las especialidades y ello de forma estadísticamente significativa en el caso de la dermatología, digestología, endocrinología, otorrinolaringología, traumatología y, desde luego, en las visitas totales realizadas al conjunto de los especialistas por toda la población asegurada. Ello significa que la concentración del mayor número de primeras visitas en esos años no se debe al azar. En nuestra opinión podrían existir tres hipótesis para explicarla: 1. Cambios asistenciales. 2. Comienzo de la crisis económico-social del sistema. 3. La influencia de la migración.

Hemos buscado datos sobre cada una de las hipótesis: la primera no es mantenible porque no se dieron cambios asistenciales específicos en nuestro ambulatorio en los años anteriores. La rápida bajada en la frecuentación a partir del año 1980 tal vez sí tenga relación con ciertas racionalizaciones asistenciales, además de con la hipótesis segunda. La hipótesis que relacionaría esa tasa de frecuentación y las migraciones (3), tampoco parece sostenerse si ponemos en relación la tabla 10 con la tabla 2 y con los resultados de los estudios nacionales e internacionales sobre el tema (Berner 1967; Friessem 1975; Tizón, San José y cols. 1983); el mayor índice de llegada de inmigrantes a estos barrios corresponde a los años 1951-1960 (11 por 100 de los inmigrantes), 1961-1965 (10,4 por 100) y 1966-1970 (9,6 por 100) (Fuente: Padrón Municipal 1980), de forma tal que no existe ni una aglomeración en cuanto a la fecha de la migración que pueda determinar efectos retardados ni una coincidencia temporal posterior en la expresión de la elaboración insuficiente y medicalizada del «duelo migratorio» en ninguna de las tres fases temporales típicas descritas por los estudios internacionales (Daumezon 1965; Berner 1967; Berner, Zapotoczky 1969, por ejemplo) y nacionales (Tizón y

cols. 1983). Por otra parte, los inmigrantes de la primera generación, en la dictadura de Primo de Rivera y la República, son escasos en la muestra de frecuentación a especialistas (aunque el 7,4 por 100 de los habitantes de nuestra pirámide tienen edades superiores a los sesenta y cinco años, consulta en proporciones de 4,6 por 100 por primera vez a esa edad y proporciona el 6,7 por 100 de las visitas totales de las mujeres y el 7,1 por 100 de las consultas de los hombres).

Los datos anteriores son importantes también porque muestran diferencias con las tendencias a la cronicidad (medida a través de la frecuentación más alta a los especialistas) según el año de primera visita: en este caso, los pacientes más crónicos tienden a encontrarse entre los que consultaron por primera vez en los años 1966 a 1969, y este dato es significativo en las consultas de dermatología, digestología, endocrinología, oftalmología, traumatología y en las consultas a todos los especialistas.

Ello parece indicar que haber consultado en nuestro ambulatorio en los ocho primeros años de su existencia supone, posiblemente por el tipo de dicha asistencia, peligros importantes de cronificación (aunque en este caso, el peso del factor «año de inmigración» puede jugar un cierto papel, en especial a través de una medicalización del duelo migratorio insuficientemente elaborado, si recordamos los años de arribada máxima -1951-1970- y las tres curvas típicas de descompensación psicopatológica de tal duelo: podrían tratarse de manifestaciones de las «crisis secundarias» y «terciarias» del duelo por el trasplante insuficientemente elaborado (Calvo 1972; Tizón y cols. 1983; Achard, Galeano 1983). El asunto es importante: para ello basta con observar la tabla 10: en las seis especialidades en las cuales la distribución es estadísticamente significativa, la tendencia consiste en que los pacientes que consultaron en esos años concretos suelen hacer después más de 30 (treinta) visitas al conjunto de los especialistas. Y este dato adquiere máxima claridad si recordamos que la mayoría de los consultantes (92,4 por 100) «sólo» consultan al conjunto de los especialistas menos de cinco veces al año.

3.5 Búsquedas especiales

Por último, en este apartado descriptivo de nuestros resultados deberíamos incluir una serie de búsquedas especiales que realizamos orientados sobre todo por las hipótesis dos y tres. Para ello, intentamos encontrar índices numéricos de cronicidad, teniendo en cuenta las características de la muestra, tal como no eran proporcionadas por el «descriptivo» listado por el ordenador: en tal sentido, investigamos específicamente el conjunto de los datos de todos los pacientes que presentaban estas características:

1. Los pacientes que habían visitado a más de cinco especialistas.
2. Los pacientes que hacían más de dos consultas en dos o más especialidades (cuatro consultas al menos en más de dos especialistas).
3. Los pacientes que habían realizado más de seis consultas.

4. Los que habían realizado más de 16 consultas.
5. Los que habían realizado más de 30 consultas.
6. Los que consultan en neuropsiquiatría, ¿en cuántas otras especialidades lo hacen?
7. Los que consultan en neuropsiquiatría, ¿cuántas consultas realizan en total?
8. ¿Qué especialidades correlacionan más con la consulta en neuropsiquiatría?

Los resultados, obtenidos a través de las sucesivas búsquedas con el ordenador son los siguientes:

Existe una submuestra de 42 pacientes que ha realizado más de cinco consultas a especialistas, con una media de 46,45. Estos pacientes realizan entre siete y 170 consultas (!170!) al conjunto de los especialistas. De estos pacientes, el 59,5 por 100 son consultantes de neuropsiquiatría, aunque la relación entre ambas submuestras, tal vez por su reducido tamaño global, no es estadísticamente significativa.

De los pacientes que consultan dos o más veces en dos o más especialidades aparecen 143 pacientes (47,82 por 100 del total). Su media de consultas es 24,19 (menor frecuentación), la moda es de cinco consultas y la DS de 26,53. De estos pacientes, el 70,6 por 100 no son pacientes de la consulta de neuropsiquiatría y el 29,4 por 100 sí, con lo cual la relación vuelve a ser clara (aunque estadísticamente siga resultando no significativa). Ahora bien: si aplicamos la corrección tantas veces repetida consistente en considerar no las cifras modales referentes a los veintiún años, sino paciente por paciente, desde que consultaron por primera vez, nos aparece un grupo de 29 pacientes que consultaron en dos o más de dos especialistas al año con cuatro o más de cuatro visitas. Este grupo de pacientes realizó una media de 56,034 visitas al conjunto de los especialistas desde que vinieron por primera vez, con una moda de 58 y una DS de 42. De estos pacientes, 19 (el 65,5 por 100) son pacientes de la consulta de neuropsiquiatría.

En cuanto a las búsquedas específicas siguientes, hemos de reseñar que casi la mitad de los pacientes han realizado más de seis consultas al conjunto de los especialistas de la zona: 145 de los 299 (48,49 por 100). De ellos están en tratamiento en neuropsiquiatría 42, lo que significa que el 85 por 100 de los pacientes de neuropsiquiatría realizan más de seis consultas a otros especialistas a lo largo de su historia sanitaria y, por lo tanto, es un nuevo indicio de cómo repercute una mala asistencia psiquiátrica y psicosocial en el aumento del número de consultas al resto de las especialidades (y, por supuesto, al médico de cabecera y los pediatras, asunto que, desgraciadamente no hemos podido investigar cuantitativamente, pero que es muy sencillo de imaginar).

Aumentando la cronificación de la submuestra, 73 de los 299 pacientes habían realizado más de 16 consultas al conjunto de los especialistas (24,41 por 100). De ellos, eran pacientes también de neuropsiquiatría 34 (46,6 por

100), lo que representa además el 69,38 por 100 de nuestros pacientes neuropsiquiátricos. Ello nos acerca aún más a la idea, que ya hemos expresado en otras ocasiones y en este mismo trabajo, de cómo nuestra consulta acaba convirtiéndose, tarde o temprano, en el lugar de consulta de los pacientes crónicos, sea cual sea el origen de su cronicidad –y estos porcentajes subirían abrumadoramente si tuviéramos en cuenta la repercusión familiar de la cronicidad: según nuestra experiencia clínica en estas consultas, muy orientada hacia una visita familiar, prácticamente no hay familia en la que exista un paciente crónico por cualquier causa y en la cual no acaben consultándonos, sea el propio paciente sea uno o más miembros del núcleo familiar.

Por último, 34 pacientes, el 11,37 por 100 de la muestra global, realiza más de 30 consultas al conjunto de los especialistas. Este es, por sí mismo, un dato sobre la *cronificación medicalizada* que sufren los pacientes de este ambulatorio, ya que hay que recordar que se trata de consultas a especialistas y que la mayoría de las mismas, por su distribución concreta, no responden a exigencias médicas estrictas; por ello, no queda más remedio que pensar que en su mayoría responden a factores directamente ligados con la iatrogenia y la malpraxis generalizada, fundamentada en una desastrosa organización «sanitaria». Además, si tenemos en cuenta que esas son las visitas a los especialistas ¡cuántas serán las que realizan a los médicos de cabecera! (tabla 3). De estos pacientes crónicamente medicalizados al grado máximo, 23 (el 67,6 por 100) son pacientes de nuestra consulta, mientras que lo eran el 46,6 por 100 de los pacientes que visitaban más de 16 veces y el 29 por 100 de los que lo hacían más de seis veces. Ese grupo de pacientes, el más cronificado de la muestra global, consultan, pues, en su mayoría en neuropsiquiatría y, además, forman el 46,93 por 100 del conjunto de la muestra neuropsiquiátrica: ello significa que cerca de la mitad de los pacientes de nuestra especialidad está formado precisamente por los pacientes más gravemente crónicos y más crónicamente medicalizados de todo el ambulatorio. Creemos que los datos expuestos, con su reiteración y progresividad, son una demostración incuestionable de nuestras hipótesis dos y tres. Pero volveremos luego sobre ello.

Si seguimos ese tipo de búsquedas a lo largo de los datos emitidos por la impresora, podemos comprobar que de los pacientes que consultan en tres o más especialistas, los más «somatizadores», el 89,8 por 100 son pacientes neuropsiquiátricos (o que, al menos, alguno de los médicos de su historia ha considerado, casi siempre con toda razón, que son susceptibles de ayuda neuropsiquiátrica). Cada paciente neuropsiquiátrico ha consultado, por término medio, a más de 5,49 especialistas. Y un dato curioso: en la muestra neuropsiquiátrica existe un paciente que consulta habitualmente a nueve o diez especialistas, tan empeñado él en objetivar el «perseguidor interno» del hipocondríaco (Rosenfeld 1966). Estos datos, dado lo exiguo de la muestra, no son significativos, pero concuerdan con la experiencia clínica de alguno de nosotros como médico de cabecera (y de las ATS del ambulatorio) que han

podido observar la resistencia cerrada, básica, de alguno de tales pacientes ya no sólo al *insigth* psicológico y a la toma de contacto con los conflictos, sino incluso a la mera remisión a la consulta «de nervios», aunque sean unos «nervios» tan poco psicológicos y tan medicalizados también como los de la consulta de Neuropsiquiatría de Zona del Insalud.

En otro terreno, los pacientes de la muestra que habían consultado en neuropsiquiatría han realizado un total de 1.828 visitas al conjunto de los especialistas, lo cual representa el 45 por 100 de la frecuentación global de todos los pacientes de la muestra en esos veintiún años (4.008 consultas contabilizadas). Por término medio, tales pacientes han realizado 37,306 consultas a especialistas, lo cual hace pensar en las enormes repercusiones sobre la asistencia que tienen este tipo de pacientes. En concreto, prácticamente todos los pacientes que han consultado más de 38 veces a los especialistas (¿y cuántas habrán ido a los médicos de cabecera?) son además pacientes de neuropsiquiatría. Y, desde luego, los pacientes que han realizado 92, 99, 136, 158 y hasta 170 consultas a los especialistas son también pacientes de la consulta de neuropsiquiatría. Los datos por sí mismos no precisan comentarios. Unicamente, aclarar que hemos buscado en los listados y en los datos de base a cada uno de esos pacientes para asegurarnos que tales números no están influenciados de forma excesiva por la consulta repetida a la propia especialidad. Como era de esperar, esto no es así (tabla 5), el número medio de visitas por paciente en nuestra especialidad es de 9,18 sin corrección o de 3,13 con corrección (frecuentación desde la primera visita) y el número máximo de consultas es de 62 y 16, ampliamente distantes tanto de los 21 individuos (7 por 100 de la muestra global) que consultan al conjunto de los especialistas más de 40 veces y, desde luego, de los que hacen 92, 99, 136, 158 y 170 consultas al conjunto de tales especialistas (todos pacientes de nuestra consulta). Estos datos tienen una importancia doble: por una parte demuestran (una vez más) cómo los más crónicos, medicalizados y/o somatizadores de los pacientes acaban siendo pacientes de nuestra consulta —a menudo, a pesar de sus resistencias a ello— y por otro, cómo el desastre asistencial de ésta repercute de forma tan notable en el conjunto de la asistencia del ambulatorio y del conjunto de sus equipos de especialidades.

Y hasta aquí, un breve extracto de los resultados de nuestra investigación.

RESUMEN

Con el fin de predecir el futuro asistencial (?) de una consulta de Neuropsiquiatría de Zona de un típico barrio barcelonés habitado fundamentalmente por trabajadores, en su mayoría inmigrantes o descendientes de inmigrantes, se realizó una búsqueda en el fichero de Historias Clínicas de especialistas del Ambulatorio de especialidades de la Zona.

Las historias clínicas en esta zona son únicas para todos los especialistas. El funcionamiento del equipo de archivos cumple las normas internacionales al respecto.

La búsqueda de historias se realizó según una tabla de números aleatorios. Los datos se procesaron por ordenador con el programa SPSS.

En la primera parte del trabajo se exponen algunos de los numerosos índices que proporcionó el estudio, tanto con respecto a la Neuropsiquiatría de Zona como con respecto a otras 12 especialidades médicas y quirúrgicas.

Destacamos entre los resultados, los datos que prueban que los pacientes de la Neuropsiquiatría de Zona (en su inmensa mayoría, pacientes psiquiátricos), son los más crónicos de todas las especialidades, los que muestran tasas de frecuentación más altas, los que sobrecargan más otras especialidades concretas como oftalmología, traumatología y «Pulmón y Corazón», los que suelen ser, más que ayudados, cronificados medicalizadamente en sus trastornos y los que, dado el desastre organizativo de esos dispositivos «asistenciales» psiquiátricos, proporcionan hasta el 40 por 100 de la frecuentación al conjunto de las especialidades médicas y quirúrgicas.

R É S U M É

A fin de prédire le future des soins (?) d'une consultation de Neuropsychiatrie de Zone d'un arrondissement typique de Barcelone habité fondamentalement par travailleurs, la plus part des immigrants ou descendants d'immigrants, on a fait une recherche dans la fichier d'Histoires Cliniques des spécialistes de l'Ambulatoire de spécialistes de la zone. Les histoires cliniques de cette Zone sont uniques pour les spécialistes. Le fonctionnement de l'équipe des archives remplit les normes internationales à cet égard. La recherche d'histoires a été faite selon une table de nombres aleatoires.

Les données ont été procesés par un ordinateur avec le programme SPSS. Dans la première partie du travail on expose quelques numeros index que l'étude a donné autant en rélation à la Neuropsychiatrie de zone qu'à d'autres 12 specialités médicales et chirurgicales. Parmi les résultats on détache les données que prouvent que les malades de la Neuropsychiatrie de Zone (dans la plus part des malades psychiatriques) sont le plus chroniques de toutes les specialités, ceux qui montrent les plus élevés taux de frequentation, ceux qui surchargent les autres specialités concretes comme l'Ophtalmologie, la Traumatologie et la Pneumologie et la Cardiologie. Ces malades, plus qu'aidés sont chronifiés et medicalisés dans ses désordres et ils represent aussi le 40 % de la fréquentation de l'ensemble des specialites médicales et chirurgicales, par le désastre organizitive des dispositives de soins psyquiatriques.

S U M M A R Y

A search was made in the clinical records of a Zone Ambulatory of Medical Specialities, with the purpose of foreseeing the future of the assistance (?) in a Zone Neuropsychiatry Consulting Room of a typical Barcelona quarter inhabited by workmen who are mostly immigrants or descendants of immigrants.

The clinical records in the Zone are unique for all the specialists. The archives are operating in accordance with the international standards on the matter. The search of the records was made in accordance with a table of aleatory numbers. The data were processed by a computer with the SPSS programme.

In the first part of the work are shown some of the numerous indexes provided by the study, both in regard of Zone Neuropsychiatry as in respect of 12 other medical and surgical specialities.

From among the results of the study were emphasized the data that prove that the Zone Neuropsychiatry patients (mostly psychiatric patients) are the more chronic of all the specialities, that these patients are those who show higher frequentation rates, that they are those who more overload other specialities such as oftalmology, traumatology and «dung and heart», that they are those who would be more than helped, medically chronified in their disorders, and that they are those who –considering the poor organization of the psychiatric «assistance» dispositives– provide up to the 40 per cent of the frequentation in the medical and surgical specialities as a whole.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ACHARD, L., y GALEANO, J.: *Vicisitudes del inmigrante*. Comunicación presentada al XXXIII Congreso Internacional de Psicoanálisis. Madrid, 1983.
- [2] AGUIRRE, G.; FERNÁNDEZ, X.; PÉREZ-SIMÓ, R., y MESTRES, M.: Centres de Salut Mental i Assistència Primària. En *Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya*. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatres, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 89-100.
- [3] ANGUERA, I.: «Influència de l'Hospital General en la salut comunitària». En *Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya*. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatres, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 101-111.
- [4] ANGUERA, I.; SERRA, J.; SEDÓ, R.; CABEZAS, R.; DÍAZ, D.; REBES, V.; NOLLA, J., y WULF, J.: «Valoración de la demanda asistencial en un dispensario de medicina interna en un Hospital General». *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*, 1976, 36 (1); 51-64.
- [5] BALINT, M. (1968): *El médico, el paciente y la enfermedad*. (Dos tomos). Buenos Aires, Editorial Libros Básicos, 1971.
- [6] BALINT, M., y BALINT, E. (1961): *Techniques Psychotherapeutiques en médecine*. Paris, Payot, 1966.
- [7] BALINT, M.; BALINT, E.; GOSLING, R., y HILDEBRAND, P.: *A study of Doctors*. Londres, Tavistock Publications, 1966.
- [8] BALINT, E., y NORELL, J. S. (com.) (1973): *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
- [9] BALINT, M.; ORNSTEIN, PH., y BALINT, E. (1972): *Focal Psychotherapy*. Londres, Tavistock Publications, 1972.
- [10] BASSOLS, R.; BELTRÁN, M.; COROMINAS, J.; GONZÁLEZ, E.; NOGUERA, R.; SALES, J., y VILA-ABADAL, J.: *Estudi-dictàmen sobre Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica a Catalunya*. Barcelona, Conselleria de Sanitat i Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya, 1979.
- [11] BASSOLS, R.; HERNÁNDEZ, V., y JIMÉNEZ-MARTÍN, E.: «Aportacions del Psiconàlisi a la Salut Mental Comunitària». En *Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya*. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatres, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 31-38.
- [12] BAYÉS, R.: *Psicología y Medicina*. Barcelona, Fontanella, 1979.
- [13] BAYÉS, R.: «El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre». *Análisis y Modificación de conducta*, 1982, 8 (18): 259-280.

- [14] BELENES, R.; CASAS, M.; MÉNDEZ, E.; SÉCULI, E., y SEGURA, A.: *L'Assistència extrahospitalària de la Seguretat Social a la ciutat de Barcelona*. Barcelona, GAPS, Col·legi de Metges de Barcelona, 1978 (ejemplar mimeografiado).
- [15] BELENES, R.; BRAVO, F.; CUERVO, J.; GUTIÉRREZ, R., y REVENTÓS, J.: *Anàlisi orgànic i funcional de l'INSALUD a Catalunya*. Barcelona, GAPS. Col·legi de Metges de Barcelona, 1980 (ejemplar mimeografiado).
- [16] BELENES, R.; BRAVO, F.; CUERVO, J.; GUTIÉRREZ, R.; REVENTÓS, J., y SECULI, E.: *Estudi comparat dels sistemes de Seguretat Social, Serveis Nacionals de Salut i exercici mèdic a la CEE i Espanya*. Barcelona, GAPS. Col·legi de Metges de Barcelona, 1981.
- [17] BELTRÁN, M.: «El Mapa Sanitario demuestra que las consultas en centros de asistencia primaria están masificadas». *La Vanguardia*, 36.722, 21 de marzo de 1984.
- [18] BERNER, P.: «Psychopathologie des migrations». *Encicl. Méd. Chir., Psychiatrie*, 1967: 37.880 A 10.
- [19] BERNER, P., y ZAPOTOCZKY, H. G.: «Psychopathologie des transplantés». *Confrontations Psychiatriques*, 1969, 4: 135-154.
- [20] BION, W. R. (1963): *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- [21] BOSCH, M.; BRISÉ, DÍAZ-MUNGUIRA, J. M.; FÁBREGAS, J. L.; MACHO, J. L.; PÉREZ, R.; PI, J., y TORRÀ, M.: *Estudi i proposta per a la reconversió i desenvolupament de l'assistència municipal en salut mental a Barcelona-ciutat*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1980 (polic.).
- [22] BRAVO, F.; DE MIGUEL, J.; POLO, R.; REVENTÓS, J., y RODRÍGUEZ, J. A.: *Sociología de los ambulatorios*. Barcelona, Ariel-Demos, 1979.
- [23] CALVO, F.: *Emigración y elaboración del duelo*. Tesis Doctoral. Barcelona, Universidad Autónoma, Facultad de Medicina, 1972.
- [24] CIPP; PELLEGERO, N.; SAN JOSÉ, J.; SAINZ, F.; TIZÓN, J. L.; SALAMERO, M., y ATXOTEGI, J.: «On i com rebem assistència sanitària pública?», *Butlletí Informatiu Fundació Vidal i Barraquer*, 1983, 13: 2-3.
- [25] CIPP; SAN JOSÉ, J.; TIZÓN, J. L.; SALAMERO, M.; PELLEGERO, N.; ATXOTEGI, J., y DÍAZ-MUNGUIRA, J. M.: «La immigració a Catalunya: repercussions en la salut mental». *Avui*, 2.440, 29 març 1984.
- [26] COCHRANE, A. L.: *Efectiveness and efficiency: random reflections on health services*. Washington: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- [27] CODERCH, J.: *Psiquiatria dinámica*. Barcelona, Herder, 1975.
- [28] COOPER, B.; HARWIN, B. G.; DEPLA, C., y SHEPHERD, M.: «Mental Health Care in the Community: an evaluative study». *Psychological Medicine*, 1975, 5, 372-380.
- [29] CORSER, CH., y PHILIP, A.: «Emotional Disturbance in Newly Registered General Practice Patients». *Brit. J. Psychiat.*, 1978, 132: 172-176.
- [30] CRESPO, M. D.; RODRÍGUEZ, F.; DEL AMO, F.; MUERZA, P., y PASTRANA, E.: «Salud Mental y Epidemiología: un estudio de la prevalencia de neurosis en el medio rural y urbano». *Boletín de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1980, 3 (6): 5-30.
- [31] DAUMEZON, G.: «Transplantation et maladie mentale». *Rev. Practicien*, 1965, 15: 119-137.
- [32] DÍAZ-MUNGUIRA, J. M.; BERMEJO, J.; MARCOS, M. J., y TIZÓN, J. L.: «Per a una reconversió de les consultes de Neuropsiquiatría dels Ambulatoris de

- l'INSALUD», en *Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya*. Barcelona, Secció Col·legial de Psiquiatres-Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 133-138.
- [33] DIPUTACIÓ DE BARCELONA: *Análisis comparativo de diversos indicadores de gestión de los centros de asistencia psiquiátrica*. Barcelona, Diputació de Barcelona. Servei d'Hisenda i Patrimoni, 1983 (polic.).
- [34] DROBNIC, L.; CANELA, J.; BENI, C.; EZPELETA, A., y CASTELLS, E.: «Estudi de l'ús de les consultes i de les prescripcions farmacològiques a l'Assistència Primària de Barcelona». *Gaseta Sanitària*, 1963, 8 (2): 58-61.
- [35] ERIKSON, E. H. (1963): *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires, Hormé, 1970.
- [36] FERRER, LL.; PI, M., y TOBELLÀ, M.: «Consultas externas en un manicomio: Aspectos epidemiológicos». *Gaseta Sanitària*, 1983, 9 (2): 107-110.
- [37] FREUD, S. (1917): «Duelo y melancolía» («La aflicción y la melancolía»), en *Metapsicología* (OCI), Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
- [38] FRIESSEM, D. H.: «Travailleurs étrangers en République Fédérale Allemande. Quelques resultats et réflexions dans une optique médico-sociale et Psychiatrique». *Informations Psychiatriques*, 1975, 51: 283-291.
- [39] GARCÍA, J.: «Análisis de la asistencia psiquiátrica en Asturias: Pasos hacia una alternativa». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 1983, 7: 76-97.
- [40] GOL, J.; BARRUFET, M.; BORRELL, F.; CASARES, R.; FERNÁNDEZ, X.; GONZÁLEZ, C. A.; SOLÉ, C.; SPAGNOLO, E.; SUNYOL, R.; TIZÓN, J. L., y Vicens, B.: *La Història Clínica per a l'Assistència Primària*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, Direcció General d'Assistència Sanitària, 1982 a. (polic.).
- [41] GOL, J.; BARRUFET, M.; BORRELL, F.; CASARES, R.; FERNÁNDEZ, X.; GONZÁLEZ, C. A.; SOLÉ, C.; SPAGNOLO, E.; SUNYOL, R.; TIZÓN, J. L., y Vicens, B.: *Memòria de l'HCAP (Història Clínica per a l'Assistència Primària)*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, Direcció General d'Assistència Sanitària, 1982 b. (polic.).
- [42] GOLDBERG, D. P.: *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres, Maudsley Monographs, Oxford University Press, 1966.
- [43] GOLBERG, E. M., y NEIL, J. E.: *Social Work in General Practice*. Londres, Allen & Unwin, 1973.
- [44] GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.: «Dos pesetas para la salud mental». *Profesión Médica*, 1979, 1391: 20.
- [45] GORZ, A.: *Ecología y política*. Barcelona, El Viejo Topo, 1980.
- [46] HOUP, J. L.; ORLEANS, C. S.; GEORGE, L., y BRODIE, K. H.: *The importance of Mental Health Services to General Health Care*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Co., 1979.
- [47] ILLICH, I.: *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral, 1975.
- [48] INSALUD: *Necesidades sanitarias y recursos asistenciales*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.
- [49] JENICEK, M., y CLEROUX, M.: *Epidemiologie: principes, techniques, application*. Edisem, 1982.
- [50] JERVIS, G. (1975): *Manual crítico de Psiquiatria*. Barcelona, Anagrama, 1977.
- [51] KLEIN, M. (1940): «El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos», en *Contribuciones al psicoanálisis* (Obras Completas 2). Buenos Aires, Paidós, 1975.
- [52] KLEIN, M. (1957): *Envidia y gratitud* (Obras Completas 6). Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1980.

- [53] KLEINBAUN, D. C.; KRUPPER, L. L., y MORGENSTERN, M.: *Epidemiologic Research*. Nueva York, Wodsworth, 1982.
- [54] LEACH, G.: *The biocrats: implications of medical progress*. Nueva York, Mac Graw-Hill, 1970.
- [55] LINDER, A.: *Planen und Auswerten von Versuchen*. Basilea, Birkhäuser, 1959.
- [56] MENZIES, I. E. P., y JAKES, E.: *Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*. Buenos Aires, Hormè, 1969.
- [57] MOSER, R. H.: *Diseases of medical progress: a study of iatrogenic disease*. Nueva York, Springfield, 1969.
- [58] MUÑOZ, E., y CALVE, A.: «La reforma de la salud mental en Madrid (1). La problemática de la salud mental en Madrid: el modelo del Instituto de la Salud Mental de Madrid (INSAM)». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1983, 7 (III): 62-75.
- [59] NIE, N.; HADLAIHULL, C.; STEINBRENNER, K., y BENT, D.: *SPSS Statistical Package for the Social Sciences* (second ed.). Nueva York, Mc Graw-Hill Book Company, 1975.
- [60] NYT, NUEVA YORK: «Un estudio norteamericano descubre errores en un 25 por 100 de los diagnósticos en hospitales». *El País* 2.226, Barcelona, 2 mayo 1983.
- [61] OLLER, LL., y OLLER, LL.: *L'epilèpsia*. Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Monografies Mèdiques, 1979.
- [62] OWEN, R. T., y TYRER, P.: «Benzodiazepine dependence. A review of the evidence.» *Drugs*, 1983, 25: 385-398.
- [63] PÉREZ-SÁNCHEZ, A.: *Reflexiones sobre la experiencia en un centro de asistencia primaria en salud mental, desde el punto de vista psicoanalítico*. Barcelona, Institut de Psicoanàlisi, 1983 (polic.).
- [64] RENDUELES, G.; MENÉNDEZ, M. J.; FERNÁNDEZ, C., y BERMEJO, M.: «Psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social en Asturias», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1982, 2 (4): 49-55.
- [65] RIMBAU, C.; ROSSELL, M. T., y TIZÓN, J. L.: «Notes referents als serveis socials en el camp de la salut mental», en TIZÓN, J. L., y ROSSELL, M. T. (comps.): *Salud Mental y Trabajo Social*, Barcelona, Laia, 1983: 6-91.
- [66] ROSENFELD, H. (ed.): *Psychotic States*, Nueva York, International Universities Press, 1966.
- [67] SALAMERO, M.: «El imperialismo intelectual del modelo estadístico muestral», en *El biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones en la asistencia sanitaria*, TIZÓN, J. L., y el CIPP (comp.) (en prensa).
- [68] SALAMERO, M., y TIZÓN, J. L.: «Una aportación a la recogida y procesamiento de la información psicosocial y de salud mental», en TIZÓN, J. L., y ROSSELL, M. T. (comps.): *Salud Mental y Trabajo Social*, Barcelona, Laia, 1983: 383-431.
- [69] SALZBERG-WITTENBERG, I. (1970): *La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano*. Buenos Aires, Amortortu, 1973.
- [70] SELBY, F.: *Health in 1980-1990: A Predictive study based on an International Inquiry*. Basilea, Karger, 1974.
- [71] SHEPHERD, M.; COOPER, S.; BROWN, A., y KALTON, G.: *Psychiatric Illness in General Practice*. Londres, Oxford University Press, 1972.

- [72] TERMES, J.: *La immigració a Catalunya: Política i Cultura. Reflexions crítiques sobre la cultura catalana*. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983.
- [73] TIZÓN, J. L.: «Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de medicina general del Seguro de Enfermedad. Comunicación preliminar». *Med. Clín.*, 1974 a, 63 (1): 72-79.
- [74] TIZÓN, J. L.: «Medicina general, psiquiatría, medicina psicosomática: Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de medicina general del Seguro de Enfermedad». *Informaciones Psiquiátricas*, 1974 b, 58: 6-40.
- [75] TIZÓN, J. L.: «La medicalización de los "pacientes funcionales": Magnitud de un despilfarro», en *Libro de contribuciones oficiales a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Granada, SEMPP, 1978 a.: 55-71.
- [76] TIZÓN, J. L.: «Pacientes "orgánicos" y "funcionales" en la práctica general: Una propuesta alternativa y utópica», en *Libro de contribuciones oficiales a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Granada, SEMPP, 1978 b.: 89-108.
- [77] TIZÓN, J. L.: *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona, Hora, 1982.
- [78] TIZÓN, J. L.: «Relaciones sociales y salud mental: Esquemas de la aportación psicodinámica a una aproximación no empirista», en TIZÓN, J. L., y ROSSELL, M. T. (comps.): *Salud Mental y Trabajo Social*, Barcelona, Laia, 1983 a: 111-145.
- [79] TIZÓN, J. L.: «Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios en salud mental», en TIZÓN, J. L., y ROSSELL, M. T. (comps.): *Salud Mental y Trabajo Social*, Barcelona, Laia, 1983 b: 473-495.
- [80] TIZÓN, J. L.: «Aproximación al análisis de la demanda en las consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD: La psiquiatría para inmigrantes asalariados en las zonas industrializadas del Estado español». *Psiquis*, 1984, 4 (5): 23-33.
- [81] TIZÓN, J. L., y AGUILAR, J.: «Importancia de los programas de investigación basados en el estudio de las relaciones asistenciales», en resúmenes de la Mesa Redonda «Condicionantes de la Investigación en Salud Mental». *Boletín Informativo del XVI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*, 1983, 3: 7.
- [82] TIZÓN, J. L.; BERMEJO, J., y GARRE, A.: «Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD» (I). Descripción de las consultas. *Informaciones Psiquiátricas*, 1981, a, 83 (2), 143-169.
- [83] TIZÓN, J. L.; BERMEJO, J., y GARRE, A.: «Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD» (y II). Psiquiatría psicológicamente orientada *versus* neuropsiquiatría biológicamente orientada. *Informaciones Psiquiátricas*, 1981, b, 84 (3): 255-272.
- [84] TIZÓN, J. L.; DÍAZ-MUNGUIRA, J. M.; DE LA LAMA, E., y SALAMERO, M.: «El registro de casos automatizable en higiene mental y asistencia psicológica y psiquiátrica». *Informaciones Psiquiátricas*, 1978, 72 (3): 148-161.
- [85] TIZÓN, J. L.; DÍAZ, J. M., y MARCOS, M. J.: «La neuropsiquiatría de zona de la "Seguridad Social" española: Algo más que una vergüenza nacional» (I). *El País*, 2.349, Madrid, 2 de septiembre de 1983 a.

- [86] TIZÓN, J. L.; DÍAZ, J. M., y MARCOS, M. J.: «La neuropsiquiatría de zona de la "Seguridad Social" española: Algo más que una vergüenza nacional» (y II). *El País*, 2.350, Madrid, 3 de septiembre de 1983 b.
- [87] TIZÓN, J. L.; SAN JOSÉ, J.; SALAMERO, M.; PELLEGERO, N.; DÍAZ-MUNGUIRA, J. M., y ATXOTEGI, J.: *Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico de la población asalariada trasplantada a Catalunya durante el siglo XX*. Barcelona, Fundación Vidal Barraquer, 1983 (Polic.).
- [88] VÁZQUEZ, J. L.: «Sociología de las neurosis». *Psiquis*, 1981, 4: 20-32.
- [89] VÁZQUEZ, J. L.; MUÑOZ, P. E.; MADOZ, V.; RODRÍGUEZ, F.; PASTRANA, E.; VARO, J., y DEL AMO, F. J.: «Influencia de los factores personales sobre la prevalencia neurótica». *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1981, 9 (4): 267-283.
- [90] VUORI, H. V.: «¿Qué es la atención primaria de salud?», *Atención Primaria*, 1983, 0: 3-4.
- [91] WINNICOTT, D. W. (1965): *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona, Laia, 1975.

Reforma sanitaria y autonomías

J. A. GONZALEZ ENTRENA *

INTRODUCCION

El estudio y análisis de la reforma sanitaria, ya iniciada, encierra dificultad porque en su concepción, instrumentalización y puesta en marcha ha sido, y es, centro de fuertes tensiones políticas, sanitarias y económicas y, además, porque la descentralización y el marco económico que configura nuestra realidad política y administrativa actual han acentuado las dificultades de toda índole.

Esta colaboración se limita deliberadamente a la exposición de un punto de vista personal sobre aspectos necesariamente parciales del tema.

REFORMA SANITARIA Y AUTONOMIAS

En el estudio de la reforma sanitaria cabe distinguir los siguientes apartados:

- Análisis de las circunstancias sanitarias, sociales y políticas que anteceden a la reforma.
- Estudio de la normativa que constituye la base legal de la misma.
- Estudio de los principios sanitarios que se consideran irrenunciables y que deben ser recogidos por la reforma sanitaria.
- Análisis globalizado del nuevo sistema sanitario español.

Análisis de las circunstancias sanitarias, sociales y políticas que anteceden a la reforma

Si bien las circunstancias sanitarias, sociales y políticas que anteceden a la reforma son conocidas de todos, no está de más hacer un breve recuerdo.

* Inspector provincial de Salud de la Dirección Provincial del Ministerio de Sanidad y Consumo en Granada.

El actual enfoque que se ha producido en el sector de la salud ha estado caracterizado por la alta tecnología y por la sofisticación. La medicina comunitaria ha estado ausente en su mayor parte.

Este enfoque no ha mejorado ni la esperanza de vida ni ha disminuido los indicadores del nivel de enfermedad.

La mayor parte de los presupuestos sanitarios se han invertido en «palacios de la enfermedad» que en realidad sólo han curado nuestras enfermedades agudas.

Los hospitales consumen hasta un 65 por 100 del gasto sanitario. En términos económicos, los hospitales gastan, por lo general, en la actualidad más de la mitad de los presupuestos sanitarios, y en algunos casos, dos tercios o más, sin embargo, los hospitales sólo resuelven una pequeñísima parte de las necesidades sanitarias.

Los medios de producción, en el sector salud, han estado orientados hacia la medicina curativa no así a la medicina preventiva. En este sentido se ha producido una concordancia con nuestra sociedad, que, en general, no estima o valora la posesión de la salud, en el sentido moderno, como lo más valioso.

De acuerdo con lo anterior, en los estudios de medicina se ha producido una gran orientación hacia especialidades como la cirugía, y no así, por ejemplo, hacia la salud pública.

Es evidente que se ha pensado en los trasplantes como una meta brillante a conseguir, cuando, por el contrario, el trasplante debiera evidenciar, en líneas generales, el transcurso de una vida con hábitos poco higiénicos y una meta poco deseable.

Por todo ello, se ha dado mucha importancia a los costosísimos equipos de cirugía cardíaca y se ha dado muchísima menos importancia, por ejemplo, a medidas tendentes a mejorar la alimentación y la lucha contra las enfermedades infecciosas.

De estos cuantiosos gastos se han beneficiado unos pocos, en lugar de beneficiarse unos muchos.

Todo esto ha traído como consecuencia un creciente aumento del porcentaje del PIB destinado a la salud.

Los presupuestos han aumentado no tanto para cubrir las necesidades de los pacientes como para calmar el voraz apetito de los grupos de presión dentro del sector sanitario.

En contraposición a casi todo cuanto llevamos dicho, apenas si se hace promoción de salud ni prevención de la enfermedad.

Es evidente que no existe, o no ha existido, una auténtica lucha contra las enfermedades modernas:

- Abuso de medicinas.
- Alcoholismo.
- Drogadicciones.
- Hábito de fumar.

- Enfermedades sexuales.
- Algunas enfermedades mentales.

En el aspecto social, el sector salud no está orientado a conseguir una sociedad más justa y más igualitaria ni, por supuesto, a conseguir la justicia distributiva. No es posible en estas circunstancias conseguir la equidad.

En nuestro país existe un sentido de inutilidad de la política sanitaria, pues todavía el acceso a la asistencia sanitaria es inversamente proporcional a la necesidad de esa asistencia por parte de la población. El sector sanitario ha sido un factor más de desigualdad dentro de la sociedad, en vez de lo contrario.

Ha sido patente la desigualdad de oportunidades ante la salud y ante la enfermedad.

La salud considerada como valor de mercado —es decir, como algo que se compra y se vende— no cuadra con el tipo de sociedad a la que se aspira en el momento actual.

Todas estas circunstancias hasta aquí citadas, de tipo sanitario y social, constituyen la parte justificativa de la reforma.

Pero, además de todo lo expuesto, el sector salud en nuestro país es de una extraordinaria magnitud:

- Quinientos millones de recetas al año.
- Doscientas mil camas.
- Cuarenta y nueve millones de estancias en hospitales.
- Dieciocho millones de consultas externas.
- Dieciocho mil profesionales sanitarios más cada año.
- El sector público contrata a la mayoría de los médicos y al 75 por 100 de los farmacéuticos.

Todo esto amenaza la propia estabilidad del sistema de la Seguridad Social. Es absolutamente necesario hacer de este dispositivo un dispositivo adecuado. Es absolutamente necesaria la reforma.

Finalmente, desde el punto de vista político, se produce en nuestro país el 28 de octubre de 1982 un hecho de singular trascendencia: El partido que con más fuerza propugna la actual reforma sanitaria gana las elecciones generales por mayoría absoluta.

APOYO LEGAL A LA REFORMA

Así considerada, la reforma no sólo es necesaria, sino que posee un importante apoyo legal. Este apoyo legal se orienta en todos los casos a un objetivo común: hacer efectivo el derecho a la salud.

Entre esta normativa destaca:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- La Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud.

- La estrategia de «Salud para todos en el año 2000».
- La Constitución de 1978.
- La nueva ley de la Función Pública.
- La ley de Bases de Régimen Local.

Analicemos cada uno de estos apartados.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos

En el análisis de su texto llaman la atención el punto 3 del artículo 16, y el artículo 25.

El punto 3 del artículo 16 dice:

«La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.»

Es evidente que, dentro de la política económica y social, la mejor protección que se puede hacer a la familia es haciéndola destinataria del derecho a la protección de la salud, y esto por el solo hecho de ser ciudadanos los miembros que la componen.

En el artículo 25 se dice:

«1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, etc.»

Es evidente que un análisis pormenorizado de este artículo 25 nos llevaría a la conclusión de que su contenido constituye el antecedente más inmediato de los artículos 41 y 43 de nuestro actual texto constitucional. Artículos éstos en donde se consagra, sin ningún resquicio a la duda, el derecho a la salud en su concepción integral.

La Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud

Es evidente que la atención primaria de salud constituye un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación.

La atención primaria de salud viene a ser un auténtico instrumento para hacer efectivo el derecho a la salud, y en este sentido se considera como un fuerte apoyo a la reforma.

La estrategia de «Salud para todos en el año 2000»

Su contenido es un llamamiento que se hace a nivel mundial para que se cumpla el contenido del Informe y Declaración de la Conferencia de Alma-Ata. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Conferencia de Alma-Ata sobre atención primaria de salud y la estrategia de salud para todos en el año 2000 marcan hitos en la evolución del derecho a la salud, además de constituir, *per se*, todo un conjunto de principios llenos de fuerza conceptual capaces de dar respuesta, con su desarrollo, a la demanda y a las necesidades de salud de todos los pueblos.

Estos principios han sido totalmente suscritos por los representantes del Estado.

La Constitución de 1978

El propio preámbulo de la misma merece nuestra atención cuando dice:

«La nación española proclama su voluntad de proteger a todos los españoles y pueblos de España en el ejercicio de los derechos humanos, sus culturas, etc.»

O cuando dice:

«Promover el progreso de la cultura y de la economía para asegurar a todos una digna calidad de vida.»

En el primer apartado se hace una clara alusión a los derechos humanos, entre los cuales destaca el derecho a la salud. Y en el segundo se alude claramente a la salud cuando se refiere a la calidad de vida, alusión esta última que se hace más manifiesta en el artículo 45 del texto constitucional.

Entrando en la Constitución, podemos observar cómo casi todos los artículos que se refieren a la salud están comprendidos en el título I («De los derechos y deberes fundamentales»), y concretamente en su capítulo III («De los principios rectores de la política social y económica»).

En este título I, la norma se hace eco de una serie de factores que influyen en la salud en su acepción integral, como son la cultura, la vivienda, el empleo, etc. Y por ello es por lo que en distintos artículos se recoge esa preocupación, cosa que ocurre con los dedicados a la política de empleo y a la jornada y descanso laboral (art. 40), a la protección de la salud y al fomento del deporte (art. 43), al acceso a la cultura (art. 44), al medio ambiente y a la calidad de vida (art. 45).

También se ocupa la Constitución de la salud en el artículo 47 («Derecho a la vivienda»), artículo 49 («Atención a los disminuidos físicos»), artículo 50 («Tercera edad»), artículo 51 («Defensa de los consumidores»), etc.

El artículo 43 es el que ofrece un contenido más denso. Su contenido es el siguiente:

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

Como vemos, la salud es considerada por la Constitución en su totalidad (promoción, protección, restauración y rehabilitación). Mejor sería decir en su integridad.

Cabría señalar como muy importante el hecho de que la Constitución se ocupe también de la educación sanitaria. Y ello por primera vez en un texto constitucional.

Hagamos un análisis más detenido del artículo 43.

La naturaleza del derecho de la salud

El derecho a la protección a la salud está en función de la condición de ciudadano, no de la de asegurado.

Ahora bien, como dice Garrido Falla, el derecho subjetivo que la Constitución reconoce no es de exigibilidad inmediata; es necesario que los poderes públicos organicen un servicio público (esto se supone) cuya ley constitutiva «establecerá los derechos y deberes de todos al respecto».

El tema de la socialización de la medicina

¿Cuáles son las pautas constitucionales en relación con un problema que está en el torbellino de la polémica sobre la organización de la asistencia sanitaria en el moderno Estado social de derecho? ¿Socialización o privatización de la medicina?

Es obvio que la Constitución prejuzga la organización de un servicio público para la tutela de la salud que incluye la asistencia sanitaria.

Pero no cabe duda para los expertos de que el servicio hay que organizarlo sin monopolio; es decir, con la concurrencia de la iniciativa privada.

La polémica ha surgido también en el sector de la enseñanza.

Para muchos, el derecho a la salud obliga al Estado a montar un servicio público adecuado; pero no le faculta para que imponga un monopolio, por ejemplo, de la asistencia sanitaria. Más aún, ni se prejuzga la forma de organización de los servicios profesionales que se requieren para hacer

efectiva tal asistencia, ni el modelo de relaciones entre profesionales sanitarios y usuarios del servicio, ni siquiera la gratuidad de éste.

Podría decirse, en fin, que cualquiera de los modelos vigentes en la Europa occidental tendría su adecuada cabida en la nueva Constitución. La Constitución no impone «soluciones de partido» —por algo se está de acuerdo en calificarla como una Constitución de consenso—, lo cual permitirá reorganizaciones a nivel de legislación ordinaria, aprovechando lo que la experiencia aconseje.

Pero queda claro en cualquier caso el mandato constitucional de instrumentar el derecho a la protección de la salud fuera del régimen de la Seguridad Social y sin ninguna facultad de monopolio a favor del Estado, pues «la libre iniciativa privada está reconocida en otros principios constitucionales que se refieren a la libertad de empresa».

Paso por alto los comentarios a la ley de la Función pública y a la ley de Bases de Régimen local, por considerar que el análisis de ambas leyes daría a este estudio mayores perspectivas de las deseadas.

PRINCIPIOS SANITARIOS DE LA REFORMA

Ya en este punto vamos a considerar los principios sanitarios que se estiman irrenunciables y que, por consiguiente, deben estar presentes en la Ley general de Sanidad consecuencia de la reforma, y que constituyen el eje vertebrado del nuevo sistema sanitario.

Hasta ahora, tal como se anunciaba al principio, se han estudiado y analizado las circunstancias sanitarias, sociales y políticas que impulsan la reforma y se ha analizado el apoyo legal a la misma.

Principios sanitarios:

1. La medicina preventiva y la promoción de la salud van a constituir el más importante quehacer en este sector.

La lucha contra la enfermedad, actuando directamente sobre ella, ya no constituye el centro del dispositivo de la atención de la salud.

Contra la enfermedad se va a luchar, sobre todo, controlando el medio ambiente y las relaciones dentro del medio, controlando drogas, alcohol y tabaco, luchando por medio de la prevención contra las enfermedades crónicas: cáncer, cardiopatías, neumopatías crónicas, etc.

2. Se establece el concepto de atención de salud integral.

Es decir, se va a prestar atención no sólo a la restauración, sino también a la promoción y a la protección de la salud.

3. Se promueven los equipos de salud.

Consecuentemente con lo anterior, se pretende el trabajo en equipo, y ello es una de las principales características de la actual reforma.

Estos equipos de salud constituyen el soporte técnico de los centros de salud.

4. El sector salud se hace multidisciplinario desde el punto de vista de los profesionales: antropólogos, sociólogos, economistas de la salud, asistentes sociales, especialistas en informática, etc., irrumpen en el sector.

5. La atención primaria de salud, en el actual concepto de la OMS, se transforma en la «vedette» del dispositivo global de atención de salud.

6. Se pretende la descentralización.

Desde el punto de vista administrativo y de gestión, se busca la descentralización. Parece ser que los ayuntamientos están destinados a desempeñar un papel importante. La actual ley de Administración local, la ley de Funcionarios sanitarios locales, de 27 de noviembre de 1953, y la base 24 de la ley de Bases de Sanidad nacional, de 25 de noviembre de 1944, reducían mucho sus competencias.

En la actualidad van a aparecer sucesivamente una nueva ley de Administración local y una nueva ley general de Sanidad.

Los antiguos Consejos municipales de Sanidad se van a transformar ahora en Consejos municipales de Salud y sus funciones van a ser importantes.

7. Se promueve la participación comunitaria.

La participación de la comunidad en la salud, antes casi inexistente, va a ser ahora lo habitual. Como ejemplo de ello quede lo dicho sobre los Consejos de Salud.

8. Existe el firme propósito de que en los presupuestos sanitarios el porcentaje destinado a prevención y promoción de la salud supere al destinado a la medicina curativa.

9. La financiación de todo el sistema correrá a cargo de los Presupuestos generales del Estado.

10. Universalidad del ámbito de aplicación.

El ámbito de aplicación del sistema se extenderá a toda la población española.

11. La ley general de Sanidad será la columna vertebral del sistema sanitario, y el Servicio nacional de Salud será su piedra angular.

Ultimamente, más que de Servicio, se habla de Sistema nacional de Salud. El Sistema nacional de Salud estará integrado por los Servicios de Salud de cada Comunidad autónoma.

¿Es lógico afirmar, en base a estos principios sanitarios que alientan la actual reforma, que otras reformas sanitarias no fueron tales?

Más que reformas, fueron mejoras que se concretaron en relación con la enfermedad y con los accidentes (seguros voluntarios, SOE, ley de Bases de Seguridad Social, etc.).

Los principios sanitarios informadores de la actual reforma, que en líneas generales aparecen recogidos en la ley general de Sanidad, constituyen un auténtico Sistema de Salud.

La diferencia que aquí existe, en este punto, es la misma que en relación con la salud se da entre la Constitución de 1812, que sólo se refiere a la

salubridad y a la policía sanitaria; la de 1931, que se refiere a conceptos relativos a lo que después sería seguridad social, y la de 1978, que se refiere al derecho a la protección de la salud en más de quince artículos.

Son, en definitiva, los principios sanitarios aquí comentados las directrices marcadas por la OMS como deseables, que en este caso concreto coinciden con las defendidas por el partido que sustenta al Gobierno.

ANALISIS GLOBALIZADO DEL NUEVO SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Al hacer la introducción ya decíamos que renunciábamos a hacer un análisis de la ley general de Sanidad; sin embargo, sí queremos destacar algunos aspectos sobre la globalidad del sistema.

Si bien es lógico que el sistema sanitario que surja de la reforma debe estar marcado por la impronta del partido en el poder, no es menos cierto que existen otras corrientes de opinión distintas a la propia que deben ser consideradas.

Se debe buscar al máximo el consenso y es deseable que se mantenga el diálogo en este sentido.

Los principios de equidad, adecuada redistribución de la renta, planificación continuada, evaluación, eficacia, eficiencia, rentabilidad, intervención del Estado, economía controlada, etc., deben hacerse coincidentes, cuando sea posible, con los de economía de mercado libre, libre concurrencia del sector privado, etc.

Creemos que es deseable un sistema sanitario mixto, y que un sistema sanitario con esas características será muy estable y fácilmente consensuable. La ley general de Sanidad debe ser una ley que perdure. Es decir, la reforma debe ser a gusto de la mayoría y gozar del apoyo y entusiasmo de la mayoría.

Si analizamos los distintos textos constitucionales, desde que los españoles nos dimos la Constitución de 1812 hasta la actual de 1978, podemos observar cómo se ha producido un movimiento pendular que ha ido desde lo progresista hasta lo conservador con rigurosa precisión matemática:

1812, progresista; 1834, conservador; 1837, progresista; 1845, conservador; 1869, progresista; 1876, conservador; 1931, progresista; 1938-67, conservador; 1978, progresista.

Es necesario que nuestra ley general de Sanidad no esté sometida a fuertes movimientos pendulares que, por otra parte, son costosísimos.

Nuestra ley general de Sanidad se adapta al Estado de las Autonomías, pero también debe adaptarse a la legislación que se da en las sociedades más avanzadas de Occidente.

Nuestro sistema sanitario debe ser homologable con el de esas sociedades y debe poseer fuertes dosis de modernidad, progreso y desarrollo.

RESUMEN

El autor defiende una reforma Sanitaria basada, en lo esencial, en conceptos asumidos por la OMS, y analiza los antecedentes sanitarios y sociales de la misma.

Finalmente estudia minuciosamente el derecho a la salud, enumera los principios sanitarios de la reforma y hace consideraciones sobre la deseada estabilidad del nuevo sistema sanitario.

R É S U M É

L'auteur défend une réforme sanitaire basée, dans l'essentiel, sur des concepts assumés par l'OMS et il analyse les antécédents sanitaires et sociaux de celle-ci. Après il étudie minutieusement le droit à la santé, il énumère les principes sanitaires de la réforme et il fait des considérations sur la souhaitée stabilité du nouveau système sanitaire.

SUMARY

The author defends a health reform based, in its essentials, on concepts accepted by WHO and he analyses its health and social background. Finally he studies thoroughly the right to health, he enumerates the health principles of the reform and he considers the desired stability of the new health system.

BIBLIOGRAFIA

- [1] *La Constitución Española*. Editorial Ramón Sopena, S. A. Barcelona, 1979.
- [2] LASSALLE, FERDINAND: *¿Qué es una Constitución?* Editorial Ariel, S. A. Barcelona, 1984.
- [3] SOLÉ TURA, J., y AJA, E.: *Constituciones y períodos constituyentes en España (1808-1936)*.
- [4] TAMAMES, R.: *Introducción a la Constitución Española*. Alianza Editorial, S. A. Madrid, 1982.
- [5] DE ESTEBAN, J.: *Las Constituciones de España*. Tauro Ediciones, S. A. Madrid, 1981.
- [6] YUSTE GRIJALBA, F. J.: «La salud en la Constitución Española y en los Estatutos de Autonomía de sus nacionalidades y regiones.» II Jornadas Técnicas del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. Febrero 1983, Madrid.
- [7] ALZAGA VILLAAMID, O.: *Comentarios sistemáticos a la Constitución Española de 1978*. Ediciones del Foro, Madrid, 1978.
- [8] GARRIDO FALLA, F.: *Comentarios a la Constitución*. Editorial Cívitas, Madrid, 1980.
- [9] ABEL-SMITH, BRIAN.: *¿Cuánto cuesta la salud?* Editorial Mapfre, S. A. Madrid, 1982.
- [10] FUNDACIÓN FOESSA: *Informe sociológico sobre el cambio social en España (1975-1983)*. Editorial Euramérica, S. A. Madrid, 1983.

- [11] PIÉDROLA GIL, G., y cols.: *Medicina preventiva y social. Higiene y sanidad ambiental*. Amaro, Ediciones-Publicaciones, Madrid, 1983, tomo I.
- [12] GONZÁLEZ ENTRENA, J. A.: «Hacia un nuevo sistema de salud.» *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1984, 58, 1161-1166.
- [13] HERNÁN SAN MARTÍN: «Salud y enfermedad.» *La Prensa Médica Mexicana*. Méjico, 1975.
- [14] HERNÁN SAN MARTÍN: *La crisis mundial de la salud*. Editorial Karpos, S. A. Madrid, 1982.
- [15] DE MIGUEL, J. M.: *Estructuras del sector sanitario*. Editorial Tecnos, S. A. Madrid, 1983.
- [16] DE MIGUEL, J. M.: *La sociedad enferma*. (Las bases sociales de la política sanitaria española.)
- [17] DE MIGUEL, J. M.: *La reforma sanitaria en España*. Editorial Cambio 16. Madrid, 1976.
- [18] NAVARRO, V.: *La medicina bajo el capitalismo*. Editorial Crítica, S. A. Barcelona, 1978.
- [19] OFICINA PARA EUROPA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *La salud, en peligro en el año 2000*. Edición del Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1983.

Estudio descriptivo de la demanda de urgencias en un medio rural

La zona de salud de la Sierra de San Vicente (Toledo)

ANTONIO DE LORENZO-CACERES ASCANIO *, JOSE ANTONIO DEL AMAMAZANO *, LUIS ARCOS SANTOS *, JOSE ANTONIO BREZMES VALDIVIESO *, JUAN RAMON SERRALLE ARIAS DE CASTRO *, SALVADOR MATÉO ONTAÑON ** y JOSE LUIS TURABIAN FERNANDEZ ***

INTRODUCCION

En abril de 1984 comenzamos a aplicar un sistema de recogida de datos sobre la demanda de atención médica urgente en nuestra zona de salud, la de la Sierra de San Vicente (Toledo).

Dicho sistema de registro debía cubrir, fundamentalmente, dos objetivos:

1. Proporcionar una información válida para conocer la demanda de urgencia en nuestra zona de salud.

2. Constituir un sistema de análisis de datos útil en la planificación y organización de la asistencia sanitaria de urgencia en zonas de salud rurales de características similares a la nuestra.

En el estudio que exponemos a continuación, presentamos los resultados obtenidos durante los seis meses transcurridos desde septiembre de 1984 hasta febrero de 1985.

MATERIAL Y METODOS

La Zona de Salud de la Sierra de San Vicente es, por el momento, la única estructura básica de salud rural proyectada en la provincia de Toledo.

Agrupada a diez núcleos de población —ocho municipios con dos urbanizaciones— y se encuentra situada en la margen derecha del río Alberche a unos 20 kilómetros de la ciudad de Talavera de la Reina, en la confluencia de la provincia de Toledo con las de Avila y Madrid (fig. 1).

* Equipo de Atención Primaria de la Zona de Salud de la Sierra de San Vicente (Toledo).

** Servicio de Epidemiología. Centro Nacional de Demostración Sanitaria. Talavera de la Reina (Toledo).

*** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa María de Benquerencia (Toledo).

SITUACION GEOGRAFICA DE LA ZONA DE SALUD SIERRA DE SAN VICENTE

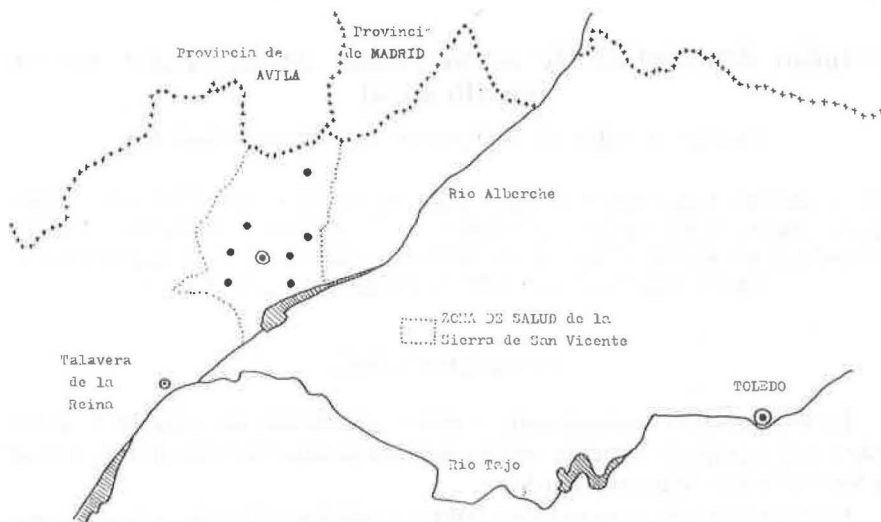


FIGURA 1

Nuestra zona presenta una muy baja densidad de población, siendo unos 4.000 los habitantes censados en 1981, los cuales aumentan considerablemente en los días festivos y en los períodos vacacionales.

La asistencia sanitaria corre a cargo de seis médicos y tres ATS titulares, quienes constituirán el futuro Equipo de Atención Primaria. Además, en la zona desarrolla sus actividades una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Ante la ausencia de un registro sistemático de las urgencias atendidas durante los turnos de guardia que se venían realizando, en abril de 1984 se confeccionó un sistema de recogida de datos de los casos asistidos entre las diecisiete y las veinticuatro horas de los días laborables y desde las doce horas de las vísperas de los días festivos hasta las nueve horas de los días posteriores a éstos.

En la tabla 1 se resumen los apartados de que consta el impreso de registro que hemos utilizado.

Para este estudio hemos considerado las urgencias atendidas desde el 1 de septiembre de 1984 hasta el 28 de febrero de 1985.

TABLA 1

ITEMS RECOGIDOS EN LAS HOJAS DE REGISTRO DE URGENCIAS

1. Fecha: día, mes y año.
2. Día laborable o festivo.
3. ¿Consulta atendida estando de guardia?
4. Población de la que procede el paciente.
5. Lugar de atención: En el domicilio del enfermo.
En el consultorio.
En otro lugar.
6. Edad.
7. Sexo.
8. ¿Pensionista?
9. ¿Desplazado?
10. Motivo de consulta: Anamnesis y exploración.
11. Diagnóstico final y código wonca.
12. Actitud y tratamiento.
13. Número de recetas.
14. ¿Envío a hospital (urgencias)?
15. ¿Envío justificado? (discusión en equipo, «a posteriori»).

RESULTADOS

De los ciento setenta días estudiados, ciento dieciocho fueron laborables (69,4 por 100) y cincuenta y dos fueron festivos o sus vísperas.

Se atendió un total de 304 urgencias, lo que representa una media de 1,78 urgencias/día. La media de urgencias atendida en días laborables (1,16) fue considerablemente menor que la correspondiente a días festivos o a sus vísperas (3,20 urgencias/día).

El 46,5 por 100 de las urgencias fueron atendidas por el médico de la propia localidad donde residía el enfermo, a pesar de no estar de guardia en ese momento (tabla 2).

TABLA 2

NUMERO TOTAL DE DIAS ESTUDIADOS	170
- Laborables	118 (69,4 por 100)
- Festivos	52 (30,6 por 100)
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS URGENTES	304
MEDIA DE AVISOS/DIA	1,78
- En días laborables	1,16
- En festivos o sus vísperas	3,20
- En guardia de festivo	6,40
URGENCIAS ATENDIDAS	304
- Por el médico de guardia	164 (53,9 por 100)
- Sin estar de guardia	140 (46,05 por 100)

Los meses en los que se registró una mayor demanda de urgencias fueron septiembre (27,3 por 100 de los avisos) y diciembre (22,3 por 100), siendo enero (8,5 por 100) el mes en que menos casos se atendieron. La media de urgencias mensual fue de 50,6.

En la figura 2 hemos representado el número total de urgencias procedente de cada localidad (barras blancas) y sus correspondientes tasas de urgencias por mil habitantes en los seis meses de estudio (barras de trazos). Como puede apreciarse, existen diferencias de casi un 100 por 100 entre las tasas de las distintas localidades (tabla 3).

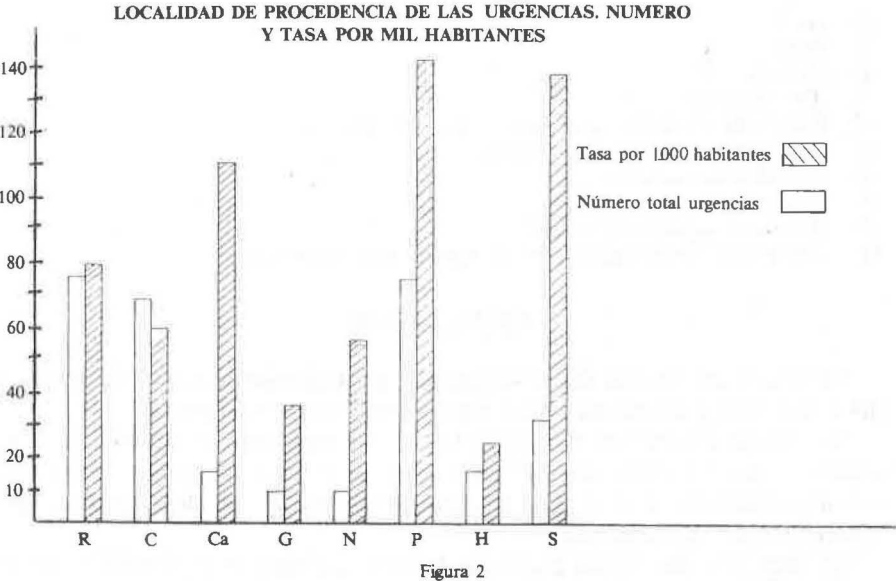


TABLA 3
LOCALIDAD DE PROCEDENCIA DE LA CONSULTA URGENTE. NUMERO TOTAL Y TASA POR MIL HABITANTES

Localidad	Número total	Tasa por 100 habitantes = Porcentajes
El Real	76	79,8
Castillo	69	60,1
Cardiel	16	111,1
Garciotún	10	56,1
Nuño Gómez	10	56,1
Pelahustán	75	148,2
Hinojosa	16	25
San Román	32	138,5
TOTAL	304	76,1

La tasa de urgencias estimada por cada mil habitantes-año sería, en nuestra zona, de 152,2.

El 53,6 por 100 de las consultas urgentes fueron atendidas en el domicilio del enfermo. En el consultorio local o en la propia casa del médico se asistieron el 44,07 por 100 de las urgencias, siendo atendidas en otro lugar (por teléfono, etc.) el 2,3 por 100 restante (tabla 4 y figura 3).

El 32,5 por 100 de todos los pacientes asistidos eran «pensionistas» a efectos de prestación sanitaria.

Los enfermos «desplazados» —no pertenecientes a nuestros respectivos cupos— representaron el 17,5 por 100 de las personas atendidas de urgencia. Cabe destacar que el 50 por 100 de las personas «desplazadas» fueron asistidas durante el mes de septiembre (tabla 5 y figura 4).

PORCENTAJES SEGUN EL LUGAR DONDE SE ATENDIO LA CONSULTA URGENTE

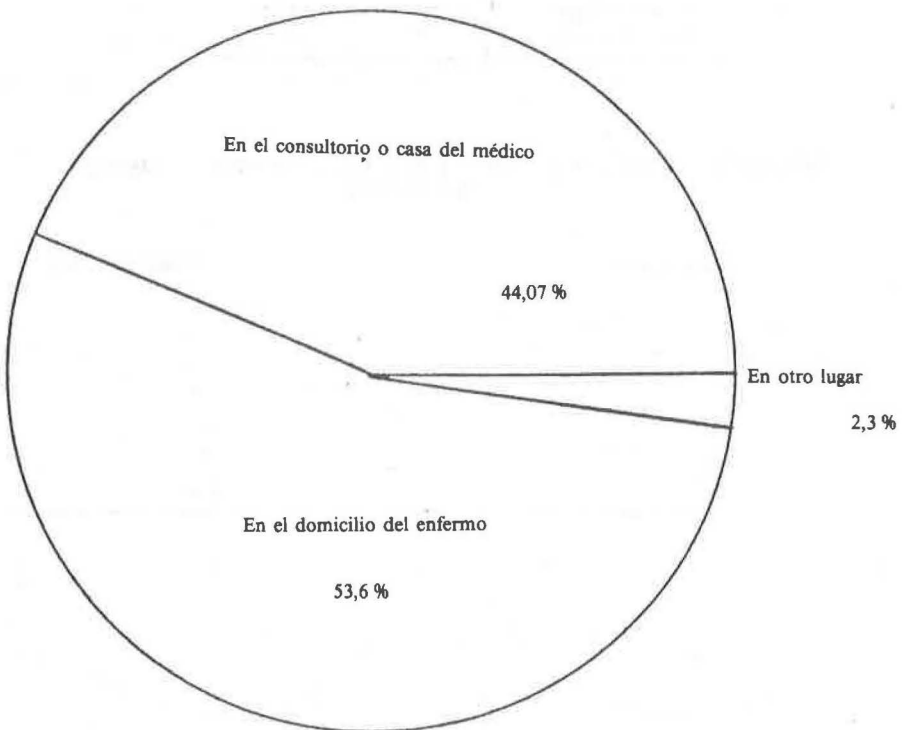


FIGURA 3

TABLA 4

**LUGAR DONDE FUERON ATENDIDAS
LAS CONSULTAS URGENTES. NUMERO
TOTAL Y PORCENTAJE**

Lugar de atención	Número total	Porcentaje
A domicilio	163	53,6
En consultorio	134	44,07
En otro lugar	7	2,3

TABLA 5

CONSULTAS URGENTES DE PENSIONISTAS Y DESPLAZADOS. NUMERO TOTAL Y PORCENTAJES

	Número total	Porcentaje
Pensionistas	99	32,5
Desplazados	68	21,7

PORCENTAJE DE CONSULTAS URGENTES DE PENSIONISTAS Y DESPLAZADOS

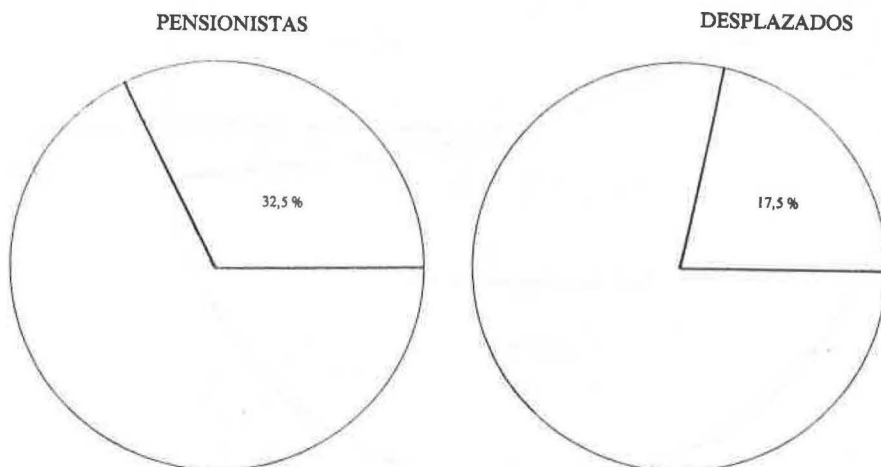


FIGURA 4

TABLA 6

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LAS CONSULTAS URGENTES. NUMERO TOTAL Y PORCENTAJE

Edad	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
< 1 año	7	2,3	3	0,9	10	3,2
1- 6	18	5,9	18	5,9	36	11,8
7-14	15	4,9	10	3,2	25	8,2
15-24	20	6,5	14	4,6	34	11,1
25-44	26	8,5	16	5,2	42	13,8
45-64	27	8,8	39	12,8	66	21,7
> 65 años	44	14,4	47	15,4	91	29,9
TOTAL	157	51,6	147	48,3	304	100

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS URGENTES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXTO

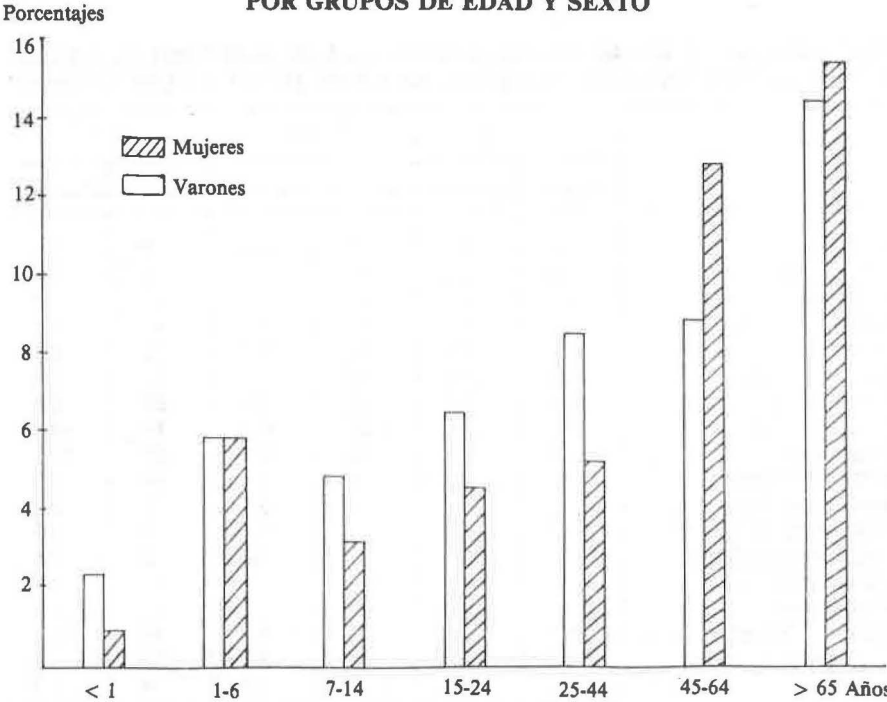


FIGURA 5

La distribución por grupos de edad y sexo de los pacientes atendidos de urgencia reveló un mínimo predominio de los varones sobre las mujeres (51,6 por 100 frente al 48,3 por 100). Sólo en los grupos de edad de más de cuarenta y cinco años fue mayor el número de mujeres asistidas.

La mitad de las personas que consultaron -51,6 por 100- tenía más de cuarenta y cinco años, y casi la tercera parte -29,9 por 100- tenía más de sesenta y cinco años (tabla 6 y figura 5).

Los diagnósticos finales, emitidos por el médico que atendió cada uno de los avisos, se agruparon siguiendo la clasificación internacional ICHPPC -2 de la WONCA.

Los traumatismos y efectos adversos fueron los diagnósticos efectuados con mayor frecuencia, constituyendo el 26,3 por 100 de todas las urgencias. Les siguieron, en orden de frecuencia, las afecciones respiratorias y digestivas, los signos y síntomas mal definidos y los problemas circulatorios, con porcentajes comprendidos entre el 15,7 por 100 y el 9,5 por 100 del total de consultas urgentes.

En el análisis por sexos de los distintos grupos de diagnósticos señalaremos que los varones sufren casi el doble de traumatismos que las mujeres. A

TABLA 7

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE WONCA DE LOS DIAGNOSTICOS FINALES DE LAS CONSULTAS URGENTES. NUMERO TOTAL Y PORCENTAJES

Grupo Wonca	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Infecciosas	5	1,6	3	0,9	8	2,6
Neoplasias	4	1,3	-	-	4	1,3
Endocrinas	-	-	-	-	-	-
Hematológicas	-	-	-	-	-	-
Mentales	4	1,3	12	3,9	16	5,2
SNC/Sentidos	2	0,6	10	3,2	12	3,9
Circulatorias	18	5,9	11	3,6	29	9,5
Respiratorias	27	8,8	21	6,9	48	15,7
Digestivas	14	4,6	26	8,5	40	13,1
Génito-urinarias	6	1,9	9	2,9	15	4,9
Embarazo. Parto	-	-	1	0,3	1	0,3
Dermatológicas	3	0,9	1	0,3	4	1,3
Músculo-esqueléticas	6	1,9	2	0,6	8	2,6
Congénitas	-	-	-	-	-	-
Perinatales	-	-	-	-	-	-
Signos, síntomas	15	4,9	20	6,5	35	11,5
Traumatismos	52	17,1	28	9,2	80	26,3
Otras	1	0,3	3	0,9	4	1,3
TOTAL	157	51,6	147	48,3	304	100

TABLA 8

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LOS CINCO GRUPOS WONCA MAS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADOS DE URGENCIA. NUMERO DE CASOS

	< 1 año	1-6	7-14	15-24	25-44	45-64	> 65 a.	Total
Circulatorias	—	—	—	—	—	2	27	29
Respiratorias	3	12	5	6	6	6	10	48
Digestivas	1	4	1	5	4	12	13	40
Signos y síntomas	2	6	4	2	4	7	10	35
Traumatismos ...	2	9	10	17	11	22	9	80

su vez, éstas presentan más afecciones digestivas, mentales y del sistema nervioso central y sentidos (tabla 7 y figura 6).

En la tabla 8 hemos distribuido por grupos de edad los cinco grupos de diagnóstico más frecuentes.

De las 304 urgencias atendidas, 44 fueron remitidas al Servicio de Urgencias del hospital de zona, lo que representó el 14,4 por 100 de pacientes derivados al hospital (tabla 9 y figura 7).

DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS FINALES DE LAS CONSULTAS URGENTES POR GRUPOS WONCA. NUMERO TOTAL POR SEXOS

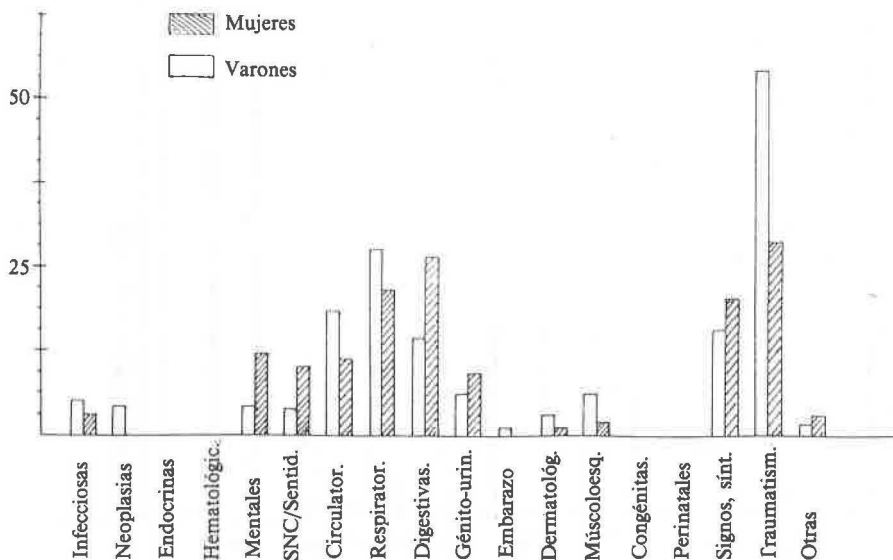


FIGURA 6

TABLA 9

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE DIAGNOSTICO WONCA, GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LOS ENVIOS AL HOSPITAL. NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJE

Diagnóstico de los envíos	V	H	Total	Porcentaje sobre el total de envíos	Porcentaje de envíos dentro del mismo grupo
Infeciosas	1	—	1	2,2	12,5
Mentales	1	2	3	6,8	18,7
Circulatorias	3	3	6	13,6	20,6
Digestivas	5	4	9	20,4	22,5
Génito-urinar.	—	2	2	4,5	13,3
Signos, síntom.	—	1	1	2,2	2,8
Traumatismos	17	5	22	50	23,7
<i>Total</i>	27	17	44		
<i>Porcentaje</i>	67,5	38,6	14,4		

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIAGNOSTICOS FINALES DE LOS ENVIOS AL HOSPITAL POR GRUPOS DE DIAGNOSTICO WONCA Y POR SEXOS

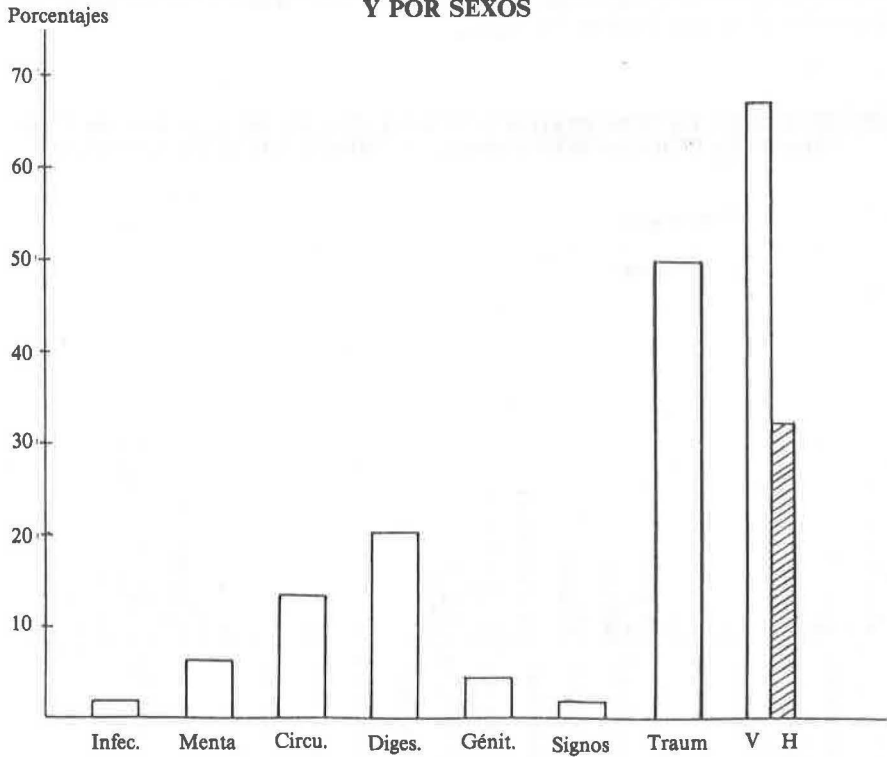


FIGURA 7

Al considerar el porcentaje relativo de envíos al hospital de cada uno de los grupos de patología, se observa que fueron los traumatismos los problemas peor resueltos en el nivel primario -23,7 por 100 de envíos sobre el total de traumatismos atendidos- seguidos por las afecciones digestivas, circulatorias y mentales (entre el 22 y el 18 por 100 de envíos) (tabla 9).

El 50 por 100 de los pacientes enviados al hospital lo fueron a causa de traumatismos, con un considerable predominio de los varones sobre las mujeres (tres a uno).

En orden de frecuencia les seguían los problemas digestivos -20,4 por 100 de todos los envíos-, fundamentalmente por procesos susceptibles de tratamiento quirúrgico, y las afecciones circulatorias (13,6 por 100).

Los varones enviados al hospital fueron notablemente superiores a las mujeres (dos a uno), debido al peso específico de los traumatismos (tabla 9 y figura 7).

Al distribuir los casos derivados al hospital por grupos de edad sobresale que el 43 por 100 de los mismos corresponde a pacientes de más de sesenta y cinco años. Los porcentajes disminuyen conforme se reduce la edad (tabla 10 y figura 8).

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LAS CONSULTAS URGENTES DERIVADAS AL HOSPITAL. PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE ENVIOS

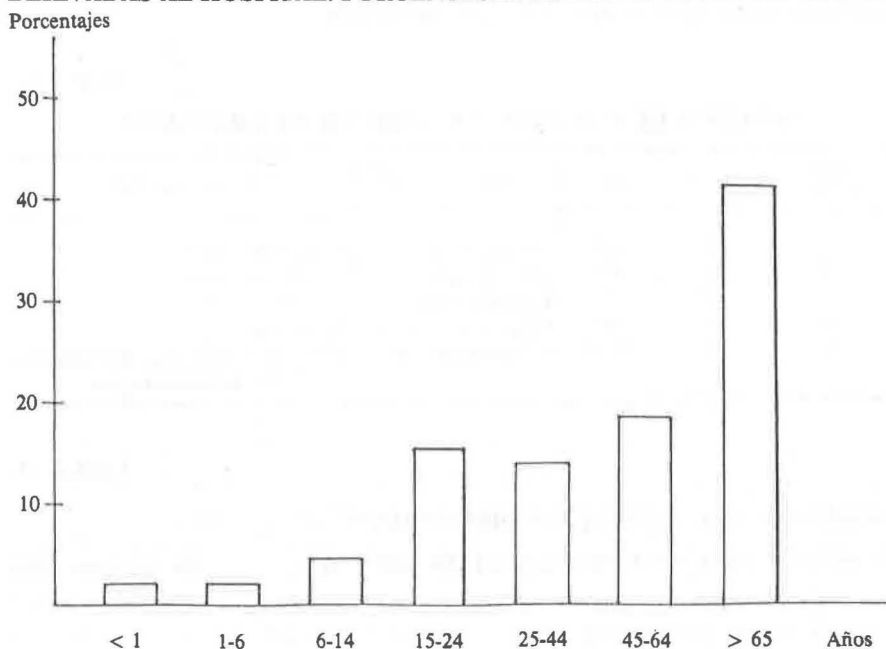


FIGURA 8

TABLA 10

**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LOS
PACIENTES ENVIADOS AL HOSPITAL. NUMERO TOTAL
Y PORCENTAJE**

Edad	V	H	Número	Porcentaje
< 1 año	1	—	1	2,2
1- 6	—	1	1	2,2
7-14	2	—	2	4,5
15-24	4	3	7	15,9
25-44	4	2	6	13,6
45-64	7	1	8	18,1
> 65 a.	9	10	19	43,1
TOTAL	27	17	44	100

En el período de estudio considerado se registraron cinco éxitos. Todos los casos correspondieron a sujetos varones. Cuatro tenían más de sesenta y cinco años y otro entre cuarenta y cinco y sesenta y cinco años. En los cuatro primeros casos, el motivo de consulta estuvo relacionado con la expedición del certificado de defunción (tabla 11).

En el 51,9 por 100 de las urgencias se recetó algún fármaco, siendo la media de recetas por consulta de 0,89 (tabla 12).

TABLA 11

ANALISIS DE LOS EXITOS ATENDIDOS DE URGENCIAS

Número de éxitos	Sexo	Edad	Grupo WONCA	Diagnóstico final
1	V	65	Neoplasias	Cáncer gástrico.
2	V	65	Neoplasias	Cáncer de vejiga.
3	V	65	Circulatorio	ACVA.
4	V	65	Signos, síntomas	Senilidad.
5	V	45-64	Traumatismos	Perforación cardíaca por proyectil. Shock hemorrágico.

TABLA 12

NUMERO TOTAL DE RECETAS DISPENSADAS	273
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS CON RECETA	158 (51,9 por 100)
— $\bar{X}$ de recetas/consulta	0,89
— $\bar{X}$ recetas/consulta con receta	1,7
NUMERO DE CONSULTAS RESUELTAS EN EL LUGAR DE LA ASISTENCIA	97 (31,9 por 100)

En la figura 9 se representan los medios utilizados en la resolución de los casos atendidos, así como su destino final.

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS URGENTES
SEGUN LOS MEDIOS EMPLEADOS EN SU RESOLUCION
Y EL DESTINO FINAL DE LAS MISMAS**

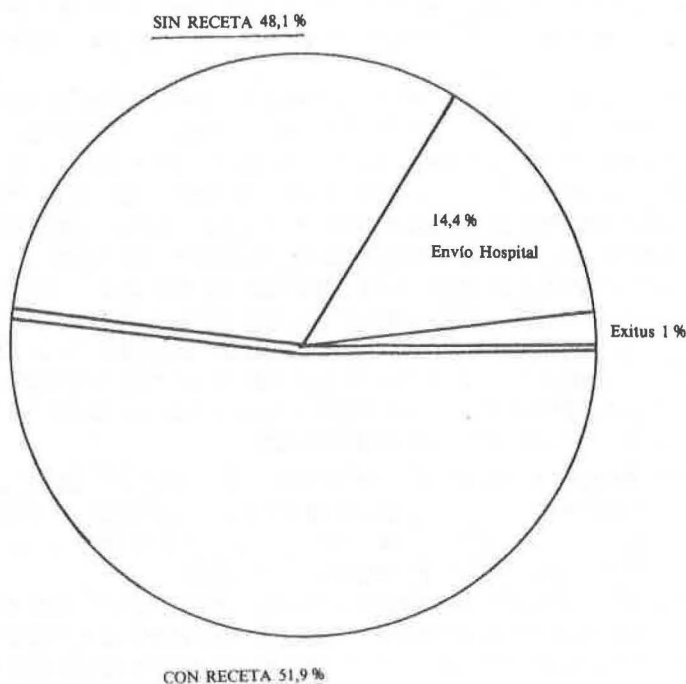


FIGURA 9

DISCUSION

A la vista de los resultados, consideramos que nuestra zona presenta una baja tasa de demanda de atención médica urgente -152,2 urgencias por 1.000 habitantes-año- en comparación con la señalada por otros autores, tanto en el medio rural [1, 2, 3] como en el medio urbano [4, 5, 6].

Los días festivos y sus vísperas registraron una mayor demanda -3,2 urgencias/día- frente a los días laborables, como ha sido puesto de manifiesto en la mayoría de los estudios. Para explicar esta situación podemos apuntar la ausencia de consulta médica en días festivos y el aumento de población, con la presencia de «desplazados».

El hecho de que casi la mitad de las urgencias fueran atendidas por el médico de la localidad, que no estaba de guardia, se explica por la obligación legal de residir en la misma y por la mayor accesibilidad de la población.

Como se ha puesto de relieve en otros estudios [1, 5], existen diferencias estacionales de la demanda, siendo los meses de verano e invierno –septiembre y diciembre en nuestro medio– los que registran las mayores tasas, debido a la presencia de «desplazados» en el primer caso (con el consiguiente aumento de población) y a la mayor incidencia de procesos respiratorios en el segundo.

En nuestra zona, pese a existir una cierta uniformidad en las características de los distintos núcleos de población, se observa, como en otros trabajos [1], el diferente comportamiento de las distintas localidades a la hora de demandar atención médica urgente. Cabe suponer que estas diferencias obedecen a las diversas concepciones de lo que representa o no una urgencia médica y el distinto comportamiento para recabar su solución.

En nuestro estudio, se aprecia un significativo número de urgencias que debieron ser atendidas a domicilio –53,6 por 100– a diferencia de lo que ocurre en otros lugares [4, 5] fundamentalmente urbanos. A la dispersión geográfica de nuestra zona se añade la carencia de medios de desplazamiento y la elevada edad de muchos de los pacientes atendidos, así como el grado de afectación por las patologías que presentaban.

La concentración en el mes de septiembre del 50 por 100 de las urgencias presentadas por personas «desplazadas» la atribuimos a la mayor afluencia de dicha población, debido a las vacaciones estivales y a la celebración, en ese mes, de las fiestas patronales de nuestras localidades.

El hecho de no haber atendido a ningún paciente procedente de las dos urbanizaciones existentes en la zona, a pesar de que presentan una considerable población flotante, lo relacionamos con la tendencia de dicha población a acudir directamente a los servicios de urgencia hospitalaria (muy cercanos a nuestra zona).

El ligero predominio de los varones sobre las mujeres, a diferencia de lo que ocurre en la consulta diaria «a demanda», lo relacionamos en nuestro medio con la mayor incidencia de patología traumatológica entre los hombres. Sólo en los grupos de edad de más de cuarenta y cinco años se invierte el predominio de los varones. Ello obedece al mayor censo de mujeres en esos grupos de edad y a la menor frecuencia de traumatismos entre los varones de más de cuarenta y cinco años.

El notable envejecimiento de nuestra población queda suficientemente expresado en que casi la tercera parte de las urgencias se presentaron en pacientes mayores de sesenta y cinco años, a diferencia de lo citado por la mayoría de los estudios [1, 4, 5], donde es la población infantil la que con más frecuencia requiere atención urgente.

En nuestra zona, los traumatismos y efectos adversos son el primer motivo de consulta urgente, seguidos de los procesos respiratorios. Este orden

se invierte en los lugares [1, 4, 5, 7] donde la población infantil es la predominante.

Al analizar la distribución etárea de los cinco grupos de diagnóstico más frecuentes, es lógico observar que, en una población tan envejecida como la que atendemos, la mayoría de los pacientes en cada uno de los grupos de diagnóstico se encuentran entre los grupos de mayor edad. Este hecho es particularmente notorio para los problemas circulatorios, donde 27 de los 29 pacientes asistidos tenían más de sesenta y cinco años.

Las afecciones respiratorias se distribuyeron con bastante uniformidad, con mayor presencia en los grupos de edad de uno a seis años y en el de mayores de sesenta y cinco años.

Los traumatismos, por su parte, afectan más a los sujetos jóvenes entre quince y veinticuatro años y a los adultos activos entre cuarenta y cinco y sesenta y cuatro años. El «bache», aparentemente inexplicable, en el grupo de edad de veinticinco a cuarenta y cuatro años puede justificarse por la disminución que, en este grupo de población –y particularmente en los sujetos varones–, se originó por los movimientos inmigratorios de los años 60-70.

La proporción de urgencias derivadas al hospital –14,4 por 100– es similar al de otras zonas (rurales [1, 2] y urbanas [4]). Sin embargo, es tres veces superior al señalado por otros estudios [5]. Esta diferencia puede parecer desproporcionada a primera vista. No obstante, creemos que puede explicarse en función de la elevada edad media de los pacientes asistidos y por las patologías para las que solicitaron atención médica urgente.

Resulta lógico pensar que, en aquellas poblaciones donde exista una tendencia marcada a requerir asistencia urgente por problemas banales de dudoso carácter urgente –presentados con más frecuencia por la población infantil [7]–, el porcentaje de casos resueltos por el nivel de atención primaria sin precisar derivación al hospital, será mayor que en aquellas colectividades que –como la nuestra– están más envejecidas o tienen un mayor sentido de las situaciones que realmente requieren asistencia urgente.

En cualquier caso, y tratando de reducir al máximo la subjetividad que inevitablemente aparece cuando se considera la posible justificación de un envío urgente al hospital, hemos discutido retrospectivamente y en equipo cada uno de nuestros casos, con el resultado de que 41 de los 44 envíos nos parecieron justificados, lo que supone un 93 por 100 sobre el total de pacientes remitidos al hospital.

Como en otros estudios [5], fueron los traumatismos los procesos enviados al hospital con mayor frecuencia, representando en nuestra zona la mitad de todos los envíos.

Como se infiere directamente de los resultados ya presentados, son los varones –67,5 por 100– y las personas mayores de sesenta y cinco años –43 por 100– los pacientes que más frecuentemente debieron ser remitidos al servicio de urgencias hospitalario.

La tercera parte de los casos asistidos -32,7 por 100- fueron resueltos en el mismo momento de la atención, sin tan siquiera llegar a necesitar la prescripción de recetas.

Aunque no han sido objeto de presentación en el apartado de «Resultados» de este trabajo, queremos resumir brevemente algunos de los indicadores y ventajas que hemos obtenido con la utilización y análisis del sistema de registro propuesto.

1. En primer lugar, nos ha permitido obtener otros indicadores que complementan la *evaluación de la demanda* de urgencias en nuestra zona, caracterizando a cada una de las diferentes localidades que la componen en su demanda de atención médica urgente. Así, hemos podido conocer:

- Los grupos de edad y sexo que consultan.
- Los grupos de diagnóstico WONCA.
- La proporción de «desplazados».
- Las tasas de envíos al hospital de cada una de las localidades del área.

Del mismo modo hemos determinado las variaciones en la actitud de la población de cada pueblo en cuanto a requerir el desplazamiento del médico o bien ser los propios pacientes quienes se desplacen a la localidad de residencia del médico de guardia.

2. En segundo lugar, el método de análisis que proponemos permite *evaluar la actividad asistencial* de cada uno de los sanitarios en lo que respecta a la atención de consultas urgentes. Así, hemos podido determinar:

- El número total y el porcentaje de urgencias asistidas por cada profesional.
- El porcentaje de urgencias atendidas sin estar de guardia.
- El número y destino de los desplazamientos a otras localidades.

3. Por último, la presentación y discusión de los casos asistidos durante la semana, en el transcurso de una de las reuniones del equipo, nos parece un método válido para evaluar la calidad de la asistencia de urgencia de cada uno de los componentes del Equipo de Atención Primaria.

En estas sesiones se consigue el seguimiento del paciente por parte del médico que lo atendió de urgencia en un primer momento, al tiempo que se posibilita la continuidad asistencial del enfermo por el médico al que está adscrito.

Por otra parte, la exposición de los diferentes razonamientos diagnósticos seguidos en cada caso y la presentación de las pautas de tratamiento empleadas, incluyendo la posible justificación de los envíos al hospital, son discutidas en grupo por el equipo, lo que representa el primer paso para la unificación de criterios en la asistencia a las urgencias (protocolos diagnósticos y terapéuticos) y son un estímulo para la formación continuada.

CONCLUSIONES

Como conclusión final, sugerimos la conveniencia de estudios similares al nuestro como paso previo a la planificación y organización de los servicios de atención a las urgencias en aquellas zonas de salud rurales con una dispersión y baja densidad de población similares a las nuestras.

RESUMEN

Se presentan los resultados obtenidos tras la implantación de un sistema de registro de datos y de análisis de la demanda de urgencias aplicables a zonas rurales de baja densidad de población.

Se atendieron 304 urgencias consecutivas durante el período objeto de estudio, desde el 1 de septiembre de 1984 hasta el 28 de febrero de 1985. La tasa de demanda de urgencias (152,2 por 1.000 habitantes-año) es considerada baja en relación a otros estudios, aunque existen considerables diferencias entre distintas localidades. El 51,6 por 100 de las personas atendidas tenían más de cuarenta y cinco años. Los traumatismos fueron la patología más frecuentemente asistida, del mismo modo que supusieron el 50 por 100 de los envíos al hospital. El 14,4 por 100 de los pacientes fueron derivados al servicio de urgencias hospitalario. Se discute la justificación de dichos envíos a la vista de las diferencias encontradas con otros estudios.

Se concluye proponiendo la realización de estudios semejantes como paso previo a la planificación y organización de los servicios de atención médica de urgencia en el medio rural con características similares al nuestro.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent les résultats obtenus après l'implantation d'un système d'enregistrement de données et d'analyse de la demande d'urgences applicable à des zones rurales de basse densité de population. 304 urgences consécutives ont été soignées pendant la période étudiée, depuis le 1^{er} septembre 1984 jusqu'au 28 février 1985. Le taux de demande d'urgences -152,2 pour 1000 habitants par an- est considéré bas en relation avec d'autres études, malgré qu'il y ait des différences considérables entre différentes localités. Le 51,6 pour 100 des personnes soignées avaient plus de 45 ans. Les traumatismes furent la pathologie la plus fréquemment soignée, et ils représentaient le 50 pour 100 des références à l'hôpital. Le 14 pour 100 des malades furent dérivés aux services d'urgence hospitaliers. On discute la justification de ces références à vue des différences trouvées avec d'autres études. On finit en proposant la réalisation d'études semblables comme un pas préalable à la planification et à l'organisation des services de soins médicaux d'urgence dans le milieu rural avec des caractéristiques similaires au nôtre.

SUMMARY

The results got after the implementation of a system for the register of data and the analysis of the demand of emergencies applicable to rural areas with low density of population, are reported. 304 consecutive emergencies were treated during the studied period, from September, the 1st 1984 till February the 28th, 1985. The rate of emergency demands -152,2 per 1000 h. per year- is considered low in relation with another studies, although there are large differences between different localities. The 51,6 per 100 of assisted persons was older than 45 years. The traumatisms were the most frequently treated pathology, and they represented the 50 per 100 of the referrals to hospital. The 14,4 per 100 of patients were referred to the hospital emergency service. The justification of these referrals is discussed considering the differences with another studies. They conclude proposing the implementation of similar studies as a previous step to planning and organization of the emergency medical services in the rural areas with similar characteristics to ours.

BIBLIOGRAFIA

- [1] SÁNCHEZ MADRID, F.: «Estudio epidemiológico de las urgencias médicas en el medio rural». *Tribuna Médica*, 1984, número 1049: 14-20.
- [2] FERNÁNDEZ NIETO, P., y otros: «Utilización de los servicios médicos en el medio rural de la provincia de Granada (Resultados de una encuesta de opinión)». *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, 1985, 19: 17-21.
- [3] ALDÁMIZ ECHEVARRÍA, B., y otros: *Memoria de actividades 1983*. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cambre, La Coruña, 1984.
- [4] CORTÉS UGALDE, F., y otros: «Registro de 1.530 avisos domiciliarios (Servicio de Urgencias. Ambulatorio de Pamplona)». V Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria (comunicación libre), Santiago de Compostela, 1984.
- [5] VELÁZQUEZ, M., y otros: «Urgencias en asistencia primaria: Estudio retrospectivo de 1.000 casos». *Atención Primaria*, 1984, 1: 179-184.
- [6] DE LA REVILLA, L., y otros: *Memoria de actividades del centro de salud «La Cartuja» (Granada)*. Edit. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, Sevilla, 1984.
- [7] ROMÁN PUMAR, J. L., y otros: «Estudio comparativo entre servicios de urgencia hospitalaria y atención primaria de salud». *Medicina Integral*, 1982, 3: 440-445.

Prevención de la delincuencia juvenil

A. GONZALEZ GARCIA

1. INTRODUCCION

Si hay algo en lo que estén de acuerdo todos los estudiosos del problema es en la falta de acuerdo. Cada representante de las distintas disciplinas y de los distintos países enfoca la temática que hoy nos ocupa desde un punto de vista diferente. No se trata sólo de que las ideas psiquiátricas varíen de un grupo a otro o de un país a otro, sino que son también diferentes las ideas sociopolíticas y religiosas, los sistemas jurídicos y las prácticas de registros de casos.

Por ello, parece aconsejable que el primer paso hacia una posible prevención de la delincuencia juvenil consista en fomentar la comunicación y en facilitar la comprensión entre los que han de colaborar.

Dentro de nuestro país, que es el que nos interesa de manera más cercana, sería de desear un mayor contacto entre las personas que, dentro de las distintas instituciones (Ministerios, etc.), están capacitadas para un trabajo fructuoso. Fijense bien que no digo que deben colaborar las distintas instituciones, sino las personas adecuadas, con una formación sólida y que hayan trabajado en este área.

Naturalmente, esto es algo que no se va a poder lograr, pero, en fin, hay que cumplir con el deber de incluirlo entre las medidas previas a cualquier intento de prevención.

Como ustedes, los que me escuchan o me leen, no van a poder influir en ello, nos contentaremos con retener de esta introducción la idea de que el estudio y prevención de la delincuencia juvenil es una tarea multidisciplinaria que exige no sólo el concurso de distintos especialistas médicos, sino también de otras profesiones (maestros, psicólogos, policías, sacerdotes, asistentes sociales), de los padres y de las distintas instituciones que forman el entramado político de un país.

2. ¿QUE ENTENDEMOS POR «DELINCUENCIA JUVENIL»?

Al hacernos esta pregunta, ya de entrada decisiva, empezamos a encontrarnos en apuros. Los representantes de las distintas disciplinas nos dan diferentes respuestas.

Los sociólogos dejarán a muchos perplejos al afirmar que la delincuencia es un fenómeno social normal, resultante del conjunto de tensiones, conflictos, disfunciones y desigualdades inherentes a toda sociedad organizada. Como pueden ver, la afirmación no puede ser más importante: Si la delincuencia es un fenómeno social normal, los médicos, psicólogos y maestros no tenemos nada que hacer. Tendremos que abandonar los esfuerzos para reducir el problema a los abogados, jueces, legisladores y policías. Y, por supuesto, a los sociólogos.

Por su parte, los abogados dan una respuesta lapidaria. Para Rubin, la delincuencia juvenil es «lo que la ley dice que es».

¿Y que es la delincuencia juvenil para los médicos? Un ejemplo lo tenemos en la definición que dio la Oficina Regional de la OMS para Europa, en 1973, en un Simposio organizado en Bratislava: Un delincuente es «cualquier sujeto cuyo comportamiento perjudica a otro individuo o a un grupo, rebasando los límites tolerados por los grupos sociales que presentan las normas y los valores de una sociedad en un momento de su desarrollo».

Para el clínico, la delincuencia juvenil es síntoma de un desequilibrio adaptativo que se manifiesta por dificultades que experimenta el individuo en su relación con los demás y en la afirmación de la propia personalidad.

Por su importancia, retrocedemos para examinar la opinión de los sociólogos. Se ha citado frecuentemente el hecho de que en el Seminario de Bratislava se presentó, o mejor dicho, se recordó, que en Greve (Dinamarca) se hizo en una ocasión una encuesta entre 7.000 jóvenes convocados para reconocimiento médico con motivo del servicio militar. Se les preguntó si admitían haber cometido delitos como contrabando, hurtos en el lugar del trabajo, relaciones sexuales con menores, conducción de automóviles en estado de embriaguez, etc. Aunque sólo una minoría de jóvenes había estado en contacto con la policía u otras autoridades en relación con actos ilícitos, no llegaban al 0,8 por 100 los que declararon no haber cometido ninguno de los actos delictivos mencionados en el cuestionario.

Los resultados de esta encuesta indicarían, según algunos de sus intérpretes, que, desde el punto de vista estadístico, es normal cometer delitos en una u otra forma, y que la división que suele hacerse entre delincuentes y «personas de orden» no se ve respaldada por los hechos. Se derrumbaría, así, toda la literatura creada en torno a una supuesta «personalidad criminal».

Sin embargo, debemos examinar más de cerca la afirmación de que, puesto que casi todo el mundo comete alguna vez una infracción, la delincuencia es un fenómeno normal. Esto es como afirmar que, puesto que todo el mundo sufre alguna vez alguna enfermedad, la enfermedad es un fenómeno normal.

A mí me parece que de lo que debemos huir en este terreno es de las consideraciones o afirmaciones tipo «blanco o negro», «todo o nada». Quiero decir que es verdad que casi todos los jóvenes cometen infracciones, pero sólo algunos de ellos las cometen graves o continúan repitiéndolas durante el

tiempo de la observación. En estos casos es cuando se les denomina «delincuentes», lo que, por cierto, tiene graves repercusiones en su psiquismo, su conducta y su vida, ya que se producen en ellos reacciones secundarias que no tienen nada que ver con su conducta delictiva original, sino que son consecuencia del «etiquetado». Precisamente una de las tareas de la salud mental –como actividad– es la de prevenir tales situaciones estigmatizantes.

De lo anterior se deduce que el término «delincuencia juvenil» incluye muchos tipos psicológicos distintos, y gran número de ellos no presenta, de hecho, rasgos muy distintos de los jóvenes no delincuentes, y no deberían ser considerados como «normales». Este tipo de jóvenes delincuentes son los que mejor pronóstico social tienen, ya que, frecuentemente, después de un breve período delictivo, vuelven a ocupar su lugar en la sociedad como individuos normales y estables. Debemos insistir en que en estos casos la responsabilidad de quienes se ocupan, en la sociedad, del tratamiento de estas personas es muy grave, porque se puede interferir esta «curación espontánea» si se produce un «etiquetado» y las reacciones secundarias a él. Es necesario, pues, gran prudencia, conocimiento del tema y una reflexión detenida en cada caso.

3. LAS BANDAS DE DELINCUENTES JUVENILES

Las bandas se han dado en todos los países y en todos los tiempos. En unos casos son bandas de adultos, con una organización completa. Pero muchas veces se trata de bandas de jóvenes cuyas conductas varían desde la actividad lúdica hasta los delitos más graves. En los tiempos que corremos han aparecido nuevos tipos de bandas que pueden ser utilizadas con fines económicos, por determinadas empresas o con fines políticos.

Sin embargo, en la mayoría de los casos se trata de jóvenes que se reúnen para holgazanear y que algunas veces delimitan un «territorio» que consideran propio, y en él los «extraños» corren un determinado riesgo si se atreven a entrar.

Se ha estimado que alrededor del 80 por 100 de todos los delitos juveniles tienen lugar cuando dos o más jóvenes forman uno de estos grupos. Lo que quiere decir que existe un buen motivo para que la sociedad se preocupe de ellos. Además, presentan un gran interés para los sociólogos, ya que se trata de uno de los pocos grupos de personas que se constituyen espontáneamente. La banda es un grupo informal y no está ligado a ningún componente regular de la sociedad. Thrasher (1927) ha denominado a estas formaciones «intersticiales», lo que quiere decir que existen entre los demás grupos sociales sin formar parte de uno de ellos.

Este mismo autor considera que las bandas surgen de grupos de adolescentes que juegan juntos con frecuencia. Estos grupos no se convierten en bandas hasta que se produce un conflicto con la sociedad, lo que les convierte en una unidad integrada. Pueden ser hostigados, por ejemplo, por el vecindario o por

la policía. Entonces cierran filas, adoptan un nombre, se hacen conscientes de su propia identidad y contraatacan. La identidad puede proclamarse mediante insignias o vestidos especiales. Naturalmente, todo esto, junto con las actividades más o menos violentas de los jóvenes, aumenta el miedo y el rechazo del vecindario. Cartwright (1975) ha definido, por todo ello, a la «banda» como un «grupo intersticial e integrado que se reúne más o menos regularmente y cuya existencia y actividades como grupo son consideradas una amenaza real o potencial para el orden social».

Short, Tennyson y Howard han descrito las actividades de las bandas que han podido observar en Chicago (1963): Holgazanear, beber, jugar, luchar con otras bandas utilizando diversas armas, violaciones, robos, etc.

No todas las bandas presentan igual conducta. Algunas no pasan de beber y consumir alguna droga. Pero otras se ven implicadas en crímenes graves. Parece que en ello influye el tipo de vecindad en el que viven los miembros de la banda. Por ejemplo, las bandas de los barrios de la clase media llevan a cabo más a menudo delitos contra la propiedad.

Thrasher ha descrito los *procesos de grupo* que se dan en las bandas. Los miembros se sientan más o menos en corro y charlan, juegan y luchan por el liderazgo. Los muchachos se burlan y agravan continuamente entre sí y ponen a prueba la paciencia del otro, su fuerza o su masculinidad. Thrasher llama a esta conducta «interestimulación». Esta conducta es un proceso general dentro del grupo, pero hay formas especiales de ella que tienen un interés particular. Se trata de que cada miembro busca mantener o elevar su propia posición, dentro del grupo, con respecto a los demás componentes. Como han puesto de manifiesto Short y Strodtbeck (1974), los líderes son particularmente susceptibles a todo intento de poner en cuestión su *status*. Frecuentemente el líder de una banda dirige a ésta contra objetivos externos con el fin de restablecer la solidez de su puesto.

Otros importantes sucesos en el grupo son el de «fijación de objetivos» y el de «asignación de rob». El primero se refiere a la manera en que el grupo decide lo que va a hacer. Unas veces los objetivos son fijados por el líder. Hay que decir que es frecuente que el líder sea el muchacho que tiene las mejores ideas del grupo, aunque en ocasiones es, simplemente, el que puede vencer a cualquiera de los otros en lucha individual. Otras veces la fijación de objetivos es un proceso que se lleva a cabo de una manera más dispersa, en el que toman parte más miembros del grupo.

Dentro de cada banda hay miembros de los que se espera diferentes actividades, al menos en lo que se refiere al primer plano de su conducta. Así, por ejemplo, unos son «guerreros», otros son más bien *clowns*, otros simples comparsas, etc. En la asignación de estos roles se tiene en cuenta las características psicofísicas de cada muchacho, tales como, por ejemplo, la capacidad de liderazgo, el sentido del humor, la agresividad y fuerza muscular, etc.

Otro proceso de gran importancia en el grupo es el de reclutamiento de nuevos miembros, el de la despedida o separación de otros. Todos los grupos deben tener prevista la manera de reclutar gente. En realidad un grupo comienza a veces con dos miembros. Más del 85 por 100 de los grupos que se mencionan en la literatura tienen entre tres y cien miembros; el tamaño medio es de alrededor de 16 miembros. Los nuevos que van entrando en el grupo son seleccionados de acuerdo con un determinado principio. Thrasher dice que muchas bandas deciden qué nuevos deben entrar según las necesidades que de momento tiene el grupo; por ejemplo, carteristas o con habilidad para confeccionar cierto tipo de armas, etc.

Reuterman y otros (1976) han observado que los miembros de cada banda se asemejan mucho entre sí y difieren en sus calidades psicofísicas de los miembros de otras bandas. Así, algunas bandas son más ágiles que otras, unas más inteligentes que otras (refiriéndonos a la media de sus miembros), otras más fuertes, etc. Se supone que esto es debido a que los miembros de una banda seleccionan a los nuevos eligiendo a los que se parecen más a ellos mismos.

Una pregunta importante es la de que si hay una característica especial que distingue al miembro de una banda del miembro de otros grupos, también juveniles, pero que no se han formado espontáneamente, como, por ejemplo, los de asociaciones creadas y controladas por adultos. En otras palabras, ¿puede sostenerse la idea de un «pandillero típico»? La respuesta es afirmativa. El pandillero típico está situado en la mitad inferior del espectro socioeconómico, vive en una ciudad o en sus suburbios, es varón, y su edad está entre once y veinticinco años (por término medio diecisiete).

Se ha encontrado que los miembros de las bandas juveniles son más bajos de estatura que el término medio de la población de su edad. Los resultados de los test de inteligencia son peores en los pandilleros que en los jóvenes que no pertenecen a una banda y que no son delincuentes, pero que viven en la misma vecindad. Reuterman y otros, usando la *Objective-Analytic Personality Factor Test Battery* han encontrado que los miembros de las bandas tienen un yo menos fuerte, y un peor contacto con la realidad que los que no pertenecen a ellas. También muestran un menor desarrollo del concepto del *self* y un grado más alto de hipomanía, que se pone de manifiesto en su tendencia a actuar de una manera rápida pero inexacta y mal terminada.

Una buena pregunta es la de que por qué los muchachos ingresan en estas bandas. Para Cohen (1955) los chicos de la clase económicamente débil se ven impulsados a ello por las frustraciones que experimentan en la escuela. Cloward y Ohlin (1960) piensan que los muchachos, como todos los miembros de la sociedad americana, se sienten atraídos por el éxito, pero se encuentran bloqueados en su lucha por él por la falta de una escolarización adecuada y de oportunidades de trabajo. Miller (1958) sugiere que los muchachos de las clases económicamente débiles crecen en un ambiente cuyo estilo de vida favorece los modelos, o mejor dicho, los valores de la dureza,

de la astucia, de la búsqueda de la fortuna y del deseo de llevar una existencia apasionante. Los varones adultos pasan una gran parte de su tiempo en grupos en las calles, en las esquinas y en los bares y clubes. Los muchachos desean emularlos e incluso ir más allá que ellos. De esta manera caen en conductas que son habituales en su ambiente, pero no toleradas por las normas de la sociedad. Por su parte Reuterman, después de revisar distintas teorías, declara que no le satisface de manera completa ninguna de ellas.

4. DESARROLLO MENTAL DEL NIÑO Y DELINCUENCIA JUVENIL

Todo niño es, al principio de su vida, un ser asocial; exige una satisfacción instintiva, primitiva y directa, sin preocuparse de lo que le rodea. Este comportamiento, normal en el niño, es anormal en el adulto. La tarea de la educación es lograr que el desarrollo mental del niño sea normal, hacerle pasar de asocial a social. Pero esto sólo es posible si se evita que se presenten disturbios en el desarrollo afectivo del niño. Si se producen, el niño puede permanecer asocial, o por lo menos comportarse sin un ajuste normal a las demandas de la sociedad. Algunas veces los deseos instintivos no han sido elaborados, sino reprimidos; están ahí, en el fondo de la personalidad del niño, esperando una oportunidad. Puede hablarse en estos casos de «delincuencia latente», que puede convertirse en «manifiesta» con motivo de alguna situación que actúa como «reveladora».

Se ha dicho que el proceso de socialización del niño repite la historia del desarrollo de la especie humana. El desarrollo ontogenético repetiría el filogenético. Los primeros hombres tuvieron que desarrollar, poco a poco, una capacidad para controlar sus instintos, aplazar las satisfacciones, a veces renunciar a ellas o desviarlas hacia fines socialmente aceptables. De la misma forma el niño tiene que ir abandonando el mundo del placer de la infancia por el mundo de la realidad del adulto.

Cuando el niño se encuentra bajo la presión de experiencias desagradables aprende, gradualmente, a tener en cuenta las demandas de la sociedad. Sin embargo, el niño puede sentirse incapaz de soportar las frustraciones a que le somete el ambiente y entrar en conflicto con éste de forma consciente. Esta es la rebelión que produce el tipo de delincuente que está psicológicamente más cerca del individuo normal. En otros casos (delincuentes neuróticos) el individuo se encuentra en conflicto interior: ha interiorizado los mandatos del mundo exterior y una parte de su personalidad prohíbe la satisfacción de sus deseos o tendencias. Esta distinción entre dos grupos de delincuentes permite, según Aichhorn, no sólo una clarificación de los mecanismos psíquicos, sino además, y sobre todo, una diferente conducta terapéutica. Nos permite corregir errores que se han venido repitiendo demasiado a menudo. El castigo, por ejemplo, o la corrección suprimen una determinada conducta, pero no resuelven el problema de los neuróticos. Cuando existe un conflicto psíquico

que no encuentra expresión, cuando no se descargan las energías psíquicas por él engendradas, se abrirá una nueva vía de descarga siguiendo la línea de menor resistencia y se producirá una nueva forma de delincuencia.

Cuando se produce un desarrollo anormal que lleva a la delincuencia o amenaza con producirla, es necesario interrogarse sobre las causas de la desviación.

5. CAUSAS

Uno de los errores más comunes en los padres es el de atribuir la conducta asocial del hijo únicamente a las malas compañías, al vagabundeo, etc. Esto sólo es verdad hasta cierto punto. Otros niños se han desarrollado en las mismas condiciones sin haber acabado en la delincuencia. ¿Por qué? Porque les faltaba algo que tiene el delincuente: la *predisposición*. Pero no debe entenderse ésta como resultado de factores genéticos solamente.

En realidad la genética no produce, por sí sola y de una manera fatal, una conducta delincuente. Estamos lejos del «criminal nato» de Lombroso. Lo que puede producir la herencia es una mayor vulnerabilidad, una mayor fragilidad ante las exigencias del ambiente. Pero el concepto de predisposición abarca más cosas. Se desarrolla la «predisposición» a través de los contactos emocionales con la familia, a través de las primeras experiencias que el ambiente proporciona al niño. El papel de los factores genéticos ha sido estudiado, entre otros, por Hutchings y Mednick en 1974. La influencia de los *padres* ha sido puesta de relieve por los Glueck (1968), autores que utilizaban para su predicción de una futura conducta delictiva las siguientes variables, que más tarde han sido confirmadas por otros: 1, relación madre-hijo de tipo hiperprotector; 2, relación padre-hijo distante, y 3, falta de comunicación intrafamiliar.

Ya en 1915 Healy llamó la atención sobre el papel de las relaciones familiares en la producción de una conducta criminal, lo que más adelante fue objeto de un estudio más perfeccionado por Johnson y Szurek, quienes hicieron avanzar notablemente nuestro conocimiento en este campo. Jenkins (1973) dice que un niño aprende a renunciar a deseos centrados en sí mismo únicamente cuando se dan circunstancias favorables y una exposición muy larga a controles conductuales efectivos. El desarrollo del autocontrol depende de que exista una relación cálida y confiada con una madre a la que desea uno complacer, no a la inversa.

Hay alguna evidencia de que los padres pueden ser más incluyentes que las madres en lo que se refiere a la inducción a la delincuencia de sus hijos varones. Muchos padres delinquentes rechazan y castigan a sus hijos, proporcionándoles modelos de agresión más que modelos moderadores de la agresión (Wolman, 1973). Los muchachos delinquentes consideran, frecuentemente, que sus padres son no-protectores, negligentes, no tienen interés por

los planes y actividades del hijo y proporcionan a éste poca guía o dirección. Aunque los padres de las chicas delincuentes admiten tener unas actividades más restrictivas hacia la conducta de sus hijas que los padres de las chicas no delincuentes, varios estudios sugieren que las chicas delincuentes culpan de su conducta más a sus madres que a sus padres. La ausencia del padre durante la niñez de un chico ha sido asociada con la tendencia a la delincuencia de éste. La ausencia de la madre parece más importante que la ausencia del padre en el desarrollo de la delincuencia de las chicas.

Entre los padres de los delincuentes juveniles son más frecuentes que entre los de los chicos no delincuentes el alcoholismo, la criminalidad, las enfermedades corporales, las perturbaciones emocionales y la subnormalidad mental. Se da entre ellos con más frecuencia la ilegitimidad, la separación o abandono y el divorcio. El delincuente juvenil ha sido expuesto con más frecuencia de lo normal a modelos adultos negativos, que no limitan la participación del chico en el uso del tabaco, del alcohol, de los contactos sexuales y otras actividades habituales entre adultos.

Cuando dos chicos son aprehendidos por la policía por hechos similares, se ha observado que el que tiene un *hogar* más intacto, con padres más responsables, es probable que escape mejor que el que procede de un hogar roto, con padres irresponsables; incluso en el primer caso es más frecuente un arreglo con la parte perjudicada.

Hay, además de las relaciones con los padres, otros factores que favorecen la delincuencia juvenil; por ejemplo, el *anonimato*. La gente que vive en las ciudades, sobre todo en las de cierto tamaño, se siente menos reprimida por los controles que ejerce el encuentro cara a cara con sus ciudadanos que los que viven en pequeñas poblaciones o en pueblos. Se ha puesto de manifiesto en los experimentos psicológicos que muchas personas a las que se supone normales pueden llevar a cabo actos de vandalismo y pillaje cuando creen que no van a ser identificados. También son capaces de una conducta sádica cuando piensan que la víctima no sabe quién es el que les tortura (Zimbardo, 1970).

Entre otras variables hay que discutir el papel de la *clase social* a la que pertenece el joven. Los investigadores –que por lo general no han pertenecido a la clase económicamente débil– han concentrado en ésta su atención, en los barrios miserables, de ambiente deteriorado. Se ha dicho por ciertos autores que la delincuencia es la respuesta de ciertos chicos o chicas económicamente débiles, que han adoptado los objetivos económicos y de prestigio de las demás clases, cuando se encuentran con que no disponen de ninguna vía legal de acceso a ellos. Los grupos desfavorecidos tienden a desarrollar sus propias normas subculturales y una ética que se aparta bastante de la que es válida en la sociedad mayoritaria. Por desgracia para ellos, es ésta la que define qué es delincuencia y la que asienta las normas acerca de quién debe ser denunciado, detenido, perseguido y castigado. A pesar de todas las desventajas de los niños que crecen en los barrios miserables, la mayoría de ellos no desarrolla una conducta delictiva. La pobreza sola no es causa suficiente.

Para otros estudiosos, en cambio, el fallo en la obtención de los objetivos a largo plazo es la consecuencia, más que la causa, de la delincuencia juvenil; si el chico se mezcla con un grupo de delinquentes reduce enormemente sus posibilidades de éxito a la larga.

Algunos grupos de delinquentes juveniles no se orientan predominantemente hacia los valores u objetivos de los adultos, sino a los de sus *padres*. Cohen ha descrito las subculturas de delinquentes que, según él, son soluciones colectivas a problemas experimentados por los jóvenes que, por su defectuosa socialización en sus hogares y comunidades de clase baja, no son capaces de tener éxito en las instituciones de la clase media, como, por ejemplo, la escuela.

Todo el mundo sabe que hay *ciertas áreas ciudadanas* que se caracterizan por un nivel educacional bajo, ingresos muy escasos, pocas oportunidades recreativas, hacinamiento, cifras altas de criminalidad, abundantes enfermedades mentales y actividades de bandas o pandillas. Aquí se produce la «socialización» del niño, que aprende a admirar la dureza, la agresividad, el vivir para el momento, en pandilla, aceptando los valores de ésta. Los niños pasan mucho tiempo en las calles, en compañía de adultos que se dedican a jugar, a comprar, vender y consumir drogas, a beber, a robar; en una palabra, a constituirse en modelos de delincuencia.

El niño de las clases económicamente débiles podría extraer un enorme beneficio de la *educación preescolar y de la escolar*. Pero no están a su disposición los jardines de infancia, y las escuelas están creadas para satisfacer las necesidades de los niños de la clase media. El niño procedente de una de las áreas antes mencionadas llega a la escuela falto de la formación necesaria para el éxito escolar, sin capacidad de aplazar la gratificación, sin respeto a las autoridades, sin haber desarrollado capacidades intelectuales abstractas, con un lenguaje primitivo, sin hábito de trabajo y autodisciplina. Se espera de él que compita con niños que han pasado varios años en jardines de infancia, que quizás sean hijos de padres profesionales, cuyo influjo en el lenguaje y en el desarrollo de la inteligencia de sus hijos coloca a éstos en un nivel muy superior al de los desfavorecidos, al de los abandonados de la mano de Dios. El niño no encaja en este grupo, en este ambiente. Empieza a hacer novillos, ingresa en algún grupo de la calle y acaba abandonando el colegio. Después se encuentra con la imposibilidad de encontrar trabajo, y la ociosidad sólo tiene un lenitivo: la participación en las tareas del grupo. Finalmente es *fichado* y, como se decía más arriba, se acabaron las posibilidades de éxito para él. Queda encarrilado en la delincuencia.

Las relaciones entre el *consumo de drogas* y la delincuencia juvenil ha sido y es un motivo de preocupación y de polémica. Lo cierto es que el incremento progresivo de los síndromes de abstinencia y la edad cada vez más temprana de los jóvenes que lo presentan cuando son detenidos constituyen un motivo importante de preocupación para los funcionarios policiales que tratan con ellos, según se ha comunicado en un curso destinado a policías que acaba de

tener lugar en Madrid, en el cual se ha ocupado de la relación entre droga y delincuencia juvenil el Inspector del Cuerpo Superior de Policía Avila Morete.

Parece ser que la edad de iniciación de los menores al consumo de drogas ilegales tienen lugar a los catorce años por término medio; que los menores que en la actualidad tienen dependencia o al menos son consumidores casi habituales de heroína empezaron fumando «porros»; que el canal de incorporación al mundo de la droga ha sido a través de las vinculaciones con personas y grupos que cometen delitos, es decir, que de la delincuencia se ha llegado a la drogadicción; que la forma de conocimiento de las drogas ilegales ha sido a través de otros miembros del grupo o pandilla; que casi todos los menores contrastados * presentan politoxicomanía, especialmente alcohol, tabaco, «chocolate» y/o heroína; que la principal motivación a la hora de cometer delitos en los menores dependientes de las drogas es la de procurarse medios para la adquisición de la sustancia.

En relación con las drogas legales, el menor manifiesta que al consumir tabaco no hace más que seguir la pauta de todo el mundo; le proporciona una sensación de ser ya adulto. El alcohol, dicen, está promocionado por la sociedad y es una de las formas de contacto y relación entre adultos. Bajo sus efectos el menor ve su entorno como algo más tolerable y se enfrenta a las situaciones con la euforia que es típica de este consumo.

En cuanto a las drogas ilegales, el menor acude a ellas porque están en la calle, como él. Además, el mundo de la delincuencia absorbe una cantidad importante de la oferta de productos estupefacientes y el constante trato de los menores con los delincuentes hace que, tarde o temprano, les sean ofrecidos y progresivamente van cayendo en el uso, el abuso y la dependencia.

Al ser preguntados por la última razón de su consumo de drogas, dicen que el estar bajo los efectos de ciertas drogas les quita el sentimiento de indefensión; no olvidemos, dice Avila, que son jóvenes y en proceso de formación, angustiados, temerosos de la ley, de la policía, de los adultos, de la sociedad. Al consumir, obtienen un refugio momentáneo, se integran en su grupo de iguales, al ser el consumo una práctica ritual que muchas veces hace que, en el grupo, el «porro» vaya pasando de boca en boca para completar la ceremonia.

Una práctica bastante habitual entre los menores es la de dedicarse al «trapicheo», con el que se ayudan al mantenimiento de adicción. Esto va siendo cada día más frecuente, ya que prefieren este medio de procurarse la droga que otros que implican violencia contra las personas.

También es más frecuente que el menor se integre en una organización constituida por mayores y menores de edad penal. El funcionamiento habitual suele ser el que un adulto que no tiene antecedentes reciba los objetos procedentes de los robos para su posterior venta. En algunos casos el propio

* Los datos se refieren a un grupo de quinientos menores de dieciséis años con más de 17 detenciones y conceptuados como «difíciles».

«perista» indica los chalés o las casas en las que hay objetos de interés para que el menor se apodere de ellos. Igualmente se ha constatado que el menor, en ocasiones, cambia por heroína las tarjetas de crédito sustraídas.

Avila termina su exposición diciendo que la intervención de la droga en el mundo de los delincuentes juveniles ha supuesto un aumento de la agresividad, con daños innecesarios en la comisión del delito, así como vejaciones y malos tratos a las víctimas; un aumento de los delitos contra las personas debido a la inestabilidad emocional de los menores y su poca capacidad de espera, disparándose cuando las víctimas tardan un poco en satisfacer sus exigencias; una mayor precocidad de las conductas delictivas; un notable aumento de los delitos contra la propiedad; la aparición de formas nuevas de delincuencia, tales como los tirones de cadenas, los asaltos a las farmacias, etc.

A mí me parece muy interesante la exposición de Avila y coincido con él en su conclusión de que la droga es un factor agravante de la conducta de los jóvenes que participan en delitos, pero que no es su única causa. Para mí, tanto la delincuencia juvenil como el abuso de las drogas forman parte del grupo de las afecciones «picosociales» de las que hablaré más adelante, y tienen una base que las hace coincidir con frecuencia en la misma persona. Naturalmente la drogodependencia influye sobre la delincuencia y viceversa. Como hemos visto más arriba, los delitos cometidos por drogodependientes tienen unas características llamativas.

6. PREVENCION

Como es sabido, se pueden distinguir tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. En el caso de la delincuencia juvenil la prevención *primaria* consistiría en eliminar o —escapemos a las utopías— disminuir las posibilidades de que un niño desarrolle una conducta delictiva. La prevención *secundaria* residiría en el esfuerzo por detectar precozmente toda conducta delictiva para corregirla rápidamente. La *terciaria* sería el tratamiento de la delincuencia ya establecida. Yo me voy a ocupar hoy de la prevención primaria.

La pregunta que está seguramente en el pensamiento de muchos de ustedes es la de: «¿Es, en serio, posible una prevención de la delincuencia juvenil?» Para algunos esto constituye una utopía; lo que se puede hacer, según ellos, es detectar rápidamente la criminalidad, es decir, la prevención secundaria. Yo ya he discutido en otro trabajo («Sobre salud mental». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, marzo-abril 1981) lo referente a las acusaciones de utopía que se han hecho a las actividades de prevención primaria. Aquí voy a poner en práctica la metodología que recomendaba en aquella ocasión, lo que quizá pueda resultar un ejercicio práctico.

Como se dice en las recetas de cocina, lo primero con lo que hay que contar, lo que resulta totalmente indispensable, es el convencimiento de la *comunidad* de que el problema tiene solución y su decisión de ponerla en práctica. Mientras pretenda ignorar el problema o lo considere irremediable como una maldición divina, refugiándose en la autocompasión, no hay nada que hacer. Naturalmente, al hablar de comunidad hablamos también de sus líderes, que es de quienes deben emanar ciertas decisiones que están más allá del alcance de los ciudadanos de a pie.

Además de las distinciones entre diversos tipos de prevención que hemos señalado más arriba, son posibles otras distinciones. Entre ellas la que se establece entre la prevención *específica* y la *inespecífica*. La específica es la más importante cuando se conoce el agente, también específico, que causa la enfermedad que se intenta prevenir: un ejemplo es la prevención de la poliomielitis mediante la vacunación. Pero en otras afecciones no se conoce el agente o se sabe que son varios que, además, se influyen entre sí. Se trata en estos casos de afecciones llamadas *multifactoriales*, en las cuales no hay más remedio que acudir a la prevención inespecífica. Un ejemplo de prevención inespecífica lo constituyen las medidas de higiene general en la comida, el alojamiento, el ejercicio, el ocio, el trabajo, etc.

Esto que acabo de decir viene a cuento porque, como ya he indicado, hay cierto tipo de afecciones multifactoriales que son llamadas *psicosociales*. Como ejemplo podemos poner el alcoholismo, las drogodependencias, el suicidio, los trastornos de la conducta y la delincuencia juvenil, así como muchos de los trastornos mentales observados en los ancianos. Cuanto más estudiamos estas afecciones más comprendemos que se trata de una consecuencia del fallo de nuestros sistemas sociales para satisfacer adecuadamente las necesidades de los individuos. Los esfuerzos por prevenir estas afecciones psicosociales constituye uno de los problemas más graves con que se encuentra la sociedad actual.

Como todos ustedes saben, la prevención primaria no debe comenzar cuando el niño ya está siendo educado. Ha de empezar mucho antes, desde que sus *futuros padres* empiezan a pensar en engendrarlo o cuando corren el riesgo de engendrarlo sin pensar mucho en ello (hay gente que engendra un hijo «impensadamente», como el que estornuda). *Un hijo debe ser deseado*; cuando no se le desea no se le debe engendrar. Esto lo deben tener muy claro las parejas. Por otra parte, si le engendran, ¿podrán asegurarle los cuidados y el calor a que todo niño tiene derecho? Si la contestación es negativa no deben engendrarlo aunque lo deseen. Por todo ello, la educación de los adolescentes que van a ser los padres del futuro niño es la piedra angular de la prevención de las afecciones psicosociales.

Una vez engendrado el niño empieza la detección de un posible *rechazo* por la madre y por el padre (o quizá del abandono de este último, quien no quiere saber nada de la embarazada soltera). Hoy sabemos que las relaciones afectivas del niño con sus padres son decisivas para su desarrollo mental. Por

eso el personal de los servicios de Tocología y Ginecología debe ser preparado para observar expertamente las relaciones de los padres –o de la madre– con el futuro niño. Si hay un rechazo claro no debe insistirse para que la madre se quede con el niño cuando éste nazca. Debe buscarse para él un hogar acogedor, que le proporcione calor y amor, que le son tan necesarios como la alimentación. En algunos casos, el rechazo es menos claro y quizá debido a factores patológicos de la madre que pueden ser corregidos antes del nacimiento del niño. Pero en este caso la afección de la madre debe ser detectada precozmente y tratada con toda rapidez. Insistimos, el personal que atiende a las embarazadas ha de recibir formación psicopatológica seria.

La detección de un rechazo del niño por los padres –o por uno de ellos–, si no conduce a la colocación del niño en un hogar adoptivo porque la madre se opone a ello y ha de respetarse su voluntad, debe servir, al menos, para que el niño pase a formar parte de un *grupo en riesgo* que después ha de ser objeto de seguimiento por los servicios médico-sociales de la comunidad. Antes de terminar este párrafo quiero contestar a una pregunta que, seguramente, se están ustedes haciendo. Si la madre rechaza al niño, ¿cómo va a querer quedarse con él? La respuesta es muy sencilla: la madre puede no saber de su rechazo, incluso puede estar convencida de que es una madre perfecta. Pero el observador experto detecta el rechazo, debajo, quizá, de una conducta hiperprotectora, e incluye al niño en el «grupo en riesgo».

Pero sigamos adelante. El niño ya ha nacido. La madre abandona la clínica y regresa a casa. El niño es atendido, ahora, por el *pediatra*. No le extrañará a ustedes que solicitemos para éste, también, una formación sólida en psicología y psiquiatría infantil. Espero las sonrisas de los que piensen en sus consultas de la Seguridad Social, abarrotadas de enfermos y se pregunten si allí les va a servir de mucho esta formación. Tienen toda la razón y aquí tenemos que dar un rodeo para informar a la comunidad de hechos que ya conoce, pero cuya gravedad ignora. Me refiero a la organización de la asistencia médica en España. Que un pediatra o un médico de zona tengan que asistir a cantidades ingentes, desbordantes, de asegurados, es algo que no puede ser disculpado. Esa asistencia hay que cambiarla inmediatamente. Porque una tarea muy importante de estos profesionales debe ser la de conocer las relaciones interpersonales en las familias que acuden a sus consultas. Mientras esto no puede hacerse, no pasaremos de ser un país subdesarrollado, al menos desde el punto de vista médico. Porque es bien sabido que en los países desarrollados se llega a una situación en la que, dice Balint, cuando menos una cuarta parte de la actividad del médico general se consagra pura y simplemente a la psicoterapia. Por su parte, Tizard y colaboradores afirman que en las clínicas infantiles la disminución de las enfermedades graves permite que el pediatra se ocupe sobre todo de los *trastornos afectivos*. Y, fíjense ustedes bien, ambas afirmaciones fueron hechas ¡en los años cincuenta! Es evidente que en los países que han alcanzado este envidiable nivel no se ha conseguido, todavía, que desaparez-

can las afecciones psicosociales. Pero nadie negará que han puesto parte de los cimientos para lograrlo.

Habíamos quedado que el niño ya está en su casa. Allí es necesario que encuentre un *ambiente* adecuado. Recordemos que deben ser satisfechas las necesidades del niño. Naturalmente entre ellas están incluidas la alimentación adecuada, una vivienda sana, ropas higiénicas, calor y confort. Pero, como se ha dicho más arriba, lo importante es que reciba amor, se sienta seguro y deseado. Preguntémosnos: ¿Puede el niño satisfacer todas estas necesidades en el ambiente de los barrios miserables, en medio del hacinamiento, de la desunión paternal, del alcoholismo, de la discordia, de la falta de infraestructura sanitaria, cultural, educativa?

A veces las autoridades deciden mejorar la vida de un grupo de familias y las *trasladan a otro enclavamiento*. Es una intención loable, pero hasta esto hay que saber hacerlo para obtener resultados positivos. En Amsterdam, por ejemplo, se comprobó, hace algunos años, la utilidad de recurrir al asesoramiento psiquiátrico para alojar a las familias procedentes de los barrios miserables. El traslado se efectuó sin mantener agrupadas a todas las familias (porque el mantener este agrupamiento había dado lugar en otras ocasiones al mantenimiento de núcleos inadaptados y, con frecuencia, a estructuras marcadamente delictivas en la nueva zona), y sin permitir que se produjeran contrastes entre los distintos niveles sociales, a fin de que los más elevados no se sintieran insultados ni los inferiores desesperadamente incapaces de adaptarse. Se procuró, por el contrario, establecer un equilibrio constructivo entre las familias para que el esfuerzo exigido por la adaptación resultara tolerable (Gibbens).

Todo el mundo conoce la importancia de la madre en la vida del niño. Pero muchas madres trabajan fuera de la casa. Las pertenecientes a la clase acomodada disponen de *guarderías*, de jardines de infancia que cuidan de sus hijos. Las trabajadoras pertenecientes a la clase económicamente débil no encuentran guarderías o no pueden permitirse el lujo de llevar sus hijos a ellas. Y debemos saber que prácticamente el 70 por 100 de las madres que trabajan están clasificadas en el grupo «trabajadoras de los servicios»; es decir, se dedican a fregar suelos en una casa, una oficina o un bar (Miranda y Abril). Estas mismas autoras afirman (y no nos cuesta trabajo creerlas) que cuando éstas trabajadoras van a trabajar, sus hijos quedarán atados a los barrotes de la cuna o, si son un poco mayores, en la calle al cuidado de los vecinos. Muchas veces los mayorcitos cuidan de los menores; nos enteramos de ello cuando un incendio acaba con la vida de algunos de ellos mientras sus padres están fuera.

Es necesario que haya más guarderías (las suficientes) y que, además, estén al alcance de las familias que tienen que usarlas. Estas guarderías no deben ser «aparcamientos de niños», en los que los pequeños son dejados en un rincón hasta que su madre viene a recogerlos. Deben ser centros activos que colaboren y a veces hasta jueguen el papel principal en la educación del niño

de esta edad. En ellas debe observarse el desarrollo del crío y alertar a los padres cuando haya motivos para ello. Lamberti señala que las desviaciones del desarrollo pueden detectarse en algunos niños a la temprana edad de dos años y medio.

El mismo autor indica que en los últimos tiempos se presta cada vez más atención por los educadores a los niños inquietos, impulsivos, que se distraen fácilmente, que perturban el proceso de aprendizaje de sus pares. Antes —dice Lamberti— estos niños eran tolerados o considerado su defecto como inevitable, y promocionados al curso superior en el año siguiente. Otros niños mostraban pasividad, incapacidad para establecer relaciones interpersonales cálidas, empobrecimiento intelectual y fracaso en el establecimiento de conceptos abstractos.

El conocimiento que hoy tenemos de los factores que intervienen en la producción de estos cuadros ha llevado al convencimiento de que no sólo son necesarias guarderías, sino también cierto tipo de ellas, *las de tipo terapéutico*, que pueden corregir las desviaciones del desarrollo del niño, y cuya labor será continuada después por ayudas especiales proporcionadas al niño durante los años escolares. Estos conocimientos han conducido al desarrollo de diversos programas en diversos países. El último que ha llegado a nuestro conocimiento ha sido el que se ha venido llevando a cabo, desde los años sesenta, en Ypsilanti (Michigan). Según informa E. B. Fiske (*El País*, 19 de marzo de 1985), un grupo de especialistas seleccionó a un grupo de niños de tres años, de ambientes empobrecidos, con un bajo coeficiente intelectual y le proporcionó medios para una educación preescolar adecuada. Durante años los investigadores de la Fundación Ypsilanti permanecieron en contacto con esos niños, dirigiendo su progreso y manteniéndose al tanto de sus implicaciones con el mundo de la delincuencia juvenil.

La Fundación ha hecho públicas sus conclusiones en un informe titulado «Vidas cambiadas», que, según Fiske, puede incluirse entre los documentos más influyentes en la historia de la educación en Estados Unidos. Los investigadores descubrieron que los niños que habían participado en el llamado Proyecto Preescolar Perry, acabaron el bachillerato superior y se emplearon o prosiguieron otros estudios con una frecuencia dos veces superior a la de los niños de un grupo de control. También notaron que los niños, que en la actualidad tienen veinte años, incurrieron en menos arrestos, sanciones académicas o embarazos juveniles.

La investigación, de largo alcance, ha tenido un amplio eco en todo el país y ha ayudado a promover el interés en Estado Unidos entre los educadores, padres y políticos por la educación de los niños entre tres y cinco años. En cinco Estados se han promulgado leyes que hacen obligatoria la asistencia a la guardería y en otros doce por lo menos se piensa hacer lo mismo.

Fiske cita la opinión de M. Kirst, profesor de la Universidad de Stanford, en California: «La mayoría de la educación se ha centrado hasta ahora en el

bachillerato [...] Hay una concienciación creciente de que es necesario empezar antes.»

Se hace constar también en el informe que al aumentar el número de mujeres que trabajan, el número de niños incluidos en programas preescolares está en claro aumento. El porcentaje de niños de tres a cuatro años inscritos en programas preescolares formales aumentó casi al doble entre los años 1970 y 1982. También se ha señalado que la participación en la educación preescolar está directamente relacionada con los ingresos familiares. Entre niños de tres años, por ejemplo, dos de cada cinco niños de familias con ingresos superiores a los 20.000 dólares asisten a programas educativos formales, en tanto que entre las familias con ingresos inferiores a 10.000 dólares la relación es solamente de uno de cada cinco. Esto confirma lo que he dicho anteriormente acerca de las dificultades de las clases económicamente débiles y de la desigualdad de oportunidades que tienen que soportar los niños pobres.

¿Son caros todos estos servicios? Fiske informa que se han utilizado los registros escolares, policiales y de la Seguridad Social para averiguarlo y el resultado es, aunque el programa tiene un coste de 4.818 dólares por niño, los ciudadanos de Ypsilanti ahorraron una suma adicional de 3.100 dólares por cada niño incluido en el programa, porque los estudiantes implicados requirieron menos enseñanza correctiva y otros servicios sociales al hacerse mayores. Y con esto terminamos el informe de Fiske.

Después de la educación preescolar es obligatorio considerar la *escolar*. En la mayoría de los países occidentales la escolarización es obligatoria, por lo que *todos* los habitantes de estos países sufren la influencia –para bien o para mal– de esta institución.

Hace unos decenios, la escuela era el organismo especializado que la sociedad había segregado para atender a la educación de niños y jóvenes. Hoy ha perdido el monopolio de esta misión. Los medios audiovisuales han producido una revolución tan importante como lo fue en su día la invención de la escritura o de la imprenta. Son muy atractivos para el niño y para el joven y frente a ellos la enseñanza tradicional resulta árida y tediosa. El maestro es rechazado, englobado en la actitud del mismo signo que muestra el joven hacia toda figura que, para él, represente la autoridad. En las escuelas, hasta ahora, el profesorado ha representado la cultura de la clase dominante. Es necesario, si queremos vencer el rechazo del niño y del joven, cambiar la escuela.

En 1971 la UNESCO designó una Comisión a la que encargó de esta tarea. Sus conclusiones, recogidas de manera breve, fueron las siguientes:

1. La reforma debe afectar a las *materias* que son enseñadas. Deben ser tratados todos los problemas que se plantean al mundo actual.
2. La reforma debe afectar también a los *métodos* de enseñanza. Debe apuntarse al objetivo constituido por el desarrollo de la personalidad, la ayuda

al crecimiento, la afirmación en la profesión o actividad escogida más que a grabar en el cerebro —como si fuese un disco o una cinta— conocimientos memorizados. Los programas que ahora tienden a estar rígidamente uniformados, deberían diversificarse según las aptitudes y los gustos individuales. La enseñanza no debería insistir en hacer entrar al alumno en una horma prefabricada para toda una clase o toda una generación, sino más bien en revelar su personalidad, hacerla desarrollarse, permitirle insertarse, con un máximo de oportunidades, en el movimiento evolutivo de la cultura.

3. Los enseñantes deberían situarse en dos *niveles*. En la primaria y secundaria se trataría más bien de actuar como monitores de educación. En el nivel superior, a partir de un cierto grado de especialización, los profesores se encargarían de proporcionar otro tipo de cultura: la que se deriva de la investigación y progresa todos los días.

Además de este enfoque de reforma a largo plazo, de momento hay que hacer algunas consideraciones de valor inmediato. Se admite que la holgazanería es, en muchas ocasiones, un síntoma precursor de la delincuencia. Su tratamiento precoz puede ser uno de los métodos más eficaces de prevención. Se ha encontrado que los casos están con frecuencia en manos de personal poco especializado y se ha sugerido la conveniencia de emplear en este tipo de actividades a los trabajadores más expertos; los resultados de estos ensayos han sido satisfactorios (Gibbens).

El mismo autor señala que un segundo grupo de «predelinquentes» procede de los «fracasos escolares tardíos», de los que «se sientan atrás» en los últimos años de estudios sin aprender nada y esperan con paciencia variable su liberación. Jamás han comprendido que la escuela puede enseñarles algo de utilidad práctica o han renunciado a aprenderlo. Las actividades preventivas en este grupo bastante extenso exigen probablemente una formación profesional más intensa, pero también un método de enseñanza basado en proyectos relacionados con la vida real y organizados fuera del aula.

Además de los métodos pedagógicos especiales para los que padecen defectos físicos o para los casos de anormalidad o inadaptación escolar, que a todas luces son elementos muy importantes de las actividades preventivas generales, se han efectuado en las escuelas algunos ensayos de prevención con predelinquentes. Se trata, por lo general, de escuelas de «jornada completa» a la que se asigna personal complementario; el plan de estudio tiene una mayor variedad de asignaturas, los períodos escolares son más largos y después del trabajo se vigilan las actividades recreativas y sociales (Gibbens).

No hay que olvidar la detección de los defectos sensoriales en los niños, las deficiencias intelectuales, los trastornos de la lectura y la escritura. La aplicación de métodos educativos especiales puede resolver muchos problemas afectivos y prevenir una desviación del desarrollo. Incluso unas gafas o una prótesis auditiva pueden hacer un buen alumno de uno distraído y ausente de lo que se está tratando en clase.

He hablado en varias ocasiones de «predelincuentes» e incluso de los signos o síntomas que nos hacen pensar en el riesgo de una conducta asocial. He señalado en la primera mitad de la exposición los trabajos de los Glueck en torno a la posibilidad de una «predicción» de la delincuencia. Quisiera ahora añadir algo. Los Glueck, apoyándose en 500 muchachos gravemente delincuentes y en otros 500 demostradamente no delincuentes, crearon las «Social Prediction Tables for Identifying Potential Delinquents». El test consistía en cinco escalas (afecto del padre, afecto de la madre, supervisión por la madre, disciplina por el padre, coherencia familiar) y se aplicaba a la entrada de la escuela con el fin de detectar a los futuros delincuentes. Muchos estudios retrospectivos confirmaron los hallazgos de los Glueck y los clínicos se han inclinado a su aceptación. Sin embargo, los sociólogos han acusado al método de falta de validez y fiabilidad. Por otra parte, parece que se ha opuesto a la generalización de este procedimiento un sentimiento de miedo al «etiquetado» de los niños, al peligro de que pueda tratarse de lo que se ha llamado una *self-fulfilling prophecy*.

Fuera de la escuela se ha intentado trabajar en ocasiones con los predelincuentes en sus grupos naturales. Los trabajadores sociales se incorporan a esos grupos y, con excepción de los actos delictivos, toman parte en todas sus actividades. Tan sólo unos educadores sociales con gran experiencia son capaces de llevar a cabo esa *terapéutica callejera*. Parece que algunas pandillas reciben muy bien a los trabajadores sociales en razón del prestigio que supone el ser distinguido de ese modo (Gibbens).

Una de las cosas que se han señalado en los predelincuentes es su agudo sentimiento de impotencia, que expresan muchas veces en palabras: «no hay nada que hacer», «todo es inútil», etc. Contra esto suelen ser inútiles e incluso perjudiciales los servicios institucionales. Es preciso facilitar a los chicos *ocasiones de éxito*, organizar programas que susciten entusiasmo y confianza. En Nueva Jersey y en la Asociación de Escuelas al Aire Libre de Gran Bretaña se han desarrollado programas en los que se brinda a los muchachos la oportunidad de dar muestras de valor y de resistencia, adiestrándoles gradualmente en actividades montaÑeras. En Yugoslavia se han desarrollado clubes de aviación y de cosmonáutica. El mayor problema de estos programas es el de conseguir llegar a los muchachos para los que se han diseñado. Muchas veces acaban utilizándolos los que menos lo necesitan.

Si queremos mejorar a los chicos no podemos olvidar a los *padres*. Por ello se han elaborado en diversas partes del mundo programas destinados a conseguir que los padres cumplan sus funciones con respecto a los niños predelincuentes y a prestarles ayuda para que los vigilen y traten de forma más eficaz. Las asociaciones de padres de alumnos y de maestros se proponen, entre otros, este mismo objetivo. En Londres el Tavistock Institute creó centros de «relaciones familiares». En algún programa organizado en Nueva York se ha reunido a los padres de los componentes de una pandilla a fin de discutir problemas de interés común.

Las figuras del padre y del *maestro* son fundamentales para el desarrollo del niño. Las actitudes hacia los asuntos cívicos, hacia el consumo de droga y hacia los valores éticos de la sociedad no se transmiten por vía intelectual, mediante lecciones o sermones al niño. Este los «absorbe» del ambiente y en pocos años forma módulos de conducta que luego es muy difícil cambiar, incluso a través de la terapia individual.

El niño debe crecer en una *atmósfera* apropiada, en la que se distinga entre la verdad y la mentira, entre lo bueno y lo malo. Desde el principio debe aprender que ciertos actos suyos van a suponer una ventaja en su vida, mientras que otros producen resultados indeseables; que su conducta en el grupo tiene que estar en relación con la de los demás, y que si desea éxito tiene que dar tanto como recibe.

Los *policías* deben recibir una formación más completa acerca de los aspectos sociales y psicológicos de la prevención de la delincuencia. Es lógico que sea muchas veces el policía el primero que advierta que un determinado chico está bordeando la delincuencia, y de su actuación en ese momento puede depender todo el futuro del muchacho. En algunos países los policías siguen cursos de psicología y asistencia social.

En cuanto a las *organizaciones religiosas*, en cuyas manos está gran parte de la enseñanza, resulta obvio que es necesaria su colaboración. O mejor dicho, lo que es necesario es la mutua colaboración. En muchos países europeos han aumentado considerablemente las consultas entre estas organizaciones, los psiquiatras y los psicólogos acerca de problemas de interés común.

RESUMEN

El trabajo comienza con el examen de los obstáculos que se oponen a una labor preventiva en este campo: diferencias conceptuales, dificultades de coordinación en una tarea eminentemente multidisciplinaria, etc. Se examinan los distintos conceptos de delincuencia juvenil. La importancia del desarrollo mental del niño que va a hacerse delincuente. Las causas de un desarrollo anormal. La relación entre drogodependencia y delincuencia juvenil. Después se entra en el examen de las posibilidades de prevención: se indica que este trabajo se refiere solamente a la prevención *primaria*. Se subrayan las dificultades por tratarse de una «afección psicosocial», multifactorial. Se desarrollan las medidas a tomar en la prevención, que debe comenzar con la educación de los adolescentes que van a ser los padres del niño que nos preocupa. Se sacan a colación los problemas del niño no deseado, de las relaciones madre-hijo, padre-hijo, conyugales; la importancia de la edad preescolar, la necesidad de una reforma de la enseñanza, la influencia de la figura del maestro. La necesidad de aumentar la formación en la salud mental de los policías, sacerdotes y otros trabajadores de la primera fila asistencial. También se recuerdan los esfuerzos que se han hecho para predecir la delincuencia juvenil y de los riesgos que entraña un «etiquetado» del niño.

R É S U M É

Le travail commence avec l'examen des obstacles qui s'opposent à une travail preventive dans ce domain: des differences conceptuelles, des difficultés de coordination dans une tâche éminemment multidisciplinaire, etc. On examine les different concepts de délinquance juvénile, l'importance du developpement mental de l'enfant qui va devenir delinquent. Les causes d'un développement anormal. La relation parmi drogodependence et delinquance juvénile. Après on rentre dans l'examen des possibilités de prévention *primaire*. On souligne les difficultés pour être une «afection-psychosocial», multifactorial. On développe les mesures à prendre dans la prevention, qui doit commencer avec l'education des adolescents qui vont être les parents de l'enfant que nous préoccupe. On fait mention des problèmes de l'enfant non désiré, des relations mère-enfant, père-enfant et conjugales, l'importance de l'âge prescolaire, le besoin d'une reforme de l'enseignement, l'influence de la figure de l'enseignant. Le besoin d'augmenter la formation en santé mental des policiers, prêtres et d'autres travailleurs du premier range assistentiel. On rappelle aussi les efforts qui on a fait pour prédire la delinquance juvenil et des risques qui contient «étiquettage» de l'enfant.

S U M M A R Y

The paper starts with a review of the obstacles for a preventive work in this field: conceptual differences, difficulties of coordination in an eminently multidisciplinary task, etc. The different concepts of juvenile delinquency are analysed: the importance of the mental development of the child, who is going to become a delinquent, the causes of an abnormal development, the relationship between drug dependency and juvenile delinquency. Afterwards the author examines the potential of prevention: he indicates that this paper refers only to *primary* prevention. The difficulties due to be a multifactorial «psychosocial condition» are underlined. The measures to take in the prevention, which must start with the education of the adolescents that are going to become parents of the child, are developed. The problems of the non desired child of the mother-child, father-child and conjugal relationships are mentioned, the importance of the preschool age, the need of a reform of education, the influence of the teacher. The need to increase the training in mental health of the policemen, priests and another first line workers. The efforts made to forecast juvenile delinquency are remembered and the risks of «labelling» the child.

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

- [1] AICHORN, A.: *Wayward youth*. Viking Press. N. York. 1935.
- [2] BOVET, L.: *Aspectos psiquiátricos de la delincuencia juvenil*. OMS. Publicaciones científicas núm. 13, Oficina Sanitaria Panamericana, Washintong D. C. 1954.
- [3] CARTWRIGHT, D. S., y SCHWARTZ, H. (eds.): *Gang delinquency*. Monterrey, California: Brooks/Cole. 1975.
- [4] COHEN, A. K.: *Delinquent boys: The culture of the gang*. Glencoe, III: Free Press. 1955.

- [5] FRIEDLANDER, K.: *Psicoanálisis de la delincuencia juvenil*. Paidós. Buenos Aires. 1956.
- [6] GLUECK, S., y GLUECK, E. T.: *Delinquents and no delinquents in perspective*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 1968.
- [7] GLUECK S., y GLUECK, E. T.: *Predicting delinquency and crime*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 1950.
- [8] HEALY, W.: *The individual delinquent*. Boston. Little Brown, 1929.
- [9] HUTCHINGS, B., y MECKNICK, S. A.: «Biological and adoptive fathers of male criminal adoptee.» En: *Mayor Issues in juvenile Delinquency*. WHO. Copenhagen. 1974.
- [10] LAMBERTI, A.: *Delinquency*. In: «Primary Prevention of psychiatric disorders». Ed. by Chalke F.C.R., y Day, J. J. *Ontario Mental Health Fundation*, University of Toronto Press. 1968.
- [11] OMS: *El problema de la delincuencia juvenil*. Crónica de la OMS. 1974, 28, 481-486.
- [12] REDL, F., and WINEMAN, D.: *The aggressive child*. N. York. Free. Press. 1957.
- [13] SHORT, J. F. JR., y STRODTBECK, F. L.: *Group process and gang delinquency*. Chicago. University of Chicago Press. 1974.
- [14] SODDY, K.: «The prevention of Juvenile Delinquency.» En: *World Mental Health; the Journal of the World Federation for Mental Health*. Vol. 7, núm. 3, agosto, 1955.
- [15] SPIEGEL, D. E.: «Juvenile Delinquency: An overview. In: *Internat. Encyc. of Psychiatri, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*. Ed. Wolman B. B. Aesculapius Publisher. N. York. 1977.
- [16] STUTTE, H.: «Kinder-und Jugendpsychiatrie.» En: *Psychiatrie der Gegenwart*. 1960. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.
- [17] THRASHER, F. M.: *The gang: A study of 1.313 gangs in Chicago*. Chicago. University of Chicago Press. 1927.
- [18] VEILLARD-CYBULSKY, M., ET H.: *Les jeunes delinquant dans le monde*. Delachaux et Niestlé. Neuchatel (Suisse). 1963.
- [19] WEST D. J., y FARRINGTON, D. P.: *Who becomes delinquent? Second report of the Cambridge Study in delinquent development*. N. York Grane, Russak. 1973.

Aspectos temporales del monóxido de carbono en Roma

E. HERNANDEZ *, R. GARCIA *, M. CH. MURA ** y P. M. BERTOLACCINI***

INTRODUCCION

La contaminación atmosférica en zonas urbanas presenta una gran cantidad de aspectos diferenciados, relacionados con la gran variedad de los compuestos presentes en el aire. Ello hace que su análisis sea muy problemático por cuanto se debe basar en el estudio de la multiplicidad de interacciones que se verifican en el medio atmosférico.

En un trabajo previo [1] se estudiaron las características temporales del monóxido de carbono en la ciudad de Roma. Como se dispone de los valores de un conjunto de contaminantes registrado simultáneamente en el mismo lugar, se ha procedido a investigar la dependencia del monóxido de carbono con el resto de los contaminantes. Los contaminantes registrados son O_3 , SO_2 , azufre total (T. S.), SH_x , NO , NO_x , NO_2 , CH_4 , hidrocarburos totales (THC) y radicales de hidrocarburos (RHC).

En la primera parte del trabajo se presenta los efectos que produce cada uno de los contaminantes, así como sus fuentes. Posteriormente se analizan desde el punto de vista espectral y, finalmente, se evalúa la relación entre ellos mediante las técnicas de correlación múltiple.

HIDROCARBUROS

1. Efectos

En general los hidrocarburos no son tóxicos, pero sus efectos pueden llegar a ser perjudiciales. Las plantas resultan los mejores bioindicadores para la acción de estos compuestos, especialmente de los olefinos. Entre ellos cabe destacar el C_2H_4 , que puede producir clorosis e incluso necrosis de las hojas después de una exposición de seis horas a un nivel de 0,1 p. p. m. [2]. Otros aspectos nocivos fundamentalmente para el hombre, los producidos por los

* Departamento de Física del Aire, Facultad de Física de la Universidad Complutense de Madrid.

** Istituto Superiore di Sanità, Lab. Ing. Biomedica.

*** Istituto Superiore di Sanità, Lab. Ambiente.

aldehídos, especialmente HC, HO y acroleína, de carácter lacrimógeno y que pueden irritar el tracto respiratorio. Sin embargo, las concentraciones necesarias para que ocurra esto difícilmente se suelen alcanzar.

Existe también un grupo de hidrocarburos con efectos cancerígenos, especialmente los terpenos, aunque todavía está por demostrar la correlación existente entre el cáncer de pulmón y el nivel de concentración en el aire.

2. Fuentes

El 95 por 100 de los hidrocarburos tienen un origen natural, siendo la mayor parte de este porcentaje metano y terpenos, estos últimos procedentes de la vegetación. Las principales fuentes de los hidrocarburos antropogénicos son [3] combustión de la gasolina, incineraciones, evaporación de disolvente y evaporación de petróleo y residuos de refinerías. Entre ellos, los más abundantes son etileno, propileno, butano e isobutano y aromáticos.

OXIDOS DE NITROGENO

1. Efectos

Los óxidos de nitrógeno afectan no sólo a los seres vivos, sino también materiales, especialmente a los de naturaleza textil, siendo el algodón y el nailon los más afectados. Las plantas están afectadas fundamentalmente por el NO_2 , que reduce la fotosíntesis. Los cultivos más afectados son las naranjas, tomates y alfalfa. Por lo que respecta al organismo humano, no se ha detectado envenenamiento por NO. Sin embargo, el NO_2 afecta al tracto respiratorio y puede producir efectos respiratorios crónicos que desaparecen al reducirse los niveles de exposición. Además este gas es uno de los responsables del color marrón que suele tomar la bruma en días de alta contaminación.

2. Emisiones

Los óxidos de nitrógeno proceden al 50 por 100 de fuentes naturales y antropogénicas. La principal fuente natural es la acción bacteriana, mientras que los antropogénicos, la combustión del carbón y productos petrolíferos, especialmente fuel-oil, así como las plantas productoras de abonos inorgánicos.

OZONO

1. Efectos

Generalmente se considera el ozono como uno de los contaminantes más nocivos. Sin embargo puede tener un efecto benéfico, ya que destruye ciertos tipos de bacterias y protozoos, así el *Streptococcus salivarius* alcanza una mortandad del 90 por 100 con una concentración 0,025 p.p.m. durante tres horas y una humedad del 60 y 80 por 100.

Entre los efectos dañinos hay que citar el deterioro de las hojas y la reducción en el crecimiento. Especialmente en las cebollas, la alfalfa y la planta de tabaco. También se daña a las textiles y las gomas, que se vuelven quebradizas, sirviendo este último efecto como detector de la presencia del ozono. Por lo que respecta al organismo humano, se produce irritación de los ojos y aumento de la morbilidad de enfermedades asmáticas. No se ha demostrado su correlación con el cáncer.

2. Fuentes

El ozono se forma fundamentalmente en las capas superiores de la atmósfera por diferentes mecanismos, entre ellos cabe destacar la descomposición del oxígeno por absorción de radiación ultravioleta. El ozono así formado es transportado posteriormente a las capas bajas de la atmósfera, constituyendo su principal fuente. Otra de las fuentes es la oxidación de los hidrocarburos con dobles enlaces en la proximidad de la superficie de la tierra.

COMPUESTOS DE AZUFRE

1. Efectos

Los compuestos de azufre producen olores apreciables en un gran número de materiales, tales como las pinturas, los metales que pueden ser corroídos y las piedras que tienen carbonato en su composición. Por lo que respecta a la vegetación, los principales efectos se han detectado en coníferas, con una ausencia en la producción de piñas y en la alfalfa. Los efectos sobre el hombre se centran en el aumento de morbilidad cardiorrespiratoria y cardiovascular, siendo de todos conocido el aumento de ingresos hospitalarios cuando se producen episodios de alta concentración de SO_2 .

2. Fuentes

La principal fuente natural está constituida por las erupciones volcánicas, mientras que las fuentes antropogénicas principales son la quema de combustibles fósiles, refinado de petróleo, la fabricación de ácido sulfúrico, la combustión de residuos y fabricación de papel.

ANALISIS ESPECTRAL

Se han analizado las series temporales para el período correspondiente a los meses de enero a marzo de 1984. Los distintos espectros se han representado en las figuras del 1 al 5. Las principales características que se manifiestan en los mismos son una alta persistencia en todos los contaminan-

tes y la presencia de periodicidades de 12 horas NO , NO_x , NO_2 , RHC, TS y ligeramente en el SO_2 . El origen de esta periodicidad parece el mismo que el atribuido al CO . Esto indicaría que para el conjunto de contaminantes que tiene la periodicidad, el origen antropogénico predomina sobre el natural. En la tabla 1 se representan las diferentes estadísticas para el conjunto de los contaminantes.

ESPECTRO DE POTENCIA DE LA SERIE NO

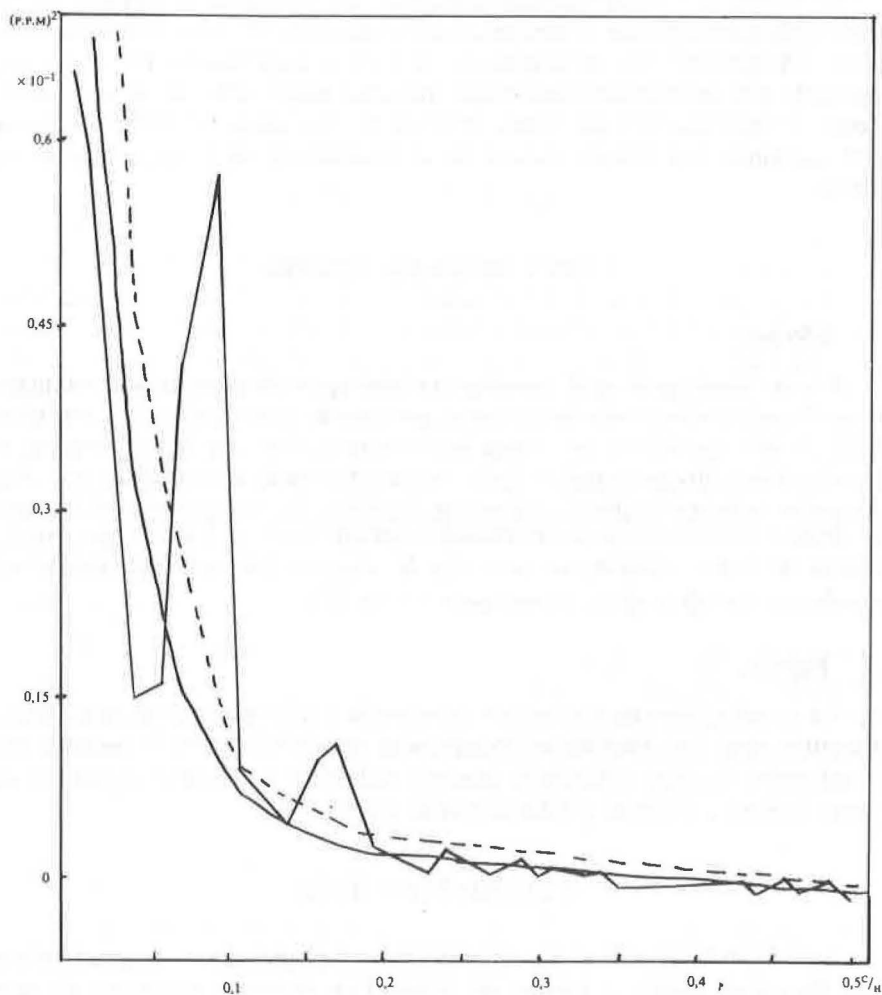


FIGURA 1

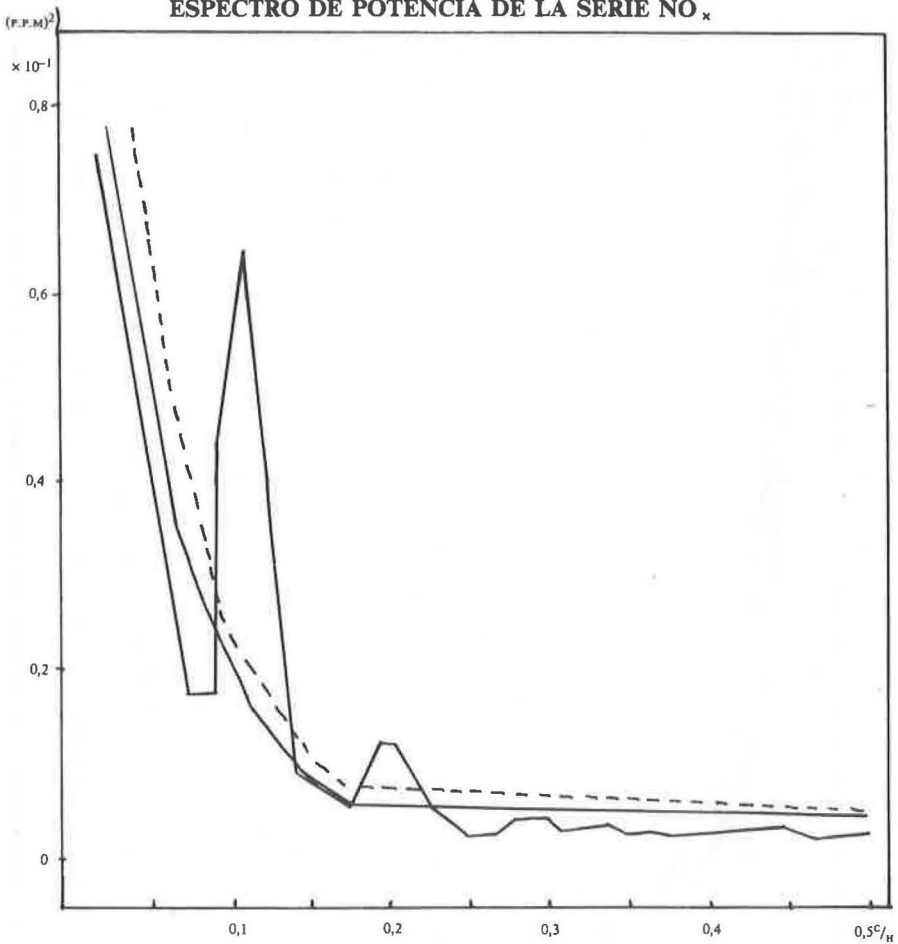
ESPECTRO DE POTENCIA DE LA SERIE NO_x

FIGURA 2

TABLA 1

Compuesto	Media	Coefficiente de variación	Sesgo	Curtorios
O ₃	0,003	0,83	0,001	0,007
SO ₂	0,02	0,90	0,002	0,04
TS	0,02	0,80	0,003	0,05
H ₂ S	0,001	0,90	0,002	0,04
NO	0,165	0,93	0,10	0,321
NO _x	0,20	0,94	0,15	0,440
NO ₂	0,16	0,85	0,13	0,35
CH ₄	2,5	0,94	0,30	4,5
THC	5,1	0,92	1,51	8,9
RHC	2,4	0,78	1,01	4,5

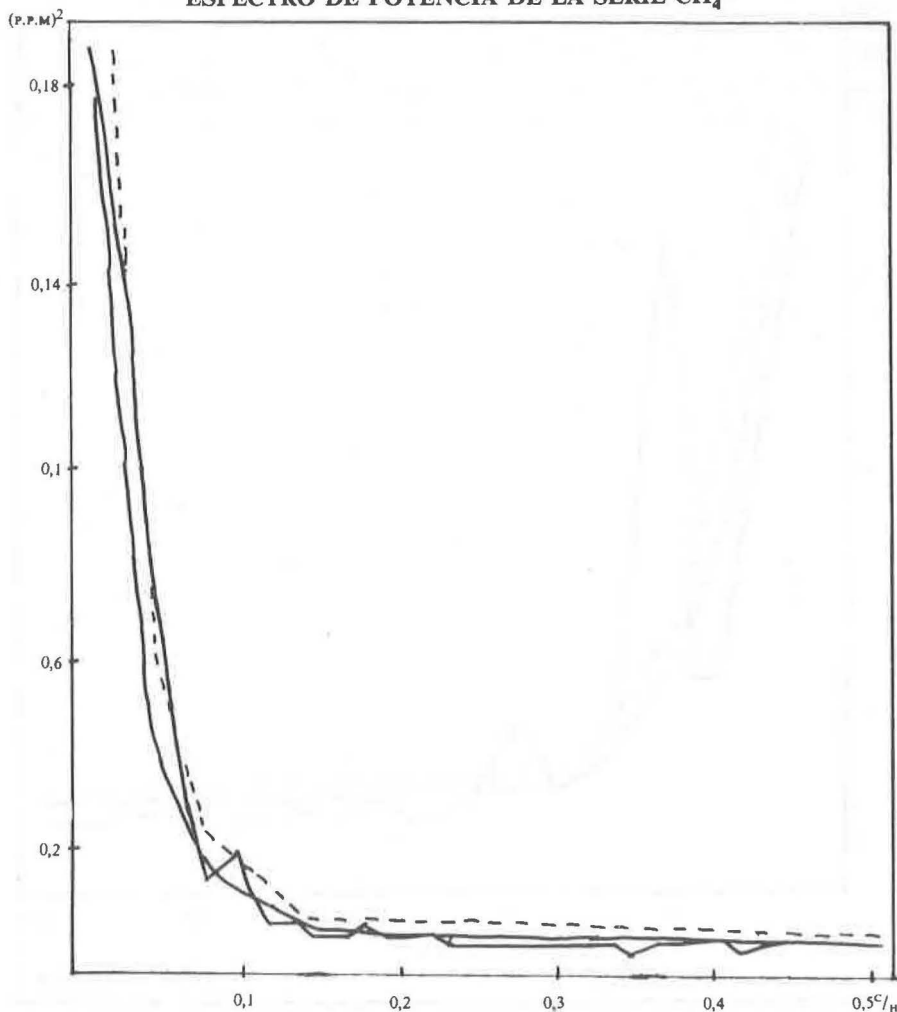
ESPECTRO DE POTENCIA DE LA SERIE CH_4 

FIGURA 3

Una vez determinadas las características de todos los contaminantes, se ha procedido a investigar la interrelación entre los mismos tomando como variable dependiente la concentración horaria de CO y como independientes las restantes. Se han empleado todos los valores del periodo de muestreo, pero se han eliminado previamente los efectos de autocorrelación temporal que pueden inducir valores específicos excesivamente altos. La técnica que se ha aplicado es de correlación lineal múltiple por poros. La misma consiste en calcular la variable dependiente más correlacionada con la concentración de

ESPECTRO DE POTENCIA DE LA SERIE THC

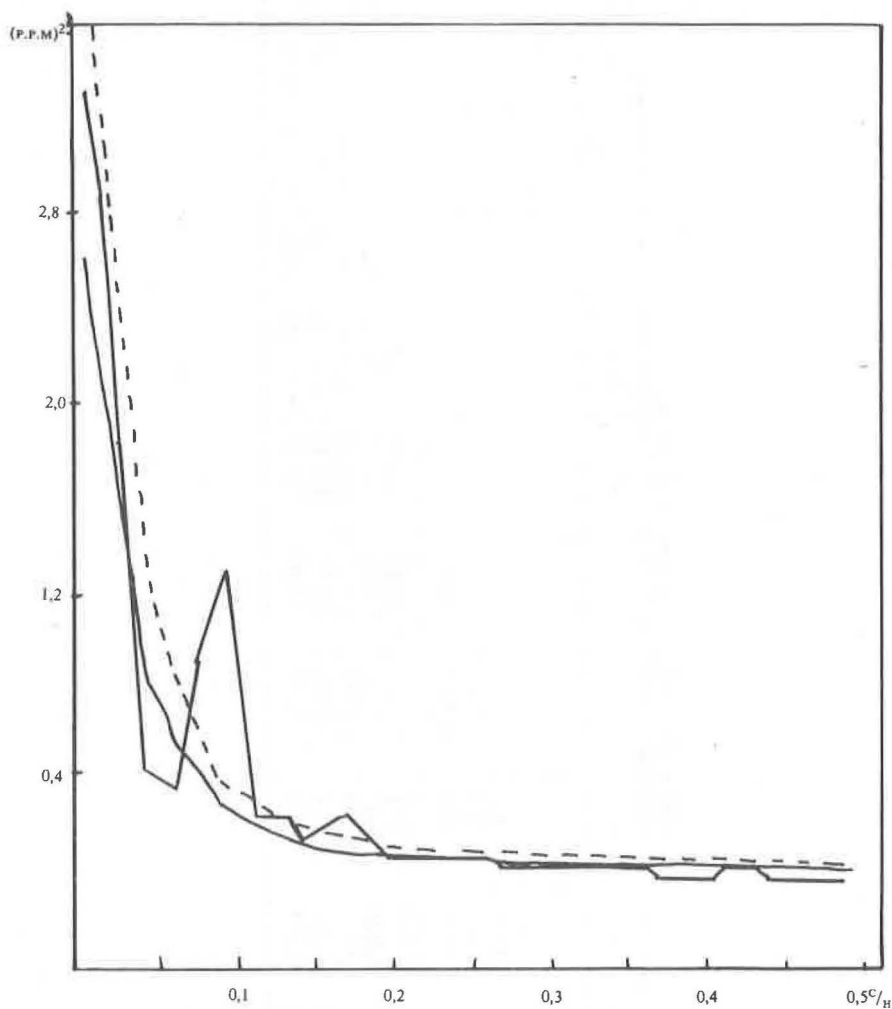


FIGURA 4

CO, introducir dicha variable a la correlación, evaluar los residuos y proceder a una nueva introducción de variables hasta incluir en la ecuación de regresión todas aquellas variables que son significativas para el comportamiento del CO.

En primer lugar se ha calculado la matriz de correlación para todos los contaminantes (tabla 2).

TABLA 2

TABLA DE CORRELACION MULTIPLE

	O ₃	SO ₂	TS	H ₂ S	NO	NO _x	NO ₂	CO	CH ₄	THC	RHC
O ₃	1.000										
SO ₂	-0,3275	1.000									
TS	-0,3356	0,9867	1.000								
H ₂ S	-0,1872	0,1562	0,2103	1.000							
NO	-0,4240	0,5494	0,5616	0,2454	1.000						
NO _x	-0,4486	0,5729	0,5850	0,2419	0,9952	1.000					
NO ₂	-0,0206	-0,0265	-0,0266	-0,0117	-0,0092	-0,0311	1.000				
CO	-0,4386	0,6608	0,6647	0,1820	0,9008	0,9161	-0,0108	1.000			
CH ₄	-0,5115	0,3641	0,3793	0,2790	0,6535	0,6427	-0,0142	0,5148	1.000		
THC	-0,5322	0,6062	0,6168	0,2508	0,9072	0,9119	-0,0193	0,9004	0,8073	1.000	
RHC	-0,5087	0,6330	0,6420	0,2255	0,9149	0,9232	-0,0178	0,9433	0,7015	0,9738	1.000

ESPECTRO DE POTENCIA DE LA SERIE RHC

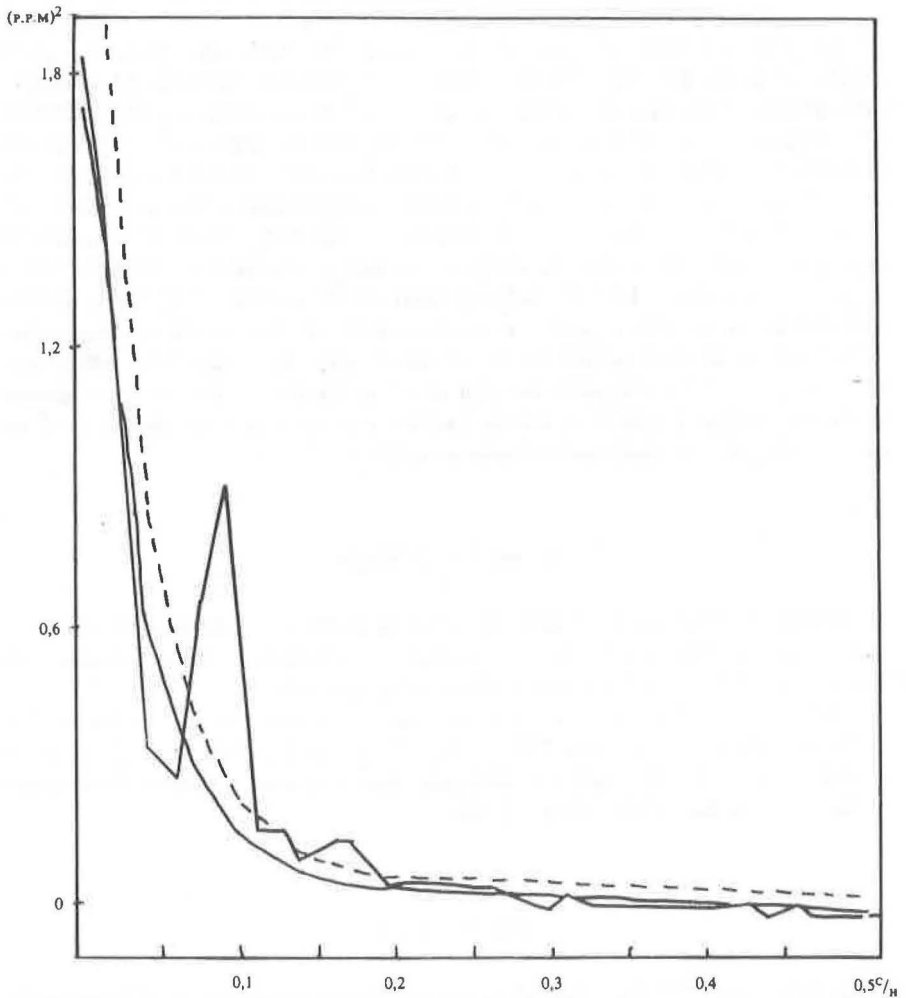


FIGURA 5

Basándose en dicha matriz y con la introducción de una estadística de Fisher [4] se ha calculado la ecuación de regresión múltiple final. Para la misma se han necesitado cinco pasos, siendo también cinco las variables dependientes significativas para el CO.

La ecuación resultante es:

$$| \text{CO} | = 4,29 + 1,62 | \text{RHC} | - 6,41 | \text{CH}_4 | + 2,28 | \text{THC} | + \\ + 4,68 | \text{NO}_x | + 10,91 | \text{SO}_2 |$$

Las concentraciones están expresadas en p. p. m. y se han escrito de mayor a menor grado de influencia. El grado de correlación obtenido al aplicar esta ecuación es $r = 0,98$ (coeficiente de correlación múltiple), y la varianza explicada es el 96 por 100 del total. Estos valores resultan plenamente satisfactorios y son una muestra del alto grado de ajuste del modelo, el cual sólo deja un 4 por 100 del comportamiento del monóxido de carbono sin determinar y debe atribuirse al azar. Todos los contaminantes están correlacionados positivamente con el CO a excepción del metano. Las anomalías que se han encontrado son las correspondientes al CH_4 , cuyo coeficiente de regresión debería presentar un signo + y al NO_x , cuyo signo debería ser el -. El carácter oxidante del NO_x debería estar en oposición al CO, de marcado carácter reductor. Por su parte, el metano debería tener el mismo signo que el CO, por ser ambos reductores. La anomalía en el signo del NO_x indica que el NO_x y el CO provienen de una misma fuente, y así, aunque ambos elementos antagónicos, el ritmo de producción sería más intenso que el de destrucción, lo que explicaría el signo positivo.

CONCLUSIONES

Se han investigado las características espectrales de los diferentes contaminantes, destacando la fuerte persistencia y resultado como periodicidad significativa la de 12 horas de origen antropogénico.

Por lo que respecta a la relación con el monóxido de carbono, los realmente significativos son RHC, CH_4 , THC, NO_x y SO_2 . La ecuación de regresión obtenida da resultados altamente satisfactorios, y solamente deja sin explicar 4 por 100 de la varianza total.

RESUMEN

Se presenta un estudio temporal de los principales contaminantes medidos en la ciudad de Roma. Para ello se han empleado técnicas de correlación múltiple, así como de análisis temporal. Los contaminantes que influyen en las concentraciones del monóxido de carbono son hidrocarburos totales, metano, óxido de nitrógeno y anhídrido sulfuroso.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent un étude temporel des principaux contaminants mesurés à la ville de Rome. Pour ça ils ont employé des techniques de corrélation multiple, ainsi que d'analyse temporel. Les contaminants qu'influencent sur les concentrations du CO sont les hydrocarbures totales, méthane, oxide d'azote et SO_2 .

SUMMARY

A temporal study of the main atmospheric pollutants measured in the city of Rome is performed. Multiple correlation and time analysis techniques have been employed. The pollutants influencing the behaviour of carbon monoxide are: total hidrocarbon, methane, nitrogen, oxide and sulphur dioxide.

BIBLIOGRAFIA

- [1] HERNÁNDEZ, E., et al.: «Aspectos temporales del monóxido de carbono en Roma», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. (En prensa.)
- [2] JACOBSON, J. S., e HILL, A. C.: «Recognition of Air Pollution Injury to Vegetation: A Pictorial Atlas». *Air Pollut. Contr. Ass.* (1970).
- [3] ROBINSON, E., y ROBBINS, R. C.: «Sources: Abundance and Fate of Gaseous Atmospheric Pollutants. Stanford Res.», *Ins. Project PR-6755*. Final Report, 1968.
- [4] BARTLETT, M. S.: «Statistical estimation of density functions», *Sankhya* (1963).

COMUNICADOS DE PRENSA

XXXIX ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

APERTURA EN GINEBRA DE LA XXXIX ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS/1, 5 de mayo de 1986).

La Asamblea Mundial de la Salud, que se ha abierto hoy en Ginebra, ha elegido al doctor Zeid Hamzeh, ministro de la Salud de Jordania, presidente de su XXXIX sesión. Sucede al doctor Suwardjono Surjaningrat, ministro de la Salud de Indonesia, que presidió la XXXVIII Asamblea Mundial de la Salud de 1985.

Los delegados, representantes de los 166 Estados miembros de la OMS, han elegido igualmente a los siguientes:

Vicepresidentes de la Asamblea:

Dr. Rudolf Müller (República Democrática Alemana).

Dr. Aissah Agbetra (Togo).

Mr. Abdullah Jameel (Maldivas).

Dr. Michael Brassett (Nueva Zelanda).

Dr. Juan Roberto Menchaca Montano (Cuba).

Comisión A:

Presidente: Dr. José Manuel Borgoño (Chile).

Comisión B:

Presidente: Dr. Wilfred Koinange (Kenia).

En su discurso de apertura de esta XXXIX Asamblea Mundial de la Salud, el presidente saliente, el doctor Surjaningrat, ha deseado de nuevo que la OMS se mantenga alejada de las controversias políticas que no dependen de su mandato técnico y social y para los cuales existen otros lugares de debate más apropiados. Puso igualmente el acento sobre la voluntad colectiva que debe presidir la adopción por consenso de la política de la OMS.

Dirigiéndose a la Asamblea, Erik Suy, director general de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, señaló que el objetivo de la salud para todos

en el año 2000, que se ha fijado la OMS, implica la responsabilidad colectiva de todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Se congratuló porque el tema de las discusiones técnicas que se desarrollan tradicionalmente al margen de la Asamblea sea este año «El papel de la cooperación intersectorial en las estrategias nacionales de la salud para todos».

Tomando la palabra en nombre de las autoridades suizas y ginebrinas presentes, M. Jacques Veruet, consejero de Estado del cantón de Ginebra encargado del Departamento de Previsión Social y de Salud Pública, dedicó su alocución al problema del SIDA, nueva enfermedad que «siembra el pánico en numerosos países en unas condiciones que no parecen tener una relación común con la importancia cuantitativa real de esta epidemia». El ve en ello «una llamada de atención necesaria a que pertenecemos a una especie mortal, algo que la ciencia tiene tendencia a hacernos olvidar desde hace unos cincuenta años».

Resumen biográfico del presidente de la XXXIX Asamblea Mundial de la Salud.

El doctor Zeid Hamzeh nació el 25 de mayo de 1932 en Salt, en Jordania. Se diplomó en la Facultad de Medicina Kasr El Ainy, de la Universidad de El Cairo, y posee también el diploma de otorrinolaringólogo concedido por la Royal Academy of Surgeons de Londres. Ha participado en la fundación de numerosas asociaciones médicas jordanas, así como de varias revistas especializadas.

Ha seguido igualmente cursos en la República Federal Alemana, en España y en los Estados Unidos.

El doctor Hamzeh es ministro de Salud de Jordania desde el 4 de abril de 1985. Ha dirigido la delegación de su país en la XXXVIII Asamblea Mundial de la Salud.

EL DIRECTOR GENERAL DE LA OMS SE DIRIGE A LA ASAMBLEA: No son las tecnologías las que faltan, sino su utilización adecuada (AMS/2, 6 de mayo de 1986).

Por primera vez desde la adopción de la Estrategia de la Salud para Todos en el año 2000, hace ocho años, los Estados miembros de la OMS han procedido a una evaluación de sus estrategias y han realizado un informe a «su organización». En su discurso ante la XXXIX Asamblea Mundial de la Salud esta mañana en Ginebra, el doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS, ha saludado «el inmenso» valor de los 146 Estados miembros de la OMS, sobre un total de 166 (o sea, cerca de un 90 por 100 de ellos) que han procedido a esta evaluación.

El director general puso de relieve en su alocución la importancia que revisten una buena organización y una sólida gestión para edificar sistemas

de salud fundados en las atenciones de salud primaria. «La gestión no es, ciertamente, lo sé, el punto fuerte de los sistemas de salud de la mayor parte de los países, a pesar de los esfuerzos heroicos para hacer que la gestión de la salud sea “gestionable”. Creo que se puede decir, sin temor a equivocarse que cuanto más limitadas son las dimensiones de un sistema, más fácil es administrarlo», ha añadido el doctor Mahler, antes de sugerir que los países sean divididos en unidades fáciles de administrar con fines de atención de salud primaria. El tamaño óptimo de estas regiones podría variar según los países, pero cada una de estas unidades debería «asegurar las atenciones de salud primaria a nivel de la colectividad y, eventualmente, de grupos de colectividades, así como disponer de un hospital al que dirigir a los enfermos en caso de necesidad, de medios de laboratorio en el hospital o en el exterior y de una oficina de salud de distrito con un oficial de salud a tiempo completo... «Yo daría a esta unidad el nombre de distrito, pero naturalmente este nombre puede variar mucho según los países.»

El doctor Mahler prosiguió diciendo: «Creo que ha llegado el momento de concentrarnos sobre la creación de infraestructuras sanitarias de distrito.» El medio de conseguirlo sería el de poner a punto programas de acción que fijaran metas bien definidas especificando, por ejemplo, el número de distritos a crear en un plazo dado.

«Hemos aprendido ya, cuanto importa, en efecto, el fijarse metas. El objetivo mismo de la salud para todos se ha convertido en una meta cuando los medios para conseguirlo por etapas han sido definidos y cuando una fecha —el año 2000— ha sido asignada a los esfuerzos. Esta meta ha galvanizado nuestras energías y nos ha empujado a la acción. Si se hiciera lo mismo y se fijaran igualmente metas en materia de atención de salud primaria de distrito, quizá se obtuviera el mismo efecto.»

Una vez realizada esta descentralización progresiva en beneficio de los distritos, cada distrito podría fijarse objetivos realistas para cada uno de los elementos de la atención primaria de salud procediendo por orden de prioridad, pero teniendo en cuenta «que de nada sirve tratar de conseguir lo que está fuera de nuestro alcance». El director general ha citado un cierto número de sectores en los que se dispone desde ahora de tecnologías apropiadas insuficientes para poder comenzar la tarea: educación para la salud, atención de salud materno e infantil, medidas de prevención de las cardiopatías reumáticas y enfermedades coronarias, lucha contra el cáncer de pulmón y tratamiento de las enfermedades y heridas más corrientes, sobre todo mediante el uso racional de los medicamentos esenciales.

Volviendo sobre un tema que le interesa mucho, el doctor Mahler ha recordado que el problema «no está en la falta de tecnologías apropiadas de estas estrategias». Concluyó su intervención citando a Goethe: «No es suficiente saber, es necesario también aplicar ese saber; no es suficiente querer, es necesario también actuar... Pensar para actuar, actuar para pensar es en esto en lo que reside la sabiduría.»

ALOCUCION DEL PRESIDENTE DE LA XXXIX ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS/3, 6 de mayo de 1986).

El doctor Zeid Hamzeh, ministro de Salud de Jordania y presidente de la XXXIX Asamblea Mundial de la Salud, ha puesto en guardia a los delegados con su discurso inaugural contra los «gastos desconsiderados» empleados para adquirir una tecnología médica perfeccionada y costosos hospitales. Para numerosos países con recursos limitados, declaró, resulta una carga demasiado pesada que compromete sus esfuerzos para conseguir sus objetivos en materia de salud.

«¿Cuál es la utilidad de una tecnología médica de punta para quien sufre de malnutrición o no ha sido vacunado contra las enfermedades y las epidemias?», prosiguió el doctor Hamzeh.

Subrayando que la cooperación internacional en el campo de la salud es indispensable para el bienestar de todos los países, reveló que los más ricos de éstos no son una excepción a la regla porque, «contribuyendo a mejorar el nivel de salud de los países menos favorecidos ellos protegerán al mismo tiempo su propia salud», puesto que las enfermedades y las epidemias «no conocen fronteras, sean geográficas o políticas, y no tienen necesidad de pasaportes o visados para franquear tales barreras».

El doctor Hamzeh insistió en el hecho de que Africa debía beneficiarse especialmente de una atención urgente, debido a los desastres causados por la sequía y sus consecuencias. «Se trata de una catástrofe permanente que ninguna operación de socorro urgente sin ninguna solución a corto plazo podría atajar, pero que necesita evidentemente medidas a largo plazo.»

El presidente declaró: «Estamos reunidos de nuevo en esta bella ciudad (Ginebra) para analizar la situación del estado de salud del mundo, con el fin de poder proseguir nuestros esfuerzos comunes para conseguir el objetivo de la Salud para Todos en el año 2000. Tienen ante ustedes la primera evaluación de las estrategias nacionales elaboradas por la OMS y los Estados miembros. Ella constituirá una indicación de la situación sanitaria mundial y un jalón importante en el camino que nos lleva hacia la meta que tratamos de conseguir... Debemos recordar que las grandes realizaciones de la historia humana no hubieran sido posibles sin una fe inquebrantable del hombre en sí mismo y sin una confianza indefectible en su voluntad y capacidad de vencer y de superar las dificultades.»

ENTREGA DEL PREMIO SASAKAWA PARA LA SALUD (AMS/4, 8 de mayo de 1986).

El doctor Zeid Hamzeh, presidente de la XXXIX Asamblea Mundial de la Salud, ha entregado hoy el Segundo Premio Sasakawa para la Salud, destinado a recompensar trabajos innovadores en materia de desarrollo sanitario. Los tres laureados son: el Comité de Planificación de Salud Popular

de la Comuna de Ayadaw (Birmania), los doctores Lucille y Prieto Corti (italianos que trabajan en Uganda) y el doctor Amorn Nondasuta (Tailandia).

El Comité de la Comuna de Ayadaw fue creado en 1979, poco después del lanzamiento por el Gobierno birmano de su primer Plan de Salud Popular. A pesar de que todas las comunas han sido situadas en el mismo plano, ésta de Ayadaw ha obtenido unos éxitos especialmente señalados en sus actividades de desarrollo sanitario. Esta comuna ha concedido prioridad al abastecimiento de agua y ha adoptado el lema: «¡Es agua lo que necesitamos, no oro!» Desde 1985 el 97,2 por 100 de la población ha tenido acceso a agua sana y el 50 por 100 dispone de un sistema de alcantarillado adecuado, contra el 1,6 por 100 solamente en 1980. Gracias a estos progresos acelerados en el campo del abastecimiento de agua y de alcantarillado, Ayadaw no ha tenido que lamentar ninguna epidemia de cólera ni de peste desde 1979 y las infecciones gastrointestinales han tenido una disminución espectacular.

Marido y mujer, originarios de Italia, la doctora Lucille Teasdale Corti y el doctor Prieto Corti, se establecieron en Uganda en 1961. Han hecho del modesto hospital de Lacor, en donde fueron los únicos médicos durante los primeros cuatro años, una importante institución regional que tiene antenas en todo el norte de Uganda. Además de sus actividades normales, el hospital de Lacor ha puesto en marcha centros de atención primaria de salud para atender a las poblaciones de las regiones cercanas. Con ayuda del Gobierno italiano, los doctores Lucille y Prieto Corti están en la actualidad tratando de instalar un centro de readaptación que estará equipado especialmente para la investigación. Teniendo en cuenta el deterioro de los servicios oficiales de salud de Uganda en estos diez últimos años, el hospital de Lacor y sus centros periféricos han constituido la principal, incluso la única fuente eficaz de atención de salud para los 100.000 habitantes de la región. Desde 1961, la doctora Lucille Teasdale Corti ha efectuado no menos de 15.000 intervenciones quirúrgicas y ha examinado a más de 500.000 pacientes.

El doctor Amorn Nondasuta, de Tailandia, es secretario permanente de Salud Pública desde 1983. Las numerosas innovaciones del doctor Amorn en materia de desarrollo sanitario rural, basadas en la ayuda de agentes de salud voluntarios y en la participación de la colectividad en la promoción de la salud, han conducido a Tailandia a adoptar el método de atención primaria de salud. Especialmente, los esfuerzos del doctor Amorn para luchar contra el bocio —un gran problema de salud en el norte de Tailandia— mediante la producción y la distribución de sal yodada se han saldado con una espectacular disminución de la incidencia de esta enfermedad entre los escolares, con el descenso en un año del 75 por 100 al 5 por 100. Lanzó igualmente la idea de los centros rurales de nutrición destinados a los niños de edad preescolar y un proyecto piloto que cubre 1.200 de estos centros y que se ha traducido en una regresión sensible de la malnutrición.

El Premio Sasakawa para la Salud, por un importe de 100.000 dólares, ha sido creado y concedido por primera vez en 1985 por M. Ryoichi Sasakawa,

presidente de la Fundación de la Industria Japonesa de Construcción Naval y de la Fundación Sasakawa para la Salud. Este año 40.000 dólares han sido concedidos al Comité de Planificación de la Salud Popular de la Comuna de Ayadaw, 30.000 dólares a los doctores Lucille Teasdale Corti y Prieto Corti, así como al doctor Amorn Nondasuta. El fin de este premio no es recompensar pecuniariamente los laureados, sino servir de estímulo para nuevos progresos en sus actividades.

*LOS GOBIERNOS DE AMERICA CENTRAL UNEN SUS ESFUERZOS
GRACIAS A UN PLAN COMUN DE SALUD (AMS/5; 9 de mayo de
1986).*

Conscientes del hecho de que la salud no conoce fronteras, los siete países de América Central cooperan en un esfuerzo sin precedentes para mejorar la salud de los 25 millones de habitantes de su región. Los países han decidido combatir la enfermedad juntos, a pesar de las crisis sociales y económicas y de las diferentes políticas. El doctor Carlyle Guerra de Macedo, director de la Oficina Regional de la OMS para las Américas/Oficina Sanitaria Panamericana, ha declarado: «El acuerdo revela un espíritu de armonía y de apoyo mutuo y demuestra que trabajando para la salud las naciones tienden puentes entre ellas y trabajan para la paz.»

Belize, Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá sufren una penuria de créditos, así como el problema de los refugiados y personas desplazadas, provocado por la violencia reinante en la región. Les es pues cada vez más difícil proporcionar atenciones al 40 por 100 de su población que no tienen acceso a los servicios de salud.

La mortalidad debida a las enfermedades infecciosas y a la malnutrición ha aumentado. De los 850.000 niños que nacen cada año en estos países, 100.000 morirán antes de su quinto aniversario, y cerca de dos tercios de supervivientes estarán padeciendo malnutrición. La tecnología existente actualmente debería permitir la reducción de las tasas elevadas de mortalidad infantil provocadas en gran parte por las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades cuya prevención es posible gracias a la vacunación.

El agua contaminada y un mediocre medio ambiente son considerados como los responsables de un gran número de enfermedades, pero es posible remediarlo si se dispone de recursos financieros y humanos suficientes. Es igualmente posible combatir eficazmente la mortalidad, la morbilidad y la pérdida de productividad debidas al paludismo y a otras enfermedades tropicales.

Se calcula en un millón el número de personas que la guerra y la violencia ha obligado a abandonar su país o a establecerse en lugares provisionales del mismo país. Las condiciones de vida catastrófica, una higiene mediocre y la malnutrición garantizan, si es que esto puede decirse, la existencia de graves problemas de salud.

Con el fin de frenar esta situación, los ministros de Salud de América Central han elaborado un plan conjunto que comporta actividades comunes en relación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El doble propósito del plan, que se refiere a las necesidades de salud prioritarias en América Central y en Panamá, es una forma de contribuir a la paz, mejorando las condiciones de salud entre la población de la región y llevando a cabo colectivamente actividades contra las enfermedades.

El plan comprende una serie de proyectos comunes en siete campos prioritarios seleccionados porque reflejan las necesidades más apremiantes de la región, así como la intención profunda de esta iniciativa: aportar la garantía de que las actividades de salud sostienen y favorecen la cooperación entre los países. Este plan es el resultado de un esfuerzo de los presidentes de Méjico, Colombia, Venezuela y Panamá para tratar de resolver la crisis de América Central mediante una nueva iniciativa diplomática. Ha tomado forma cuando los ministros de salud de América Central y de Panamá se han puesto de acuerdo para colaborar en los proyectos regionales de salud y han solicitado a la OPS que coordine la elaboración de un plan integrado, así como la búsqueda de créditos.

La iniciativa fue aprobada por unanimidad por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1984 y por el Consejo de Dirección de la OPS en septiembre del mismo año. Expertos de la salud de la OPS y de los países efectuaron una serie de misiones (viajes) en Europa, después de los cuales 32 países y organizaciones estuvieron de acuerdo en sostener el plan por la Declaración de Madrid de noviembre de 1985. Fondos que ascendían a cerca de 120 millones de dólares fueron prometidos para proyectos regionales por la CEE, España, Estados Unidos, Francia, Noruega, Holanda, Suecia, Suiza, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros organismos de financiación.

Los campos prioritarios de acción en América Central fueron definidos después de intensas discusiones y de diversos intercambios en el plan regional. Estas prioridades reflejan el consenso de los países en lo que se refiere a las necesidades de salud más apremiantes con las que se enfrentan sus poblaciones y tienden a proteger a los grupos más vulnerables: madres, niños menores de cinco años, personas minusválidas, personas desplazadas, refugiados y habitantes de comunidades marginales.

Los campos de acción de los proyectos regionales y nacionales serán los siguientes:

1. *Refuerzo de los servicios de Salud:* Organizan sistemas de prestación de salud que protejan a toda la población y se concentren sobre los pobres, las personas más expuestas y aquellas que no están actualmente protegidas.
2. *Recursos humanos:* Mejorar la formación de los agentes de salud de todos los niveles y coordinar los esfuerzos de formación realizados aisladamente gracias a una red cubriendo el conjunto de la región y contando con los expertos de los siete países, una tecnología pedagógica apropiada y una red de información y de documentación son las partes esenciales del programa.

3. *Medicamentos esenciales*: El plan se preocupa sobre todo de asegurar que todos podrán tener acceso a los medicamentos de calidad a precios abordables, sobre todo mejorando el sistema de aprovisionamiento, elevando el nivel de calidad y estimulando la investigación con el fin de desarrollar una producción local, que comprenda igualmente las plantas medicinales.

4. *Alimentación y nutrición*: Los países se esforzarán en disminuir las carencias en proteínas, actualmente muy extendidas por razón de una alimentación mal equilibrada, y buscarán la eliminación de la malnutrición, así como la morbilidad y la mortalidad debidas a estas carencias.

5. *Enfermedades tropicales*: La prevalencia del paludismo se ha duplicado en los diez últimos años, y la región padece igualmente otras graves enfermedades parasitarias tropicales. Los objetivos del programa son la erradicación del nivel de anemia a un nivel en que la enfermedad no dificulte el desarrollo, así como la reducción de la morbilidad y la eliminación de la mortalidad debidas al paludismo.

6. *Supervivencia del niño*: Es necesario oponer a las tasas elevadas de mortalidad infantil una respuesta masiva, fundada principalmente en actividades poco onerosas y susceptibles de tener un fuerte impacto. Estas serán preferentemente la vigilancia del crecimiento y del desarrollo del niño; la rehidratación oral para evitar los fallecimientos debidos a la diarrea; la promoción de la lactancia materna; la vacunación; la prevención y la vigilancia de los embarazos de elevado riesgo; la planificación familiar; en fin, la lucha contra las infecciones respiratorias agudas.

7. *Agua potable y saneamientos*: La mayor parte de las enfermedades infecciosas provienen del agua contaminada, de un saneamiento insuficiente y de malas condiciones de higiene. En América Central el 61 por 100 solamente de la población tiene acceso a agua potable y el 50 por 100 solamente se beneficia de instalaciones suficientes de saneamiento. Con el fin de mejorar esta situación, los países han identificado una serie de proyectos que tratan de extender el número de personas abastecidas de agua sana y beneficiarlas de saneamientos suficientes y de reforzar los sistemas existentes, con la participación de la colectividad.

Las actividades definidas en el plan han comenzado en los niveles subregional y nacional en cada uno de los campos prioritarios. Más de 125 proyectos altamente prioritarios han sido analizados y desarrollados, han sido preparados los perfiles y las actividades están ya en curso con el título de numerosos proyectos del plan. El volumen de los recursos movilizados es impresionante y las actividades de establecimientos nacionales responsables de la salud han sido coordinados en una medida nunca conseguida con anterioridad. Instituciones internacionales y de los gobiernos donantes se han mostrado prestos para ayudar a estos países en sus esfuerzos. Numerosos países e instituciones han aportado importantes contribuciones, pero aún son

necesarios créditos para conseguir el objetivo de 1.000 millones de dólares en recursos exteriores para los proyectos que ayudarán a América Central a enfrentarse a sus necesidades de salud prioritarias en los cinco años venideros, a reducir así el pesado tributo de enfermedades y de muertos y a contribuir a la instauración de la paz en la región.

ENTREGA DE LA MEDALLA Y DEL PREMIO DE LA FUNDACION DARLING (AMS/6; 12 de mayo de 1986).

El doctor Zeid Hamzeh, presidente de la XXXIX Asamblea Mundial de la Salud, que se celebró en Ginebra, ha hecho entrega del Premio y la Medalla de la Fundación Darling al profesor Robert Black (Australia) y al profesor David Francis Clyde (Estados Unidos de América), en recompensa a sus trabajos referentes a la epidemiología y al tratamiento del paludismo, así como a la lucha contra esta enfermedad en diferentes partes del mundo.

El Premio y la Medalla de la Fundación Darling perpetúan la Memoria del doctor Samuel Taylor Darling, accidentalmente fallecido en Líbano, en 1925, cuando efectuaba una misión por cuenta de la Comisión del Paludismo de la Sociedad de Naciones. Fueron concedidos por primera vez en 1980.

Profesor de Medicina Tropical en la Universidad de Sydney (Australia) hasta su jubilación en 1982, el profesor Robert Black fue uno de los artífices de la erradicación del paludismo endémico en Australia, ocurrida en 1962 y proclamada oficialmente en 1981. No ha cesado desde entonces de luchar para impedir la reintroducción de la enfermedad en su país, poniendo en marcha un registro de los casos de paludismo, participando en comités nacionales, asistiendo a consultas clínicas, publicando artículos en la prensa médica y no médica, así como prodigando, sin cansancio, consejos a los viajeros y formando a generaciones de universitarios. El profesor Black forma parte desde 1955 del cuadro de expertos de paludismo de la OMS.

Después de los estudios universitarios en Estados Unidos, en Canadá y Reino Unido, el profesor David Francis Clyde ha estado desde 1949 a 1966 al servicio del Ministerio de Salud de Tanzania. También ha enseñado en la Universidad de Maryland, en Baltimore (Estados Unidos) y en la Universidad del Estado de Luisiana, antes de entrar al servicio de la OMS en Nueva Delhi en calidad de consejero regional principal para el paludismo. Miembro del cuadro de expertos de paludismo de la OMS, también ha publicado numerosas obras sobre parasitología y medicina tropical. La principal realización del profesor Clyde es una experimentación heroica sobre el hombre, de la vacunación contra el paludismo por medio de los esporozoitos irradiados procedentes de anopheles infectados. Ha sido uno de los tres voluntarios que se han sometido a este ensayo cuyos resultados han estimulado los trabajos actualmente emprendidos con vistas a la puesta a punto de una vacuna antipalúdica.

EL PREMIO LEON BERNARD, CONCEDIDO AL MINISTRO DE SALUD DE NIGERIA (AMS/7; 13 de mayo de 1986).

El profesor Olikoye Ransome-Kuti, ministro de Salud de Nigeria, ha recibido de manos del doctor Zeid Hamzeh, presidente de la Asamblea Mundial de la Salud, el Premio y la Medalla de la Fundación León Bernard, en reconocimiento de sus actividades extraordinarias en el campo de la medicina social.

En treinta y cuatro años de carrera, el profesor Kuti ha contribuido especialmente a la mejora del estado de salud de las familias y los niños de Nigeria. Ha sido igualmente el campeón de las atenciones primarias de salud a lo largo de sus diversas actividades. El profesor Kuti fue nombrado director del Instituto de Pediatría y de Atenciones Primarias de Salud de la Universidad de Lagos en 1968 y después profesor y director del Departamento de Pediatría de esta misma Universidad en 1970. En 1981 llegó a ser el primero —y hasta ahora el único— profesor de Atención Primaria de Salud en la Universidad de Lagos, donde ha introducido la enseñanza de atención primaria de salud como núcleo del programa de los estudios universitarios de medicina.

Desde su nombramiento como ministro de Salud en 1985, el profesor Kuti ha continuado revolucionando las políticas sanitarias de su país, haciendo principalmente pasar la parte del presupuesto nacional consagrado a la salud de 1,7 al 6 por 100. Las trece facultades de medicina y hospitales docentes de Nigeria participan en el desarrollo de la atención primaria de salud. Igualmente, bajo el impulso del profesor Kuti, Nigeria ha puesto en pie, a mediados de los años setenta, un plan de servicios de salud de base destinado a ofrecer atenciones de salud eficaces y accesibles al conjunto de la población.

La obra del profesor Kuti ha sido reconocida desde 1971, cuando recibió la primera Medalla de oro «Jane Kirkpatrick» por los servicios prestados a Nigeria en el campo de la pediatría. El profesor Kuti hizo sus estudios en el colegio universitario de Ibadan (Nigeria), en la Universidad de Dublín (Irlanda), en el Institute of Child Health y en el Sick Children Hospital de Londres, así como en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins de Baltimore (Estados Unidos). Ha obtenido el título de «Fellow of the Royal College of Physicians» de Edimburgo y miembro del «College Médical de Nigeria», así como del «College Médical de Africa Occidental».

Desde 1968, el profesor Kuti forma parte de un cierto número de comités de expertos de la OMS y ha cumplido las funciones de consultor en los Ministerios de la Salud de Benin y de Etiopía para el desarrollo de los servicios de salud primaria.

Las principales contribuciones del profesor Kuti a la investigación se refieren a la intolerancia a la lactosa, las urgencias pediátricas, la malnutrición proteico-energética, los aspectos socioculturales de la alimentación del recién

nacido, la organización de la planificación familiar y de los servicio de salud, así como de la enseñanza médica. Es autor de numerosas publicaciones en forma de libros, monografías y artículos en revistas científicas.

ONCE NUEVOS MIEMBROS PARA EL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS (AMS/8; 14 de mayo de 1986).

La XXXIX AMS ha elegido a los siguientes once Estados miembros para que designen a una persona que les represente en el Consejo Ejecutivo de la OMS.

Lista por regiones geográficas y orden alfabético:

África: Liberia y Madagascar.

Américas: Estados Unidos, Guayana y México.

Asia del Sudeste: Sri Lanka.

Europa: Francia y URSS.

Mediterráneo Oriental: Arabia Saudita y Líbano.

Pacífico Occidental: China.

Estas personas entrarán en funciones inmediatamente después de la clausura de la XXXIX AMS.

La composición del Consejo hasta el final de la última Asamblea ha sido la siguiente; los nombres de los países cuyo mandato expira están en cursiva:

África: Costa de Marfil, *Etiopía*, *Ghana*, Guinea, Guinea Ecuatorial, Kenia y Lesoto.

América: Argentina, Canadá, Cuba, Ecuador, *Panamá* y *Venezuela*.

Asia del Sudeste: Indonesia, *Nepal* y *Thailandia*.

Europa: Alemania (República Federal de), *Bélgica*, Hungría, *Islandia*, Malta, Polonia y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Mediterráneo Oriental: Chipre, *Djibouti*, Egipto, *República Árabe Siria* y Yemen Democrático.

Pacífico Occidental: Australia, República de Corea y *Tonga*.

EL PREMIO Y MEDALLA A. T. SHOUSHA, CONCEDIDOS AL DOCTOR HASSAN (EGIPTO) (XXXIX AMS/9; 14 de mayo de 1986).

El doctor Mohamed Labib Ibrahim Hassan (Egipto) ha recibido hoy de manos el doctor Zeid Hamzeh, presidente de la AMS, el Premio y la Medalla de la Fundación A. T. Shousha, por los importantes servicios que ha prestado en el dominio de la salud en la Región del Mediterráneo Oriental, región en donde el doctor Shousha sirvió a la OMS.

El doctor Hassan ha aportado una especial contribución en el campo de la educación para la salud, así como en el fortalecimiento del personal de salud de su país, Egipto.

El doctor Hassan ha obtenido diplomas de medicina y de salud pública en la Universidad del El Cairo (1945 y 1952) y un diploma de educación para

la salud en la Universidad de Londres (1959). A continuación ocupó las funciones de subsecretario de Educación Sanitaria en Egipto de 1960 a 1962.

En 1967, el doctor Hassan fue director general del Departamento de Desarrollo del Personal de Salud, y en el curso de los diez años siguientes el número de escuelas de enfermeras ha pasado de 24 a 142 y el número de enfermeras diplomadas de 500 a 5.000.

El doctor Hassan se ha ocupado de planificación de la enseñanza para todas las categorías de personal de enfermería y paramédico en Egipto. Ha participado igualmente en varias Asambleas Mundiales de la Salud en calidad de miembro de la delegación egipcia y ha presidido la Comisión B en el curso de la XXXIX Asamblea Mundial de la Salud.

LA OMS VA A INTENSIFICAR EL INTERCAMBIO DE INFORMACIONES SOBRE LOS EFECTOS PARA LA SALUD DE LOS ACCIDENTES NUCLEARES DE GRAN ALCANCE. EL DIRECTOR GENERAL SE DIRIGE A LA ASAMBLEA (AMS/10; 15 de mayo de 1986).

La OMS va a intensificar su acción tratando de coordinar la recogida, análisis y difusión rápida de informaciones referentes a los efectos para la salud de los accidentes resultantes de la utilización pacífica de la energía atómica, ha declarado el doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS en la XXXIX AMS, reunida actualmente en Ginebra.

Varios delegados, representantes de Suecia, Holanda, Chile, Canadá y las Islas Cook, expresaron su inquietud en cuanto a las consecuencias sanitarias internacionales de accidentes de gran alcance, tales como el de Chernobil, en la URSS. En respuesta, el director general ha declarado a la Asamblea que había «lanzado una acción destinada a responder a las previsiones legítimas de los Estados miembros en este dominio».

El doctor Mahler ha indicado que la OMS había reaccionado rápidamente al reciente accidente del reactor de Chernobil convocando a un grupo de expertos que había entregado su informe, y que la Oficina Regional de la OMS para Europa continuaría siguiendo de cerca la situación hasta su estabilización. El doctor Mahler ha hecho esta declaración en la Asamblea en el curso de un debate sobre la colaboración de la OMS en el marco del sistema de las Naciones Unidas.

El papel de la OMS comprenderá la coordinación del intercambio rápido de informaciones, la preparación de informes y la difusión rápida de estos últimos a todos los Estados miembros. Las actividades de la Organización se desarrollarán a través de su red de Centros colaboradores nacionales. El doctor Mahler indicó que «en el caso de que se produjera un accidente grave, derivado de la utilización pacífica de la energía atómica, la red de centros colaboradores entraría en acción y que la OMS publicaría tan frecuentemente como fuera necesario, así como tan rápidamente como fuera posible, los informes que resumieran los efectos sobre la salud».

El director general ha indicado en la Asamblea que iba a encargar a un grupo multidisciplinario de expertos que le aconsejarán sobre la manera en que la OMS podría ampliar aún más su acción en el campo de los efectos para la salud de los accidentes nucleares, incluso sobre los medios de acceso inmediato a todas las informaciones pertinentes.

El doctor Mahler ha asegurado a los delegados de la Asamblea que las actividades de la OMS estarían coordinadas con las de las instituciones de las Naciones Unidas y de las organizaciones no gubernamentales internacionales que trabajan en este dominio. Indicó que presentaría un informe completo de las actividades aceleradas de la OMS en el Consejo Ejecutivo en 1987 y después en la XL AMS en 1987.

A continuación de la declaración del director general varios delegados expresaron su apoyo a las actividades ampliadas de la OMS en este dominio.

VACUNACIONES: EXITOS DESDE 1974 PERO AUN QUEDA POR HACER. EL INFORME DE LA OMS PIDE INSISTENTEMENTE UNA «ACELERACION» DE LOS PROGRAMAS (AMS/11; 15 de mayo de 1986).

Hoy un 60 por 100 de los niños reciben, bien una primera dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, bien la vacuna contra la poliomielitis, y el 40 por 100 una tercera dosis –contrariamente a las cifras de 1974, que eran insignificantes–, indica un informe de la OMS.

Este año la OMS lanza su Programa Ampliado de Vacunación con el fin de proteger a los niños contra las cuatro enfermedades mencionadas anteriormente, así como contra el sarampión y la tuberculosis.

El informe presentado en la XXXIX AMS reunida recientemente en Ginebra ha recordado los progresos realizados hasta ahora en la campaña mundial de vacunación. Pero el informe pone el acento sobre todo en las medidas necesarias para conseguir la cobertura a todos los niños en el año 1990.

El doctor Ralph Henderson, director del Programa de la OMS, declara: «Nuestro trabajo está lejos de haber acabado, pero el esfuerzo realizado en el campo de las vacunaciones representa desde ahora un inmenso éxito.» El doctor Henderson estima que los programas de vacunación en los países en desarrollo salvan actualmente la vida de unos 800.000 niños que de otra forma habrían sucumbido por el sarampión, el tétanos del recién nacido o la tos ferina.

Los progresos citados por el informe son principalmente:

- La formación de 17.000 trabajadores sanitarios en técnicas de gestión.
- La evaluación y el examen de más de 100 programas de vacunación.
- Importantes mejoras en la «cadena del frío», sistema que permite que las vacunas se mantengan activas desde el momento de su fabricación al de su administración en el centro de salud, y esto a pesar del calor y de eventuales averías en los transportes o en la red eléctrica.

Sin embargo el informe indica que la vacunación «... queda trágicamente infrautilizada» y que esto provoca la muerte de tres millones y medio de niños en el tercer mundo cada año.

Unos 90 millones de niños tenían un año en enero pasado y 18 por 100 solamente de ellos han sido vacunados contra el sarampión, 38 por 100 contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y 34 por 100 contra la poliomielitis.

De todas las enfermedades-diana del Programa Ampliado de Vacunación es en el sarampión donde «la tasa de mortalidad es más elevada», provocando cada año la muerte de 2,1 millones de niños en los países en desarrollo, en donde 840.000 fallecimientos anuales son debidos al tétanos del recién nacido y unos 600.000 debidos a la tos ferina. Por otra parte la poliomielitis deja disminuidos a unos 270.000 niños. Las cifras citadas no comprenden a China.

«Quizás estas cifras tengan todo su significado si pensamos que cada vez que respiramos hay un niño que muere de una enfermedad evitable con una vacuna», indica el informe subrayando la amplitud de este problema.

Las tasas de abandono

Un problema importante es la tasa elevada de abandonos, indica el informe. Los niños no son llevados al centro de salud para recibir una segunda o tercera dosis de vacuna difteria-tétanos-tos ferina o antipoliomielítica.

Las encuestas han revelado tasas de abandono del 30 por 100 para la vacunación triple y antipoliomielítica. En los 13 países agrupados bajo el nombre de «países menos avanzados» sólo el 15 por 100 de los niños han recibido la tercera dosis de vacuna difteria-tétanos-tos ferina.

«Las madres a las que se ha preguntado por qué no han comenzado o acabado la vacunación responden con frecuencia que no han sido informadas suficientemente», explica el informe.

Aceleración de los esfuerzos

«La prioridad absoluta es por el momento la aceleración de los esfuerzos», indica el informe, que recomienda:

- Que la vacunación sea administrada «por todos los servicios de salud, tanto curativos como preventivos, incluso para los niños que sufren de malnutrición o de afección benigna». El informe indica que «sólo un débil porcentaje» de los centros de salud de los países en desarrollo asegura las vacunaciones.
- Que se esfuercen en reducir las tasas de abandono informando mejor a los padres «sobre la necesidad de volver para continuar la vacunación, indicándoles el tiempo y el lugar».
- Que los programas de vacunación se dirijan específicamente a los pobres de las ciudades, que generalmente son olvidados.
- Que se dé nuevo impulso a las vacunaciones contra la poliomielitis, el tétanos del recién nacido y especialmente el sarampión, en el marco de

la atención primaria de salud. Objetivos para eliminar la poliomielitis han sido ya fijados en las regiones de Europa y América.

Apoyo internacional

«El apoyo al programa de vacunación ha progresado de forma notable», indica el informe, y esto por parte de las instituciones nacionales e internacionales de asistencia, así como de organismos privados.

«En el estado actual de cosas, ningún país que esté dotado de un plan de operaciones realista debería sufrir por falta de vacunas, de materiales de cadena del frío o de suministros», subraya el informe.

El UNICEF aporta el apoyo más importante, no solamente suministrando vacunas, material de refrigeración y créditos, sino también jugando un papel primordial en la promoción de los objetivos de vacunación. Así, pues, en el marco de la celebración del cuarenta aniversario de las Naciones Unidas en octubre pasado, el UNICEF ha apadrinado una declaración pidiendo la vacunación universal de los niños para 1990 con el fin de dar un nuevo impulso a los esfuerzos en este campo.

Australia, Canadá, China, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Finlandia e Italia (que se ha comprometido recientemente a contribuir con 100 millones de dólares). Japón, Kuwait, Noruega, Holanda, Suecia y Suiza son los gobiernos que aportan la ayuda más importante.

El programa del Golfo Árabe (AGFUND) el Rotary Internacional (que ha prometido 120 millones de dólares para las vacunas contra la poliomielitis), la Fundación Sasakawa y los Fondos «Save the Children» del Reino Unido y de Holanda, son los donantes no gubernamentales más importantes.

Algunos porcentajes

Los porcentajes indicados a continuación representan la vacunación de lactantes en diez de los países en desarrollo más grandes:

Países	Niños que sobrepasan un año de edad Millones	BCG anti- poliomielitis Porcentaje	Difteria- tétanos-tos ferina Porcentaje	Poliomielitis Porcentaje	Sarampión Porcentaje
India	21,73	65	51	37	N/A
China	21,16	50	63	78	74
Indonesia	4,53	56	6	7	7
Pakistán	3,50	55	44	44	33
Brasil	2,85	75	67	89	80
Méjico	2,44	25	52	49	N/A
Irán	2,01	10	68	65	69
Filipinas	1,70	76	61	58	30
Etiopía	1,49	11	7	7	8
Zaire	1,29	34	16	18	20

LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS SE COMPROMETEN A FAVOR DE LA ACCION INTERSECTORIAL (AMS/12, 15 de mayo de 1986).

Los Estados miembros de la OMS se han comprometido a combatir las desigualdades en materia de salud, tanto en el mundo desarrollado como en el subdesarrollado. La XXXIX Asamblea Mundial de la Salud ha aceptado de forma unánime las recomendaciones preparadas por las Discusiones Técnicas que se han desarrollado al mismo tiempo que la Asamblea.

Las Discusiones trataron sobre «el papel de la cooperación intersectorial en las estrategias nacionales de la salud para todos».

Según una de las recomendaciones, la lucha contra las desigualdades debe ser una «gran preocupación» de las estrategias nacionales para conseguir la salud para todos en el año 2000, dado que los grupos vulnerables de la población son, con frecuencia, los abandonados por el proceso general de desarrollo económico y social.

El doctor Göran Dahlgren, presidente general de las Discusiones Técnicas, ha declarado, presentando su informe en una sesión plenaria de la Asamblea: «En los países en desarrollo estos grupos (vulnerables) comprenden, con frecuencia, a pequeños granjeros con recursos insuficientes, a trabajadores sin tierras que tienen pocas posibilidades de empleo, a los analfabetos, así como los pobres de las chozas y las chabolas. En los países desarrollados los grupos desheredados pertenecen a la clase obrera en las diversas categorías de trabajadores expuestos a riesgos profesionales y se reclutan entre los parados y los trabajadores emigrantes.»

El doctor Dahlgren ha recordado que se recomienda a los países miembros que identifiquen claramente a los grupos vulnerables en sus sociedades y que intensifiquen sus esfuerzos para combatir las condiciones económicas y sociales que crean desigualdades en materia de salud. Ha dicho que las instituciones financieras internacionales deberían tener en cuenta los efectos de las políticas de ajuste económico sobre el estado sanitario y nutricional de la población, esforzándose especialmente en proteger el nivel mínimo de salud y de nutrición en los grupos sociales más vulnerables.

Las Discusiones Técnicas que han reunido a unos 500 participantes entre los que había numerosos altos responsables de algunos sectores que no eran de la salud se han organizado en cuatro grupos que han centrado sus debates sobre la igualdad ante la salud, agricultura, alimentación y nutrición, educación -cultura, información y sus formas de vida y el medio ambiente-, agua, saneamiento, hábitat e industria.

Cada grupo de trabajo ha preparado sus propias recomendaciones, aprobadas a continuación por la Asamblea. El grupo encargado de la agricultura ha pedido, por su parte, que se hagan esfuerzos por mejorar el acceso a la tierra, asegurar la seguridad alimentaria favoreciendo la producción y la utilización de los cultivos tradicionales y para aplicar políticas de precios justos en el dominio agrícola.

El grupo encargado de la educación ha subrayado que la educación es un factor decisivo de mejora de la situación sanitaria y ha recomendado que la formación de los profesionales de la salud comporte una enseñanza apropiada de los factores socioculturales que tienen un impacto profundo y duradero sobre la salud, con el fin de que puedan identificar y poner en marcha acciones intersectoriales.

El doctor Dahlgren, que es también ministro sueco de Salud y Previsión Social, ha recordado que «en el contexto en donde la supervivencia es uno de los principales problemas de salud y donde la tasa de alfabetización de las mujeres es baja, la alfabetización de éstas a la vez funcional y no formal es de importancia crítica para mejorar la salud en la familia».

El grupo encargado del medio ambiente ha recomendado que las políticas y proyectos de valorar los recursos naturales sean objeto de una «vigilancia» constante en las regiones en donde la salud y el medio ambiente están estrechamente ligados, esto permitiría a la vez juzgar las nuevas iniciativas que traten de mejorar la salud y vigilar las repercusiones sobre la salud de los programas que comportan grandes riesgos potenciales.

El doctor Dahlgren ha resumido las recomendaciones subrayando que «el origen de una mala salud, tanto como de una buena, está ligado a la mayoría de los sectores del desarrollo. Por ello, los objetivos en materia de salud deben ser definidos y perseguidos, considerándoles como un componente integral de las políticas sectoriales en agricultura, medio ambiente, educación, abastecimiento de agua, vivienda y otros sectores que tengan relación con la salud».

Añadió: «La acción intersectorial para conseguir el objetivo de la Salud para Todos en el año 2000 no tendrá éxito más que si se percibe como «la salud *por* todos» en vez de «la salud *para* todos».

AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO. SITUACION A MITAD DE LA DÉCADA (AMS/13, 15 de mayo de 1986).

Un examen de los progresos realizados en el curso de la primera mitad de la Década Internacional de Agua Potable y Saneamiento (1981-1990), de la situación a mediados de la década y de las perspectivas hasta finales de 1990 ha sido objeto de un debate en la AMS, actualmente en sesión en Ginebra, y en el que han participado más de 30 delegaciones.

Los delegados han concluido que, si el lanzamiento de la Década tuvo como efecto el acrecentar el número de habitantes de los países en desarrollo que tienen acceso a un abastecimiento de agua potable satisfactorio o instalaciones de saneamiento apropiadas y mejorar en el curso de la primera mitad de los años ochenta el nivel de los servicios existentes, los progresos no han respondido a lo que se esperaba.

En realidad, si los programas no se amplían decididamente, el número de personas que no disponen de agua potable será más elevado en 1990 que a

principios de la Década y unos 200 millones de personas más no tendrán acceso a un sistema apropiado de evacuación de excretas.

Mientras que parece evidente que se ha concedido mayor atención y prioridad más elevada a las poblaciones rurales y a los pobres de zonas urbanas de los países en desarrollo, los servicios destinados a estos grupos de población están lejos todavía de alcanzar el nivel y la calidad de los servicios de que disponen las zonas urbanas más desarrolladas. En conjunto queda mucho por hacer para que los servicios de saneamiento lleguen al nivel conseguido por los servicios de abastecimiento de agua.

Los progresos realizados están lejos de ser uniformes en los diferentes países y las regiones geográficas de la OMS. Entre los éxitos más señalados de la primera mitad de la Década, se pueden señalar: la extensión de los servicios de abastecimiento de agua en *África* a cerca de 36 millones de habitantes de las zonas rurales, mientras que a cerca de 29 millones más de habitantes del campo se les dotaba de un sistema adecuado de saneamiento. Las Regiones del *Mediterráneo Oriental* y de las *Américas* han aumentado sus servicios de abastecimiento de agua de las zonas urbanas a casi el 90 por 100 de la población; en *África*, en donde la tasa de urbanización es la más elevada del mundo (cerca del 7 por 100 de aumento cada año), las personas que se benefician de agua en las ciudades han alcanzado la cifra honorable de 20 millones, mientras que en *Asia del Sudeste*, cerca de 40 millones residentes en zonas urbanas han sido abastecidos de agua potable y unos 20 millones han sido dotados de sistemas de saneamiento.

Además de estas realizaciones, varios delegados en la Asamblea han manifestado su compromiso en inversiones y un estímulo creciente a los programas de abastecimiento de agua y de saneamiento. Una de las prioridades de Somalia será la de disminuir el tiempo (de dos a cuatro horas) que pasan cada día las mujeres y los niños en algunas zonas áridas acarreado el agua, Irán ha indicado que 150 millones de dólares habían sido concedidos para el abastecimiento de agua en las zonas rurales en el curso de la primera mitad de la Década, los Estados Unidos han declarado haber consagrado un total de 2.600 millones de dólares a su programa de apoyo exterior en este dominio, y Túnez ha aumentado en seis veces el presupuesto concedido para el programa de abastecimiento de agua y de saneamiento entre 1981 y 1985, en relación con los cinco años precedentes. Por otro lado, el Zaire ha informado que 133 millones de dólares suplementarios —han sido suministrados por instituciones de asistencia técnica exterior—, han sido consagrados a proyectos de abastecimiento de agua y de saneamiento en el curso de los primeros cinco años de la Década.

Varias actividades han sido identificadas, que permitirían acelerar la puesta en marcha de los programas, por ejemplo: complementariedad entre el abastecimiento de agua y saneamiento, aumento de la prioridad acordada a las poblaciones todavía no atendidas, mejor integración del abastecimiento de agua y del saneamiento en otras intervenciones sanitarias, por medio de una

aproximación multisectorial integrada, mejora de los sistemas de funcionamiento y de conservación, y aumento de la movilización de recursos tanto interiores como exteriores.

Se informó que las instituciones de asistencia exterior concedían siempre una prioridad elevada en sus programas a los proyectos de abastecimiento de agua y de saneamiento, y que a pesar de las dificultades económicas mundiales, las concesiones presupuestarias a este sector habían aumentado, mientras que una mejora de la coordinación había permitido una mejor racionalización de la asistencia a los países. Por otra parte, los programas han sido orientados de nuevo con el fin de incluir una mejor aplicación de tecnología apropiada así como un aumento del apoyo al desarrollo de los recursos humanos, a la creación de instituciones, a la participación comunitaria, incluyendo a las mujeres, y a la educación sanitaria y la higiene.

Los sistemas apropiados de abastecimiento de agua y saneamiento no son solamente un medio eficaz de prevención de la enfermedad, sino también un componente esencial del desarrollo socioeconómico.

Por esto, los delegados en la Asamblea han confirmado su compromiso con los objetivos de la Década, subrayando que conviene conceder prioridad a las mejoras en las zonas rurales. Teniendo en cuenta las graves restricciones económicas, en el plano internacional, se ha observado que la participación global de la comunidad constituye el único aspecto que posee un potencial de aceleración acentuado del programa, especialmente en las regiones en desarrollo.

La Década ha tenido un impacto, el éxito ha sido de los países del tercer mundo y las perspectivas de desarrollo, en base a que las realizaciones ya conseguidas son buenas, con la condición de que el nivel de coincidencia suscitado por la Década sea mantenido durante los próximos cinco años y de que sean tomadas nuevas iniciativas tratando de acelerar los programas.

Es cierto que la acción que debería permitir aportar a todos los que no disponen todavía de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, debería ser proseguida más allá de 1990, en el marco de la estrategia de la Salud para Todos en el año 2000.

LA ESTRATEGIA FARMACEUTICA DE LA OMS APROBADA POR LA ASAMBLEA (AMS/14; 16 de mayo de 1986).

La AMS ha aprobado por unanimidad una estrategia concebida con el fin de racionalizar el uso de medicamentos en el mundo. Esta estrategia no contiene Código internacional de comercialización, cuestión que había suscitado una viva polémica estos últimos años.

La estrategia está fundada en las recomendaciones hechas por el doctor Halfdan Mahler en la Conferencia de expertos sobre uso racional de medicamentos que se celebró en Nairobi en noviembre de 1985. Como el doctor Mahler les había rogado insistentemente, los delegados de la Asamblea

se han inspirado esta semana en Ginebra en el «espíritu de Nairobi», es decir, han buscado la cooperación más que la confrontación.

Según los técnicos de la estrategia, la OMS debe asegurarse la cooperación de cierto número de «partes afectadas» para cumplir las responsabilidades enunciadas para cada una de ellas en la Conferencia de Nairobi.

Estas partes son: los gobiernos, el personal de salud encargado de prescribir, dispensar, abastecer y distribuir los medicamentos; las organizaciones profesionales no gubernamentales, el público, las asociaciones de pacientes y consumidores, los medios de comunicación.

Política y programas nacionales

Gracias a su programa de acción sobre medicamentos y vacunas esenciales, la OMS aumentará su apoyo a los gobiernos que le soliciten una puesta en marcha de políticas farmacéuticas nacionales y programas sobre medicamentos esenciales. El programa de acción fue creado en 1981 con el fin de asegurar a todos un abastecimiento regular de medicamentos esenciales de buena calidad al precio más bajo posible.

Más de 80 países poseen actualmente una lista nacional de medicamentos esenciales, y cerca de 40 han formulado una política nacional de medicamentos esenciales en el marco de atención primaria de salud.

Por otra parte, el Programa OMS de acción acelerará su apoyo a los gobiernos intensificando las actividades de formación y apoyando a los países que buscan recursos. El Programa colaborará con el UNICEF para facilitar la compra de medicamentos esenciales de buena calidad a los precios más bajos posibles por medio de convocatorias de ofertas internacionales y del Centro de Embalaje y de Almacenaje de la UNICEF (UNIPAC) en Copenhague (Dinamarca).

El Programa de acción preparará igualmente las directrices sobre políticas farmacéuticas nacionales y la comunicación con los pacientes. Intensificará la información sobre la situación mundial de los medicamentos y los precios, tanto de medicamentos como de materias primas.

Normas y reglamentación farmacéutica

La estrategia prevé que la OMS convoque a un grupo de expertos para pasar revista y poner al día los criterios éticos aprobados por la OMS en 1968. Esta actividad forma parte de una serie de otras, cuya realización se ha pedido a la Organización, referentes a normas y reglamentación farmacéuticas.

Así, pues, se tomarán medidas para mejorar el control de calidad de los medicamentos. Por ejemplo, la OMS ampliará el empleo del Sistema OMS de certificado de calidad de los productos farmacéuticos que entren en el comercio internacional. La OMS reforzará igualmente el sistema por el que

informa a los gobiernos; publicará fichas modelo de información así como modelos de formularios sobre medicamentos esenciales; suministrará directrices de puesta en marcha de órganos simples de reglamentación de medicamentos, y sugerirá las cuestiones a tomar en consideración para la redacción de la legislación farmacéutica nacional.

La OMS hará igualmente esfuerzos concertados para facilitar la participación de representantes de los países en desarrollo en la Conferencia Internacional de autoridades de reglamentación farmacéutica que se reúne cada dos años para discutir sobre calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos.

En nombre de Naciones Unidas, la OMS desarrollará y depurará la lista recapitulada de productos farmacéuticos prohibidos, retirados, rigurosamente limitados o que no han sido aprobados por los gobiernos.

La estrategia prevé igualmente medidas con el fin de promover la investigación en colaboración, la educación y la formación de personal de salud sobre el uso racional de los medicamentos.

Aumento de los costes

Los recursos suplementarios necesarios para poner en marcha la estrategia farmacéutica de la OMS se han calculado en cinco millones de dólares por año, de los que cuatro millones se dedicarán a políticas farmacéuticas y a programas de medicamentos esenciales a nivel nacional y un millón a normas y reglamentación farmacéutica, a información, a educación y formación de base y a promoción de la investigación. Dada la difícil situación financiera en que la OMS se encuentra actualmente, la mayor parte de los créditos deberán proceder de fuentes extrapresupuestarias.

CLAUSURA DE LA XXXIX ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. EL JUSTO MEDIO ENTRE EXITOS Y DIFICULTADES (AMS/15, 16 de mayo de 1986).

La XXXIX AMS ha terminado sus trabajos el 16 de mayo de 1986 en Ginebra, con un espíritu de apoyo total a la Estrategia de la Salud para Todos. La Asamblea, presidida por el doctor Zeid Hamzeh, ministro de Salud de Jordania, ha expresado con satisfacción que cerca del 90 por 100 de los países que componen la OMS han presentado informes de evaluación de sus estrategias nacionales.

El doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS, ha declarado a los delegados: «Ustedes se han mostrado muy abiertos en sus declaraciones sobre la situación sanitaria de sus países y pienso que han encontrado el justo medio informando tanto de sus éxitos como de sus dificultades.» El director general añadió que esta voluntad de intercambio de información más allá de las fronteras geográficas e ideológicas era... «absolutamente indispensable si se quiere que la OMS pueda cumplir el papel de autoridad directriz y coordinadora de la acción internacional que le atribuye su Constitución».

La Salud para Todos y las repercusiones de la situación económica mundial

La Asamblea lanzó un llamamiento a los países desarrollados para que acrecienten su cooperación con los países en desarrollo y ha pedido a las organizaciones e instituciones de cooperación internacional que incrementen su apoyo a las estrategias sanitarias nacionales de los países en desarrollo.

El llamamiento fue lanzado en vista de la crisis económica mundial que ha provocado un descenso del nivel de vida en numerosos países y ha producido un paro grave, suscitando políticas de austeridad draconianas que, en ciertos países, han tenido por resultado una agravación de la pobreza y reducciones sustanciales de los presupuestos de salud. La crisis que sufren los países en desarrollo está agravada notablemente por el aumento persistente de la deuda exterior y el deterioro de las balanzas comerciales y compromete la realización del objetivo de Salud para Todos en el año 2000.

La OMS entra igualmente en un período económico difícil, y el director general toma actualmente cierto número de medidas para permitir que la Organización haga frente a sus obligaciones financieras.

Lucha contra el SIDA

Más de 20 delegaciones han tomado la palabra para describir los programas emprendidos en su países respectivos y explicar su satisfacción por las rápidas disposiciones tomadas por la OMS para conceder créditos para el grave problema de salud pública que plantea el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a pesar de las dificultades financieras actuales. La Asamblea adoptó una Resolución en la que se insta a los Estados Miembros a continuar su colaboración contra la epidemia de SIDA.

Tabaco o Salud

La Asamblea afirmó que el uso del tabaco en todas sus formas es incompatible con la instauración de Salud para Todos en el año 2000. Pidió en una Resolución que se adopte *ahora* a nivel mundial una acción y medidas de salud pública para combatir la pandemia de tabaquismo. La Asamblea ha hecho un llamamiento a otras Organizaciones del sistema de Naciones Unidas para que apoyen a la OMS de todas las formas posibles en sus esferas de competencia y que se muestren solidarias con los esfuerzos de la OMS para mantener a raya la propagación de las enfermedades engendradas por el tabaco protegiendo la salud de los no-fumadores en sus locales. Las dificultades de los pequeños agricultores que consiguen sus ingresos con el cultivo del tabaco en los países en desarrollo se han revelado como otra preocupación. Se rogó al director general que hiciera que la OMS se implique

eficazmente en el plano mundial para dar a conocer mejor las cuestiones referentes a tabaco y salud y que, de acuerdo con otras instituciones sanitarias, diera ejemplo en materia de abstención del uso del tabaco.

Consejo Ejecutivo

La Asamblea examinó una propuesta de enmienda de la Constitución de la OMS que permita elevar el número de miembros del Consejo de 31 a 32, con el fin de que la Región del Pacífico Occidental pueda designar a cuatro personas para que formen parte del Consejo. La Asamblea adoptó en consecuencia las enmiendas propuestas a los artículos 24 y 25 de la Constitución. La notificación de la aceptación de estas enmiendas se efectuará mediante depósito de un instrumento oficial al secretario general de las Naciones Unidas.

Marruecos, incluida en la Región del Mediterráneo Oriental

A petición del Gobierno de Marruecos, la Asamblea adoptó una Resolución decidiendo que Marruecos forme parte de la Región del Mediterráneo Oriental.

Abuso de estupefacientes y de sustancias psicótropas

Preocupada vivamente por el aumento espectacular de los graves problemas sanitarios y sociales asociados con el abuso de estupefacientes y sustancias psicótropas, la Asamblea invitó insistentemente a los Estados Miembros a proseguir el establecimiento de programas nacionales de prevención y tratamiento. También rogó a la OMS que formule un plan de acción destinado a luchar contra los problemas de salud relacionados con el abuso de estupefacientes y dio a entender que las Naciones Unidas deberían aumentar su apoyo financiero en este campo.

Estrategias para la promoción de la mujer en el sector de la salud

La Asamblea adoptó estrategias prospectivas de acción para la promoción de la mujer en el sector de la salud, marco político global para hacer progresar la condición de la mujer en el año 2000 y decidió que la OMS tome las medidas apropiadas para cooperar con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la puesta en marcha de estas estrategias.

Alimentación del lactante y del niño

Cerca de 50 delegados felicitaron a la OMS por su enfoque global a la salud maternoinfantil y a la nutrición, y un gran número de ellos han señalado la

importancia de la condición de la mujer y su educación respecto a la alimentación del lactante y del niño.

La Asamblea adoptó una Resolución en la que informa que numerosos Estados Miembros han hecho grandes esfuerzos para aplicar el Código de comercialización de los sustitutos de leche materna. La Resolución pidió a los Estados Miembros que apliquen el Código si no lo han hecho todavía.

Año Internacional de la Paz

La Asamblea recordó las disposiciones de la Constitución de la OMS referentes a la estrecha relación que existe entre la salud y la promoción de la paz y la seguridad internacional así como las disposiciones de la Resolución 34/58, de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, proclamando que la paz y la seguridad son condiciones importantes para preservar y mejorar la salud de todos los pueblos y que la cooperación entre las naciones sobre los problemas esenciales de la salud puede ser una contribución importante para la paz.

Utilización de alcohol en los medicamentos

La Asamblea aceptó una propuesta consistente en pedir al director general de la OMS la creación de un grupo de trabajo con el fin de estudiar la posibilidad de reemplazar el alcohol en los medicamentos o, cuando esto no sea posible, reducir su concentración en la medida posible.

Lucha de liberación en Africa Austral

La Asamblea pidió a la OMS que continúe asegurando a los países que son o han sido objeto de desestabilización dirigido por Africa del Sur, una cooperación técnica en el campo de la Salud con el fin de mejorar su dañada infraestructura sanitaria.

Otras Resoluciones

Recordando y reafirmando sus precedentes Resoluciones, la Asamblea rogó al director general que se ayude al pueblo palestino a promover las atenciones de salud primaria en el interior y el exterior de los territorios palestinos ocupados, montando servicios sanitarios y sociales satisfactorios y asegurando la formación de mayores efectivos en personal sanitario.

Considerando los problemas sanitarios persistentes de los refugiados y personas desplazadas en Chipre, la Asamblea rogó al director general que mantenga e intensifique la asistencia sanitaria y que informe sobre la asistencia en cuestión en la 40 AMS.

La Asamblea pidió al director general que se prosigan y amplíen notablemente los programas de asistencia médico-sanitaria y de socorro de la Organización al Líbano y pidió a los donantes que dirigieran sus donativos

al Ministerio de Salud, a quien incumbe la financiación de los servicios de salud.

SIDA: CONSENSO SOBRE UNA EPIDEMIA. UNA REUNION DE LA OFICINA EUROPEA DE LA OMS SOBRE LA LUCHA CONTRA EL SIDA. Graz 7-9 abril 1986. Comunidado de Prensa EURO/M3/86 7848 A/PIO. Copenhague, 25 de abril de 1986.

Setenta y dos representantes de 28 Estados Miembros, consejeros de la OMS, observadores y responsables de la OMS, se han reunido durante tres días en Graz (Austria) para tratar del tema de la lucha contra el SIDA.

Más que una simple reunión de técnicos, esta reunión tenía como objetivo principal el permitir a los participantes y a los Estados Miembros elaborar sus políticas y sus programas de acción, a través de la identificación de los objetivos a conseguir para luchar eficazmente contra la epidemia de SIDA que reina actualmente en Europa.

Una de las primeras constataciones ha sido sin ninguna duda el carácter epidémico de la contaminación.

El 31 de diciembre de 1985, 2006 casos de SIDA habían sido registrados por el centro colaborador de la OMS para el SIDA, cuya sede está en París. Según las estadísticas de este centro, la extensión de la enfermedad en la región se realiza a razón de 31 nuevos casos por semana, las cifras más elevadas se han registrado en Francia (ocho o nueve semanas), en la República Federal de Alemania (seis a siete) y en el Reino Unido (cuatro a cinco), por otra parte, en Bélgica, Dinamarca, Holanda, España y Suiza, uno a dos nuevos casos se han registrado cada semana.

Las autoridades sanitarias húngaras acaban de publicar los resultados de una vasta encuesta sobre 3.013 pacientes entre los cuales 40 casos de seropositividad al virus LAV han sido registrados, a pesar de que ningún caso de SIDA, definido según los criterios de la OMS, haya sido observado. Los dos primeros casos de SIDA han sido señalados en Turquía.

En todos los países de la Región Europea, deben emprenderse esfuerzos importantes con el fin de conseguir los objetivos fijados en términos de información para la salud y educación sanitaria para el público, los donantes de sangre, y también los grupos de sujetos de riesgo (homosexuales, utilizadores de drogas por vía intravenosa, prostitutas, pacientes que sufren o han sufrido transfusiones sanguíneas, hemofílicos, donantes de sangre, etc.).

Los participantes señalaron la necesidad de desarrollar acciones de información y de educación basadas en temas positivos, y no sobre una presentación negativa de los datos del problema. Han recordado con insistencia que todos los profesionales interesados deben tener acceso a la información lo más rápida y libremente posible. Han pedido igualmente que programas de educación más completos y mejor evaluados sean elaborados y puestos en marcha. También, una mejor información y un apoyo psicológico

y social deberían ser dispensados a los enfermos, a los sujetos positivos y a sus familias.

Para asegurar la eficacia de las acciones de prevención y de diagnóstico a emprender, se juzgó necesario poner en marcha estructuras de toma de muestras y de análisis situados fuera de los circuitos hospitalarios clásicos y que permitan un tratamiento anónimo de los resultados. Por otra parte, los participantes han considerado que una de las acciones prioritarias a emprender, en materia de legislación sanitaria, debería tratar de asegurar la preservación de la vida privada, con el fin de evitar toda discriminación en los campos del empleo, sistemas de seguros o de la vida social en el sentido amplio del término, frente a los pacientes seropositivos. El diagnóstico serológico debería ser efectuado con el acuerdo de la persona y acompañarse de una información.

También los resultados del test deberían ser comunicados al paciente. Por otra parte, algunas reglas y prácticas son a pesar de todo necesarias para proteger tanto la salud individual como la de la colectividad.

A pesar de que la sangre y los productos sanguíneos juegan un papel relativamente menor en la diseminación del virus en Europa, los participantes han insistido en el hecho de que a todos los donantes de sangre, de órganos o de tejidos debería hacerseles una búsqueda de anticuerpos, e incluso tal búsqueda debería ser efectuada sobre todas las muestras de sangre total y otros productos sanguíneos mediante tests apropiados y fiables.

NOTICIAS

I Conferencia Europea de Educación para la Salud UIES 25, 26, 27 de marzo de 1987, Madrid (España)

Objetivos

El desarrollo de la educación para la salud ha creado nuevas vías tanto al pensamiento teórico como a las aplicaciones concretas y esta evaluación ha estado favorecida por las propuestas de la OMS relativas a atención primaria de salud, la promoción de la salud y la participación comunitaria.

La oficina y el Comité Europeo de la UIES, deseando proporcionar a todos los miembros europeos una ocasión de reunirse y discutir sus ideas respecto a estas nuevas perspectivas, además de las conferencias mundiales, decidió, junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, organizar esta Conferencia en Madrid, eligiendo dos temas principales como eje de las discusiones.

1. Educación para la salud y sistemas sanitarios en Europa, con especial referencia a la atención primaria de salud.
2. Educación sanitaria y promoción de la salud.

Lugar y fecha

La Conferencia se celebrará en el Palacio de Congresos de Madrid, los días 25, 26 y 27 de marzo de 1987.

Idiomas

Francés, inglés y español.

Programa

Miércoles 25 de marzo:

De 9 a 10 horas: Inscripción y entrega de documentación.

De 10 a 11,30 horas: Ceremonia inaugural.

Educación para la salud y sistemas sanitarios en Europa, con especial referencia a la atención primaria de salud.

De 12 a 13 horas: Presentación del tema.

De 15 a 18 horas: Sesiones simultáneas:

Metodología y participación en:

- Educación sanitaria con niños y jóvenes.
- Educación sanitaria con la familia y la comunidad.

- Educación sanitaria con los pacientes.
- Educación sanitaria con los trabajadores.

Jueves 26 de marzo:

De 9 a 10 horas: Informes de las sesiones simultáneas.

De 10 a 13 horas: Sesiones simultáneas:

Integración de la Educación Sanitaria en los papeles, funciones y formación de:

- Personal médico.
- Personal de enfermería y de trabajo social.
- Personal docente.
- Organizaciones no gubernamentales y periodistas.

De 15 a 16 horas: Informes de las sesiones simultáneas.

Educación sanitaria y promoción de la salud.

De 16 a 17 horas: Presentación del tema.

A las 17 horas: Visita a Madrid.

Viernes 27 de marzo:

De 9 a 11 horas: Sesiones simultáneas:

Política comunitaria y decisiones individuales de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud en:

- Areas urbanas.
- Areas rurales.
- Política alimentaria.
- Uso de alcohol y tabaco.

De 12 a 13 horas: Informes de sesiones simultáneas.

Sesión de clausura.

De 15 a 16 horas: Informe del relator general.

De 16 a 17 horas: Conclusiones y premio AMIE.

A las 17 horas: Reunión anual del Comité Europeo de la UIES.

LIBROS

LEENEN, H. J. J.; PINET, G., y PRIMS, A. V.: *Tendencias de la legislación sanitaria en Europa*. OMS/Masson, 120 Bd. St. Germain, 75280 Paris Cedex 06, 226 pp. Precio: 256 francos franceses.

La presión sobre el «estado de bienestar», los papeles cambiantes de médicos y enfermeras, los nuevos movimientos de consumidores en relación con los derechos de los pacientes, las crecientes expectativas de la «medicina milagrosa» y los nuevos avances en la práctica sanitaria se han combinado todos para convertir la atención de salud en uno de los debates más importantes de la actualidad. La ley apoya la promoción y la provisión de salud, haciendo posible muchos logros de salud modernos. El análisis de las tendencias de la legislación sanitaria es esencial para realizar nuevos progresos. La ley no sólo promueve y salvaguarda el bienestar de los ciudadanos y de la comunidad sino que supone el establecimiento y el mantenimiento de patrones y la provisión de mecanismos de pago o asistencia. Este proceso preocupa a los consumidores de asistencia sanitaria, a los profesionales sanitarios, a los educadores, administradores, abogados y políticos en sociedades desarrolladas y, especialmente, en las en desarrollo. La sociedad de después de la guerra ha visto extraordinarios logros científicos y técnicos y se ha beneficiado de un progreso social sin precedentes. Pero los gobiernos tienen ahora que abordar no sólo las necesidades actuales sino también anticiparse al desarrollo futuro. Las consecuencias son enormes para todos los implicados.

Un nuevo libro *Tendencias de la legislación sanitaria en Europa*, publicado por Masson de París y la Oficina Regional para Europa de la OMS en Copenhague, ofrece una valiosa guía sobre cómo analizar y moverse a través de las complejidades de este campo comparando las tendencias de la legislación sanitaria desde los años setenta en 32 países europeos.

Aunque las preocupaciones sanitarias están bien salvaguardadas en la evolución histórica de la ley, el área de la salud personal y privada, los derechos de los individuos, está desarrollando nuevas facetas cada día. La posibilidad de estimular la salud, prolongar la vida o incluso de crear vida ha aumentado mucho. Pero esto, como ha mostrado el desarrollo reciente, crea problemas complejos éticos y morales.

Aunque el derecho a la salud depende de los recursos económicos de una nación, cada vez más países incorporan este derecho en su constitución o legislación. Sin embargo, algunos países tienen cláusulas especiales sobre la calidad de la asistencia —entre ellos están Dinamarca, Francia, República Federal Alemana, Grecia, Hungría, Holanda y Suecia—. Los autores discuten también este aspecto en relación con la accesibilidad de los servicios, las instituciones y los proveedores de asistencia.

El consumidor y el proveedor de asistencia tienen una relación especial porque cuando alguien está enfermo es «vulnerable, dependiente y fácilmente sujeto a la

violación de sus derechos». El libro observa una preocupación creciente por los derechos de los pacientes, pero, éstos se están desarrollando generalmente a través de medidas administrativas más que legislativas. Nuevos mecanismos (como los abogados de los pacientes) se están desarrollando que no son estrictamente materia de ley. En Finlandia hay una propuesta al defensor del pueblo que trata de resolver los problemas en el lugar donde se producen —reuniendo a los pacientes y a los proveedores de asistencia o de alguna otra forma—. Al mismo tiempo el libro nota una tendencia distinta en la aparición de nuevos derechos de los pacientes. Los años setenta vieron la aceptación del derecho a la intimidad y el acceso a las historias clínicas. En Suecia, por ejemplo, una persona puede ahora hacer que se destruya su historia clínica parcial o totalmente.

Las profesiones sanitarias obviamente tienen un papel clave en la promoción y salvaguarda de la salud, pero, esto requiere formación, recursos y planificación de personal bien diseñados. La mayoría de los países del oeste de Europa han revisado su legislación sobre la formación de los médicos en la última década. Las razones son varias: la explosión de la tecnología y destrezas, «la importancia de los factores psicosociales en la asistencia sanitaria, la búsqueda de un sistema más racional y económico...», el aumento de la calidad, conocimientos y fiabilidad de los médicos».

La investigación muestra que el crecimiento no dirigido de los elementos del sistema de asistencia sanitaria, tales como el número de médicos puede producir tal aumento del gasto como para amenazar la viabilidad económica del sistema de salud. Las instituciones están sujetas a los mismos peligros. Los autores citan el ejemplo de Francia donde se usa un «mapa sanitario» para determinar la naturaleza, escala y situación de las instalaciones. Es parte de una estrategia global para integrar la planificación sanitaria en términos de asignación de finanzas, prioridades a proyectos y personal y niveles de acción administrativa.

Una de las ventajas de este libro es que será una guía útil para administradores y planificadores de sistemas sanitarios. La contención de los costes, las consideraciones financieras y el uso óptimo de recursos son duras responsabilidades de los administradores y de los encargados de la prestación de la atención de salud. Todo esto afectará inevitablemente también al consumidor.

Como el libro tiene un enfoque bidireccional, porque considera el desarrollo general de la legislación sanitaria y después procede al análisis detallado de la situación en los países considerados, proporciona dobles beneficios. Ha abordado la cadena de la prestación de atención de salud dividiéndola en cinco componentes separados, que se abordan en una secuencia muy natural. Comenzando por el ciudadano como consumidor de asistencia lleva al contacto con (la segunda etapa) el proveedor de servicios médicos. Más allá de él están las instituciones que van desde los servicios preventivos a los curativos y de rehabilitación, y dentro de esa estructura los niveles de operación pasan del médico general al hospital de gran especialización. La etapa cuarta corresponde a las agencias que regulan la prestación de la asistencia sanitaria. Estas están representadas no sólo por los gobiernos y los ministerios sino por todas autoridades públicas que influyen sobre la salud y la política sanitaria. Finalmente está el quinto nivel, el elemento crucial de la provisión de dinero. Este es el último componente —las diversas autoridades que proporcionan y dirigen el flujo de las finanzas.

Si tuviéramos que adoptar una visión panorámica histórica de la legislación sanitaria, resultan claras varias etapas de evolución. El ímpetu inicial se dirigió hacia la lucha contra las enfermedades transmisibles y la eliminación de las plagas que

azotaban a la humanidad. Después las políticas nacionales se esforzaron en la regulación de los profesionales sanitarios y en el establecimiento de niveles de seguridad sanitaria, sobre todo reglas de higiene alimentaria y medidas ambientales.

De estos hilos iniciales en una compleja malla ha surgido la garantía legislativa de un derecho a la salud y de los derechos del consumidor. Yendo más allá de esto, la primera preocupación de los gobiernos hoy es iniciar actividades para la promoción de la salud. Esto se ha convertido ahora en una necesidad fundamental cuando consideramos los cambios demográficos significativos y de largo alcance de la población y las incursiones hechas por el ambiente socioeconómico en el bienestar de la gente.

Como estudio de las tendencias, el libro sólo toca el campo de minas de la bioingeniería. Pero su fuerza reside en su aceptación y voluntad de afrontar problemas muy complicados que no sólo tratan del bienestar humano sino también de las percepciones sociales y de la conducta. Ayudaría crear una conciencia del papel poderoso y positivo de la legislación sanitaria-políticas que pueden ser muy aparentes en el papel pero que no se han convertido realmente en acción. Alentará a los que están familiarizados con los muchos usos y abusos de la legislación sanitaria, pero, permanece incierto en qué dirección deberíamos dirigirnos. El libro puede destacar o enfatizar, en forma concisa, las direcciones que han tomado otros gobiernos y por tanto ofrecer una vía para el planificador o legislador indeciso. Finalmente sus análisis ofrecerán apoyo y aliento a los administradores, médicos o políticos que, frente a las críticas, han dado pasos valientes y atrevidos, aunque humanos, para completar la legislación sanitaria.

OMS: *Cardiomiopatías*. Serie de Informes Técnicos número 697. OMS, Ginebra 1984, ISBN 92 4 320697, 4, 72 pp. Precio: 7 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

En 1957 se describieron las cardiomiopatías (1) como un grupo de enfermedades miocárdicas de etiología oscura no producidas por lesión de la arteria coronaria, pero desde entonces y con el paso de los años la descripción de esas afecciones ha sufrido muchos cambios. Las definiciones han variado, por ejemplo, desde «una afección aguda, subaguda o crónica del músculo cardíaco que a menudo interesa el endocardio o el pericardio, de etiología desconocida o poco común, pero no secundaria a una deformidad estructural del corazón, ni a hipertensión general o pulmonar ni a ateroma de las coronarias» (2) hasta «enfermedad del músculo cardíaco de causa desconocida» (3). Esta última descripción es la que se ha adoptado en el presente informe.

Las cardiomiopatías forman un grupo de enfermedades de distribución mundial.

Las conclusiones del presente Comité de Expertos aprueban las definiciones y la clasificación de las cardiomiopatías y las enfermedades específicas del músculo cardíaco formuladas por el Grupo de Estudios OMS/SFIC.

La difusión de esas definiciones y clasificaciones debe dar por resultado una mejor detección de pacientes y por tanto una evaluación más precisa de la magnitud del problema que plantean esas enfermedades. Esa evaluación habrá de facilitar estudios comparativos en diversas partes del mundo.

Se considera que la ausencia de estudios de poblaciones se debe al conocimiento insuficiente, la anterior falta de terminología uniforme y la carencia de métodos y

técnicas epidemiológicas apropiadas. Debe fomentarse las actividades en esa dirección, especialmente los estudios de poblaciones en riesgo.

Las propuestas de investigación que se exponen en el presente informe deben ponerse en práctica sistemáticamente y sin demora, tanto en zonas geográficas donde quizá no se disponga de equipos modernos como en centros especiales que cuentan con recursos para grandes investigaciones fundamentales y aplicadas. La estrecha colaboración de institutos e investigadores de países industrializados y en desarrollo, puede crear condiciones nuevas y prometedoras para progresar en esas investigaciones.

Es indispensable la detección oportuna de enfermos con cardiomiopatías, puede contribuir a ella la elaboración de índices como un sistema de «puntos» para el diagnóstico que se base en métodos y técnicas simples y asequibles en todos los países.

Las enfermedades del músculo cardíaco examinadas en el presente informe han sido seleccionadas para poner de relieve ciertos problemas relacionados con la etiología, la distribución geográfica y las semejanzas con ciertas formas de cardiomiopatía. Esas características pueden dar claves para la patogénesis de las cardiomiopatías. Las enfermedades del músculo cardíaco mencionadas en el presente informe no constituyen una lista completa, esa lista sería demasiado extensa y no sería de la incumbencia del presente Comité. Sólo se han incluido las enfermedades más prevalentes y que ofrecen interés especial.

Como no se conocen las causas de las cardiomiopatías o, en el mejor de los casos, aquéllas son especulativas, no es posible actualmente la prevención primaria. Sin embargo, debe actuarse en función de los datos relativos a la patogénesis de la enfermedad, por ejemplo, proporcionando asesoramiento genético en la cardiomiopatía hipertrófica y tratamiento de la eosinofilia o de sus causas, así como el tratamiento de las infecciones víricas y de otra índole que afecten el corazón.

Deben iniciarse, o proseguirse y extenderse, los programas nacionales e internacionales preventivos y de lucha contra las enfermedades específicas del músculo cardíaco incluidas en el informe y cuya etiología haya sido claramente establecida.

OMS. *Química y especificaciones de los plaguicidas*. Serie de Informes Técnicos número 699, OMS, Ginebra 1984, ISBN 92 4 320699 0, 52 pp. Precio: 5 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

El Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial se reunió en Ginebra, del 8 al 14 de noviembre de 1983, con el fin de estudiar los adelantos más recientes en química y especificaciones de los plaguicidas empleados en salud pública, establecer nuevas especificaciones o revisar las ya existentes para incorporarlas al manual de la OMS titulado «Especificaciones para plaguicidas utilizados en salud pública», dar asesoramiento para mejorar las especificaciones correspondientes a nuevos tipos de preparaciones y de ingredientes activos y formular propuestas para la preparación de nuevas especificaciones provisionales.

El doctor N. G. Gratz, director de la División de Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial, abrió la reunión en nombre del director general e hizo notar que las especificaciones para plaguicidas son de gran importancia para los Estados Miembros de la OMS. Facilitan y estimulan la compra de plaguicidas de buena calidad que sean aceptables por su inocuidad y eficaces contra los vectores de enfermedades o huéspedes

intermediarios susceptibles. Además, los métodos analíticos expuestos en las especificaciones son útiles para la inspección de la calidad de los plaguicidas tras el almacenamiento en condiciones climáticas adversas. Las especificaciones son también muy usadas por los Estados Miembros y por la OMS en relación con la adquisición de grandes cantidades de plaguicidas para programas de salud pública. Por ejemplo, la OMS ha recibido, sobre todo de países en desarrollo, 480 solicitudes de la nueva serie de especificaciones provisionales para plaguicidas. Esto manifiesta la importancia de las decisiones y recomendaciones adoptadas durante las reuniones del Comité de Expertos sobre química y especificaciones de los plaguicidas.

La eficacia de cualquier producto empleado en salud pública depende en gran medida de las propiedades físicas y químicas de la preparación, las cuales deben estar relacionadas con el método recomendado de aplicación. Estas propiedades se deben, en consecuencia, definir con toda exactitud, de manera que el mismo plaguicida fabricado por varias compañías diferentes tenga la misma eficacia sobre el terreno. Este aspecto de las especificaciones se ha hecho tanto más importante cuanto más numerosos plaguicidas ya no están protegidos por patentes y se han hecho del dominio público. Se debe también prestar mucha atención a las impurezas que puede haber en el ingrediente activo o formarse por reacción con otros componentes de la preparación y potenciar la toxicidad del plaguicida. En algunos plaguicidas, esto puede requerir la aplicación de métodos de análisis que permitan detectar cantidades mínimas de impurezas tanto en la sustancia técnica como en las preparaciones.

Para técnicas tan complejas, es indispensable contar con equipo costoso que a veces no es fácil de obtener y manejar en los países en desarrollo, a causa de la escasez de fondos y las dificultades de obtener repuestos, gases purificados, etc. Se insistió, por lo tanto, en la conveniencia de examinar la posibilidad de que compartan equipo y recursos, dentro de cada país, los ministerios que los necesiten. También se recomendó el establecimiento de centros colaboradores capaces de operar a nivel regional.

Están apareciendo nuevas tendencias en la metodología de lucha antivectorial, las cuales conducirán al empleo de plaguicidas más selectivos para combatir a un número mayor de vectores o insectos molestos. Las actividades de lucha antivectorial en aldeas o ciudades requerirán una participación creciente de la comunidad. En consecuencia, habrá que prestar mayor atención a las condiciones de almacenamiento y transporte de plaguicidas, la rotulación de los recipientes y la calidad de los envases y su evacuación. Se pidió al Comité que prestara especial atención a estos problemas, ya que son de interés para el establecimiento de especificaciones.

Además de recomendar la revisión de las especificaciones existentes para plaguicidas y el establecimiento de especificaciones para nuevos plaguicidas, el Comité formuló recomendaciones y propuestas de índole más general:

1. La formulación de criterios para las especificaciones relativas a nuevos tipos de preparaciones deberá realizarse paralelamente a los ensayos de eficacia e inocuidad sobre el terreno.
2. En el intervalo entre reuniones del Comité de Expertos, si se plantea la necesidad de revisar especificaciones existentes, la secretaria emitirá especificaciones provisionales en sustitución de las especificaciones existentes y recomendará la aplicación de esas especificaciones provisionales en relación con la compra de plaguicidas y de sus preparaciones.
3. Habrá de mantenerse la colaboración estrecha con la FAO, en especial para armonizar las especificaciones de esta organización y las de la OMS.

4. Si se dispone de los recursos **necesarios**, habrá que **publicar en una sexta edición de especificaciones para plaguicidas utilizados en salud pública las especificaciones y los métodos ya establecidos.**

OMS: *Accidentes del tráfico en los países en desarrollo*. Serie de Informes Técnicos número 703. OMS, Ginebra 1984. ISBN 92 4 320703 2, 40 pp. Precio: 5 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Atendiendo a una invitación del gobierno de México se celebró en la ciudad de México, del 9 al 13 de noviembre de 1981, una Conferencia Internacional de la OMS sobre Accidentes del Tráfico en los Países en Desarrollo. El presidente de México, señor López Portillo, presidió la ceremonia inaugural. Los discursos de apertura fueron pronunciados por el doctor Mario Calles López Negrete, secretario de Salubridad y Asistencia de México, y el doctor H. R. Acuña, director de la Oficina Sanitaria Panamericana, quien, en nombre del director general de la OMS, agradeció al gobierno de México el apoyo prestado a la preparación de la Conferencia.

Desde 1966, en la XIX Asamblea Mundial de la Salud, la OMS ha manifestado creciente preocupación por el problema que para la salud pública representan los accidentes del tráfico. Su programa inicial se concentró en las regiones desarrolladas del mundo, pero el desproporcionado aumento del problema en los países en desarrollo ha sido también motivo de inquietud. Este nuevo problema que ahora se plantea a la salud pública se ha examinado en diversas ocasiones en la Asamblea Mundial de la Salud, en particular en 1976, cuando se pidió a la OMS que prestara atención al asunto y organizara un programa específico para prevenir los accidentes del tráfico.

La Conferencia se fijó los objetivos siguientes:

- Intercambiar experiencias e informaciones sobre la naturaleza de los problemas de los accidentes de tráfico en los países en desarrollo e identificar los diversos aspectos pertinentes.
- Examinar hasta qué punto los métodos establecidos para prevenir accidentes del tráfico de carretera en los países desarrollados pueden ayudar a formular y aplicar medidas apropiadas a las necesidades de los países en desarrollo.
- Aumentar entre los gobiernos la conciencia de las consecuencias que tienen los accidentes del tráfico de carretera para la salud pública, y estimular a las autoridades interesadas para que apliquen contramedidas convenientes, en especial por lo que se refiere a los aspectos sanitarios del problema.
- Definir los principios fundamentales para formular políticas de seguridad del tráfico en los órdenes nacional e internacional.

OMS: *Límites de exposición profesional que se recomiendan por razones de salud: Sustancias irritantes de las vías respiratorias*. Serie de Informes Técnicos número 707. OMS, Ginebra 1984, ISBN 92 4 320707 5, 164 pp. Precio: 14 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Del 14 al 20 de junio de 1983 se reunió en Ginebra un Grupo de Estudio de la OMS sobre límites de exposición profesional que se recomiendan por razones de salud para sustancias irritantes de las vías respiratorias.

Abrió la reunión, en nombre del director general, el doctor M. A. El-Batawi, médico jefe, Servicio de Higiene del Trabajo, quien señaló que el Grupo de Estudio tenía como finalidad principal el formular recomendaciones sobre límites de exposición profesional fijados por razones de salud: a cloro, formaldehído, óxidos de nitrógeno y bióxido de azufre. También trataría de normalizar los métodos empleados para tomar decisiones, sobre lo que pueden considerarse como niveles seguros de exposición a sustancias tóxicas, utilizando la información existente en los países que emprendan esos trabajos. Declaró asimismo que el programa de la OMS, sobre límites que se fijan por razones de salud y se recomiendan internacionalmente, concede importancia primordial a los estudios epidemiológicos de trabajadores industriales y agrícolas, y sólo con carácter secundario presta consideración a los estudios experimentales en modelos animales.

El Comité hizo las siguientes recomendaciones:

1. Respecto al cloro: El Grupo de Estudio recomienda, por razones de salud, un límite corto (quince minutos) de exposición a 1,5 mg de cloro por metro cúbico de aire.

Como límite provisional para un tiempo medio ponderado de ocho horas, se recomienda una concentración de 0,75 mg de cloro por metro cúbico.

2. Respecto al formaldehído: El Grupo de Estudio recomienda, por razones de salud, un límite de exposición profesional a corta duración (quince minutos) al formaldehído contenido en el aire en proporción de 1,0 mg por metro cúbico de aire.

Se recomienda como límite provisional de exposición al formaldehído la concentración de 0,5 mg/m³ de aire, en un tiempo medio ponderado de ocho horas por día durante una semana de trabajo de cuarenta horas.

En vista del efecto carcinógeno dependiente del formaldehído registrado en la rata y de los actuales datos epidemiológicos insuficientes sobre el riesgo de cáncer en el ser humano, es conveniente reducir la exposición al formaldehído en los lugares de trabajo al nivel más bajo posible.

3. Respecto a los óxidos de nitrógeno: El Grupo de Estudio recomienda un límite corto de exposición a 1,8 mg de bióxido de nitrógeno por metro cúbico de aire (1,0 ppm) controlado, con un promedio de tiempo de quince minutos, a fin de proporcionar un margen de seguridad para la protección de los trabajadores.

El Grupo de Estudio recomienda un tiempo medio ponderado de exposición de ocho horas a 0,9 mg de bióxido de nitrógeno por metro cúbico de aire (0,5 ppm) para proteger a los trabajadores contra los efectos crónicos de exposiciones breves continuas o repetidas.

El Grupo de Estudio señala que los límites recomendados de exposición profesional respecto al bióxido de nitrógeno, aunque rigurosos, pueden no proporcionar el mismo margen de seguridad que los límites de exposición recomendados para el bióxido de azufre, porque los trabajadores pueden estar expuestos a concentraciones potencialmente nocivas de óxidos de nitrógeno sin presentar signos de irritación de las vías respiratorias superiores.

4. Respecto al bióxido de azufre: El Grupo de Estudio recomienda por razones de salud un límite de exposición breve (de quince minutos) para una concentración de 3,9 mg de bióxido de azufre por metro cúbico de aire. De manera provisional se recomienda un tiempo medio ponderado de ocho horas para un límite de exposición de 1,3 mg de bióxido de azufre por metro cúbico.

OMS: *Formación de profesores y administradores de enfermería, con especial referencia a la atención primaria de salud*. Serie de Informes Técnicos número 708. OMS, Ginebra, 1984, ISBN 92 4 320708 3, 64 pp. Precio: 6 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Del 3 al 7 de octubre de 1983 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS sobre formación de profesores y administradores de enfermería con especial referencia a la atención primaria de salud. La apertura de la reunión estuvo a cargo del doctor T. Fülöp, director de la División de Formación de Personal de Salud, quien deseó la bienvenida a los participantes en nombre del director general.

El doctor Fülöp habló del último Comité de Expertos de la OMS en enfermería, que se había reunido en 1974, y de algunos cambios trascendentales que desde entonces se habían producido en lo tocante a las nociones y metodologías de la atención sanitaria. Afirmó que dichos cambios se habían caracterizado por la adopción unánime por parte de los Estados miembros de la OMS de la resolución sobre la «Salud para todos en el año 2000» y por la Declaración de Alma Ata que propugna la atención primaria de salud como elemento fundamental para alcanzar ese objetivo. Advirtió además que ese objetivo no podrá alcanzarse sin la participación del personal de enfermería.

El doctor Fülöp se refirió a algunas de las consecuencias que para el personal de enfermería tiene este nuevo concepto de la atención de salud y, en especial, a la necesidad de reorientar los programas de formación a fin de que respondan a las necesidades de las poblaciones y de los sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud y orientados hacia la noción de la salud para todos en el año 2000.

Exhortó al Comité a que recomendase estrategias y planteamientos prácticos y viables para reorientar la formación posbásica de enfermería y asimismo a que formulara directrices acerca de cómo podría acelerar la OMS los cambios necesarios.

El Comité reconoció la urgencia de orientar al personal de enfermería hacia la atención primaria de salud, elemento fundamental para alcanzar la salud para todos en el año 2000, y afirmó que la reorientación de la formación posbásica de los profesores y administradores de enfermería es esencial para el éxito y que debe atribuírsele prioridad. Formuló las siguientes recomendaciones concretas:

1. La formación posbásica de enfermería debe reorientarse en el contexto de unas políticas y planes nacionales completos de perfeccionamiento del personal de salud que reflejen la distribución racional y adecuada de todo el personal de salud de conformidad con la metodología de la atención primaria aplicada a la meta de salud para todos en el año 2000.

Para llevar a la práctica esta recomendación será necesario:

- Fomentar la elaboración de políticas de personal de salud donde no existan y alentar la participación de las enfermeras en la formulación de dichas políticas.
- Fomentar la creación de sistemas informativos acerca del planeamiento, la formación y la gestión del personal de enfermería.
- Iniciar actividades destinadas a modificar las políticas de formación y las políticas de otros organismos pertinentes que puedan obstaculizar la reorientación de los programas posbásicos de enfermería.
- Determinar las modificaciones reglamentarias (jurídicas) necesarias con respecto a la formación y/o la práctica de la enfermería, y adoptar medidas para llevarlas a efecto.

2. Deberá actuarse inmediatamente para orientar todos los programas posbásicos para profesores y administradores de enfermería, a fin de que los principios del objetivo de la salud para todos mediante la atención primaria de salud se conviertan en el marco de referencia conceptual unificador.

Para llevar a la práctica esta recomendación será necesario:

- Facilitar cursos acelerados de reorientación a directores y profesores de escuelas y programas posbásicos de enfermería.
- Organizar un pequeño cuerpo de dirigentes de enfermería a nivel nacional, formado por quienes hayan demostrado capacidad de dirección en los distintos niveles del sistema de salud, que actúe como grupo catalizador e inicie, planee, informe, motive, apoye y vigile lo que suceda en el ámbito de la atención primaria de salud con respecto a la enfermería, y facilite la reorientación de los programas posbásicos.
- Instaurar un sistema de formación permanente gracias al cual quienes participan en la enseñanza y gestión de instituciones docentes y zonas de práctica mantengan sus conocimientos y aptitudes actualizados en apoyo del perfeccionamiento de la atención primaria de salud.
- Incrementar el número de profesores capacitados con experiencia sobre el terreno en asistencia primaria de salud, que ayuden a reorientar los programas posbásicos y a elaborar los planes de estudio correspondientes.
- Precisar las competencias que deberán desarrollarse mediante programas posbásicos para profesores y administradores de enfermería a fin de atender las necesidades y demandas de salud de las comunidades en sistemas de salud orientados hacia la atención primaria de salud, y utilizar aquéllas como base para definir los objetivos del aprendizaje.
- Facilitar experiencias de aprendizaje basadas y centradas en la comunidad, con la participación de ésta, para facilitar el logro de dichos objetivos de aprendizaje.

3. Deberán elaborarse procesos educativos basados en los problemas orientados hacia la práctica y centrados en el trabajo en equipo para los alumnos de enfermería que sean multiprofesionales y multisectoriales.

Para llevar a la práctica esta recomendación será necesario:

- Que los estudiantes adopten una metodología basada en la resolución de problemas y facilitarles experiencias de aprendizaje en situaciones reales y en ejercicios simulados.
- Utilizar instalaciones, como hospitales de primera línea y centros de salud, donde los estudiantes adquieran experiencia de trabajo, tanto con agentes de salud tradicionales como comunitarios.
- Facilitar oportunidades a los estudiantes de que tengan experiencias interprofesionales e intersectoriales en un contexto de equipo.

4. Habrá que reforzar las instituciones y escuelas posbásicas de enfermería, dotándolas de los recursos y apoyo administrativo necesarios.

Para llevar a la práctica esta recomendación será necesario:

- Adaptar las asignaciones de recursos a fin de que las instituciones dispongan de los fondos, el personal y los materiales necesarios para reorientar los programas.

- Fomentar una actitud positiva por parte de los administradores hacia la educación posbásica, elemento fundamental de la formación de un personal de enfermería capaz de contribuir con eficacia y eficiencia a sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, así como a la creación y perfeccionamiento de dichos sistemas.
- Alentar a quienes trabajan en el influyente sector hospitalario a que apoyen la reorientación de los programas posbásicos para que se centren en la comunidad y se puedan adaptar a la función de enfermería en el primero y segundo niveles de la atención de salud.
- Apoyar el establecimiento de vínculos entre las escuelas posbásicas, el servicio de salud y las instituciones docentes de otros sectores del desarrollo sanitario, así como la creación de redes de escuelas posbásicas, para facilitar la colaboración en lo que se refiere al empleo de los recursos, a compartir los conocimientos y experiencias, y a realizar actividades en común.

5. La OMS deberá apoyar los esfuerzos de todos sus Estados miembros para facilitar al personal de enfermería de las distintas categorías una formación adecuada en atención primaria de salud y su administración, así como en las correspondientes investigaciones de apoyo, de forma que ese personal pueda participar en la aplicación de las estrategias de salud para todos.

Para llevar a la práctica estas recomendaciones, la OMS debe:

- Alentar el cumplimiento de las mencionadas recomendaciones por todos los Estados miembros, sus ministerios de salud, las instituciones docentes y organismos reglamentarios pertinentes, las asociaciones nacionales de enfermeras, los comités de salud para todos y otros planificadores y dirigentes en el ámbito de la educación básica y posbásica de enfermería, y de la formación del personal de salud.
- Fomentar la formación de consejos nacionales que promuevan, apoyen y vigilen la reorientación de los sistemas de salud y de su personal hacia la salud para todos mediante la atención primaria de salud. En dichos consejos debieran participar representantes de ministerios, departamentos y organismos pertinentes encargados de la prestación de la atención de salud, profesionales de la salud (incluidas las enfermeras) y las adecuadas organizaciones benéficas y de consumidores.
- Organizar reuniones de trabajo en distintos países para estudiar la formación de profesores y administradores de enfermería a fin de incitar a la acción y de precisar quiénes son los agentes y dirigentes del cambio.
- Conseguir, en la medida de lo posible, que los recursos necesarios para reorientar la educación posbásica de enfermería se pongan a disposición y se canalicen hacia los países que hayan demostrado su voluntad de efectuar el cambio.
- Utilizar las experiencias positivas de determinados países para motivar a otros a elaborar y llevar a la práctica planes de acción, mediante, por ejemplo, reuniones de trabajo y leyes y mecanismos ya establecidos, incluida la cooperación técnica entre países.
- Utilizar al máximo las relaciones públicas y los canales de información pública para difundir informaciones sobre las anteriores recomendaciones a los profesionales y al público en general, tanto en las regiones como en todo el mundo.

REVISTA DE REVISTAS

ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRIA, junio 1985.

EGUILEOR, I., y cols.: *Problemática del despistaje neonatal del hipotiroidismo*. pp. 551-555.

En 1986 se escrutaron 21.013 recién nacidos para la detección de hipotiroidismo congénito en la Comunidad Autónoma vasca. La evaluación de los resultados mostró varios puntos de interés. Uno de ellos, el elevado número de niños nacidos de bajo peso que tuvieron que ser analizados dos veces -tasa de *retesting*-. Esta tasa disminuye según aumente el peso del nacimiento del niño. Se retestaron un 40 por 100 de los niños con peso de nacimiento inferiores a 1.000 gramos. Un 7,7 por 100 de los niños entre 1.001 y 1.500 gramos, un 2 por 100 de los que pesaron entre 1.501 y 2.500 gramos y solamente un 0,42 por 100 de los que superaron al nacer los 2.501 gramos. Se discuten las consecuencias de estos resultados.

Octubre de 1985.

LÓPEZ ROIS, F., y cols.: *El hábito del tabaco entre la población infantil*, pp. 241-245.

Los autores investigan el grado y hábito de consumo de tabaco en 240 escolares de ambos sexos entre los ocho y catorce años de un área urbana y semiurbana de Galicia. El 29 por 100 de los escolares gallegos son consumidores de tabaco y el 19,6 por 100 son consumidores habituales. El mayor porcentaje de fumadores se da en los varones (35,6 por 100 de los niños frente al 23 por 100 de las niñas) en edades entre los doce y catorce años, en los estratos socioeconómicos más bajos y en los escolares con menor rendimiento escolar. El hábito de fumar se inicia y practica fuera del hogar y se asocia en un alto porcentaje de casos a ingesta de alcohol (65 por 100 de los fumadores ingiere alcohol habitualmente). El consumo de tabaco es mayor entre los hijos de padres fumadores. Sólo el 1,25 por 100 de la muestra fuma marihuana habitualmente.

ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGIA, septiembre-octubre de 1985.

SABATER PONS, A., y cols.: *Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad por tumor maligno de próstata en España durante el período 1951-1979*, pp. 457-467.

Se ha realizado un estudio de epidemiología descriptiva de la mortalidad por tumores malignos de la próstata en España durante el período 1951-1979. Se deduce que la mortalidad por esta localización de cáncer del varón ha sido creciente constantemente durante todo el período estudiado. Al examinar las tasas de mortalidad

por grupos de edades se advierte que la mortalidad se incrementa gradualmente a lo largo del período estudiado para edades sucesivamente crecientes. Asimismo, el estudio de mortalidad por cohortes de nacimientos corrobora estos datos, ya que el riesgo es cada vez mayor para las sucesivas generaciones y coincide asimismo con los limitados valores del nivel potencial de años perdidos, teniendo en cuenta los grupos de edades preferentemente afectados por esta localización de cáncer.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, agosto de 1985.

DE LA LOMA, A., y cols.: *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estudios clínicos, inmunológicos y microbiológicos en pacientes hemofílicos*, pp. 113-120.

La reciente constatación de que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) podría afectar en forma especial a homosexuales, drogadictos por vía intravenosa y hemofílicos motivó el inicio, en marzo de 1983, de un seguimiento clínico, inmunológico y microbiológico en 67 pacientes hemofílicos que reciben atención en la Unidad de Hemofilia de la Ciudad Sanitaria La Paz, de Madrid. De ellos, 31 eran sintomáticos y 36 portadores de alguno de los signos o síntomas prodrómicos del SIDA. Los resultados obtenidos demostraron en primer lugar que un alto número de pacientes hemofílicos presentaban inversión del cociente de linfocitos T inductores/linfocitos T supresores, sin que existiera una relación clara con la presencia de signos y síntomas asociados con el SIDA; en segundo lugar, la presencia de infecciones recientes y pasadas en proporciones similares en pacientes sintomáticos y asintomáticos, así como la mayor frecuencia de infecciones recientes por virus del grupo herpes en los hemofílicos con síntomas clínicos, y en tercer lugar, que uno de los casos evolucionó hacia un cuadro compatible con SIDA. Estos resultados sugieren la existencia del riesgo de que los enfermos de hemofilia padezcan el SIDA, por lo que debe mantenerse un control médico especial sobre ellos.

WOSCOFF, A., y cols.: *Sífilis. Valor epidemiológico de la entrevista para la detección de contactos*, pp. 130-137.

Con objeto de detectar a sus contactos sexuales, se entrevistaron 500 enfermos de sífilis que concurrieron espontáneamente a la Unidad de Dermatología del Hospital Municipal de Agudos Carlos G. Durand, de la ciudad de Buenos Aires, entre enero de 1982 y diciembre de 1983. La muestra se dividió en dos grandes grupos: de promiscuos y no promiscuos. Los pacientes del sexo masculino duplicaron prácticamente a los del femenino, los grupos de edad de mayor riesgo fueron los comprendidos entre los veinte y cuarenta años y los solteros superaron a los casados y concubinos; en cuanto a la ocupación, los empleados domésticos, los operarios, las amas de casa y los empleados diversos fueron los grupos de mayor riesgo. El 96,2 por 100 de los enfermos eran heterosexuales y la mitad de los afectados poseían instrucción primaria incompleta, hecho que dificulta la etapa educativa de la entrevista. Sobre un total de 1.518 contactos informados, se entrevistaron 546. Entre los mismos se diagnosticaron 198 casos nuevos de sífilis, lo que representa un porcentaje del 36,2 por 100. Asimismo, el índice de contactos declarados por los pacientes entrevistados fue del 6,6 por 100 en el grupo de promiscuos y del 2,5 por 100 en el de no promiscuos. Por último, se destaca que mientras se subestima la importancia de la entrevista y se descuida la necesidad de educar al enfermo, no se detendrá el avance progresivo de las enfermedades de transmisión sexual.

FEACHEM, R. G., y cols.: *Control de las enfermedades diarreicas. I. Análisis de posibles intervenciones para reducir su alta incidencia*, pp. 173-178.

Las enfermedades diarreicas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de los niños menores de cinco años en los países en desarrollo. Si bien se dispone de medidas eficaces para su control, estas enfermedades deben representar un objetivo prioritario de los programas de atención primaria de salud planificados o ejecutados en los diversos países. Los Gobiernos y los organismos internacionales como la OMS han señalado que la rehidratación oral es una medida indispensable para reducir la mortalidad causada por enfermedades diarreicas. Pero es necesario disponer de otras formas de intervención para disminuir la morbilidad, reducir el número de defunciones que no puede impedir la rehidratación oral y poner en práctica un enfoque conjunto en el que la rehidratación oral represente sólo una de las diversas medidas antidiarreicas aplicadas de manera simultánea y cuyos efectos se fortalezcan y completen mutuamente.

Octubre de 1985.

CUMSILLE, F., y cols.: *Método para homogeneizar información sobre desnutrición en la niñez*, pp. 355-362.

Se describe un método para utilizar con fines comparativos información semejante recolectada en diferentes períodos de tiempo y con diferentes objetivos. El mismo consistió en integrar en una nueva investigación sobre desnutrición en la niñez información proveniente de tres investigaciones realizadas en años distintos de un decenio (1969, 1974 y 1979, respectivamente) y con distintos propósitos relacionados con el estudio de las características de la desnutrición. El método permitió obtener nuevas categorías homogéneas y comparables elaboradas a partir de los tres estudios básicos, tanto para las variables dependientes sobre el estado de nutrición como para un conjunto de variables independientes, posibilitando así el cumplimiento de los objetivos propuestos para la nueva investigación sobre la tendencia de la desnutrición y la construcción de un banco de datos para la vigilancia nutricional. Se destaca que su utilización por parte de otros grupos de investigadores impulsaría la creación y el mantenimiento en los países de otros bancos de datos donde se almacenaría información ya recolectada y, a veces, subutilizada. Por último, la existencia de bancos de datos puede significar un fuerte estímulo para llevar a cabo nuevas investigaciones de bajo costo, ya que cuando se requieren encuestas en grupos de población gran parte de los recursos se destinan a la recolección de los datos.

AVILA, H., y cols.: *Cohorte de estudios perinatales. Edad y embarazo como causas de riesgo*, pp. 400-404.

En México, en 1980, se invitó a participar en un programa de detección de riesgo perinatal a mujeres pertenecientes a un grupo de población urbana y abierta que cumplieran ciertos requisitos y preestablecidos. Las mujeres que libre e informadamente aceptaron participar en el programa se llamaron captadas y constituyeron la denominada cohorte de estudios perinatales. Con el fin de evaluar la fuente de sesgo que se podía presentar en la integración de la cohorte se consideraron dos características demográficas básicas: la edad de la mujer y la presencia de embarazo. La estructura por edad y la prevalencia de mujeres embarazadas se comparó con información similar

consignada en X Censo General de Población y Vivienda de 1980. La proporción de mujeres susceptibles de embarazo fue similar a la del censo en el grupo de veinte a veintinueve años, mayor en el grupo de catorce a diecinueve años, menor en el grupo de treinta a cuarenta y ocho años. No se observó predominio de mujeres susceptibles en ningún grupo de edad, pero sí una mayor proporción de mujeres susceptibles captadas en el grupo de veinte a veintinueve años. Por su parte, las embarazadas de veinte a veintinueve años representaron la mitad del total de gestantes. La prevalencia de embarazo entre las mujeres captadas fue mayor que entre las no captadas, lo que demostró más amplia aceptación del programa ante la presencia de embarazo. Se concluyó que la aceptación del servicio de salud fue adecuada, ya que participaron en proporción más grande las mujeres embarazadas y las susceptibles, hecho que hizo posible contar con mayor número de embarazos por mujer captada y detectar así en forma más eficiente los problemas de salud perinatales, incluso desde el período pregestacional.

BRITISH JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE, enero de 1985.

BERRY G.; NEWHOUSE, M. L., y ANTONIS, P.: *Efecto combinado de amianto y tabaco sobre la mortalidad por cáncer de pulmón y mesotelioma en trabajadores de fábricas*, páginas 12-18.

La mortalidad de más de 1.250 trabajadores y de 420 trabajadoras de amianto se observó durante el período 1971-1980. Se obtuvieron los hábitos tabáquicos de los sujetos en 1971, antes de comenzar el período de seguimiento. La mortalidad por cáncer de pulmón y mesotelioma se relacionó con los hábitos respecto al tabaco. Tras eliminar el efecto del fumar sobre el cáncer de pulmón, el riesgo relativo debido al amianto fue superior en los que nunca habían fumado y el más bajo en los fumadores habituales e intermedio en los ex fumadores, la tendencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). No hubo asociación significativa entre el hábito de fumar y las muertes debidas a mesotelioma. Se revisaron los datos de varios estudios y aunque los no fumadores en general tienen un riesgo relativo de cáncer de pulmón debido al amianto, que es 1,8 veces mayor que el de los fumadores, hay algunas dudas sobre la exactitud de esta cifra porque hay posibles sesgos y variación de las muestras. En general, hay evidencia de que el riesgo de mesotelioma es independiente del del tabaco.

FLOOD, D. F. S., y cols.: *Función pulmonar, atopia, hipersensibilidad específica y hábito de fumar de trabajadores de la industria de detergentes enzimáticos durante once años*, pp. 43-50.

Un estudio de 2.800 trabajadores empleados en tres fábricas de los dos mayores fabricantes de productos enzimáticos del Reino Unido que cubre once años de trabajo, desde 1969 a 1980, mostró que 2.344 trabajadores tenían suficientes datos sobre función pulmonar para ajustarse a los criterios operativos y fueron analizados en tres grupos separados por localización en la fábrica. Se realizó espirometría y pruebas de punción para reacciones cutáneas específicas a enzimas normalizados a intervalos de seis meses durante los seis primeros años del estudio y después anualmente. Se hicieron medidas de polvo de enzimas y del polvo total de la fábrica para determinar el grado de exposición al polvo de los sujetos. La función pulmonar de los grupos de fábrica se analizó para ver los efectos de trabajar en la industria de detergentes, el grado de exposición a enzimas, la positividad de las pruebas cutáneas a las enzimas, atopicidad

y hábito de fumar. El 4,5 por 100 de los trabajadores que habían sufrido efectos respiratorios por las enzimas se analizaron por separado. La exposición al alérgeno enzimático no había tenido efecto a largo plazo sobre la función pulmonar de los trabajadores con detergentes. Una mayor proporción de atópicos que de no atópicos se positivizaron a las pruebas cutáneas al alérgeno y más fumadores que no fumadores se sensibilizaron. La función pulmonar global de los trabajadores con detergentes mostró 39 ml/año de pérdida en FEV1 en el estudio longitudinal de once años y 51 ml/año de pérdida en el análisis lateral (transversal) con mejor función pulmonar en el sudeste que en el noroeste de Inglaterra. En el desarrollo de la metodología para el estudio se descubrieron varios posibles problemas que podrían pasar desapercibidos en un análisis transversal realizado aisladamente.

Febrero de 1985.

BROADBENT, D. E., y cols.: *Salud de los trabajadores expuestos a campos eléctricos*, páginas 75-84.

Se sugieren los resultados de entrevistas mediante cuestionario sobre salud con 390 trabajadores de transmisión y distribución de energía eléctrica, junto con estimaciones a largo plazo de su exposición a campos eléctricos de 50 Hz y medidas a corto plazo de la exposición real para 287 de ellos, 28 trabajadores recibieron exposiciones medibles de unos 30 KVm -1 como término medio durante un período de medida de dos semanas. Las tasas de exposición estimadas fueron considerablemente mayores, pero mostraron buena correlación con las medidas. Aunque el nivel general de salud fue mayor del que hemos encontrado en trabajadores manuales en otras industrias, hubo diferencias significativas en las medidas de salud entre diferentes categorías de trabajo, diferentes partes del país y en asociación con factores tales como tiempo extra, trabajo aislado o cambio frecuente de turno. Después de separar los efectos de trabajo y localización, sin embargo, no encontramos correlaciones significativas de la salud con la exposición medida o estimada a campos eléctricos.

VENA, J. E., y cols.: *Mortalidad de trabajadores en un complejo de fabricación de motores y partes de automóviles*, pp. 85-93.

Un estudio sobre la ratio proporcional de mortalidad (RPM) se realizó usando datos de trabajadores de tres uniones locales que representan una fábrica integrada de automóviles compuesta por plantas de forja, fundición y motor (máquina y ensamblaje). El 90 por 100 de los certificados de defunción se obtuvo de todos los trabajadores activos e inactivos que murieron durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1970 y el 31 de diciembre de 1979 y habían pasado a programas de beneficios de la unión y la compañía. Los números observados de muerte se compararon con los esperados en base a dos estándares: la mortalidad proporcionada entre los hombres de Estados Unidos entre 1970-1979 y entre los hombres del Condado de Erie de 1975. Hubo una estrecha relación entre el número de muertes observadas y esperadas por cualquier método de comparación entre los trabajadores blancos de automóviles en las plantas de forja y fundición. Análisis válidos de mortalidad específica por causas entre los no blancos sólo pudieron hacerse en la planta de fundición. Aunque basado en números pequeños, el riesgo de cáncer de pulmón fue significativamente elevado en los no blancos menores de cincuenta años en la fundición (PMR = 2.6 $p < 0,05$). Las

RPMS específicas por causas para los blancos en la planta de motores fueron estadísticamente significativas para las neoplasias malignas (1,2) y todas las causas externas (0,62) en base a los estándares de varones blancos de Estados Unidos. El análisis de la mortalidad específica por cáncer entre hombres blancos en la planta de máquinas/ensamblaje mostró excesos significativos para el cáncer del aparato digestivo (RPM = 1,5), especialmente del hígado (RPM = 2,6) y páncreas (RPM = 1,9), cánceres del sistema respiratorio (RPM = 1,4 usando el estándar del condado Erie) y cáncer de la vejiga urinaria (RPM = 2,3). Los trabajadores empleados durante más de veinte años mostraron ratios de mortalidad estadísticamente aumentadas por cánceres del aparato digestivo (1,9), especialmente cáncer de páncreas (2,3) y cáncer de recto (2,8). Los individuos cuyo trabajo empezó durante 1950 o antes mostraron RPM aumentadas para cánceres de órganos digestivos (1,8), especialmente de páncreas (2,5) y de la vejiga (3,4). Los trabajadores cuyo empleo empezó después de 1950, por otra parte mostraron RPMs aumentadas para cánceres del sistema respiratorio (1,5) y del riñón (3,2). Como las plantas de fundición y forja no comenzaron su producción hasta 1955, la mortalidad asociada con estos ambientes de trabajo puede ser mayor en el futuro.

Low, I., y MITCHELL, C.: *Enfermedad respiratoria en trabajadores de fundiciones*, páginas 101-105.

Una encuesta se realizó en una fundición de Brisbane para evaluar la naturaleza y la frecuencia de los síntomas respiratorios y para establecer la función ventilatoria. La fundición usaba muchos procesos de moldeado incluyendo sistemas Furane, Isocure, Shell, dióxido de carbono y arena aceite. A menudo se declararon síntomas nasales y disnea, especialmente por trabajadores de la fundición general y taller central y en la línea semiautomatizada. Por contraste, los trabajadores de la sección de después del moldeado no expuestos a humos o vapores de los diversos procesos de moldeado declararon estos síntomas con menos frecuencia. De 46 trabajadores expuestos a humos y vapores de moldeado, 11 desarrollaron disnea cuando trabajaban en la fundición. Disnea y otros síntomas respiratorios se atribuyeron a menudo por los trabajadores a la exposición a sustancias en el trabajo, especialmente por el proceso Shell, que usa resina, fenol, formaldehído y hexametilentetamina. También se declararon síntomas, pero con menos frecuencia, por exposición a materiales usados en el proceso Furane (urea, formaldehído y alcohol furfuril) y el proceso Isocure (metileno, difenil, disocianato, fenol, formaldehído y demetiletilamina). La función ventilatoria, estudiada de lunes a viernes, mostró cambios pequeños e inconsistentes. Los seis sujetos que trabajaban en la línea semiautomatizada mostraron una pequeña disminución del FEV ($\pm$ SEM) (208 ± 70 ml) sólo el lunes, ésta difería significativamente de la de 17 trabajadores después del moldeado (9 ± 50 ml, $p < 0,05$). La función ventilatoria registrada antes del trabajo en la mañana del lunes no mostró evidencia de obstrucción crónica de las vías respiratorias en cualquier grupo. La mayoría de las medidas ambientales estaban por debajo de los valores límites umbrales (VLU), excepto en la fundición general, en que se detectó alcohol furfuril en concentraciones de hasta 50 ppm y formaldehído a 4 ppm. El comienzo de los síntomas en relación con la exposición a varios humos y vapores sugiere que están presentes mecanismos irritantes y de hipersensibilidad. Como han ocurrido recientemente modificaciones ambientales, la aparente hipersensibilidad puede relacionarse con niveles de exposición anteriores por encima del VLU.

Marzo de 1985

JENKINS, R.: *Morbilidad psiquiátrica menor en hombres y mujeres empleados y su contribución al absentismo por enfermedad*, pp. 147-154.

Una encuesta epidemiológica entre funcionarios ejecutivos hombres y mujeres del Servicio Civil mostró una prevalencia del 33 por 100 de trastornos psiquiátricos leves. Su seguimiento posterior a lo largo de un año descubrió que sólo la mitad estaban mejor. La presencia de trastornos psiquiátricos leves estaba asociada con tasas mayores de absentismo por enfermedad, particularmente ausencias certificadas. Esta alta prevalencia, asociada como está con incapacidad del individuo y consecuencias para el ambiente de trabajo, indica la necesidad de detección y tratamiento médico precoces.

JEYARATNAM, J, y cols.: *Estudios neurofisiológicos en trabajadores expuestos al plomo*, páginas 173-177.

Se emprendieron estudios sobre conducción nerviosa y potencial somatosensorial evocado en 46 trabajadores expuestos a una combinación de plomo orgánico e inorgánico. Además se realizaron EEG en 20 de los trabajadores; los resultados se compararon con los obtenidos en trabajadores no expuestos al plomo. Los trabajadores expuestos al plomo tenían una concentración media de plomo en sangre de $2,35 \mu\text{mol/l}$ ($48,7 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$), mientras que la concentración en trabajadores no expuestos al plomo era de $0,76 \mu\text{mol/l}$ ($15,8 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$). Las velocidades medias de conducción motora máxima de los nervios tibiales medio y posterior fueron significativamente más bajas en los trabajadores expuestos al plomo que en los controles. Del mismo modo, la latencia distal para estos dos nervios estaba significativamente prolongada en los trabajadores expuestos al plomo. No se vieron diferencias significativas entre los dos grupos de trabajadores en la conducción nerviosa y las medidas de latencia distal de los nervios mediano (sensitivo) y sural. Los estudios EEG de los 20 trabajadores expuestos al plomo no mostraron anomalías. El potencial evocado somatosensorial de los nervios mediano (sensitivo) y tibial posterior estaba significativamente prolongado cuando se midió en deflexiones negativas y positivas. Los resultados sugieren que, además de las velocidades de conducción nerviosa, el potencial evocado somatosensorial y la latencia distal son medidas adecuadas para detectar lesiones neurológicas subclínicas en trabajadores expuestos al plomo. Como estos cambios se vieron a concentraciones de plomo en sangre de $2,35 \mu\text{mol/l}$ ($48,7 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$) puede ser necesaria una vigilancia más estricta de los trabajadores expuestos al plomo.

VAGUERO, D., y cols.: *Morbilidad por cáncer en trabajadores de la industria de telecomunicaciones*, pp. 191-195.

Un estudio retrospectivo de una cohorte de 2.918 trabajadores de la industria de telecomunicaciones en Suecia registró la morbilidad por cáncer durante el período 1958-1979. Se recogieron casos de cáncer del Registro Sueco de Cáncer durante este período y la información sobre características del trabajo se obtuvo para todo el período de empleo. La morbilidad total por cáncer fue la esperada. No hubo aumento del riesgo de cáncer de pulmón, pero se detectó un exceso de riesgo de melanoma maligno de la piel ($\text{SMR} = 2.6$, 12 casos). Este exceso de riesgo estuvo especialmente asociado con ambientes de trabajo en que se practicaba la soldadura. Las estimaciones de la SMR se hicieron mayores con la suposición de un mayor período inducción/latencia.

Abril de 1985.

ALIES-PATIN, A. M., y VALLERON, A. J.: *Mortalidad de trabajadores en una fábrica de amianto-cemento, 1940-1982*, pp. 219-225.

La mortalidad de una cohorte completa de 1.506 trabajadores franceses de amianto-cemento empleados durante cinco años al menos se relaciona con el tiempo transcurrido desde la primera exposición. La mortalidad por todas las causas (analizada por el «método-años-hombre») se encontró que estaba por encima de lo normal sólo en aquellos sujetos empleados durante más de veinte años, con más de treinta y seis años de seguimiento. Se establecieron las tasas de mortalidad estándar para los cánceres de todas las localizaciones (ICD 140-209) y para el cáncer de pulmón (ICD 162-163.0) en sujetos cuyas fechas de primera exposición se remontan a más de veinte años. Mortalidades por cáncer de todas las localizaciones y por cáncer de pulmón se detectaron en exceso en trabajadores empleados durante más de veinte años y que empezaron a trabajar cuando tenían veinticinco o menos.

GUBERAN, E., y RAYMOND, L.: *Conducción profesional, tabaquismo y cáncer de pulmón: Estudio de referencia de casos*, pp. 246-252.

En un estudio de referencia de casos de unos 600 casos de cáncer de pulmón en hombres en el norte de Suecia, se estudió específicamente el riesgo de los conductores profesionales. Se recogieron datos sobre ocupaciones, tiempo y tipo de empleo y hábito de fumar mediante cuestionarios dirigidos a parientes cercanos. En general, los conductores profesionales eran fuertes fumadores y esta fue la causa principal de una tasa bruta de riesgo ligeramente aumentada en el estudio en conjunto. Los conductores fumadores de un grupo de edad mayor (70 y más) tenían un riesgo relativamente alto de cáncer de pulmón, mientras que en un grupo de menor edad (por debajo de 70) no se encontró un aumento significativo. El riesgo relativo en los conductores no fumadores en el grupo de más edad estaba moderadamente aumentado en el límite de la significación estadística. El riesgo relativo alto estimado para los conductores que fumaban en el grupo más viejo sugiere un efecto sinérgico entre el fumador y la exposición ocupacional.

PIPPARD, E. C., y cols.: *Mortalidad de los curtidores*, pp. 285-287.

Se estudió la mortalidad de 833 varones trabajadores de curtiembres, que se sabía que estaban empleados en esta industria en 1939 y que fueron seguidos hasta finales de 1982. Un total de 573 hombres habían estado empleados en el curtido de cuero con extractos vegetales para suelas y tacones y 260 hombres habían usado cromo para curtir cuero para las partes superiores de zapatos. No se encontró un exceso significativo de defunciones para ninguna de las localizaciones corrientes de cáncer en ningún grupo de trabajadores. Una muerte por cáncer nasal (0,21 esperada) se declaró entre los que trabajaban con cuero para suelas y tacones.

Mayo de 1985

CHERRY, N., y cols.: *Efectos neuroconductuales de la exposición ocupacional repetida a tolueno y solventes de pinturas*, pp. 291-300.

En estudios de dos grupos de trabajadores se compararon 44 hombres expuestos a solventes de pinturas y 52 hombres que trabajaban con tolueno con grupos de

comparación ajustados de trabajadores no expuestos. Se examinaron las puntuaciones obtenidas en una serie de pruebas de actuación, funcionando peor los expuestos al solvente en cada estudio que el grupo de comparación. El aparente déficit de los expuestos a pinturas fue importante, pero se redujo al tener en cuenta la capacidad intelectual. No se apreció déficit al volverlos a ajustar con un segundo grupo de comparación de capacidad medida más adecuadamente. No se encontró evidencia de afectación de la conducción nerviosa en los nervios cubital o mediano, y pocos signos clínicos de lesión neurológica fueron aparentes. No obstante, en una investigación de síntomas neuropsicológicos entre 236 pintores y 128 trabajadores no expuestos se encontró entre los expuestos a disolventes de pinturas un exceso muy significativo de síntomas.

BRITISH MEDICAL JOURNAL, 27 de julio de 1985.

LICHTENSTEIN, M. J.; SHIPLEY, M. J., y ROSE, G.: *Presiones sanguíneas sistólica y diastólica como predictores de mortalidad por cardiopatía coronaria en el estudio Whitehall*, pp. 243-245.

Se compararon las presiones sanguíneas sistólica y diastólica como predictores de la muerte debida a cardiopatía coronaria usando datos sobre los resultados de mortalidad durante diez años de los 18.403 funcionarios varones, de cuarenta-sesenta y cuatro años de edad en el estudio Whitehall. Hubo 727 muertes por cardiopatía coronaria. Al entrar en este estudio la presión sistólica de estos hombres era significativamente más alta que la presión diastólica y un índice normalizado de riesgo relativo de la muerte por cardiopatía coronaria fue mayor para la presión sanguínea sistólica. Tras ajustar por edad el quintil superior de la presión sistólica (> 151 mmHg) identificó un 5 por 100 más de hombres en riesgo de muerte por cardiopatía coronaria que para el quintil diastólico superior (> 95 mmHg). Los hallazgos sugieren que los médicos deberían prestar más atención a los niveles sistólicos como criterio para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.

BULLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, julio-agosto de 1985.

OMS. *Enfermedades por herpesvíridos: prevención y tratamiento. Parte 2: Epidemiología e inmunología*, pp.633-652.

Se trata éste del segundo de dos artículos que resumen los datos actuales sobre las enfermedades por herpesvíridos. El primero describía los diferentes miembros de este grupo, la expresión clínica de la infección, el diagnóstico de laboratorio y la quimioterapia. Este artículo, que trata de los aspectos epidemiológicos e inmunológicos de las infecciones por herpesvíridos, plantea también los problemas particulares debidos a la latencia del virus así como por los riesgos asociados a la infección congénita y al déficit inmunitario o al tratamiento inmunosupresor. Las perspectivas de prevención de las infecciones por herpesvíridos por la vacunación y por el tratamiento con inmunosupresores también son examinadas.

OMS. *El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*. Memorándum de una reunión OMS, pp. 667-672.

Una conferencia internacional sobre el SIDA, patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y la OMS, se mantuvo en Atlanta del

15 al 17 de abril de 1985. Asistieron más de 3.000 participantes de 50 países. Esta conferencia fue seguida de una reunión organizada por la OMS el 18 y 19 de abril, en que los participantes revisaron la información presentada en la conferencia y valoraron sus consecuencias internacionales para la salud, que se describen en este memorándum.

OMS. *Las vacunas antitosferina. Estado de las investigaciones: memorándum de una reunión de la OMS*, pp.673-680.

Los trabajos realizados recientemente sobre la interacción huésped-agente patógeno en la tos ferina y sobre la inmunoquímica de *Bordetella pertussis* han llevado a identificar ciertos antígenos protectores previsibles. Los resultados obtenidos dejan esperar que una vacuna abacteriana (es decir, constituida por ciertas subunidades bacterianas) más activa y menos reactógena podrá ponerse a punto para reemplazar a la vacuna de gérmenes enteros empleada actualmente. El presente memorándum da una visión del estado de los trabajos relativos a la vacuna antiptisiosa, describe los medios de evaluar las posibles vacunas y expone las necesidades en materia de investigación.

MEMORÁNDUM DE UNA REUNIÓN OMS-USPHS-NIBSC. *Formas recombinantes del virus de la vacuna utilizadas como vectores vivos para antígenos vacunales*, páginas 681-688.

Un taller científico se reunió en Bethesda, MD (Estados Unidos), el 13 y 14 de noviembre de 1984, bajo los auspicios de la OMS, del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y del Instituto Nacional para Estándares Biológicos de Londres para revisar los progresos de la investigación en el campo de la utilización, como vacunas vivas para uso médico y veterinario, de virus de la vacuna modificados por métodos de ingeniería técnica. A continuación de esta reunión se organizó, por la OMS, una consulta informal a fin de examinar las ventajas y los inconvenientes de esta nueva metodología de preparación y de producción de vacunas. Los debates se han referido a la necesidad de continuar las investigaciones y al papel que podría jugar la OMS en la coordinación y la promoción de las actividades internacionales en este campo. Este informe resume las conclusiones del taller científico y las recomendaciones formuladas en la consulta.

MEMORÁNDUM DE UNA REUNIÓN DE LA OMS: *Vacunas antihepatitis B preparadas en levaduras por métodos de ingeniería genética*, pp. 689-694.

Una reunión de expertos organizada por la OMS referente a la producción de vacuna antihepatitis B preparada por métodos de ingeniería genética utilizando una levadura (*Saccharomyces cerevisiae*) como huésped, se ha celebrado del 19 al 21 de noviembre de 1984 en Ginebra, Suiza. Los recientes progresos de la genética molecular han permitido la identificación de genes que codifican sustancias biológicamente activas, permitiendo el análisis fino de estos genes, así como su transferencia en microorganismos huéspedes, su expresión en condiciones controladas, es decir, la obtención de una síntesis eficaz del producto para el que codifican. Desde entonces, se permite aplicar esta nueva metodología a la fabricación de vacunas. Así el gene que codifica el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg, proteína de la

envoltura vírica) ha sido clonado e insertado en varios vectores de expresión. La expresión de estos genes se ha obtenido después de la transferencia de los plásmidos recombinantes a levaduras. Durante esta reunión, en la que participaron representantes de siete firmas farmacéuticas se han enunciado directrices respecto al control de la vacuna antihepatitis B producida en levaduras y las pruebas a las que deberá someterse.

ESPOSITO, J. J.; NAKANO, J. H., y OBIJESKI, J. F.: *¿Pueden derivarse virus semejantes al de la viruela del virus de la viruela de los monos?* Investigación basada en la cartografía del ADN, pp. 695-703.

Se presentan los resultados de un estudio especial para determinar si los virus de la ortopoxvirosis blanca («white pox») semejantes al de la viruela, podrían ser variantes de la ortopoxvirosis de los monos, resultantes de una o varias mutaciones, como se ha descrito antes. Se ha establecido el mapa del ADN (por hibridación cruzada de fragmentos de ADN obtenidos mediante endonucleasas de restricción) para 18 ortopoxvirus retenidos para este estudio a saber: virus de la viruela y de la ortopoxvirosis de los monos y virus productores de vesículas blancas (no hemorrágicas) recogidos sobre la membrana corioalantoidea previamente infectada por ortopoxvirus de los monos, productores de vesículas rojas (hemorrágicas). El carácter bien distinto de los mapas de ADN del virus de la viruela verdadera y del virus de la ortopoxvirosis del mono indica que la producción espontánea del virus de la ortopoxvirosis blanca a partir del ortopoxvirus del mono es genéticamente imposible. Estas y otras observaciones llevan a la conclusión de que los virus «white pox» aislados de reservas de virus de la viruela de los monos tenían un origen exógeno.

KURSTAK, E.: *Progresos en inmunoensayo enzimático: producción de reactivos, diseño experimental e interpretación*, pp. 793-811.

El inmunoensayo enzimático representa en muchos casos el procedimiento de preferencias para la detección de antígenos o los anticuerpos correspondientes. Sin embargo, muchos de los procedimientos actuales no se realiza de forma óptima. Este artículo revisa los diseños disponibles, los sistemas de reconocimiento auxiliares, la producción y purificación de anticuerpos, los procedimientos de conjugación, materiales en fase sólida, registro e interpretación de resultados y control de calidad y estandarización de procedimientos para mejorar la reproducibilidad de las pruebas.

REUNIÓN DE LA OMS: *La amibiasis y la lucha antiamibiana*, pp. 821-831.

El número de personas afectadas por el parásito *Entamoeba histolytica* fue estimado recientemente en 480 millones en todo el mundo, y el de víctimas de la amibiasis invasiva en 48 millones. Esta última, bajo sus formas intestinal y extraintestinal, es responsable de 40.000 a 110.000 fallecimientos por año. Esta mortalidad y esta morbilidad tan altas imponen una intensificación urgente de las investigaciones con el fin de adoptar estrategias de lucha más eficaces. Se examinan en este artículo la amplitud del problema, el diagnóstico clínico y el diagnóstico de laboratorio, las medidas preventivas y terapéuticas actuales, las estrategias de lucha posibles y las prioridades en materia de investigación.

REUNIÓN OMS: *Puesta a punto de vacunas. Nuevos enfoques*, pp. 851-857.

Los recientes progresos de la inmunología y la biología celular podrían permitir la mejora de las vacunas existentes, e incluso obtener en el futuro vacunas contra organismos complejos como los parásitos. Gracias a las técnicas modernas, como la utilización de los anticuerpos monoclonales, ahora es posible identificar los epitopos protectores (determinantes antigénicos capaces de suscitar una respuesta inmunitaria protectora) y de obtenerlas en laboratorio mediante técnicas químicas o por ingeniería genética. Sin embargo, la mayor parte de estas vacunas potenciales no llegan a producir una respuesta inmunitaria suficiente. Para obtener esta última puede considerarse necesario acoplar estas vacunas con moléculas portadoras e inyectarlas con adyuvantes apropiados. Un mejor conocimiento de la forma en que los antígenos se presentan a las células inmunocompetentes facilitarían la elección de las moléculas portadoras y los adyuvantes a utilizar con las futuras vacunas.

REUNIÓN DE LA OMS: *Referente a un anticonceptivo implantable*, pp. 859-865.

Este memorándum expone los resultados de las investigaciones efectuadas en los animales y los hombres, con un anticonceptivo implantable, el Norplant y en los casos deseables, con sus constituyentes, el Levonorgestrol y el Silastic. Incluye una evaluación los ensayos clínicos, comprendidos aquellos que sostienen una eficacia y los efectos secundarios y comentarios sobre los problemas de prestaciones de servicios. En conclusión, es posible prever que el Norplant constituye una opción para una anticoncepción prolongada y reversible.

BISTONI, F., y cols.: *Interés de la titulación por hemaglutinación pasiva con hematíes de pavo en la prevención del tétanos en los heridos*, pp. 905-914.

Una variante de la titulación por hemaglutinación utilizando hematíes del pavo (TRC-HA) fue puesta a punto recientemente. El método es muy simple, reproducible y puede ser realizado en cuarenta minutos (mientras que con hematíes de cordero son necesarias seis horas). Esta prueba ha permitido constatar que los títulos de anticuerpos superiores de 0,5 UH/ml dados por la hemaglutinación (HA) corresponden siempre a títulos superiores a 0,01 UI en neutralización (NT). El valor 0,5 UH/ml se ha elegido, por tanto, como título discriminante en HA, entre las personas protegidas y las personas no protegidas. Como ayuda a este criterio, hemos examinado el suero de 873 heridos, de manera que se les ha podido administrar, si era necesario, un tratamiento preventivo apoyándose en las tasas de anticuerpos antitetánicos, la otra posibilidad era la de fiarse de la anamnesis. Los resultados obtenidos son muy diferentes. Según la anamnesis, 124 pacientes (14,2 por 100) estaban protegidos y no necesitaban un tratamiento completo de anatoxina tetánica asociada a inmunoglobulinas antitetánicas humanas (ITH) y 253 sujetos (29,0 por 100) estaban parcialmente protegidos y necesitaban una inyección de recuerdo con anatoxina tetánica sin ITH. Son los títulos de los anticuerpos antitetánicos por TRBC-HA, 479 sujetos (54,9 por 100) estaban protegidos, 279 (32 por 100) estaban protegidos en parte y necesitaban un recuerdo y 115 solamente (13,2 por 100) no estaban protegidos y la sero-anatoxino-prevención se impuso. La eficacia de los tratamientos profiláticos administrados en función de los dos criterios de inmunidad también fue comparada. Un total de 129 pacientes fue repartido en dos grupos: grupo

I (50 sujetos) recibe 250 UI de ITH cualquiera que sea su grado de inmunidad frente al tétanos; grupo II (79 sujetos) recibe un tratamiento apropiado o no recibe tratamiento en función de las tasas de anticuerpos antitetánicos, determinado por medio de TRBC-HA. El resultado de los diferentes tratamientos fue examinado siete días y treinta días más tarde. Los títulos por HA y NT destacan con nitidez que, a pesar de la obtención de una protección durante un tiempo limitado, administrando 250 UI de ITH, no se confiere una protección satisfactoria ($> 0,01$ UI/ml) más que al 80 por 100 de los pacientes. Las intervenciones basadas en la dosis de anticuerpos antitetánicos permiten conferir en una treintena de días una protección a la totalidad de los pacientes tratados.

GRECO, D.: *Estudio de casos-testigos en Campania (Italia) sobre encefalopatía asociada a la vacunación contra la difteria y el tétanos*, pp. 919-925.

Entre enero de 1980 y diciembre de 1982, se recibieron de Campania un número alarmante de informes en los que figuraban numerosos casos de encefalopatías en niños que habían sido vacunados contra la difteria y el tétanos, en el curso de la semana precedente. Un estudio de casos-testigos fue iniciado para dilucidar una posible correlación entre la encefalopatía y la vacunación. Con este fin se definió como caso de encefalopatía un niño admitido en la unidad regional de cuidados intensivos de pediatría (la única de la región) con un diagnóstico de coma, de síndrome de Reye, de convulsiones o de estupor —en total 45 casos—. Para cada uno de ellos, dos testigos emparejados por el sexo, la fecha de admisión y la edad, fueron escogidos entre los sujetos admitidos en la misma unidad y dos testigos emparejados por el sexo, la edad y el lugar de residencia fueron igualmente seleccionados en el registro de nacimientos. Los datos de vacunaciones fueron examinados para los casos y para los testigos. Entre los casos, 29 habían sido vacunados contra la difteria y el tétanos en el mes que había precedido a la aparición de la enfermedad, 25 de ellos habían sido vacunados en la semana precedente. Por el contrario sólo 21 de los testigos hospitalizados y cuatro testigos elegidos en el mismo lugar de residencia habían sido vacunados. Estas diferencias son estadísticamente significativas. Entre los casos vacunados, 38 por 100 habían recibido la primera dosis de vacuna antidiftérica-antitetánica y 45 por 100 habían recibido igualmente la segunda dosis, el 17 por 100 restante habían recibido al menos tres dosis. Sobre los 29 casos vacunados, 25 (86 por 100) fallecieron en el hospital. Geográficamente, los casos se reparten en toda la Campania, 12 eran de Nápoles (1,3 millones de habitantes), que es la capital de la región. Los datos sobre el número de dosis de vacuna administrados mensualmente, solamente nos han sido facilitados por Nápoles (239.802 dosis en el curso de los tres años de estudio). Suponiendo que la proporción de niños vacunados sea la misma en Nápoles y en el resto de Campania, se puede estimar en 332.000 por año el número de dosis de vacuna antidiftérica-antitetánica administrada en la región (5,4 millones de habitantes) o sea 996.000 dosis para los tres años de estudios. Los 29 casos de encefalopatías señalados en el curso de este período dan una tasa anual de incidencia de 2,9 por 100.000 dosis de vacuna DT.

ZOULEKIG: *Marcadores de las hepatitis por virus A y B. Comparación directa entre suero total y sangre depositada en gotas sobre papel de filtro*, pp. 935-939.

La sensibilidad de un método consistente en depositar en gotas 50-100 μ l de sangre sobre papel de filtro para detectar los marcadores de las hepatitis A y B fue comparada en la misma población con el análisis del suero total. Los marcadores de las hepatitis

A y B fueron investigados por título radioinmunológico y la población estudiada comprendía sobre todo a niños de una región endémica (tamaño de la muestra: 86 sujetos, edad media: 8,3-8,5 años). El análisis de sangre depositado sobre papel de filtro era menos sensible que el análisis del suero total, sobre todo por las débiles concentraciones de antígenos. Todos los siguientes marcadores (las concentraciones o títulos en el suero están indicadas entre paréntesis) han sido detectados por el método sobre el papel de filtro: anti-HAV ($\geq 1:10$), anti-HBc ($\geq 1:100$), anti-HBs (≥ 30 UI/l), HBsAg (> 0.1 mg/l), HBeAg ($> 1:100$). Por debajo de estos valores una cierta proporción de sueros positivos no fueron detectados por el método sobre papel de filtro. La sensibilidad reducida de este método es probablemente debida a la disolución de la sangre cuando la toma está preparada para el análisis. No se recomienda para las encuestas, cuando se intenta obtener un cuadro exacto de la situación epidemiológica. Pero podría utilizarse para detectar los portadores de HBsAg y los sujetos inmunes (anti-HBs positivos) ante una campaña de vacunación puesto que el porcentaje de detección sobrepasará sin duda el 90 por 100.

GORCHEV, H. G., y JELINEK, C. F.: *Revisión de las ingestiones de contaminantes químicos en la dieta*, pp. 945-962.

Se han recibido datos sobre ingestiones en la dieta de ciertos contaminantes de once centros colaboradores que participan en el Programa Conjunto FAO/OMS de Vigilancia de la Contaminación de Alimentos. Los datos cubren el periodo de 1971 a 1983 e incluyen información sobre la ingestión de una serie de pesticidas organoclorados y organofosfóricos, bifenilos policlorurados, cadmio, plomo y aflatoxinas. Cuando se comparan con la ingestión diaria aceptable (IDA) o la ingestión semanal provisional tolerable (ISPA) de los pesticidas/contaminantes en cuestión, los datos indican que, en algunos países, la exposición a ciertos pesticidas organoclorados puede constituir una significativa porción del IDA. Debido a la concentración de estos compuestos en las porciones grasas del alimento, una alta ingesta de grasas animales aumentará la exposición diaria a compuestos organoclorados. Las ingestiones diarias de cadmio y plomo constituyen un apreciable porcentaje de la ISPA para estos dos contaminantes. Como las ingestas de cadmio y plomo por kilogramo de peso corporal son superiores para los niños, deben hacerse todos los esfuerzos posibles para reducir los niveles de estos dos contaminantes en el suministro de alimentos.

CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, julio-agosto de 1985.

MACLEOD, J. E., y cols.: *¿Deberían recibir vacuna contra la hepatitis B los individuos con anti-HBs como único marcador de infección por este virus?*, p. 229.

En el curso de una reunión de diagnóstico precoz entre empleados y tratando de encontrar marcadores de una exposición anterior a la hepatitis B, se pudo identificar en un grupo de personas anticuerpos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-HBs) no acompañados de anticuerpos contra el antígeno nuclear de la hepatitis B (anti-HBc). La cuestión planteada era, pues, saber si estos empleados eran inmunes a la hepatitis B, o si debían ser vacunados. Fue necesario igualmente determinar si estas reacciones eran específicas o no. Entonces se estudió la reacción de los anticuerpos frente a una dosis de vacuna. La ausencia de reacción indicó que los empleados no eran inmunes y se recomendó la vacunación.

HERTZMAN, C., y cols.: *Comparación entre dos Programas de Vigilancia de la Tuberculosis en el hospital. Riesgos y Beneficios*, p. 237.

Este estudio utiliza el método de análisis de las decisiones descrito por Krassiner para comparar las ventajas de las directrices de la vigilancia de la tuberculosis (contenidas en el estatuto del Hospital de Ontario) y las de cualquier otra política. Esta última limita la exposición a los rayos X a las personas susceptibles de comunicar la infección o de contraerla. La evaluación riesgos/ventajas se funda en nuestra experiencia en el centro médico de la Universidad Mc Master, así como en la lectura de documentos. El método utilizado nos lleva a preferir netamente la segunda política.

GRYMALOSKI, J. W.: *Necesidad de aprobación y hábito de fumar en la familia como dos indicadores de susceptibilidad a la influencia de los compañeros en el hábito de fumar*, pp. 244-249.

Este estudio demuestra que los factores de personalidad que conducen al hábito del tabaco pueden ser identificados si se tiene en cuenta el factor social subyacente del hábito de fumar de los compañeros. Se ha utilizado el índice de Marlowe-Crowne para estudiar las características de la personalidad y la necesidad de aprobación. Se ha constatado que las personas caracterizadas por una necesidad de aprobación elevada están menos influenciados por sus colegas en lo que se refiere al hábito de fumar. Esta influencia de «sus iguales» aumenta en aquellos que no sienten ninguna necesidad de aprobación. Se puede decir que existe un «núcleo» de fumadores que no es sensible a la política anti-tabaco. Estos fumadores pueden, pues, libremente influenciar a sus compañeros más predispuestos. La influencia del hábito de fumar está fuertemente ligada, de una forma lineal, a la influencia sobre sus compañeros.

SAWYER, S., y cols.: *Consideraciones sobre inmunización de los niños*, pp. 259-261.

La protección contra las enfermedades evitables mediante vacuna es una de las funciones importantes de la higiene pública. Se ha estudiado la vacunación de los niños nacidos en 1980, 66 por 100 de estos niños han sido vacunados adecuadamente, conforme al programa provincial recomendado. Nos hemos esforzado en interrogar a los padres de los niños no vacunados, obteniendo así algunas razones. Esto ha permitido confirmar la importancia de la educación del público, la necesidad de un sistema de recuerdo y de facilidad de acceso al público. Para conseguir un nivel óptimo de vacunación, la evaluación de nuestros programas debe ser permanente y la metodología debe ser múltiple.

ALLEYNE, B. C., y cols.: *Pérdida del oído en trabajadores en arenales*, pp. 266-268.

En un estudio, a 150 trabajadores empleados en un arenal industrial hemos aplicado un cuestionario sobre la salud y efectuado pruebas de función respiratoria, obtenido una radiografía pulmonar y un audiograma de cada sujeto. Un trabajador presentaba una disminución de la función respiratoria y 77 (49 por 100) un desplazamiento elevado del umbral auditivo, solamente un caso podía justificar una petición de indemnización o de compensación. Las anomalías auditivas eran de carácter médico (9,3 por 100) causadas por el ruido (14 por 100) e Índice de Pérdida Precoz 26 por 100. Se

recomienda investigaciones suplementarias con el fin de diagnosticar simultáneamente los problemas pulmonares y auditivos de estos trabajadores.

ENERGIA NUCLEAR, julio-agosto de 1985.

CARRILLO, D., y cols.: *Criterios radiológicos en emergencias nucleares*, pp. 297-315.

Los autores de este artículo pretenden ilustrar la forma de adaptar las recomendaciones procedentes de organizaciones supranacionales o las prácticas seguidas en otros países, a las peculiaridades existentes en España en el caso concreto de los Planes de Emergencia Nuclear. La adaptación se ha centrado en los criterios dados por el Consejo de Seguridad Nuclear y ha tenido en cuenta los niveles de protección radiológica que se consideran adecuados para la población en nuestro país en el caso de accidentes nucleares. La resolución tecnológica que ha supuesto la introducción de conceptos tales como «seguridad a ultranza», «tan bajo como pueda razonablemente conseguirse» y «equilibrio costo social beneficio económico» preconizados respectivamente dentro de los campos de aplicación de la Seguridad Nuclear, Protección Radiológica y Seguridad Radiológica, hace que los mismos sean imposibles de cuantificar con carácter universal, y han de ser los organismos encargados de regular la utilización pacífica de la energía atómica los que, ateniéndose a los principios que dichos conceptos encierran, aporten las guías numéricas necesarias que permitan su materialización equilibrada con las características, necesidades o idiosincrasias del país al que se apliquen.

Santullano Planas, A.: *Panorama legal de los residuos radiactivos en España. Creación de una empresa pública para su gestión*, pp. 317-323.

Como resumen de este trabajo podemos extraer los siguientes puntos: El tratamiento normativo que, hasta fechas recientes, se ha dado a la Gestión de los Residuos Radiactivos ha sido escaso, disperso y poco eficaz. Se inicia una ordenación presidida por la idea de gestión integral a cargo de una entidad dotada de gran flexibilidad administrativa. La perspectiva de futuro es completar la ordenación iniciada, poniendo el énfasis en el respaldo del Estado a las actividades de gestión y a la solución de los emplazamientos. Finalmente señalar la intención evidente del Gobierno de que el tratamiento legislativo que se dé a la gestión de los residuos radiactivos traduzca la voluntad de transparencia que en este campo se desea. La obligatoriedad de preparar planes anuales y la intención de que los mismos sean conocidos, aparte de por el propio Gobierno y por las Cortes, por el público en general, avalan esta intención de transparencia, lo que, aparte de ser una obligación, es la única garantía para una gestión adecuada y eficaz.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLINICA, julio-agosto de 1985.

BARTOLOMÉ, R. M., y cols.: *Infecciones por virus respiratorio sincitial. Estudio de 50 enfermos con aislamiento positivo. Aspectos epidemiológicos y clínicos*, páginas 151-157.

En este trabajo se estudian los datos epidemiológicos, clínicos, evolutivos y de exploraciones complementarias, recogidos retrospectivamente de las historias clínicas de 50 enfermos pediátricos afectos de infección por virus respiratorio sincitial (VRS)

evidenciada por aislamiento del virus en cultivos celulares realizados a partir de secreciones faríngeas, nasales o bronquiales, en todos los pacientes internados en los Servicios de Neonatología y Lactantes de la Clínica Infantil de la Ciudad Sanitaria Vall D'Hebron durante un periodo de veinticinco meses.

Los cuadros clínicos más frecuentes en esta infección fueron la bronquitis aguda, 42,85 por 100, y la bronquiolitis aguda, 40,82 por 100. Todos los pacientes tenían una edad inferior a tres años y un 78 por 100 de ellos eran menores de seis meses. Predominó el sexo masculino y la enfermedad apareció en forma de brotes estacionales en otoño, invierno y principios de primavera. En el 94 por 100 de los casos el motivo del ingreso hospitalario fue la dificultad respiratoria. La cifra media de días de duración de la enfermedad fue de 12,14 días por paciente. El 20 por 100 de los enfermos sufrió algún tipo de complicación respiratoria, el 24 por 100 del total padeció una infección nosocomial y falleció el 6 por 100 de los 50 niños.

MUÑOZ, J. R., y cols.: *Triquinosis. Presentación aislada de dos nuevos casos*, páginas 166-169.

Se presentaron dos pacientes afectos de triquinosis aguda, pertenecientes a casos aparentemente aislados de la enfermedad; la fuente de contagio fue la carne de jabalí en un caso y la de cerdo en otro. Las manifestaciones clínicas incluyeron una fase intestinal, seguida de reacción eritematosa cutánea generalizada, fiebre alta, edema periorbitario y mialgias difusas. El diagnóstico se realizó por la sospecha clínicoepidemiológica y datos de laboratorio, siendo confirmado serológicamente en un paciente y por biopsia muscular en ambos. Un caso cursó con signos isquémicos electrocardiográficos transitorios y patrón miopático en el electromiograma. El tratamiento con tiabendazol fue eficaz en los dos pacientes. Se comentan las características clinicobiológicas y epidemiológicas de la enfermedad, en relación con la literatura sobre la misma.

GACETA SANITARIA DE BARCELONA, mayo-junio de 1985.

PERIS ANÓN, F. J., y RODRÍGUEZ SERRA, R. M.: *Sistema de registro para la información sanitaria en asistencia primaria*, pp. 90-96.

En el presente trabajo se presenta un modelo de Sistema de Registro en la atención Primaria de Salud, basado en cinco elementos: Cartilla individual para la asistencia sanitaria; Registro de demanda diaria; Libro de registro de diagnósticos; Historia clínica, y Diagnóstico de Salud de la Comunidad. Analizándose los datos que suministran cada uno de ellos y los objetivos desde la óptica de la acción sanitaria, planificación, evaluación, investigación y docencia que cubren cada uno de ellos.

Septiembre-octubre de 1985.

CAMPRODÓN BERTRÁN, A.: *Exámenes selectivos de Salud*, pp. 170-174.

Se plantea la utilidad, en el momento actual, de los exámenes de salud como revisión periódica inespecífica, estudiándose la evolución de los mismos. Previa definición de los distintos tipos de examen y su finalidad. Se concreta el examen selectivo, no anual, con la aplicación de unos conjuntos de medidas de protección a

diferentes edades, para la prevención de determinados factores de riesgo. Finalmente, se concluye la necesidad de mantener los exámenes de salud, con las oportunas adecuaciones, a escolares y personas de la tercera edad.

BATALLA CLAVELL, J., y cols.: *Estudio de las declaraciones de brucelosis recibidas en el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona*, pp. 180-183.

Estudio de las declaraciones de brucelosis recibidas en el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona durante 1984. Distribución de los casos según sexo, edad, lugar de residencia, profesión, mecanismo de transmisión, sistema de diagnóstico y relación de las actuaciones realizadas.

CABASES, J. M.: *Notas sobre economía y reforma de la atención primaria*, pp. 184-187.

Estas breves notas parten del supuesto de que la reforma de la atención primaria es una tarea multidisciplinar en la que tiene cabida la disciplina de la economía junto a otras. Se trata de destacar algunas de sus posibles aplicaciones así como de sugerir cuestiones para debate complementando las planteadas desde la perspectiva epidemiológica con el fin de ayudar conjuntamente al éxito de los nuevos planteamientos de atención primaria existentes en nuestro país en el marco de la reforma sanitaria conjunta que nos viene.

HEALT EDUCATION JOURNAL, julio-septiembre de 1985.

LEDWITH, F., y OSMAN, L.: *La evaluación de un programa de intervención sobre tabaco en una escuela secundaria*, pp. 131-135.

Basado en un trabajo previo de E. V. se desarrolló un plan de cinco lecciones de educación sobre tabaquismo y se usó con alumnos de Secundaria 1 (doce-trece años) en tres escuelas. Una encuesta por cuestionario anónimo a los seis meses de la intervención, mostró que, entre los no fumadores antes de la prueba, 27 dijeron ser fumadores (7,3 por 100) en las escuelas donde se intervino en comparación con 11 (16,7 por 100) en una escuela control ($p < 0,001$), mientras que no hubo efecto estadístico significativo de la intervención sobre los que fumaban antes de la prueba. El análisis multivariable mostró semejanza entre las predicciones concurrentes y reales de los factores de riesgo del tabaquismo pero no logró mostrar el valor prospectivo del ejemplo del grupo de iguales en los que nunca habían fumado antes de la intervención. La conclusión sacada sobre la eficacia de la intervención debe calificarse ya que no se intentó hacer ninguna evaluación objetiva del testimonio sobre hábito de fumar, mientras que la escuela control no fue elegida estrictamente al azar y tenía una tasa inicial de fumadores algo más alta. No obstante, hay buenas razones para decir que la intervención educativa tuvo efecto beneficioso.

BATTEN, L.: *Evaluación de una estrategia promocional para la operación «Deje de fumar»*, pp. 135-143.

Este estudio refiere la evaluación de la comunicación de un mensaje a la población de una zona definida. El mensaje era nuevo: que se disponía localmente de grupos de

autoayuda para los fumadores que desearan apoyo y que constituían un servicio de ayuda veraz. Surgió de una revisión a la mitad del plazo de tres años de la Operación «Deje de fumar» en Wessex cuando quedó claro que los líderes de grupos estaban buscando una coordinación y promoción centrales del servicio para aumentar el reclutamiento de ofertas locales del servicio. Un plan promocional de seis puntos fue diseñado que atrajo fondos del Comité de Cáncer de Wessex y del Consejo de Educación Sanitaria. La mayoría del trabajo promocional fue realizado en el período enero-mayo de 1984. Para evaluar el impacto de las varias formas de comunicación a la población, se realizó una encuesta en la calle en diciembre de 1984 por estudiantes del Instituto de Educación Superior de Southampton. El cuestionario fue diseñado para aprobar los niveles de apreciación de carteles, folletos y anuncios en autobuses en la ciudad de Southampton. Los 708 cuestionarios cumplimentados muestran que los que habían respondido parecían bastante representativos de la población general en términos de sexo, hábito tabáquico y ocupación. Hubo una representación algo mayor del grupo de dieciséis a veinticinco años. «Deje de fumar» se reconoció por casi 8 por 100 de los que respondían sin aviso y la descomposición de respuestas con aviso muestra que el recuerdo de los carteles y de los anuncios en los autobuses por los que respondían, estaba alrededor del 15 por 100 para cada método. El reclutamiento durante el período de enero a mayo de 1984 aumentó en cerca del 60 por 100 sobre el año previo, parte del cual puede haberse debido al impacto del trabajo de promoción central.

NGUYEN-VAN-TAM, J. S., y PEARSON, J. C. E.: *Deseos y creencias de los adolescentes sobre motociclismo: consecuencias educativas*, pp. 146-148.

Una encuesta por cuestionario realizada en octubre de 1984 que comprendió 480 adolescentes de quince a dieciséis años de edad investigó el deseo de hacer motociclismo durante la adolescencia en relación con varios factores demográficos y de seguridad vial. Este deseo era más fuerte en los varones de zonas rurales que tenían pocas perspectivas de obtener educación posterior. Este grupo también tenía menos inclinación a aprender a montar a caballo y otras precauciones de seguridad vial. Como la mayoría de los alumnos eran bien conscientes de los niveles de accidentes puede ser implicada la aceptación del riesgo deliberada. Hubo un número de consecuencias para la educación sanitaria acerca de seguridad vial.

HYGIE, julio-septiembre de 1985.

COHEN SOLAL, J. M.: *Educación para la Salud en Francia. Nuevos datos para una mejor estrategia*, pp. 9-12.

Hace poco tiempo, Francia carecía considerablemente de estadísticas fiables, lo que dificultaba el establecimiento de programas preventivos. Para solucionar esta situación el gobierno decidió en 1981 la instalación de observatorios regionales de salud y la redacción de un informe puntual sobre la salud del país. El primer informe, titulado *La Salud en Francia*, acaba de ser publicado. Contiene datos sobre la morbilidad y la mortalidad que permitirán a los administradores de salud pública de desarrollar nuevas estrategias en prevención y educación para la salud.

ESSEX-CATER, A., y MURRAY, D.: *Educación sanitaria en las enfermedades transmitidas sexualmente*, pp. 41-47.

Los autores destacan ciertas características concernientes a las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), la juventud de los interesados, el hecho de que aparte de esto están bien y pueden seguir con sus actividades normales (aparte de la actividad sexual y la mala información relativa a las ETS). Estas características, no exhaustivas por supuesto, permiten orientar la educación sexual. Conviene empezar una educación sexual elemental desde la primera enseñanza, basándose en la anatomía y fisiología. Los autores lamentan que no se dedique la suficiente atención a estas enfermedades en los estudios de medicina y enfermería en el Reino Unido. De aquí, según ellos, el gran número de estudiantes de medicina y enfermeros que sufren estas enfermedades. En una segunda parte, los autores dan una bibliografía crítica de las publicaciones relacionadas con la ETS, en el Reino Unido, con referencia principal a la educación sexual. El único autor francés al que se hace referencia es A. Siboulet por un artículo en Salud del Mundo.

BESSON, H.: *El lugar de los auxiliares de Puericultura en la Educación para la Salud*, páginas 48-51.

Francia tiene una categoría de trabajadores sanitarios que se llaman auxiliares de pediatría (AP) que se ocupan de cuidar a niños de cero a seis años de edad. Las AP tienen un papel muy importante en el desarrollo del niño, puesto que se encargan de darle de comer, limpiarle, jugar con él y vigilarle mientras duerme. Sin embargo, se nota que en la mayoría de los casos no tienen conciencia de la importancia de su labor al nivel psicológico y consideran que su responsabilidad se limita a buena higiene. El autor sugiere que durante su formación se les enseñe a las AP a que hagan observaciones psicológicas en cuanto al desarrollo y vida emotiva del niño. También es importante que se forme a las AP como si fueran educadores de salud, puesto que es la tarea que cumplimentan cada día.

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 25 de enero de 1985.

COCHI, S. L., y cols.: *Vacunación de niños estadounidenses con vacuna de polisacáridos de «Hemophylus influenzae» tipo B. Modelo coste-eficacia de valoración de estrategia*, pp. 521-529.

El *Hemophylus influenzae* tipo B (HIB) es la causa principal de meningitis bacteriana en Estados Unidos. Se están haciendo esfuerzos para desarrollar vacunas inmunogénicas en niños menores de dieciocho meses, pero la eficacia clínica de una vacuna de polisacáridos del HIB previamente desarrollada ya ha sido establecida en niños de dieciocho meses o mayores. Desarrollamos un modelo coste-eficacia para evaluar la inmunización de los niños estadounidenses con esta vacuna de polisacáridos de HIB, pendientes del desarrollo de un producto más inmunógeno. El modelo permitía la comparación del impacto de estrategias alternativas para el uso de la vacuna, incluyendo el uso universal a los dieciocho o veinticuatro meses de edad, el uso de una segunda dosis después de la inmunización primaria y el uso en grupos de alto riesgo, tales como los que son atendidos en centros de atención diurna. La vacunación general

a los dieciocho o veinticuatro meses de edad dio como resultado estimaciones similares de prevención de la enfermedad para la mayor eficacia esperada y por la duración de la inmunidad de la vacuna cuando se aplica a los veinticuatro meses. En general, la puesta en marcha de la inmunización de rutina de los niños contra el HIB a los dieciocho meses de edad fue la estrategia más rentable según coste-eficacia. La vacunación generalizada a los dieciocho meses de edad, combinada con una segunda dosis para los que son atendidos en centros de atención diurna, aumentaría de forma importante el número de casos evitados, con un mínimo aumento de costos. La vacunación generalizada con una pauta de dos dosis empezando a los dieciocho meses de edad podría prevenir la mayoría de la enfermedad.

HARLAN, W. R., y cols.: *Plomo en sangre y presión arterial. Relación en la población adolescente y adulta en Estados Unidos*, pp. 530-534.

La fuerte exposición al plomo ha sido relacionada con la enfermedad cardiovascular, pero las exposiciones pequeñas encontradas en el ambiente general no han sido asociadas previamente con el riesgo de enfermedad. La relación entre niveles de plomo en sangre y las presiones sanguíneas fue examinada usando datos de la segunda Encuesta Nacional por Examen de Salud y Nutrición. Una relación directa se encontró entre los niveles de plomo en sangre y las presiones sistólica y diastólica de hombres y mujeres y para personas blancas y negras de edad entre doce y setenta y cuatro años. Los niveles de plomo en sangre fueron significativamente mayores en hombres y mujeres jóvenes (de veintiuno a cincuenta y cinco años de edad) con hipertensión, pero no en hombres o mujeres mayores (de cincuenta y seis a setenta y cuatro años). En análisis de regresión múltiple, la relación de plomo en sangre con la presión arterial fue independiente de otras variables en los hombres, pero no en las mujeres. Los niveles de calcio en la dieta y de cinc en suero estaban inversamente relacionados con la presión arterial.

15 de marzo de 1985.

GRUCHOW, H. W., y cols.: *Alcohol, ingestión de nutrientes e hipertensión en adultos en Estados Unidos*, pp. 1567-1570.

Los datos de la primera Encuesta por Examen de Salud y Nutrición se analizaron con técnicas estadísticas multivariantes para determinar si había pruebas de que el alcohol contribuyera a la hipertensión y para proporcionar una perspectiva adecuada sobre la importancia de las variables nutricionales en comparación con otros factores de riesgo establecidos para la hipertensión. Los resultados de estos análisis reafirman la importancia de la ingestión de alcohol y sodio sobre las presiones sanguíneas entre adultos estadounidenses. El potasio (universalmente) y el fósforo (directamente) también se identificaron como importantes predictores nutricionales de hipertensión sistólica. La ingestión de calcio estaba significativamente relacionada con la presión sistólica sólo entre hombres no blancos y no era un predictor significativo de la presión sistólica en general. Además, los resultados del estudio vuelven a destacar la extraordinaria importancia de la edad, la raza y la obesidad en la determinación de la hipertensión. Las ingestiones normales de nutrientes, en comparación, son relativamente menos importantes.

BECKER, T. M., y cols.: *Infecciones por herpes genital en la práctica privada en Estados Unidos, 1966 a 1981*, pp. 1601-1603.

Analizamos los datos sobre infracciones por herpes genital en Estados Unidos desde 1966 a 1981, recogidas de la Encuesta Nacional de Enfermedad e Índice Terapéutico. El número de consultas privadas médico-paciente por herpes genital aumentaron diez veces durante este periodo. El número de visitas de pacientes por infecciones recién diagnosticadas aumentaron 7,5 veces. Las mujeres de veinte a veinticuatro años y los hombres de veinticinco a veintinueve años era más probable que consultaran a un médico privado por herpes genital que los pacientes de otros grupos de edad. Nuestro análisis sugiere una creciente incidencia nacional de infecciones por herpes genital y apoya el concepto de que las infecciones por herpes genital son epidémicas en Estados Unidos.

KING, G. S., y cols.: *Muerte súbita en adolescentes resultante de la inhalación de líquido corrector de máquinas de escribir*, pp. 1604-1606.

El abuso de inhalación de varios agentes tóxicos continúa siendo un problema sanitario importante entre el segmento más joven de nuestra sociedad. Describimos cuatro casos de muerte súbita en adolescentes asociados con aspiración por diversión de líquido de corrección de máquinas de escribir ocurridos durante el período de 1979 a la mitad de 1984. Los solventes usados en la mayoría de estos líquidos, 1, 1, 1-tricloroetano y tricloroetileno, se sabe que pueden producir arritmias fatales. La aspiración de líquido de corrección de máquinas de escribir representa un peligro importante e inapreciado para las vidas de los que abusan de ellos. Los sanitarios escolares, los departamentos de sanidad y el personal que se ocupa del cumplimiento de la ley deberían estar alerta de la necesidad de vigilar este tipo de actividad.

LA MEDICINA DEL LAVORO, julio-agosto de 1985.

INNOCENTI, A., y cols.: *Exposición a la madera de castaño y olfato (estudio piloto)*, páginas 317-320.

Trece trabajadores de la madera que trabajaban exclusivamente con castaño y 24 controles (trabajadores hospitalarios) han sido sometidos a examen rinoscópico y a un examen del olfato. En cuatro trabajadores del castaño se ha hecho diagnóstico de anosmia mientras que en ninguno de los controles se han encontrado alteraciones del olfato (prueba exacta de Fisher: $p = 0,0108$). No se apreciaron diferencias significativas por la presencia de hipertrofia de cornetes o de pólipos entre expuestos y controles. El estudio de las relaciones entre alteraciones de la función olfatoria y exposición previa a polvo de castaño ha dado resultados no estadísticamente significativos, todavía es posible que el dato fuese influenciado por la reducida cantidad de la muestra. Es oportuno que se hagan estudios de la función olfativa en gran escala en los expuestos a polvo de madera para confirmar si la exposición al polvo de madera supone un mayor riesgo de anosmia, así como otros trastornos nasales.

BELLI, S., y cols.: *Una experiencia de enseñanza de la epidemiología ocupacional en Italia*, pp. 321-325.

Se describe una experiencia de enseñanza de la epidemiología ocupacional a autoridades sanitarias. Cursos cortos de métodos introductorios y avanzados en

epidemiología ocupacional y cursos cortos de biometría se organizaron cada año, desde 1982 a 1984 por el Instituto Superior de Sanidad para médicos y otro personal de las Unidades Sanitarias Locales de toda Italia. Un total de unas 500 personas participaron en estos cursos. Se discuten brevemente los objetivos y métodos de este programa de enseñanza.

LABORATORIO, junio de 1985.

FERNÁNDEZ-CREHUET, M., y cols.: *Estudio bacteriológico del recién nacido, de alto riesgo*, pp. 355-366.

Se estudian 968 muestras de exudados óticos, oculares, nasales, faríngeos, umbilicales, jugos gástricos, orinas y heces-meconio de 121 niños recién nacidos con alto riesgo de infección. Un buen número de especímenes resultaron bacteriológicamente positivos, siendo *E. coli* y *S. epidermis* las especies más frecuentes en todas las muestras estudiadas. Se aislaron seis cepas de *Salmonella* en cuatro niños: una de ellas, perteneciente a *S. typhimurium*, se encontró también en heces y vagina de la madre. Los biotipos de *E. coli* y *K. pneumoniae* aislados de madre y recién nacido mostraron una alta coincidencia, así como entre las distintas cepas aisladas del mismo niño.

Agosto de 1985.

ORDUÑA, A., y cols.: *Aplicación de un método inmunoenzimático al diagnóstico serológico de la hidatidosis humana*. I. Estandarización de las pruebas ELISA Ig G e Ig M específicas, pp. 95-112.

En este trabajo se describe la metodología seguida en la estandarización de una prueba ELISA Ig G e Ig M específicas para el diagnóstico de la hidatidosis humana. Para el revestimiento del poliestireno con el antígeno se utilizan los tampones carbonato-bicarbonato (pH 9,6), PBS (pH 7,2) y PBS-A, y se comparan diferentes condiciones de tiempo y temperatura de incubación. Además, se determina la influencia de la concentración del antígeno hidatídico y de las diluciones de los sueros sobre los valores de extinción. Se estudia el efecto de la absorción de los sueros con proteína A sepharosa C144 B sobre los resultados de ELISA Ig M.

ORDUÑA, A., y cols.: *Aplicación de un método inmunoenzimático al diagnóstico serológico de la hidatidosis humana*. II. Especificidad y sensibilidad de las pruebas ELISA Ig G e Ig M específicas, pp. 113-126.

Se compara la especificidad y sensibilidad de las pruebas ELISA Ig G e Ig M con antígeno de líquido hidatídico ELISA Ig G con antígeno lipoproteico y ELISA Ig E con las pruebas de aglutinación de látex, hemaglutinación pasiva, contra inmunoelectroforesis e inmunoelectroforesis en el diagnóstico de la hidatidosis humana. De un total de 44 sueros de pacientes con diferentes parasitosis, hubo reactividad cruzada con *T. saginata*, *C. cellulosa* y *P. falciparum* en las pruebas de ELISA y aglutinación pasiva. Las pruebas de ELISA mostraron una sensibilidad superior a las pruebas de aglutinación pasiva e inmunodifusión, en particular en el diagnóstico de hidatidosis pulmonar. La prueba de ELISA Ig G con antígeno lipoproteico resultó ser la más sensible (98,8 por 100) sobre un total de 87 sueros preoperatorios de pacientes confirmados quirúrgicamente.

Octubre de 1985.

SÁNCHEZ BLANQUE, R., y cols.: *Vigilancia epidemiológica hospitalaria de la gastroenteritis bacteriana*, pp. 255-265.

El problema sanitario que plantean las gastroenteritis bacterianas es de suma importancia en nuestro país. Hemos planteado varios objetivos de estudio: 1) conocer los reservorios y fuentes de contaminación; 2) analizar los mecanismos de transmisión; 3) determinar la importancia y repercusión de este cuadro patológico en un hospital de área. El trabajo se ha realizado con los enfermos ingresados por gastroenteritis bacteriana desde el mes de febrero hasta octubre de 1982.

MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO, octubre-diciembre de 1985.

FERNÁNDEZ GRANDA, A., y cols.: *Asbestos y tabaco*. II. Carcinogénesis, pp. 27-34.

En conclusión, en la aparición de la fibrosis intersticial pulmonar, además de la inhalación de polvo de asbestos, es importante el estado de las defensas del pulmón. El tabaco disminuye la efectividad de los sistemas defensivos pulmonares y produce un acúmulo de macrófagos en los alveolos. Esto daría lugar a que la reacción inflamatoria producida por la inhalación de asbestos fuera mayor, y la capacidad de expulsión de las fibras fagocitadas disminuyera, permaneciendo éstas más tiempo en contacto con el tejido intersticial. Sin embargo, algunos estudios epidemiológicos no confirman la asociación de la asbestosis con el hábito de fumar. Weiss y colaboradores encuentran que la asbestosis aparece antes en fumadores. Las alteraciones encontradas en la inmunidad celular y humoral pueden jugar un importante papel en el proceso fibrótico de la asbestosis. Otro factor que influye es el desequilibrio local entre proteasas y antiproteasas, y las alteraciones por el magnesio. Cabe señalar que en relación al cáncer bronco-pulmonar el asbesto y el tabaco actúan de forma sinérgica. Los mecanismos de acción del asbesto son peor conocidos, aunque parece ser que actuarían como reservorio de grandes cantidades de hidrocarburos policíclicos aromáticos. A ello se han de sumar los factores edad, sexo, nutrición y carga genética. Los diferentes tipos de citocromos P-450 de epóxido hidrasas, que metabolizan los hidrocarburos policíclicos aromáticos, parecen tener una gran importancia. Otras posibles vías metabólicas pueden tener a su vez cierta importancia como las no hidroxílicas (98), independientes de la vía del citocromo P-450, al poder generar a su vez metabolitos carcinógenos. En general, tanto en observaciones epidemiológicas como en estudios experimentales, se confirma el sinergismo asbesto/tabaco en la aparición de alteraciones premalignas o francamente malignas bronco-pulmonares. La importancia de otros factores aún no ha sido suficientemente evaluada, quedando bastantes líneas de investigación abiertas en la actualidad, como los superóxidos liberados por los macrófagos y la estructura química de los diferentes tipos de fibra de asbesto.

FERNÁNDEZ CREHUET NAVAJAS, R., y cols.: *Absentismo laboral por accidentes laborales en un centro hospitalario*. Valoración, pp. 54-57.

Aunque el número de jornadas perdidas por accidentes laborales respecto al total del absentismo laboral en el medio estudiado es bajo, no por ello es despreciable

suponiendo en nuestro estudio y para el quinquenio estudiado unas pérdidas económicas que valoramos en 16.117.629 pesetas, considerando sólo el precio de las jornadas perdidas. Son necesarios programas de vigilancia epidemiológica, en nuestro caso realizados por los Servicios de Medicina Preventiva a fin de ir definiendo factores de riesgo y poder planificar, ejecutar y evaluar los programas de lucha contra los accidentes laborales en el medio hospitalario.

NOTAS Y DOCUMENTOS SOBRE PREVENCION DE RIESGOS PROFESIONALES, julio-septiembre de 1985.

JANSEN, G.: *Los efectos del ruido*, pp. 1-5.

Mientras el número total de enfermedades profesionales informadas en los últimos años (desde 1972) crece continuamente, en el mismo tiempo aumenta desproporcionadamente la sordera por ruido de origen profesional (EP 2301), aunque desde 1977 este crecimiento ha sido más lento. Entre el número de informes de EP 2301 y el de confirmados (6 : 1) existe una mala inteligencia en comparación con otras enfermedades profesionales (la relación media entre informes y confirmaciones es de 3 : 1). Junto a la acción sobre el oído, el ruido influye también en funciones fisiológicas del organismo humano. La investigación médica sobre el ruido se esfuerza en desarrollar procedimientos de diagnóstico indicados para poder detectar una reacción normal y sana al ruido, para ello busca procesos de reacción anormales que permitan detectar anomalías sanitarias definitivas. Bajo determinadas circunstancias, el ruido puede producir traumas extra-aurales, en función de las numerosas cargas a que está sujeto el puesto de trabajo, al ruido le corresponde un valor de partida limitado en el deterioro de la salud.

MAYER, P.: *Nuevos conocimientos sobre riesgos de las fibras de vidrio y minerales*, páginas 19-23.

1. Los esfuerzos en clasificar las fibras sintéticas de vidrio y minerales en la categoría III B de la lista de valores MAK no son defendibles en los momentos actuales.
2. Tanto los reconocimientos técnicos como médicos han demostrado que no existe hasta ahora ningún punto de partida para considerar influencias fibrógenas y cancerígenas en los trabajadores expuestos a las fibras de vidrio y minerales, incluso los ensayos de inhalación experimentados en animales no ofrecen ninguna influencia oncógena.
3. Los experimentos parecen demostrar que las fibras sintéticas minerales amorfas tienen diferentes compartimentos que las fibras silíceas cristalinas en lo que respecta a su estabilidad.

PEDIATRICS (Edición española), septiembre de 1985.

RUBIN, D. J., y cols.: *Embarazo subsiguiente en madres de niños con cardiopatías congénitas*, pp. 174-176.

Se compararon las tasas de embarazo en madres de niños con malformaciones cardíacas conotruncales y madres de niños control sanos un período de tres años. Las

madres de niños que fallecieron de cardiopatía congénita (CC) presentaron las tasas de embarazo más elevadas, seguidas por las madres control y luego por las madres de niños con CC vivos. La comparación según el número de niños vivos mostró tasas de embarazo subsiguiente similares en madres de niños muertos por CC y madres de niños control, pero las tasas fueron inferiores en las madres de niños con CC vivos. La «sustitución» de un niño fallecido se produce con frecuencia, aparentemente con el fin de tener un número determinado de hijos, mientras que la disminución de la reproducción en familias de niños vivos con CC puede reflejar el impacto psicosocial y económico de la atención continua que requiere un niño afecto de una grave cardiopatía.

DAGAN, R., y cols.: *Infecciones bacterianas atípicas explicadas por una infección vírica concomitante*, pp. 189-191

Dado que tanto las infecciones víricas como las bacterianas son frecuentes durante la fase precoz de la infancia, no son de extrañar las infecciones duales. Sin embargo, las manifestaciones clínicas de tales infecciones, combinadas, pueden ser difíciles de interpretar, y con frecuencia se diagnostican de forma errónea como «infecciones bacterianas atípicas». En el presente artículo describimos los casos de cinco pacientes afectados de una infección vírica y bacteriana concomitante. En los cinco casos, el aislamiento de los virus permitió a los médicos una mejor comprensión de una forma de presentación clínica desconcertante. A la vista del reciente progreso en los diagnósticos rápidos en virología y de los potenciales fármacos antivíricos, se debe investigar con mayor frecuencia la posibilidad de que existan infecciones duales.

Octubre de 1985.

GUESS, H. A., y cols.: *Epidemiología del herpes zoster en niños y adolescentes: Estudio basado en una población*, pp. 225-230.

Se revisaron las historias clínicas de 173 casos de herpes zoster diagnosticados entre los residentes menores de veinte años de edad de Rochester, Minnesota, durante el período comprendido entre 1960 y 1981. La incidencia del herpes zoster aumentó con la edad desde 20 casos/100.000 personas/año en los menores de cinco años de edad hasta 63 casos/100.000 personas/año en los pacientes con edades entre quince y diecinueve años. La morbilidad fue inferior a la descrita en adultos, ya que sólo dos pacientes precisaron la hospitalización y no se diagnosticaron neuralgias postherpéticas u otras complicaciones tardías. El único caso de cáncer posterior observado en 1.288 personas/año de control de seguimiento no fue significativamente diferente del número esperado a tenor de la incidencia de cáncer en la población general de Rochester. La incidencia de herpes zoster en la infancia en pacientes con leucemia linfocítica aguda fue 122 veces superior a la observancia en niños sin una enfermedad maligna subyacente. Se observó que la varicela en el primer año de vida es un factor de riesgo para el herpes zoster en la infancia, con un riesgo relativo entre 2,8 y 20,9. Se observó que ni la varicela en el segundo año de vida ni las vacunaciones recientes son factores de riesgo para el herpes zoster en la infancia.

HULL, H. F., y cols.: *Factores de riesgo para el fracaso de la vacuna del sarampión entre estudiantes vacunados*, pp. 231-236.

Un estudio caso control sobre el fracaso de la vacunación realizado durante un brote de sarampión entre estudiantes vacunados de Hobbs, Nuevo México, demostró una fuerte asociación entre el fracaso de la vacunación y los documentos de vacunación no comprobables. A pesar del número reducido, el estudio demostró una fuerte asociación estadística entre el fracaso de la vacuna y su administración entre los doce y catorce meses de edad. No se halló ninguna asociación entre el fracaso de la vacuna y el tiempo transcurrido desde su administración. Se ha llegado a la conclusión de que se necesitan más estudios para determinar la fiabilidad de los registros escolares de inmunización de todo el país. Además, los estudios sobre los fracasos de la vacunación durante brotes de sarampión deberían examinar la fiabilidad de los registros escolares de inmunización de la comunidad afectada. También se recomienda tener en consideración la revacunación de todas las personas vacunadas antes de los quince meses de edad. El presente estudio no encuentra necesaria la revacunación rutinaria de los niños vacunados de acuerdo con las orientaciones actuales.

SULLIVAN, K. M., y cols.: *Parotiditis y su impacto sobre la salud: Informe basado en un brote*, pp. 256-258.

Se realizó una investigación de un brote de parotiditis en una escuela de enseñanza media (grados 6-8) de Ohio durante 1981, para describir las características clínicas, el impacto sobre la salud y los costes. Se interrogó a los pacientes con parotiditis clínica de la escuela de enseñanza media y a los miembros afectados de la familia en relación a los síntomas, complicaciones, hospitalizaciones, absentismo escolar expresado en días y días de trabajo perdidos por parte de los padres. Se observaron 62 casos de parotiditis clínica en la escuela de enseñanza media y 13 casos entre los miembros de la familia. La duración media de la parotiditis fue de 7,4 días y la de la fiebre (caso de existir) de 2,5 días con una temperatura media de 38,6° C. La duración de la parotiditis y de la fiebre aumentó con la edad. Las complicaciones incluyeron: encefalitis, meningitis aséptica, orquitis, ooforitis, mastitis y pancreatitis. El 62,7 por 100 (47/75) de los casos realizaron visitas médicas con un total de 63 visitas médicas y dos casos fueron hospitalizados durante un total de seis días. Los casos de la escuela de enseñanza media perdieron un promedio de 4,9 días de escuela. Los costos directos e indirectos estimados en relación con este brote fueron de 2.460 y 1.353 dólares, respectivamente, es decir, 51 dólares por caso. Los estados en los que no existe la obligación de la inmunización frente a la parotiditis presentaron una incidencia de la enfermedad tres veces superior en 1982 en comparación con la observada en los estados en los que se exige la inmunización obligatoria de todos los escolares.

Enero de 1986.

TERRENCE, T.: *Reinmunización después de la inmunización precoz con la vacuna del sarampión*. Estudio prospectivo, pp. 13-16.

Se diseñó un estudio prospectivo para determinar la respuesta de los niños previamente inmunizados después de la administración de la vacuna del sarampión

entre los quince y dieciocho meses de edad. En el momento de entrar a formar parte del estudio entre los siete y doce meses de edad, se detectaron anticuerpos frente al sarampión en 14 de 127 niños. Se administró la vacuna del sarampión a niños del grupo experimental en el día de entrar a formar parte del estudio. Antes de la administración de la vacuna triple vírica, entre los quince y dieciocho meses de edad, se detectaron anticuerpos en seis de 23 niños del grupo control y en 80 de 90 del grupo experimental. Después de la revacunación entre los quince y dieciocho meses de edad, se detectaron anticuerpos en 20 de 21 niños del grupo control y en 49 de 52 del grupo experimental. La inmunización precoz frente al sarampión en este estudio no influyó sobre la respuesta final a la inmunización entre los quince y dieciocho meses de edad. Estos resultados apoyaba la política de una inmunización precoz en los niños expuestos al riesgo de contacto con el sarampión y la reinmunización a los quince meses de edad.

PSICOPATOLOGIA, julio-septiembre de 1985.

ECGEBURUCA ODRIÓZOLA, E.: *Técnicas de autocontrol y programas multimodales en el tratamiento del tabaquismo*, pp. 235-247.

Por desgracia, los investigadores todavía no han definido los mecanismos de control de esta frecuente pero complicada conducta de fumar. En muchos fumadores los refuerzos psicológicos y psicosociales son predominantes; en otros, que son incapaces de abandonar el hábito sin ayuda, la compleja interacción de mecanismos sociales, psicológicos y farmacológicos es muy similar a la que se verifica en las toxicomanías. En este trabajo se hace una revisión de las investigaciones más relevantes para modificar el hábito de fumar, que incluyen desde aspectos sociales e interpersonales hasta sutiles variables interpersonales.

INGÉLMO FERNÁNDEZ, J., y cols.: *Trastornos alimentarios en la adolescencia*, páginas 249-253.

Los trastornos alimentarios de la adolescencia han recibido una gran atención en los últimos años. Este aumento del interés podría justificarse, al menos en parte, desde los resultados de los estudios epidemiológicos, que han puesto de manifiesto el incremento de las tasas de incidencia de tales trastornos en las sociedades industrializadas. La proliferación de trabajos ha puesto de manifiesto la ausencia de criterios unificadores de cara a la delimitación clínica de las alteraciones psicógenas de la alimentación. El presente trabajo intenta hacer una aportación en esta dirección, al establecer una división entre trastornos «primarios y secundarios»; asimismo presta una especial atención a la forma paradigmática de alteración alimentaria: la anorexia mental.

REVISTA CHILENA DE NEUROPSIQUIATRÍA, abril-junio de 1985.

FLORENZANO URZÚA, R.: *Uso y abuso de sustancias psicotrópicas*, pp. 83-90.

Las sustancias psicoactivas son prescritas en forma muy frecuente en nuestro medio. Este trabajo revisa el uso actual de benzodiazepinas, con especial atención a su

mecanismo de acción, indicaciones y potencial de abuso. Se revisan la perdurabilidad y efecto de rebote de las benzodiazepinas hipnóticas, y la posibilidad de tolerancia y dependencia a estas sustancias. A continuación se discute el uso de antidepresivos tricíclicos, tanto en cuanto a indicaciones, efectos colaterales adversos y potencial tóxico. Finalmente se analiza el uso combinado de psicoterapias, modelo que se plantea como el más adecuado tanto para el especialista como para el médico en general.

DEVILAT, M., y JANZ, D.: *Comparación ínter e intrafamiliar de alteraciones electroencefalográficas focales entre progenitores con epilepsias y sus hijos*, pp. 131-135.

Los EEG de 80 progenitores con epilepsia y actividad electroencefalográfica focal fueron comparados, ínter e intrafamiliarmente, con los de sus 135 hijos de cero a diecinueve años de edad. Las alteraciones focales consideradas fueron ondas lentas, theta y delta, puntas y puntas lentas aisladas o seguidas de onda lenta. El 8,9 por 100 de los hijos presentaron, como sus padres, EEG con foco, en tanto que el 12,5 por 100 de las 80 familias fueron familias semejantes, en las que, por lo menos, un hijo tenía actividad focal como su progenitor. El sexo de los padres y el de sus hijos no demostró ser una variable significativa en la aparición de las semejanzas electroencefalográficas. Se discuten los resultados obtenidos haciendo notar la escasa literatura existente sobre el tema y la necesidad de tomar con precaución dichos resultados, por cuanto sólo algunas de las numerosas variables que pueden incidir en ellos fueron controladas en la presente investigación.

Julio-septiembre de 1985.

JADRESIC, E., y ARAYA, R.: *Etiología de la esquizofrenia: ¿genes o ambientes?*, páginas 186-190.

Se revisan los aspectos principales de las teorías genéticas y ambientales sobre etiología de la esquizofrenia y la evidencia a favor de cada una de ellas. Aunque hay fuerte evidencia a favor de un factor genético, los estudios muestran que los factores biográficos y ambientales también son importantes para el desarrollo de la enfermedad. Se señala que sólo el modelo internacional es capaz de conciliar los resultados de las distintas investigaciones en la actualidad.

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, mayo-junio de 1985.

SOBRADILLO, B., y cols.: *Estudio longitudinal de crecimiento en los dos primeros años*, páginas 186-196.

Se presentan las gráficas, para varones y hembras del peso, longitud, perímetro craneal y del peso para la longitud, así como los estándares de velocidad del peso y la longitud en los primeros años de vida del estudio longitudinal de crecimiento realizado en la población infantil de Vizcaya. Los autores describen la metodología que se ha seguido en la recogida de los datos y en el tratamiento de los mismos.

Julio-agosto de 1985.

PALENCIA, R., y cols.: *Etiología de la parálisis cerebral. Estudio en Castilla y León*, páginas 279-284.

A través del estudio de 150 pacientes afectos de PC se analizan los factores etiológicos responsables de la misma con el fin de tratar de establecer las bases para su prevención; los resultados se comparan con los obtenidos en otros países. Las causas perinatales (69,3 por 100) ocupan el primer lugar seguidas de las prenatales (36 por 100) (en algunos pacientes la etiología era mixta). Estos hallazgos, aun teniendo en cuenta el hecho de qué causas que actúan en la época prenatal pueden exteriorizarse en el periodo perinatal, se aproximan a los obtenidos hace unos veinticinco-treinta años en países más avanzados y ponen de manifiesto que en la actualidad la prevención de la parálisis cerebral en España debe centrarse en la adecuada vigilancia de la mujer gestante y la asistencia al parto en medio hospitalario, y en su caso tratar de forma adecuada cualquier tipo de sufrimiento fetal.

Septiembre-octubre de 1985.

LARDINOSIS, R., y cols.: *Estimación de la población infantil con susceptibilidad conjunta a sarampión, rubéola y parotiditis (1975-1984)*, pp. 353-359.

Conociendo las tasas anuales de nacimientos, de vacunaciones monovalentes y trivalentes contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, así como los niveles de infección causados por los tres virus en una muestra representativa de la población infantil española, en cuanto a distribución por edad, regiones y residencia en medio urbano/rural se estima el número de individuos desprovistos de inmunidad trivalente entre los 4.330.000 niños nacidos entre 1975 y 1981. Un colectivo calculado en 1.070.000 niños ($m \pm Sm$) no poseía anticuerpos contra ninguna de las tres enfermedades y tan sólo 485.000 ± 111.000 individuos presentaban una inmunidad trivalente, adquirida por infección o vacunación. Desde 1982 hasta la fecha, el reservorio de niños faltos de protección completa no se ha modificado notablemente, ya que el número de niños no vacunados en las últimas campañas contrarresta el número de individuos que han pasado la infección. Se sugiere una serie de medidas para aumentar los niveles de inmunidad entre la población infantil.

REVISTA MEDICA DE CHILE, julio de 1985.

MEDINA, E., y cols.: *Tabaquismo en médicos y estudiantes de medicina*, pp. 688-694.

Un cuestionario elaborado por la Sociedad Americana Contra el Cáncer se usó para determinar los hábitos tabáquicos en 430 médicos y 631 estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se encontró que el 36,5 por 100 de

los médicos son fumadores, el 45,8 por 100 habían fumado durante períodos variables alguna vez, en la mayoría de los casos durante seis meses o más pero no lo hacían ahora y 17,7 por 100 nunca fumaron. Hay diferencia entre los sexos con una tasa de prevalencia de 46,2 por 100 en mujeres y 35,3 por 100 en hombres. Una proporción relativamente baja de fumadores normales (38 por 100) están preocupados por los efectos del fumar. El hábito es menos frecuente a medida que aumenta la edad. No se encontraron diferencias entre especialidades médicas y quirúrgicas en conjunto, pero se encontraron diferencias importantes entre especialidades específicas, habiendo una tasa importante de fumadores en oftalmología, radiología, cirugía y psiquiatría y una tasa baja en dermatología-anestesiología y sanidad. El número de fumadores aumentaba en estudiantes de medicina varones de 35,8 por 100 en el primer año a 46,1 por 100 en el último año; en las mujeres las cifras eran de 39 por 100 hasta 43,1 por 100. La prevalencia del hábito de fumar entre médicos y estudiantes es similar a la de la población general lo que indica que los médicos no tienen en cuenta los peligros implicados, esto es especialmente grave porque las principales causas de muerte en el país están asociadas con el hábito de fumar y la población considera a los médicos como las fuentes más fiables de consejo en cuanto a la adquisición del hábito de fumar o a la liberación del mismo.

Agosto de 1985.

FIGUEROA, F., y cols.: *Diarrea crónica por Isospora belli en un hombre homosexual*. Descripción del primer caso de SIDA en Chile, pp. 772-779.

Este es el caso de un hombre homosexual, antes sano, con diarrea crónica por *Isospora belli* y sarcoma de Kaposi que afectaba la piel y los linfáticos perinodulares. La enfermedad siguió su curso durante trece meses en que fue hospitalizado. Tenía candidiasis oral, alergia cutánea, linfopenia y reducción selectiva de la subpoblación de linfocitos OKT4 y OKT8 con anticuerpos monoclonales. Había invasión intestinal de citomegalovirus, *Entamoeba histolytica* o *Isospora belli* que estaban presentes en la mucosa intestinal y también en la mucosa del colon donde no se había descrito previamente. Tras dieciséis meses de evolución murió por criptococosis diseminada y sepsis debida a *Pseudomonas aeruginosa*. Los distintos diagnósticos se confirmaron en la necropsia. Este es el primer caso de SIDA declarado en este país.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE, junio de 1985.

RAY L.: *Problemas del abuso de sustancias*. Explotación y control, pp. 1225-1233.

La noción de abuso de sustancias es muy problemática. Hay un considerable desacuerdo entre «expertos» en cuanto a los peligros relativos y propiedades adictivas de las sustancias disponibles tanto legal como ilegalmente. Hay también actitudes subculturales muy divergentes hacia el uso dañino o beneficioso de la droga. Uno puede no asumir el consenso social en cuanto a la naturaleza del actual problema de las

drogas, ni acerca de los **más adecuados medios** de tratarlo. Hay, sin embargo, considerable evidencia de **que la criminalización** del uso de la **droga** y las **severas penalizaciones contra usuarios** y **suministradores** son **inefectivas** y **contraproducentes**. **Necesitan ser considerados** otros **modelos** de control y, **en particular, los méritos** y **deméritos** de la **medicalización** del abuso de drogas requieren un examen. Sin embargo, este es solamente un aspecto del problema. Del otro lado están las corporaciones nacionales e internacionales y los sindicatos tanto legítimos como criminales que **consiguen grandes provechos** del **comercio de sustancias tóxicas**. El **tabaco** está **legalmente disponible** en todos los países del mundo y la **industria** raramente lo considera sujeto a control. Así el tema del abuso y del control de sustancias debería ser visto en un contexto global en el que se tengan en cuenta las operaciones tanto legítimas como subterráneas.

En los intentos para controlar el comercio internacional de sustancias tóxicas, el **éxito limitado** y los **problemas** de los ya existentes **controles legales** deberían ser **reconocidos**. Los **conocimientos locales** y la **regulación del mercado** en los tóxicos es **esencial** pero no **suficiente**. Entre otras vías **para ser exploradas** está la posibilidad de **transformar los narcóticos** que **crecen** actualmente de **forma ilícita** en **industrias farmacéuticas** indígenas en el tercer mundo. Se han observado algunos problemas con esta estrategia. Sin embargo, dado que el problema del abuso de tóxicos está estrechamente ligado a la estructura de la economía mundial, los cambios fundamentales requerirán modificaciones en este primer nivel.

KNOPP ELKIND, A.: *La definición social de la conducta tabáquica en mujeres*, páginas 1269-1280.

La historia de la conducta tabáquica de las mujeres está relacionada con el cambio de las definiciones normativas. Las tendencias recientes han sido explicadas en términos del valor simbólico del hecho de fumar que representa para las mujeres libertad e independencia. Este punto de vista está reforzado por la publicidad. Sin embargo, otro hecho evidente nos sugiere la existencia continuada de un estereotipo cultural más viejo y negativo. Una segunda parte del estudio de mujeres jóvenes que seguían un adiestramiento profesional para enfermeras y maestras arrojaron alguna luz sobre la forma en que la conducta tabáquica de la mujer se interpreta corrientemente en la sociedad. La primera fase indicó que entre la minoría de los padres que habían expresado sus actitudes hacia el tabaquismo de sus hijas en relación con las normas respecto a los papeles ligados al sexo, el hecho de fumar fue presentado como inaceptable para la mujer. Más de la mitad de la muestra percibía un estereotipo cultural negativo que estaba actuando en la sociedad contemporánea y las dos terceras partes reconocían su existencia en el pasado. Este estereotipo presenta el hecho de fumar como una conducta masculina y, en consecuencia, inadecuada para las mujeres. Las mujeres que fuman están expuestas a ser etiquetadas de tener atributos poco femeninos o degradantes. El estereotipo actúa más fuertemente en el ambiente social general que con referencia a la relación personal y, por tanto, su influencia sobre la conducta contemporánea ha sido probablemente limitada. Fue rechazada como pasada de moda o como una creencia masculina por algunas, pero no obstante representó la opinión personal de otros. En términos de una definición más favorable la mujer fumadora fue considerada en términos de una dimensión elegante y sofisticada y en relación a una personalidad extrovertida. El punto de vista de miembros de la muestra

que relacionaron la aceptabilidad creciente de las mujeres fumadoras con el cambio social, indirectamente apoyaron el punto de vista que veía el hecho de fumar como un símbolo de independencia. Aquellos que vieron el fumar en términos neutrales, como que no tenía atributos sexuales, percibieron el hecho de fumar en este sentido como una conducta normal para hombres y mujeres igualmente. La segunda fase sugirió que fumadores y no fumadores tienen puntos de vista divergentes acerca de la imagen de la mujer fumadora. La imagen de la no fumadora estuvo basada en el más viejo estereotipo cultural (poco señora), mientras que los fumadores estaban más dispuestos a tener un punto de vista que correspondía a la perspectiva de ver a las mujeres fumadoras como símbolo de cambio social y mayor independencia (liberadas). Los no fumadores tenían una clara y positiva imagen de «las chicas que no fuman» (femeninas) mientras que para los fumadores la mujer no fumadora estaba falta de un distintivo de identidad. El estudio además sugiere que los conceptos tradicionales de la conducta adecuada de la mujer continúa inhibiendo el hecho de fumar entre algunas mujeres, mientras que otras perciben esto como un aspecto de conducta independiente. El papel de la publicidad y de la educación sanitaria son discutidos.

FINK, A.: *Nutrición, lactancia moderna y fertilidad en dos comunidades rurales mexicanas*, pp. 1295-1305.

Las políticas corrientemente seguidas en los países del Tercer Mundo son aquellas que estimulan la lactancia materna tanto para medida de control de la fertilidad como para medio de mejorar la salud del niño y disminución de las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, la relación entre nutrición, lactancia materna y fertilidad en seres humanos es compleja porque los factores psicológicos y sociales están envueltos así como los mecanismos psicológicos y bioquímicos. Se conoce poco acerca de los efectos de estas variables sociales y psicológicas sobre los procesos biológicos. Las observaciones realizadas a lo largo del estudio de trabajo de campo de carácter antropológico, señaladas en este trabajo afloran cuestiones dirigidas a asumir la universal aplicabilidad de las políticas de lactancia materna en los países del Tercer Mundo. Los hallazgos de este estudio están apoyados por la literatura antropológica que indica que la conducta de lactancia materna está culturalmente normalizada y que hay una amplia variación en esa conducta. Las variaciones en los recursos ambientales así como en las nociones ideológicas de la nutrición cuyo patrón básico de conducta gobierna la explotación de la totalidad de los recursos al igual que la conducta alimentaria está contemplada como ventajosa pues proporciona un «laboratorio natural» para examinar las hipótesis en conflicto que conciernen a la relación entre nutrición, lactancia y fertilidad.

SNELL MARTÍN, C.: *Cuidado comunitario para los ancianos, costos y dependencia*, páginas 1313-1318.

El objetivo de este trabajo es examinar los costos de la atención de las personas de edad que viven en sus propios hogares comparados con aquellas que viven en residencias. Esto está visto como una primera etapa necesaria en cualquier proceso de planificación. De una encuesta de personas ancianas en el Reino Unido, los niveles de servicios a domicilio proporcionados en sus propias casas fue averiguado y se aplicaron

los costos unitarios de cada servicio. Los costos estuvieron basados en el concepto económico de los costos de oportunidad social y se incluyeron todos los costos, y no sólo aquellos que dependían de la autoridad local. Reconociendo el hecho de que los costos del cuidado en la comunidad era probable que variaran con el nivel de salud de las personas de edad se hizo un intento para categorizar a los ancianos en varios niveles de dependencia. En segundo lugar fueron utilizadas técnicas de regresión para averiguar si el nivel de dependencia afectó, significativamente, los costos de atención. Se encontró que aquellas variaciones en la media de costos de atención eran significativamente explicadas por las características físicas y mentales de las personas de edad. Además el sexo era importante, así como el área de residencia del anciano. Esto tenía implicaciones importantes por sí mismo para la planificación de los servicios de atención. Se encontró también que muy pocas personas que formaban parte de la muestra de la comunidad tenían un costo total de atención mayor que el costo medio encontrado en las residencias de ancianos.

Noviembre de 1985.

OSIOBE, S. A.: *Uso de los recursos de información por los profesionales sanitarios: revisión de la literatura*, pp. 965-973.

El uso de recursos de información por los profesionales sanitarios y su conducta de buscar información se revisan desde una amplia gama de literatura existente. Se destaca la influencia de varias variables tales como forma de práctica, compromiso en programas educativos y de investigación, edad profesional, lugar de práctica, accesibilidad, especialidad y aplicación departamental sobre el uso de recursos identificados por varios estudios. Se destacan algunos de los problemas graves que limitan el libre flujo de la información sanitaria en general, con especial referencia a los encontrados en el mundo en desarrollo, los problemas de moderna educación médica y cómo éstos se relacionan con la dinámica de la información en las ciencias. Afirmaciones generalizables con pequeñas notas explicativas se hacen acerca del uso de recursos de información por profesionales sanitarios, basados en la revisión.

PILL, R., y STOTT, N. C. H.: *Procedimientos y prácticas preventivas entre mujeres de clase trabajadora: nuevos datos y nuevos conceptos*, pp. 975-983.

Usando una muestra de madres de clase trabajadora baja de Gales del Sur, Reino Unido, se presentan los datos sobre la extensión en que los procedimientos (conductas que implican a los profesionales y servicios sanitarios) y las prácticas (conductas que implican a los individuos en elecciones diarias de estilos de vida) están relacionados y es probable que se practiquen por la misma gente. Se describen también las variables socio-demográficas asociadas con cada categoría por separado y con toda la gama de conductas preventivas. Los datos británicos se consideran a la luz de la investigación reciente sobre conducta preventiva de salud (CPS) que ha confiado mucho tanto para datos empíricos como para percepción teórica en estudios realizados en Estados Unidos. No se encuentran pruebas que apoyen la propuesta de que la CPS es unidimensional ni por otra parte hay apoyo convincente de la existencia de hipótesis

dimensiones independientes. Se discute que el fallo de la actual teoría para predecir más de una parte comparativamente pequeña de la varianza en CPS tenga consecuencias positivas para los investigadores y educadores sanitarios por igual.

WAGSTAFF, A.: *Análisis en series temporales de la relación entre desempleo y mortalidad: una encuesta de críticas econométricas y replicar de los estudios de Brenner*, pp. 985-996.

Los numerosos análisis en series temporales del señor Harvey Brenner de la relación entre tasas de mortalidad de la población y tasas agregadas de desempleo han atraído considerable atención de académicos, políticos y medios de comunicación social. Durante el curso de los últimos años, sin embargo, los estudios de Brenner han empezado a estar sujetos a escrutinio crítico por econométricos. Este trabajo proporciona una encuesta de estos estudios y concluye que, contrariamente a lo que a menudo se dice, el análisis de Brenner no proporciona pruebas convincentes de que los costes sociales del desempleo incluyan muertes prematuras.

Diciembre de 1985.

REISINE, S., y MILLER, J.: *Estudio longitudinal de pérdida de trabajo relacionada con enfermedades dentales*, pp. 1309-1314.

Este trabajo analiza los efectos de las afecciones dentales sobre el funcionamiento social midiendo la incidencia de días de trabajo perdidos asociados con problemas dentales y tratamientos en un año. Un estudio longitudinal de 1.922 empleados adultos se realizó en el área de Harford, Conn. Los participantes se entrevistaron al comienzo para recoger datos sobre factores sociodemográficos, de asistencia sanitaria y estado de salud y fueron seguidos durante un año para establecer la incidencia de los días de trabajo perdidos por los dientes. Los resultados mostraron que el 26,4 por 100 de la muestra mostró un episodio de trabajo relacionado con los dientes, con una media de 1,26 horas por persona y por año. Los predictores más importantes de tener pérdidas de trabajo fueron el alto número de visitas al dentista, el tener previamente un episodio de pérdida de trabajo, el ser jóvenes y estar en las clases sociales superiores. Las variables más importantes que explican el total de horas de trabajo perdidas fueron la gravedad del tratamiento, pérdida de trabajo previa, bajos ingresos y el no ser blanco. Aunque las tasas de pérdida de trabajo variaron por algún tratamiento importante y por factores sociodemográficos, se necesitan indicadores de resultado más sensibles para detectar diferencias individuales en los efectos de las condiciones dentales sobre funcionamiento social. Sin embargo, los resultados sugieren que los días de trabajo perdidos pueden ser útiles para medir el estado de salud oral debido a la elevada prevalencia de enfermedad dental.

LOLAS, F.: *El enfoque psicosomático y el problema del diagnóstico*, pp. 1355-1361.

Este artículo examina algunas de las características y objetivos del proceso de diagnóstico médico y los problemas planteados por la oposición aparente entre diagnóstico centrado en la enfermedad y centrado en la persona. Este último fue uno

de los componentes básicos del enfoque psicosomático desde su iniciación. Su aplicación a la práctica médica, sin embargo, ha sido obstaculizada por la falta de un marco teórico adecuado que pueda ayudar a evitar la unilateralidad prevalente en el discurso de diferentes especialidades médicas. La creación de una medicina integrada ha continuado sobre la base de la adición y no sobre la base del desarrollo orgánico de un conjunto de principios derivados de la teoría. Para superar los problemas asociados con este estado de cosas, se propone que se adopten sistemas multiaxiales de diagnóstico, como los usados corrientemente en psiquiatría. Estos deberían mejorarse y ampliarse para tener en cuenta dimensiones adicionales y fuentes de datos no tomadas en consideración hasta ahora.

THE AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE, julio-septiembre de 1984.

HOADLEY JOHN, F.: *El efecto de las bebidas alcohólicas: Restricciones sobre el consumo: Un análisis longitudinal de veinticinco años*, pp. 375-401.

Este proyecto analizó el impacto de las medidas de regulación y control estatales en el consumo aparente per cápita de licores destilados, utilizando un período de veinticinco años, 1955-1980. El proyecto fue un esfuerzo para determinar si podían encontrarse asociaciones estadísticamente significativas entre la regulación de los licores y el consumo per cápita para los 48 estados de los Estados Unidos continentales. Se emplearon unas series de modelos de regresión para obtener estimaciones de efectos de un conjunto de variables independientes, que incluían el control legal de las bebidas alcohólicas, precio y variables relacionadas con él y el control de la variable sociocultural sobre el consumo aparente de bebidas destiladas. La mayoría de los estudios previos sobre la relación de las restricciones sobre disponibilidad de licores han llevado a creer que los esfuerzos de control tenían un pequeño impacto o no lo tenían sobre el consumo per cápita. Este estudio se emprendió con expectación de semejantes hallazgos. Lo que se encontró en lugar de esto fue que ciertas leyes y regulaciones parecen jugar un papel significativo en la detención del consumo de bebidas destiladas. Los modelos de regresión desarrollados predijeron una disminución de, aproximadamente, dos bebidas por mes por persona si el estado cambiaba sus leyes regulatorias (incluyendo el precio del licor que no siempre es objeto de regulación) de ser relativamente tolerante a ser relativamente estrictos. Esta disminución en las bebidas podría rebajar el nivel de consumo en la media por estado, aproximadamente la cuarta parte.

BESHAI NABILA: *Determinación de las necesidades de servicios relacionados con el alcohol: Un enfoque de indicadores sociales*, pp. 417-427.

En un esfuerzo para valorar las necesidades de un servicio de alcoholismo se empleó la técnica de indicadores sociales. Se recogieron datos sobre 15 indicadores relevantes. Se llevó a cabo un análisis en tres etapas. Primero una agrupación de análisis discriminante múltiples para obtener tanteos que reflejaran la agrupación de casos. En

segundo lugar se empleó el análisis de factores para obtener puntuaciones que abarcaran el espacio cubierto por las 15 variables. Tercero, los resultados de ambas estrategias se combinaron para obtener una producción índice de necesidades generales para cada área.

Octubre-diciembre de 1984.

NURCO, DAVID., y cols.: *Tendencia en la comisión del crimen entre adictos a los narcóticos durante sucesivos períodos de adición y abstención*, pp. 481-489.

Aunque varios estudios han documentado los altos niveles de actividad criminal entre adictos a los narcóticos, especialmente durante períodos de adición activa, pocos estudios han definido los tipos de actividades criminales implicados o han intentado descubrir las tendencias en la carrera de adictos en tales actividades a lo largo de períodos sucesivos de adición y abstención. En las series presentes de análisis, las actividades criminales de 354 varones adictos a narcóticos fueron categorizadas y señaladas individualmente a lo largo del tiempo usando cinco medidas normalizadas, días de crimen por año en riesgo, medidas en las áreas de robo, violencia, venta de drogas, engaño/falsificación y otros crímenes. Además una sexta medida compuesta fue también empleada. Aunque a lo largo del tiempo fueron muy evidentes grandes diferencias en las pautas de actividad criminal entre los adictos, que pueden ser útiles como una base para una tipología criminal, esta misma heterogeneidad tiende a impedir afirmaciones definidas que conciernan a los adictos como grupo. No obstante, a pesar de esta consideración parece haber una tendencia general a disminuir la actividad criminal dentro de los sucesivos períodos de abstención que se aumenta irregularmente durante los sucesivos períodos de adición. Se discutió el acuerdo de estos hallazgos con los encontrados por los autores en análisis de grupos anteriores.

KANIA YOYCE Y KOFOED: *Uso de drogas por alcoholismo en el tratamiento ambulatorio*, pp. 529-534.

Aunque se ha prestado mayor atención a los problemas del abuso del alcohol y de la droga combinados y en secuencia, los datos acerca del uso de droga por alcohólicos durante el curso de tratamiento ambulatorio no están disponibles. Se obtuvo la prueba de orina para las drogas de las que se abusa normalmente sobre una muestra de 112 pacientes ambulatorios alcohólicos durante un período de dos semanas. Diez muestras de orina fueron positivas para las drogas de que se abusó. La edad de los pacientes, duración del tratamiento implicado y la historia del uso de droga anterior al tratamiento pareció afectar al uso de droga durante el tratamiento. En los cuatro meses que siguieron de los 10 pacientes con prueba de orina positiva, cinco estaban libres de droga, tres habían dejado de tomarla, pero después volvieron al uso de la droga, y dos habían sido dados de alta. Dadas las limitaciones de un estudio semejante, de tipo transversal, la incidencia del uso de la droga por alcohólicos durante el tratamiento ambulatorio parece bastante alta para justificar un estudio más amplio.

BELL, R., y cols.: *Diferencias por sexo en el uso de alcohol y de los tranquilizantes: Prueba de una hipótesis de convergencia de papeles*, pp. 551-561.

La investigación sobre el uso de alcohol y tranquilizantes en adultos nos proporciona una marcada evidencia de las diferencias fundamentales por sexo en el uso de los

dos tipos de drogas. Las explicaciones corrientes expuestas para estas diferencias se centran alrededor de los papeles diferenciales de los sexos y de las expectativas del papel del sexo. Mucha parte de la discusión de estas diferencias nos sugiere que los papeles del hombre y de la mujer, en la medida que convergen disminuyen estas diferencias de conducta. Usando los datos de una investigación a nivel de estado de adultos en Illinois, proporcionamos una prueba preliminar de la hipótesis de convergencia de papeles de los sexos en el uso del alcohol y tranquilizantes. Para hacerlo así usamos una extensión multinomial de regresión logística múltiple. Después del control de las características demográficas y del papel del sexo, los resultados demuestran que las mujeres tienen una probabilidad mucho más alta que los hombres de usar tranquilizantes en vez de alcohol. Así la hipótesis de convergencia de papeles no es apoyada para el uso de estos dos tipos de drogas.

THE JOURNAL OF HYGIENE, julio-agosto de 1985.

BOLTON, F. J.; DAWKINS, H. C., y HUTCHINSON, D. N.: *Biotipos y serotipos de campilobacters termofílicos aislados de ganado, vísceras de cordero y de cerdo y otras carnes rojas*, pp. 1-6.

En este estudio examinamos 730 muestras fecales de vísceras (especialmente hígado) carne picada y carne de salchichas recogidas de mataderos y casquerías al por menor, buscando campilobacters. *Campylobacter jejuni* o *C. coli*, se aislaron de 30,6; 10,5 y 6 por 100, respectivamente, de muestras vísceras de cordero, ganado y cerdo. Las muestras recogidas de mataderos estaban, en general, contaminadas más a menudo que el material obtenido de casquerías. Sólo el 1,4 por 100 de carnes picadas y para salchichas contenían campilobacters. La mayoría de los aislamientos (89,5 por 100) eran *C. jejuni* biotipo 1 (Skirrow y Benjamín, 1980) de serotipos 1 y 2 (Penner y Hennessy, 1980). Este estudio muestra que las vísceras animales están frecuentemente contaminadas con *C. jejuni* de biotipos y serotipos comúnmente aislados de seres humanos con enteritis por campilobacter.

PINEGAR, J. A., y COOKE, E. M.: «*Escherichia coli*» en *alimentos procesados al por menor*, pp. 39-46.

Cuatro mil doscientas cuarenta y seis muestras de alimentos procesados al por menor fueron examinados buscando la presencia de *Escherichia coli*. En general el 12 por 100 de las muestras contenían este organismo, estando los pasteles y los caramelos más frecuentemente contaminados (28 por 100) que la carne y los productos basados en la carne (9 por 100). La contaminación fue más frecuente en los meses de verano que en el tiempo más frío y el 27 por 100 de los alimentos contaminados contenían $> 10^3$ *E. coli*/g. *E. coli* de la carne y de los productos basados en la carne era con más frecuencia resistente a uno o más antibióticos (14 por 100) que las cepas de las golosinas (1 por 100). Se discute el significado de estos hallazgos en relación con la población de *E. coli* del intestino humano.

HALLAS, G.: *La producción de exotoxinas pirógenas por estreptococos del grupo A*, páginas 47-57.

Los estreptococos del grupo A de Lancefield aislados de brotes recientes y casos esporádicos de escarlatina se restringieron a los siguientes tipos M, 1, 3, 4, 6, 12, 18, 22 y 66. Estas cepas fueron examinadas por la presencia de exotoxinas pirógenas estreptocócicas (EPE) tipos A, B y C por enfoques isoeléctricos en geles de poliacrilamida y por inmunoprecipitación en geles de agar. EPE B se producía por el 70 por 100 de las cepas y EPE C por el 40 por 100 EPE A no pudo detectarse en estas cepas. Por el contrario, EPE tipo A se encontró en cuatro de 10 cepas, mantenidas por el NCTC, que habían sido aisladas antes de 1940 de pacientes con escarlatina. Nueve de 12 aislamientos recientes de pacientes con angina no complicada con rash produjeron EPE C y cuatro de ellos también produjeron EPE B.

CALLOW, K. A.: *Efecto de la inmunidad humoral específica y algunos factores inespecíficos sobre la resistencia de voluntarios a la infección respiratoria por coronavirus*, pp. 173-189.

Treinta y tres voluntarios fueron inoculados intranasalmente con coronavirus 229 E, y sus respuestas vigiladas por aumentos de anticuerpos, sintomatología y excreción de virus. Estos estaban relacionados con su estado inmune pre ensayo como indicaban las concentraciones de anticuerpos específicos y proteínas inespecíficas en suero y lavados nasales. Tanto los anticuerpos circulantes como los específicos locales se asociaron con la protección de infección y de enfermedad, pero sólo los anticuerpos específicos IgA de cualquier tipo parecían acortar el periodo de eliminación del virus. Aunque la IgA secretoria total estuvo significativamente asociada sólo con la reducción de síntomas, la proteína total en lavados nasales parecía proteger contra la infección también, indicando que otras proteínas producidas localmente, no identificadas, pueden estar asociadas con la resistencia. Se examinaron dos de los muchos factores que pueden afectar la concentración de proteínas circulantes y protectoras locales y así influir sobre el resultado de la inoculación del virus, a saber, sexo del voluntario y el intervalo desde el catarro previo. Los voluntarios varones o los voluntarios que tenían pruebas de una infección respiratoria reciente era menos probable que estuvieran infectados, pero si lo estaban, tenían menos manifestaciones clínicas y dejaron de eliminar virus antes que el resto. Estos grupos poseían mayores concentraciones de anticuerpos específicos y proteínas inespecíficas en sus sueros y/o lavados nasales. El significado de estos hallazgos se discute.

THE JOURNAL OF NUTRITION, abril de 1985.

VISEK, W. J.: *Arginina y estados de enfermedad*, 532-541.

Estudios de la intoxicación por amoníaco, de la excreción de ácido orótico y de regímenes de alimentación con L-aminoácidos han proporcionado nuevos conocimientos sobre la función biológica de la arginina. Datos recientes sobre jóvenes de especies

carnívoras hacen surgir dudas sobre la opinión ampliamente mantenida de que la arginina es necesaria en la dieta sólo para el crecimiento óptimo y que los adultos de mamíferos cubren sus necesidades de arginina por síntesis endógena. La excreción de ácido orótico y su supresión por la arginina muestra que la lesión hepática por tetracloruro de carbono, etanol, galactosamina y hepatectomía parcial perturba las vías de detoxificación del amoníaco y añade evidencia de que la excreción de ácido orótico puede ser útil para detectar el daño hepático y las elevaciones de amoníaco en los tejidos. Estas formas de lesión hepática causan también aberraciones en el metabolismo de las mitocondrias, el lugar de los dos primeros pasos enzimáticos en la síntesis de la urea. Esta revisión discute la influencia de la arginina de la dieta sobre la secreción de insulina, la tolerancia a la glucosa y la repleción de la masa corporal no grasa en animales. La evidencia disponible ahora da razones para cuestionar la idea de que la arginina no es necesaria en los niños y muestra que los aportes de arginina pueden ser inadecuados en una serie de estados de enfermedad. Los modelos experimentales de que ahora disponemos proporcionan nuevas oportunidades para estudiar las necesidades de arginina en el síndrome de Reye y en otros trastornos por intoxicación amoniacal.

Mayo de 1985.

CARPENTER, K. J., y LEWIN, W. J.: *Reexamen de la composición de dietas asociadas con pelagra*, pp. 543-552.

Las dietas descritas en estudios históricos de pelagra humana se han vuelto a examinar usando tablas modernas de composición de nutrientes. Cinco dietas aparentemente pelagrosas, procedentes de estudios de campo, se había estimado que tenían equivalentes de niacina (EN) muy por encima de las Recomendaciones Dietéticas (RD), es decir, 6,6 mg/1.000 kcal. En estas dietas, la contribución estimada de riboflavinas estaba por debajo de las RD, es decir, 0,6 mg/1.000 kcal. Una serie de ensayos del valor para prevenir la pelagra de diferentes alimentos realizados por el Servicio de Sanidad de Estados Unidos desde 1920 a 1936 en 400 mujeres, de las que 50 presentaron signos de pelagra con dietas que se ha calculado ahora que aportaban 7,2-10,6 mg EN/1.000 kcal. La mayoría de estas dietas aparentemente tenían menos del 60 por 100 de las RD para riboflavina. Nuevos cálculos, suponiendo que la niacina en alimentos corrientes de cereales tiene sólo un 30 por 100 de biodisponibilidad, todavía dejan a la mitad de las dietas peligrosas aparentemente con más de las RD de «EN disponible». Se discuten las posibles razones de la discrepancia aparente entre estos resultados y las RD calculadas en estudios controlados más recientemente. Se sugiere que la epidemia de pelagra en Estados Unidos a comienzo de 1900 no se ha explicado satisfactoriamente.

MARLETT, J. A., y JOHNSON, E. J.: *Composición de la fibra fecal en personas*, páginas 650-660.

Esta investigación enfoca dos problemas del análisis de la fibra fecal: el nitrógeno en la fibra Fecal Neutra Detergente (FND), y el impacto del sulfito sódico sobre la producción y composición de la FND. Se recogieron muestras fecales para análisis de adultos sanos durante un estudio del efecto de un suplemento de salvado de trigo sobre la función intestinal. Cuando se eliminó el sulfito sódico, originalmente procedente de

una solución detergente neutra, aumentaron la producción de FND fecal, la concentración de lignina aparente en la FND y la cantidad de nitrógeno recuperado, tanto en el residuo de FND como en la lignina. Estos datos apoyan el informe previo de Van Soest de que el sulfito ataca la lignina. Presentamos pruebas de que el efecto del sulfito sódico también puede ser inhibir la formación de productos Maillard, que se detectan como lignina, durante el paso del reflujo del método de FND. Tres fracciones diferentes de nitrógeno se identificaron en la FND fecal: la fracción eliminada por el sulfito sódico, una fracción removida por ácido diluido, y la fracción que permanece en lignina Klason. Las digestibilidades aparentes de la FND se calcularon varias veces usando factores de corrección que tenían en cuenta este nitrógeno. Sólo la eliminación de lignina Klason de la FND fecal eliminó la única digestibilidad negativa que observamos.

Junio de 1985.

FINLEY, D. A., y cols.: *Constituyentes inorgánicos de la leche materna de mujeres vegetarianas y no vegetarianas: relaciones entre sí y con constituyentes orgánicos*, páginas 772-781.

Los cambios en las concentraciones de minerales, elementos trazas, proteína, lactosa y lípidos totales durante veinte meses de lactancia y las correlaciones entre los niveles de estos constituyentes de la leche se estudiaron en un conjunto cuidadosamente definido de 222 muestras de leche recogidas de 52 mujeres, la mitad de las cuales eran vegetarianas. Las muestras de leche de las vegetarianas y de las no vegetarianas contenían niveles semejantes de hierro, cobre cinc, sodio, potasio, calcio, magnesio, lactosa y grasa. Tras un breve pero agudo descenso inicial, los niveles de proteína y hierro no cambiaron significativamente entre dos y veinte meses de lactancia. Los niveles de Zn, Co, Na y K descendieron a partir de los seis primeros meses de lactancia. Los niveles de lípido, sodio y cinc aumentaron durante los últimos meses de lactancia, mientras que el calcio descendió. Los niveles de lactosa, cobre, potasio y magnesio permanecieron sin modificación durante los meses siete-veinte. El análisis secuencial por regresión múltiple mostró correlaciones positivas entre los niveles de tres pares de constituyentes inorgánicos durante los seis primeros meses de lactancia: Cn y Zn, Cu y K y K y Ca. Durante los catorce meses siguientes de lactancia, el K estaba correlacionado con el Cu. El nivel de hierro estaba correlacionado positivamente con el de lípidos, mientras que el de Ca lo estaba negativamente con el de lípidos. Estas relaciones, y otras que se mencionan en el trabajo, se discuten en relación con las hipótesis actuales de los mecanismos de secreción.

THE LANCET (ed. inglesa), 18 de agosto de 1985.

ARICO, S., y cols.: *Significado clínico de anticuerpos frente al virus delta de la hepatitis en portadores asintomáticos de HBsAg*, pp. 356-358.

El anticuerpo frente al virus delta de la hepatitis (anti- δ) se detectó en 112 de los 2.487 (5 por 100) individuos que por azar se encontró tenían antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) en su sangre. La función hepática estaba afectada en 38 por 100

(43 de 112) de los portadores positivos anti- δ , pero en sólo 9 por 100 (215 de 2.375) de los sujetos negativos anti- δ ($p < 0,001$). Las muestras de biopsia hepática se obtuvieron de 31 sujetos positivos a los anticuerpos y de 97 negativos con función hepática afectada. Se observaron importantes cambios histológicos en 61 por 100 de los 31 portadores positivos de anticuerpos (siete hepatitis crónica activa, cuatro cirrosis activa, ocho cirrosis inactiva), pero sólo 19 por 100 de los 97 portadores negativos de anticuerpos ($p < 0,001$). La presencia de anti- δ en el suero identifica una subpoblación de portadores aparentemente sanos de HBsAg, cuyo riesgo de enfermedad hepática subyacente es cuatro veces mayor que la de un portador corriente. La identificación de anti- δ en un portador asintomático de HBsAg con función hepática anormal es pues una indicación para una biopsia hepática diagnóstica.

24 de agosto de 1985.

SIMONEN, O., y LAITINEN, O.: *¿Previene la fluoración del agua de bebida la fragilidad ósea y la osteoporosis?*, pp. 432-433.

La incidencia de fractura del cuello del fémur se comparó en dos ciudades finlandesas de similar estructura económica, Kuopio y Jyväskylä, Kuopio ha fluorado su agua de bebida desde 1959, mientras que Jyväskylä sólo tiene trazas de flúor en su agua de bebida. La incidencia de fragilidad ósea (medida por las fracturas de cuello de fémur) se encontró que era significativamente menor en Kuopio que en Jyväskylä. Estos hallazgos parecen asociarse con un contenido de flúor de 1mg/l en el agua de bebida de Kuopio.

7 de septiembre de 1985.

McEVOY, M., y TILLET, H. E.: *Algunos problemas de la predicción de futuras cifras de casos de SIDA en el Reino Unido*, pp. 541-542.

El brote de SIDA en el Reino Unido tiene grandes consecuencias para los servicios sanitarios y se requieren predicciones del futuro número de casos. No hay suficiente información para hacer una buena estimación de la futura curva epidémica, pero la tendencia en nuevos casos puede extrapolarse y lleva a un número previsto de nuevos casos que oscila entre 460 y 7.300 casos en 1988, con unos 700 pacientes posibles aún vivos de los años anteriores y que necesiten asistencia a comienzos de 1988.

14 de septiembre de 1985.

STEWART, G. J., y cols.: *Transmisión de virus linfotrópico de células T humanas tipo III (HTLV-III) por inseminación artificial por donantes*, pp. 581-584.

Cuatro de ocho receptoras de inseminación artificial (IA) con semen preservado por frío de un paciente asintomático de virus HTLV-III se vio que tenían anticuerpos para este virus. Una tiene linfadenopatía generalizada persistente, mientras que las otras

tres no tienen síntomas tres años después de la inseminación. Tres quedaron embarazadas posteriormente más de un año después del contacto con el semen infectado, los niños, que tienen ahora un año de edad, están sanos y no tienen anticuerpos frente al HTLV-III. Estas observaciones ponen de relieve la necesidad de un riguroso programa de cribado para posibles donantes de IA, también sugieren que el semen fresco no debería usarse en IA. Los hallazgos confirman el papel del semen en la transmisión heterosexual del virus y sugieren que en mujeres con anticuerpos anti HTLV-III el embarazo y la lactancia posterior no llevan necesariamente a la infección del niño.

MALHOTRA, H., y cols.: *Efectos del alcohol sobre la presión en sujetos normo e hipertensos*, pp. 584-586.

Los efectos del consumo agudo de alcohol y de la abstinencia sobre la presión sanguínea se estudiaron en sujetos sanos normales y en pacientes hipertensos no bebedores y bebedores habituales. Todos bebieron alcohol (1 g/kg peso corporal y día) durante cinco días y después se abstuvieron durante cinco días. No hubo diferencias significativas de la presión sanguínea en los sujetos normales durante la ingestión de alcohol o después de ella. Sin embargo, en no bebedores hipertensos las presiones sanguíneas tanto sistólica como diastólica de pie eran significativamente superiores durante el período de ingestión de alcohol, la presión sanguínea en posición supina no era significativamente superior. En pacientes hipertensos que bebían regularmente, las presiones sanguíneas sistólica y diastólica de pie y tumbados eran significativamente superiores durante el período de bebida.

LEVY, J. A., y cols.: *Aislamiento de retrovirus asociados con SIDA del LCR y cerebro de pacientes con síntomas neurológicos*, pp. 586-588.

Retrovirus (ARV) asociados con SIDA se han aislado del LCR y cerebro de hombres homosexuales que presentaban síntomas neurológicos. La mayoría de estos pacientes también cumplían los criterios clínicos del SIDA. Los virus crecieron fácilmente en células mononucleares periféricas y se identificaron por inducir efectos citopáticos y antígeno ARV en cultivos. Los resultados sugieren que ARV puede ser la causa de los síndromes neurológicos de pacientes con SIDA e indican que el virus puede infectar otras células además de los linfocitos T.

21 de septiembre de 1985.

FRANK, J. W., y MAI, V.: *Autoexploración de la mama en mujeres jóvenes ¿más daño que beneficio?*, pp. 654-657.

Se comenta que las mujeres que encuentran lesiones benignas y asintomáticas de la mama por autoexploración se exponen a una ansiedad innecesaria, a investigaciones médicas (incluso a procedimientos invasivos) innecesarios y a posibles riesgos de falsa

seguridad. Los «falsos positivos» sobrepasan tanto a los cánceres detectados por debajo de los treinta-treinta y cinco años que el potencial de beneficio neto derivado de la autoexploración en este grupo de edad es remoto. La autoexploración en mujeres jóvenes, por estimular la investigación médica agresiva y costosa de muchos bultos benignos asintomáticos de la mama que no necesitan tratamiento, podría hacer más daño que beneficio.

28 de septiembre de 1985.

DOXIADIS, S. A., y cols.: *Impacto de una campaña nacional antitabaco*, pp. 712-713.

Una campaña antitabaco intensiva, basada principalmente en mensajes por radio y televisión, redujo el aumento anual de consumo de tabaco en Grecia del 6 por 100 a casi 0. Cuando la campaña cesó, el consumo subió de nuevo a la tasa anterior a la campaña.

19 de octubre de 1985.

MORTIMER, P. P., y cols.: *¿Qué ensayos utilizan para cribado y confirmación del virus HTLV-III/LAV?*, pp. 873-877.

Preparando las pruebas de rutina anti HTLV-III/LAV en el Reino Unido se evaluaron cinco ensayos comerciales (A-E) usando 360 sueros seleccionados en base clínica y epidemiológica. Estos comprendían 220 muestras de donantes de sangre, 83 muestras de pacientes de grupos de alto riesgo y 57 muestras con características que probablemente darían resultados falsos positivos. Probablemente los resultados positivos erróneos surgieron del ensayo A en las tres categorías y del ensayo B en la segunda y tercera categorías. Estas reacciones fueron mucho más comunes después de haber calentado las muestras a 56° C durante treinta minutos. Excepto que un suero anti-HLA DR4 que contenía B5 fue repetidamente positivo para el C, los ensayos C, D y E no produjeron aparentemente resultados falsamente positivos. Los resultados de estos tres ensayos fueron también muy reproducibles. En pruebas sobre diluciones de sueros los títulos superiores se obtuvieron con los ensayos A y D, pero los C y E discriminaron más claramente entre sueros positivos y negativos al HTLV-III/LAV. Estos dos ensayos fueron rápidos y convenientes y parecieron especialmente adecuados para probar donantes de sangre. El ensayo D fue casi comparable con ellos en resultados, pero más difícil de usar. Los ensayos comerciales C, D y E, un ensayo de captura de anticuerpos y una prueba sencilla inmunofluorescente podrían ser la base para un sistema nacional metodológicamente diverso de prueba primaria y de confirmación para anti-HTLV-III/LAV.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE,

1 de agosto de 1985.

PIPER, J. M., y cols.: *Uso intensivo de fenacetina y cáncer de vejiga en mujeres de veinte a cuarenta y nueve años de edad*, pp. 292-295.

Investigamos el uso de analgésicos que contienen fenacetina o acetaminofen, en 173 mujeres jóvenes con cáncer de vejiga urinaria y 173 controles ajustados. Los casos, que tenían de veinte a cuarenta y nueve años de edad en el momento de serles diagnosticado el cáncer, era 6,5 veces más probable que declararan el uso regular de analgésicos, que contenían fenacetina, al menos durante un año antes del diagnóstico que sus controles ajustados (tasa, 6,5; 95 por 100 intervalo de confianza, 1,5 a 59,2). Entre las 15 mujeres (13 casos y dos controles) que declararon usar regularmente drogas que contenían fenacetina, ocho de los casos y uno de los controles declararon el uso diario durante un año ($P = 0,04$). El excesivo uso de analgésicos que contenían acetaminofen no se declaró. El riesgo elevado de cáncer de vejiga en mujeres jóvenes que usaban regularmente productos que contenían fenacetina permaneció después de ajustar todos los demás factores de riesgo conocidos.

5 de septiembre de 1985.

LESKO, S. M., y cols.: *Consumo de cigarrillos y riesgo de cáncer de endometrio*, páginas 593-6.

Debido a la evidencia de excreción reducida de estrógeno en la orina de mujeres que fuman cigarrillos y la evidencia que liga los niveles de estrógenos con el riesgo de cáncer de endometrio en relación con el uso de cigarrillos en un estudio caso-control, basado en un hospital, de 510 mujeres con cáncer de endometrio (casos) y 727 mujeres con otros cánceres (controles). La tasa-ratio estimada (riesgo relativo) para fumadoras corrientes, comparadas con mujeres que nunca habían fumado, fue de 0,7 (95 por 100 intervalo de confianza, 0,5 a 1,0) y para anteriores fumadoras la estimación fue de 0,9 (0,6 a 1,2). para las mujeres que normalmente fumaban 25 o más cigarrillos por día, la tasa-ratio estimada fue de 0,5 (0,3 a 0,8). El efecto de fumar corrientemente al menos 25 cigarrillos por día apareció que estaba reducido a mujeres posmenopáusicas, entre las que la estimación fue 0,5 (0,2 a 0,9). Entre las mujeres premenopáusicas la estimación fue 0,9 (0,4 a 2,2), pero la diferencia entre estas dos estimaciones podría haberse debido a la suerte. Los datos sugieren que las mujeres que fuman mucho pueden tener menor riesgo de cáncer de endometrio que las no fumadoras. Los presentes hallazgos no tienen graves efectos perjudiciales. Sin embargo, si se confirman estos resultados, la aclaración de los mecanismos subyacentes por los que el fumar reduce el riesgo sería interesante y podría ser útil para desarrollar estrategias de prevención del cáncer de endometrio.

12 de septiembre de 1985.

CHASNOFF, I. J., y cols.: *Uso de cocaína en el embarazo*, pp. 666-9.

Con el creciente uso de cocaína en Estados Unidos ha habido una creciente preocupación respecto a sus efectos sobre fetos y recién nacidos de embarazadas que abusaban en un programa integrado de adicción perinatal se dividieron en dos grupos: las que sólo usaban cocaína y las que usaban cocaína más narcóticos. Estos dos grupos se compararon con un grupo de mujeres que habían usado narcóticos en el pasado y que se mantenían con metadona durante el embarazo y con un grupo de mujeres libres de drogas. Los cuatro grupos eran similares en cuanto a edad de la madre, situación socioeconómica, número de embarazos y uso de cigarrillos, marihuana y alcohol. Sus historias clínicas indicaban que las mujeres que usaban cocaína tenían una tasa significativamente más alta de abortos espontáneos que las de los otros dos grupos. En los embarazos en estudio, cuatro mujeres usuarias de cocaína comenzaron su trabajo de parto con un *abruptio placentae* inmediatamente después de autoinyectarse cocaína. La edad gestacional del recién nacido, el peso al nacer, su altura y la circunferencia craneal no se afectaron por el uso de cocaína. Sin embargo, la Escala de Valoración de la Conducta neonatal de Brazelton mostró que los niños expuestos a la cocaína tenían depresión significativa de la conducta interactiva y una mala respuesta organizativa a estímulos ambientales. Estas observaciones preliminares sugieren que la cocaína influye sobre el resultado del embarazo, así como sobre el comportamiento neurológico del recién nacido, pero una estimación completa requerirá un mayor número de embarazos y un seguimiento más largo.

17 de octubre de 1985.

SHAPIRO, S., y cols.: *Riesgo de cáncer de endometrio localizado y diseminado en relación con el uso reciente y discontinuo de estrógenos conjugados*, pp. 969-72.

En un estudio caso-control del riesgo de adenocarcinoma del endometrio en relación con el uso de estrógenos conjugados, encontramos que el 31 por 100 de 425 mujeres con cáncer de endometrio y el 15 por 100 de 792 controles declararon haber usado estrógenos conjugados, la ratio-tasa estimada fue 3,5 con un 95 por 100 de intervalo de confianza de 2,6 a 4,7. Cuando se usaban al menos durante un año, la ratio-tasa estimada para el cáncer en los estadios I o II fue 5,2 (95 por 100 de intervalo de confianza, 3,7 a 7,2) y para los estadios III y IV combinados fue 3,1 (1,5 a 6,4). Entre las mujeres que habían usado estrógenos durante al menos un año y después los habían dejado, el riesgo de cáncer de endometrio permaneció significativamente elevado, incluso después de intervalos sin usar estrógenos de más de diez años. Los hallazgos sugieren que el uso durante mucho tiempo de estrógenos conjugados aumenta el riesgo de cáncer de endometrio tanto localizado como diseminado. Los datos sugieren también que las mujeres que han tomado estrógenos conjugados durante un año o más mantienen un riesgo aumentado durante diez años por lo menos después de haber dejado de usarlos. Estas mujeres deberían considerarse para vigilancia ginecológica a largo plazo.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Servicio de Publicaciones