Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LXI MAYO-JUNIO 1987 NUMS. 5-6

Algunos indicadores de la calidad de los diagnósticos de defunción en la Comunidad Valenciana

A. M. COSTA ALCARAZ

Presupuestos de planificación de la Educación Sanitaria en los servicios socio-sanitarios de las Comunidades Autónomas. Estrategia de articulación de la Educación Sanitaria en Cataluña, 1985

I. DE JUAN CREIX, J. GALLEGO, J. R. LOAYSSA, M. URTURI, A. SANCHO, M. COMPIANO, A. FERRARI y M. MORI

Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en el medio laboral siderúrgico español meridional

M. CALERO FRESNEDA, A. CARRASCOSA, J. M. YRAYZOZ, A. GOENECHEA, J. P. CORBALAN, J. DE LA CRUZ, O. DE TORRES, J. MATURANA, L. PEREZ, J. L. URBANO y A. MORALES

Calidad microbiológica de la leche de cabra

J. L. MARISCAL ANDRES

Estudio de la morbilidad asistida en un centro de salud: a propósito de 1.370 consultas

R. FRADE, A. CABRERA, F. NIÑO, F. SARMIENTO, A. PADRON, M. HIDALGO, J. DELGADO y J. MALDONADO

Encuesta por entrevista sobre el consumo de medicamentos en la población salmantina

M. C. SAENZ, R. MATEOS CAMPOS y R. GONZALEZ CELADOR

Atención odontológica en escolares de la ría de Pontevedra

J. J. GESTAL OTERO, E. SMYTH CHAMOSA, M. TARACIDO TRUNK y J. M. CRUZ DEL RIO

El síndrome del niño maltratado

J. LLAVERO

La medicina preventiva en la asistencia primaria

L. SALLERAS SANMARTI

Ministerio de Sanidad y Consumo

Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LXI

MAYO-JUNIO 1987

NUMS. 5-6

Ministerio de Sanidad y Consumo

Revista de Sanidad e Higiene Pública

Dirección General de Salud Pública

COMITE DE HONOR

Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo: Don Julián García Vargas.
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 Juan José Artells Herrero.
Ilmo. Sr. Director general de Farmacia y Productos Sanitarios: Don Félix Lobo Aleu.
Ilmo. Sr. Director general de Salud Alimentaria y Protección de los Consumidores: Don Miguel Angel de la Cal López.

CONSEJO DE REDACCION

PRESIDENTE

Ilmo. Sr. Director general de Planificación Sanitaria: Don Juan José Artells Herrero.

VOCALES

Ilmo. Sr. Subdirector general de Programas de Promoción y Prevención: Don Gerardo Clavero González
Ilmo. Sr. Subdirector general de Planes de Salud: Don Vicente Ortún.
Ilmo. Sr. Subdirector general de Planificación Sanitaria y Formación: Don Pedro Jesús Saturno Hernández.
Ilmo. Sr. Subdirector general de Evaluación Sanitaria y Tecnología: Don Joaquín Márquez Montes.
Ilmo. Sr. Director del Instituto de Salud Carlos III: Don Rafael Nájera Morrondo.

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: 351-87-016-X
Depósito legal: M. 71.-1958

IMPRENTA NACIONAL DEL BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO

INDICE

Páginas

Algunos indicadores de la calidad de los diagnósticos de defunción en la Comunidad Valenciana.–COSTA ALCARAZ, A. M. 459-465

Presupuestos de planificación de la Educación Sanitaria en los servicios socio-sanitarios de las Comunidades Autónomas. Estrategia de articulación de la Educación Sanitaria en Cataluña, 1985.–DE JUAN-CREIX, I.; GALLEGO, J.; LOAYSSA, J. R.; URTURI, M.; COMPIANO, M.; SANCHO, A.; FERRARI, A., y MORI, M. 467-476

Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en el medio laboral siderúrgico español meridional.–CALERO FRESNEDA, M.; CARRASCOSA, A.; YRAYZOZ, J. M.; GOENECHEA, A.; CORBALÁN, J. P.; DE LA CRUZ, J.; DE TORRES, O.; MATURANA, J.; PÉREZ, L.; URBANO, J. L., y MORALES, A. 477-482

Calidad microbiológica de la leche de cabra.–MARISCAL ANDRÉS, J. L. 483-497

Estudio de la morbilidad asistida en un centro de salud: a propósito de 1.370 consultas.–FRADE, R.; CABRERA, A.; NIÑO, F.; SARMIENTO, F.; PADRÓN, A.; HIDALGO, M.; DELGADO, J., y MALDONADO, J. 499-507

Encuesta por entrevista sobre el consumo de medicamentos en la población salmantina.–SÁENZ, M. C.; MATEOS CAMPOS, R., y GONZÁLEZ CELADOR, R. 509-519

Atención odontológica en escolares de la ría de Pontevedra.–GESTAL OTERO, J. J.; SMYTH CHAMOSA, E.; TARACIDO TRUNK, M., y CRUZ DEL RÍO, J. M. 521-530

El síndrome del niño maltratado.–LLAVERO, J. 531-544

La medicina preventiva en la asistencia primaria.–SALLERAS SANMARTÍ, L. 545-570

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Medida del comportamiento frente a la salud 571-575
Promoción de la salud 577-579
SIDA entre los toxicómanos 581-585
Investigación sobre el comportamiento en materia de salud 587-590
Fibras minerales artificiales en los lugares de trabajo 591-595
Información para atención primaria de salud 597-599
Influencia de los intereses económicos y otros sobre el consumo de alcohol 601-606

Páginas

Aspectos económicos de la prevención de la enfermedad e incapacidad..... 607-608

COMUNICADOS DE PRENSA 609-644

LIBROS 645-651

REVISTA DE REVISTAS 653-683

CONTENTS

Pages

Some indicators of the quality of the certificates of death in the Community of Valencia.–COSTA ALCARAZ, A. M. 459-465

Model of planing of Health Education in the social and health services of the Authonomous Communities. Strategy for the integration of Health Education in Catalunya, 1985.–DE JUAN CREIX, I.; GALLEGO, J.; LOAYSSA, J. R.; URTURI, M.; COMPIANO, M.; SANCHO, A.; FERRARI, A., y MORI, M. 467-476

Epidemiological study of blood hypertension in a working environment of the south of Spain.–CALERO FRESNEDA, M.; CARRASCOSA, A.; YRAYZOZ, J. M.; GOENECHEA, A.; CORBALÁN, J. P.; DE LA CRUZ, J.; DE TORRES, O.; MATURANA, J.; PÉREZ, L.; URBANO, J. L., y MORALES, A. 477-482

Microbiological quality of goat's milk.–MARISCAL ANDRÉS, J. L. 483-497

Study of the morbidity cared for in a health center: study of 1.370 patient's visits.–FRADE, R.; NIÑO, F.; SARMIENTO, F.; PADRÓN, A.; HIDALGO, M.; DELGADO, J., y MALDONADO, J. 499-507

Survey through interview on the use of drugs in the population of Salamanca.–SÁENZ, M. C.; MATEOS CAMPOS, R., y GONZÁLEZ CELADOR, R. 509-519

Dental care in schoolchildren of the region of Pontevedra.–GESTAL OTERO, J. J.; SMYTH CHAMOSA, E.; TARACIDO TRUNK, M., y CRUZ DEL RÍO, J. M. 521-530

The illtreated child syndrom.–LLAVERO, J. 531-544

Preventive medicine in primary health care.–SALLERAS SANMARTÍ, L. .. 545-570

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Measure of health behaviour 571-575
Promotion of health 577-579
AIDS between drug addicts 581-585
Research on health behaviour 587-590
Artificial mineral fibers in working environments 591-595
Information for primary health care 597-599
Influence of economic and other interest on alchol consumption 601-606
Economic aspects of the disease and handicap prevention 607-608

PRESS 609-644
BOOKS 645-651
ABSTRACTS 653-683

REV. SAN. HIG. PÚB., 1987, 61, 459-465 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Algunos indicadores de la calidad de los diagnósticos de defunción en la Comunidad Valenciana

ANA MARIA COSTA ALCARAZ *

INTRODUCCION

A mediados del siglo XVII, J. Graunt publicó una serie de observaciones basadas en las estadísticas de mortalidad de las parroquias londinenses [1]. Aproximadamente dos siglos después, se extendió la costumbre de recoger de modo sistemático y oficial datos sobre mortalidad. Actualmente, tales estadísticas constituyen una pieza clave de la investigación epidemiológica.

Doménech y Segura definen con claridad las principales limitaciones derivadas de este uso [2]. En primer lugar, las consecuentes a su empleo como «Indicador de Salud». Así, la mortalidad producida por enfermedades crónicas y degenerativas no representa la incidencia de estos procesos en la población. Por otra parte, siendo la muerte un fenómeno inevitable a determinadas edades, su estudio pierde parte del interés sanitario más inmediato. Y, por último, una disminución de las tasas de mortalidad no siempre significa una mejora de salud (por ejemplo, una tasa de mortalidad infantil excesivamente baja puede conllevar un incremento de la subnormalidad).

En segundo lugar, las dependientes de la calidad de los datos y la validez de los procedimientos empleados en su codificación y análisis. Se han realizado diferentes estudios (recogidos por Doménech [2], Lilienfield [3], así como uno a cargo de la OMS [4], consistentes en analizar una muestra más o menos grande de certificados de defunción, para verificar la precisión de los diagnósticos contenidos en ellos.

De manera complementaria a dichos estudios, e inspirado en el de Segura [5], este trabajo pretende determinar la proporción de muertes codificadas con epígrafes imprecisos, como una primera aproximación al análisis de los factores que inducen a error en los estudios de mortalidad.

* Especialista en Medicina familiar y comunitaria. Médico titular de la Casa de Socorro de Castellón.

MATERIAL Y METODO

Se han utilizado los datos publicados por el INE en su *Movimiento Natural de la Población Española* [6], así como los pertenecientes al *World Health Statistical Annual* de la OMS [7], [8], siempre referidos a 1979.

Se han calculado porcentajes y tasas de mortalidad, comparando los valores correspondientes a la Comunidad Valenciana con los de España y algunos países europeos avanzados.

RESULTADOS

Austria, España y la Comunidad Valenciana presentan un alto porcentaje de muertes a las que se atribuye un diagnóstico impreciso (A-136, A-137), que es más del doble que el correspondiente a algunos de los países con los que se compara (tablas 1 y 2).

TABLA 1

PORCENTAJE DE MUERTES ATRIBUIDAS A «SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS» (A-137)

Países	Porcentaje de A-137 respecto al total de muertes	Porcentaje de muertes en menores de un año	Porcentaje en setenta y cinco y más años
Suecia	0,2	8,6	0,06
Suiza	1,3	6,1	1,5
Austria	2,6	3,1	4,1
Inglaterra y Gales	0,2	10,8	0,05
República Federal Alemana	1,4	9,3	0,8
España	2,1	2,8	2,1
Comunidad Valenciana	1,3	2,3	1,2

TABLA 2

PORCENTAJE DE MUERTES ATRIBUIDAS A «SENILIDAD SIN MENCION DE PSICOSIS» (A-136)

Países	Porcentaje de A-136 respecto al total de muertes	Porcentaje en el grupo sesenta y cinco-setenta y cuatro años	Porcentaje en setenta y cinco y más años
Suecia	0,2	0,01	0,4
Suiza	0,4	0,03	0,8
Austria	1,7	0,3	3,1
Inglaterra y Gales	0,2	0,01	0,4
República Federal Alemana	0,9	0,1	1,8
España	2,0	0,07	2,0
Comunidad Valenciana	1,9	0,3	4,0

En los primeros, no se encuentra demasiada diferencia entre los valores de A-137 pertenecientes a los grupos de edades extremas, mientras que en los últimos, el mayor porcentaje se concentra en los menores de un año, coincidiendo con unas tasas de mortalidad infantil más bajas.

La tabla 3 muestra el lugar que ocupan los anteriores diagnósticos entre las principales causas de mortalidad. Llama la atención el lugar preferente, esta

TABLA 3

LUGAR QUE OCUPAN A-136 + A-137 ENTRE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD

(Lista A de la CIE)

País	Número de orden	Enfermedad	Porcentaje
Suecia	1.º	Isquemia cardíaca	36,3
	2.º	Enfermedad cerebrovascular	10,0
	3.º	Neumonía	3,5
	4.º	Arterias, arteriolas y vasos capilares..	3,3
	5.º	Neoplasia tráquea, bronquios y pulmón	2,7
	21.º	A-136 + A-137	0,5
Suiza	1.º	Isquemia cardíaca	14,9
	2.º	Enfermedad cerebrovascular	11,8
	3.º	Neoplasia tráquea, bronquios y pulmón	4,2
	4.º	Suicidio	2,7
	5.º	Enfermedad de arterias, arteriolas y vasos capilares	2,7
	17.º	A-136 + A-137	1,3
Austria	1.º	Isquemia cardíaca	22,8
	2.º	Enfermedad cerebrovascular	14,9
	3.º	Neoplasia tráquea, bronquios y pulmón	3,6
	4.º	Neoplasia gástrica	2,9
	5.º	Enfermedad de arterias, arteriolas y vasos capilares	2,8
	6.º	A-136 + A-137	2,6
Inglaterra y Gales.	1.º	Isquemia cardíaca	26,2
	2.º	Enfermedad cerebrovascular	12,5
	3.º	Neumonía	9,2
	4.º	Neoplasia tráquea, bronquios y pulmón	5,9
	5.º	Bronquitis, asma, enfisema	3,9
	24.º	A-136 + A-137	0,4
República Federal Alemana	1.º	Isquemia cardíaca	17,6
	2.º	Enfermedad cerebrovascular	14,4
	3.º	Neoplasia tráquea, bronquios y pulmón	3,4
	4.º	Bronquitis crónica, enfisema y asma.	3,2
	5.º	Arterias, arteriolas y vasos capilares..	2,6

vez en España y la Comunidad Valenciana, de las defunciones por «enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares» (A-86). Siendo que en la lista completa de la «Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte», este epígrafe corresponde a arterioesclerosis (440) y una serie de enfermedades poco frecuentes (441-448), se han investigado la distribución porcentual de cada una de ellas. Las tablas 4 y 5 muestran los resultados.

TABLA 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MUERTE DEBIDAS A PATOLOGIA CARDIOVASCULAR (A-80/88)

Países	Enfermedad cerebrovascular (A-85)	Isquemia cardíaca (A-83)	Arterias, arteriolas y capilares (A-86)	Otras (A-80, 81, 82, 84, 87 y 88)
Suecia	18	67	6	9
Suiza	24	31	5,5	39,5
Austria	29	44,5	5,5	21
Inglaterra y Gales	25	52	6	17
República Federal Alemana	29	35	5	31
España	37	22	11	30
Comunidad Valenciana	42	21	11	26

De las muertes debidas a «enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares», un 82 por 100 en España son debidas a «arterioesclerosis», frente a un 52 por 100 en Inglaterra y Gales. Esto supone un 5,2 por 100 y un 1,5 por 100, respectivamente, de todas las defunciones en estos países. No se han calculado los porcentajes de la Comunidad Valenciana por no haber datos publicados al respecto.

La significación de los valores encontrados es mayor al tener en cuenta que todos los países con los que se compara la Comunidad Valenciana (menos Austria y España) poseen tasas de mortalidad infantil más bajas, junto a una mayor tasa de mortalidad global (incrementada principalmente a expensas de los grupos de edad elevada) (tabla 6).

TABLA 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUERTES DEBIDAS A PATOLOGIA CARDIOVASCULAR POR GRUPOS DE EDAD

Patología	Enfermedad cerebrovascular (A-85)			Isquemia cardíaca (A-83)			Enfermedades de arterias, arteriolas y capilares (A-86)			Otras (A-80, 81, 82, 84, 87-88)		
Grupos de edad	45-64	65-74	+75	45-64	65-74	+75	45-64	65-74	+75	45-64	65-74	+75
Suecia	14	16	20	74	71	64	3	4	7	9	9	9
Suiza	14	21	27	52	41	24	4	4	6	30	34	43
Austria	20	27	31	52	46	43	3	5	6	25	22	20
Inglaterra y Gales	16	22	29	69	60	43	3	5	8	12	13	20
República Federal Alemana	18	27	32	53	44	28	3	4	6	26	25	34
España	27	37	36	35	26	25	4	8	13	34	29	26
Comunidad Valenciana	31	42	44	36	27	16	4	8	14	29	23	26

TABLA 6

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL Y POR GRUPOS DE EDAD

Países	Total	Menores de un año	Mayores de setenta y cinco años
Suecia	10,97	7,48	95,60
Suiza	9,11	8,47	88,97
Austria	12,26	14,75	107,60
Inglaterra y Gales	12,06	12,82	106,36
República Federal Alemana	11,60	13,50	102,72
España	7,8	13,20	95,55
Comunidad Valenciana	8,7	13,30	37,50

CONCLUSIONES

Creemos que la proporción de muertes a las que se asigna un diagnóstico impreciso es un indicador de la exactitud con que se efectúan los diagnósticos en general y, consecuentemente, de la fiabilidad que se puede conceder a los mismos.

Los valores encontrados para la Comunidad Valenciana, así como los correspondientes a España, se desvían notablemente de los correspondientes a los países con los que se ha comparado (excepto Austria), siendo más elevados independientemente de las tasas de mortalidad por edad.

Doménech y Segura afirman que una proporción alta de diagnósticos imprecisos modifican los resultados de los estudios de mortalidad afectando a las tasas específicas [2].

Barker y Rose [9] opinan, basados en una revisión de 9.501 fallecimientos hospitalarios, que la proporción de muertes debidas a una causa y que no se diagnostican, se compensa con aquellas que son diagnosticadas indebidamente. Es lo mismo que decir que los errores tienden a anularse unos a otros. Y de aquí se podría deducir, contrariamente a lo afirmado por Doménech, que las causas de defunción incluidas en A-136 y A-137 se distribuyen de forma proporcional entre las distintias causas de muerte sin alterar prácticamente los resultados.

No estamos en condiciones de defender ninguna de las dos posturas. Pensamos que una investigación analítica de los certificados de defunción puede ayudar a esclarecer cuál es la hipótesis verdadera. Asimismo, permitiría comprobar la validez de otra de las conclusiones que se extraen de este trabajo: en vista del destacado lugar que ocupan las defunciones por A-86, se puede afirmar que probablemente en nuestra Comunidad, y desde luego en España, hay un factor de riesgo específico para arterioesclerosis o bien una tendencia a emplear este diagnóstico como «cajón de sastre».

RESUMEN

Este trabajo intenta determinar la proporción de muertes codificadas con epígrafes imprecisos como primera aproximación al análisis de los factores que inducen a error en los estudios de mortalidad, comparando los datos de la Comunidad Valenciana con los de España y algunos países europeos.

RÉSUMÉ

Ce travail essay de determiner la proportion des dècès codifiés avec des épigraphes imprecis comme une première approche à l'analyse des facteurs qu'induisent à faire erreur dans les études de mortalité, en comparant les données de la Communauté de Valencia avec celles de l'Espagne et de quelques pays europeens.

SUMMARY

This paper intends to asses the proportion of deaths codified with inacurated epigraphs as a primary approach to the analysis of the confounding factors in mortality studies, comparing the data from the Valencia Community with those of Spain and of some European countries.

BIBLIOGRAFIA

[1] GRAUNT, J.: «Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index and Made Upon Bills of Mostality». En ANDRÉS, J.; SEGURA, A., Y SPAGNOLO, E.: «La medida de la salud y la enfermedad». *Jano*, octubre 1984, pp. 33-9.

[2] DOMÉNECH, J., y SEGURA, A.: «El papel del médico en las estadísticas de mortalidad». *Jano*, octubre 1984, p. 40-7.

[3] LILIENFIELD, A., y LILIENFIELD, D.: «Fundamentos de Epidemiología». Fondo Educativo Interamericano. México, 1983, pp. 57-61.

[4] PUFFER, R. R.; WYNNE, G., et al., en: «Tendencias actuales de los estudios sobre morbilidad y mortalidad». *Cuadernos de Salud Pública*, núm. 27. OMS. Ginebra, 1967, pp. 119-39.

[5] SEGURA, A.; SPAGNOLO, E.; ANDRÉS, J., et al.: «La importancia de los síntomas y estados morbosos mal definidos en la codificación de las causas de muerte». Comunicación presentada a la tercera reunión de la Sociedad Española de Epidemiología. Valladolid, 1981.

[6] INE: «Movimiento natural de la población española. 1979». Tomos I a III. Madrid, 1983. Tomo II, vol. 10. Madrid, 1984.

[7] WHO: *World Health Statistical Annual*, vol. I, Geneve, 1981.

[8] WHO: *World Health Statistical Annual*, vol. I, Geneve, 1982.

[9] BARKER, D. J. P., y ROSE, G. A.: «Epidemiología en la práctica médica». Salvat, colección *Salud Pública*. Barcelona, 1983.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 467-476 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Presupuestos de planificación de la Educación Sanitaria en los servicios socio-sanitarios de las Comunidades Autónomas (1)

Estrategia de articulación de la Educación Sanitaria en Cataluña, 1985

I. DE JUAN-CREIX (2), J. GALLEGO (2), J. R. LOAYSSA (2), M. URTURI (2), M. COMPIANO (2), A. SANCHO (3), A. FERRARI (4) y M. MORI (4)

...«los poderes públicos estimularán la educación sanitaria, la educación física y el deporte»

Artículo 43 Constitución Española 1978

... Da anni l'Educazione sanitaria è stata indicata come uno degli strumenti fondamentali per la maturazione di una mentalità sanitaria consapevole e moderna.

Lo sforzo iniciale di pochi «pioneri» ha trovato una sanzione fondamentale nell'articlo 14 della lege 833 (Riforma Sanitaria Italiana 1978) in cui l'Educazione Sanitaria figura al primo posto nell'elenco delle conpetenze delle Unitè Socio Sanitarie Locali (USSL).

Dr. Velio Lorenzini
Assesore alla Sanità
Regione Umbria
Perugia. Dicembre 1981

(1) Este trabajo ha sido presentado resumidamente como póster (cartel) en el primer Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, octubre 1985.

(2) Comunidad Autónoma de Catalunya. Comunidad Autónoma de Aragón. Comunidad Autónoma de Navarra. Comunidad Autónoma de Euskadi, Liguria. Alumnos del Centro Sperimental per L'Educazione Sanitaria Universitaria degli studi di Perugia (CSES).
(3) Colaborador CSES.
(4) Profesor CSES.

Palabras clave: Educación Sanitaria, Planificación, Comunidad Autónoma, Participación, Referente, Comité Autonómico de Educación Sanitaria (CAES) y Formación.

... la atención primaria de salud:
comprende cuanto menos, las siguientes actividades: la Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.

Art. VII. punto 3
conferencia Alma-Ata, 1978.

INTRODUCCION

El Programa de Educación Sanitaria está vinculado orgánicamente al Servicio de Promoción de la Salud. Para el desarrollo de la Educación Sanitaria en las Comunidades Autónomas del Estado Español es necesario crear una infraestructura que le apoye según los principios y métodos actuales.

«La Educación Sanitaria es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica de los individuos y de la colectividad» (Sepilli, 1970) [1]. Esto implica que [2, 3, 4]:

- Se considere como un proceso, es decir, una actividad continuada y planificada. No son campañas esporádicas. Es una tarea principal de quienes están en contacto continuo con la población (Asistencia Primaria de base), porque conocen su estilo de vida y medio ambiente y porque su papel es reconocido así por la comunidad.
- Es un proceso educativo, no meramente informativo. Pretende influir en las actitudes, motivaciones y hábitos de la comunidad.
- Tiende a responsabilizar a los ciudadanos, hacer madurar y dar capacidad a la gente para aumentar el control sobre su salud.
- Entonces, los sujetos de la Educación Sanitaria no pueden ser sólo los técnicos, ya que es necesario que intervengan todas las instituciones y las fuerzas sociales que en torno a los entes locales están en grado de influir directamente sobre la calidad de vida de las ciudades, pueblos, barrios...
- La prevención de los principales problemas de salud depende de la remoción de determinados factores de comportamiento y ambientales sólo alcanzable mediante la participación eficaz y concreta de la población. Así la Educación Sanitaria se convierte en un método de trabajo para la participación.
- Por todo esto, creemos que la Educación Sanitaria no es una actividad del Servicio, sino un modo de ser de éste; no es una disciplina separada, sino un método de trabajo, no como un servicio/sección... estanco o separado, sino como una característica de todo el servicio.

- Se propone un modelo de planificación de la Educación Sanitaria en los servicios sociosanitarios basado en la declaración del Alma-Ata 1978, que fue patrocinada por la OMS y UNICEF y aprobada por todos los Ministros de Sanidad del mundo, que destaca la importancia de la educación para la salud en la Atención Primaria de Salud (punto 3 del principio VII) [5] en la formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 de la OMS de 1979 [6]. Dicho modelo parte de la experiencia italiana de este último decenio (legge 833 de Riforma Sanitaria Italiana, 1978) y del marco que permite la Constitución del Estado Español, 1978 (artículo 43, «... los poderes públicos estimularán la educación sanitaria, la educación física y el deporte...»), y del Proyecto de Ley General de Sanidad Española 1985.

FINALIDAD DEL PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA

Planificar, programar y promover la educación sanitaria en la Comunidad Autónoma [3, 4].

Un programa de Educación Sanitaria como instrumento de la Promoción de la Salud, en el marco de la Asistencia Primaria (conferencia de Alma-Ata) como catalizador de los proyectos posibilitadores de la reapropiación por parte de la colectividad (políticos-técnicos-usuarios) del conocimiento y de la capacidad de acción sobre una realidad ambiental que conduzca a un incremento de la salud individual y comunitaria [5].

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA [2, 3, 4, 7, 8]

1. *Programación general*

   1.1 La Educación Sanitaria en los programas de salud de la Comunidad Autónoma.
   1.2 Formular los programas específicos de Educación Sanitaria.
   1.3 Programar actuaciones en los medios de comunicación social.

2. *Formación de personal en Educación Sanitaria*

   2.1 Desarrollada en la formación inicial y continuada:

      2.1.1 De los profesionales que trabajan en los Servicios Territoriales y posteriormente en los que trabajan en las áreas de gestión de inminente creación.
      2.1.2 De los profesionales sociosanitarios, especialmente aquellos que trabajen en Asistencia Primaria de Salud.
      2.1.3 De los profesionales de la educación, especialmente aquellos que trabajan en la enseñanza preescolar, primaria y media.

2.2 Promover la conciencia en Educación Sanitaria de otras personas de especial relevancia en la comunidad (profesionales de medios de comunicación, políticos...).

3. *Orientación metodológica y técnica*

3.1 Preparar, producir y distribuir materiales de Educación Sanitaria.
3.2 Desarrollar un Centro de Documentación e Información sobre materiales y experiencias.
3.3 Proporcionar un Servicio de Consulta metodológico y técnico para intervenciones en Educación Sanitaria.
3.4 Promover la investigación y la evaluación de los métodos y acciones de Educación Sanitaria.
3.5 Instaurar una conexión continua con los Servicios Epidemiológicos para determinar los problemas de Salud de la Comunidad.

4. *Promoción y coordinación en el área de la Educación Sanitaria*

4.1 Promover el marco e integrar las actividades de Educación Sanitaria:

4.1.1 En los servicios sanitarios, especialmente en la Atención Primaria de Salud, en coordinación con los organismos sanitarios competentes.
4.1.2 A nivel escolar, en coordinación con los organismos de educación competentes [9].

4.2 Promover y apoyar las intervenciones de Educación Sanitaria entre diversos organismos, entidades y asociaciones.
4.3 Mantener un grado de relación que permita:

4.3.1 Asegurar la comunicación y el intercambio sobre Educación Sanitaria con el resto de Comunidades Autónomas y demás centros y asociaciones internacionales sobre Educación Sanitaria (UIES, OMS, UNESCO...).

4.4 Programar y realizar las intervenciones de Educación Sanitaria a través de los Medios de Comunicación Social [10, 11].
4.5 Propugnar las modificaciones de las resistencias ambientales y sociales para la adopción de conductas positivas de salud [12, 13].

ESTRATEGIA: ARTICULACION DE LA EDUCACION SANITARIA EN CATALUÑA

1.ª fase

1984/85/86

A través de los Servicios Territoriales de Promoción de la Salud

2.ª fase

1986-1988

A través de las ocho áreas de gestión del ICS y la DGOPS (Areas/Sectores) *.

3.ª fase

1988 en adelante

A través de las áreas básicas de salud

- Para que se puedan alcanzar los objetivos marcados en el programa de Educación Sanitaria en Catalunya es necesario que se cree un *marco adecuado* (1.ª fase: Servicios Territoriales; 2.ª fase: Areas de Gestión, y 3.ª fase: Areas básicas de salud) y existan las *condiciones necesarias* para su desarrollo (voluntad política, recursos económicos...). Esto comporta la necesidad de crear un responsable y/o coordinador («Referente») de Educación Sanitaria en un primer momento en los territorios para después tenerlos en las Areas de Gestión.
- Desde el punto de vista organizativo, sería relevante la creación de un *grupo catalán de trabajo interdisciplinario* (comité catalán de Educación Sanitaria), compuesto por técnicos y representantes de instituciones y comunidad, además de los funcionarios coordinadores de la Educación Sanitaria a nivel de Servicio Central y de las Areas de Gestión.
- Justificación de los *Referentes de Educación Sanitaria* (RES):

1. Criterio de *descentralización:* La comunidad ** y por tanto el individuo, no se pueden comprender como algo aislado, sino enmarcado en un territorio concreto (singular) donde desarrollar sus actividades. Y es en estos territorios donde están (estarán) ubicados los técnicos de atención primaria, desarrollando sistemas y estrategias de salud con la comunidad.
2. Criterio de *comunicación:* La comunidad expresa y siente unas necesidades que la mayoría de las veces escapan de los estudios epidemiológicos que desde los servicios centrales se desarrollan. El crear unas vías bidireccionales de comunicación, discusión entre la comunidad (necesidades) y los técnicos (recursos) puede contribuir a la eficacia y eficiencia de los Programas.

* Diari Oficial de la Generalitat. DOG núm. 527, 10 d'abril de 1985. Decret aprovant-se les mesures per a la Reforma de l'Assistència primària de Salut a Catalunya. Departament de Sanitat.

** Entendiendo comunidad («communitate») como conjunto de personas que viven y se desarrollan en un territorio y no de una forma estática, sino como proceso dinámico, por lo que será imprescindible que los RES vivan en el territorio, observen cotidianamente las interacciones que se desarrollan entre los individuos, y entre ellos y su medio.

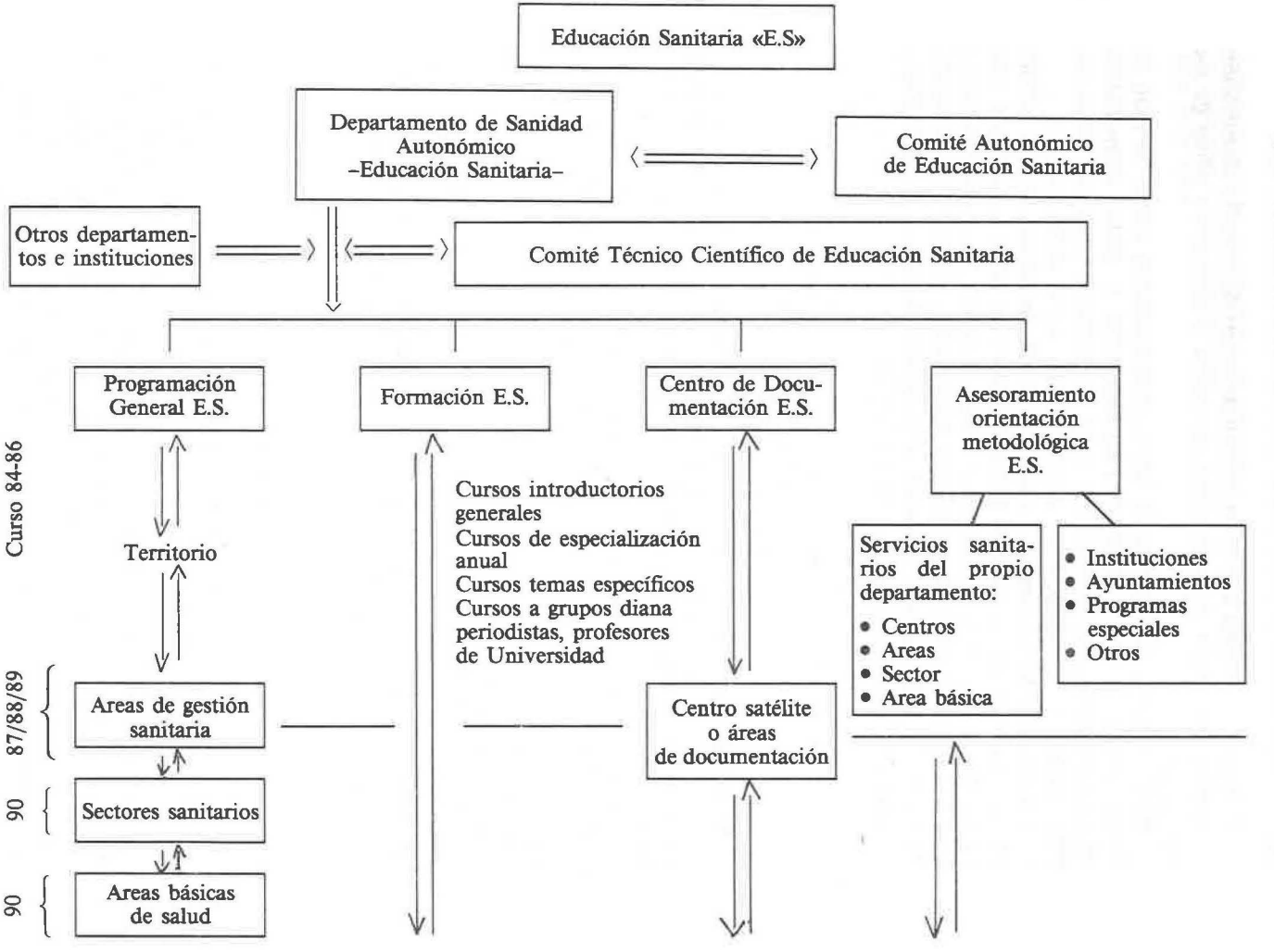
3. Criterio de *apoyo:* La creación de una red de apoyo que promocione y asegure las intervenciones de Educación Sanitaria de los profesionales sanitarios.
4. Criterios de *planificación, programación y ejecución:* Técnicos y comunidad conjuntamente han de desarrollar y ejecutar los programas de educación sanitaria (promoción de la salud...).

- Las funciones a desarrollar por los responsables referentes de Educación Sanitaria serán:
  a) Ser responsable de la distribución de material a nivel territorio-área: control de reparto según criterios predeterminados, del servicio de préstamo, del almacén provincial de material de Educación Sanitaria; y ser encargados de realizar pedidos y de informar periódicamente.
  b) Crear un centro de documentación que se nutriría del servicio central (centro catalán de documentación en educación sanitaria) y del material que se produzca en la zona implicada.
  c) Promocionar y apoyar las intervenciones de Educación Sanitaria entre los profesionales sanitarios con una base metodológica. Realizar iniciativas a través del Servicio Territorial y/o Areas de Gestión.
  d) Llevar a cabo la ejecución de programas de Educación Sanitaria y contribuir a su programación. Formular y desarrollar programas.
  e) Facilitar material, proporcionar documentación e información y orientar técnica y metodológicamente a aquellos organismos, entidades y asociaciones que realicen actividades de Educación Sanitaria.
  f) Ayudar a establecer y mantener la comunicación y la coordinación entre diversos organismos de especial interés para la Educación Sanitaria, como los servicios sanitarios y las instituciones educativas, entre otros.
  g) Contribuir a la formación de personal en los principios y metodología de la Educación Sanitaria a través de los cursillos para profesionales sanitarios, maestros y educadores, y personas de especial relevancia en la comunidad.

Para la adecuada realización de tales funciones resulta necesario que sean desarrolladas por un técnico responsable referente de Educación Sanitaria en cada Servicio Territorial los primeros años y en las áreas de salud en una segunda fase, con formación en Ciencias de la Salud, con titulación superior, con un enfoque claro hacia la Asistencia Primaria de Base y la Promoción de la Salud, motivación hacia la Educación Sanitaria y para seguir un reciclaje y un proceso de formación continuada en Salud Pública comunitaria (Epidemiología, Sociología, Educación Sanitaria...)

El RES debe ser un técnico bien preparado, con recursos humanos y técnicos en su haber, con una disposición a la consulta, a discutir, a crear procesos de comunicación con grupos, con la comunidad.

ORGANIGRAMA DE EDUCACION SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA [5]



El apoyo de personal administrativo en las tareas de control y distribución de material, así como de otras tareas, permitirá la realización eficaz de los programas.

El IES (Institut d'Estudis de la Salut), conjuntamente con el Servicio de Promoción de la Salud, garantizará la formación de dichos responsables (Referentes) a través de la coordinación del Programa de Educación Sanitaria, manteniendo un adecuado nivel de comunicación y coordinación.

Entendiendo la Formación como pilar básico para conseguir un trabajo eficaz y eficiente en los diversos ámbitos y servicios socio-sanitarios. Como un proceso dinámico de reflexión individual y de grupo (vertiente formativa) y de la propia reorganización de los servicios (vertiente operativa) ayudando de esta forma al fomento y realización de programas de formación continuada en todo el territorio autonómico [8, 14, 15, 16, 17].

RESUMEN

Se propone un modelo de planificación de la Educación Sanitaria (E.S.) en los servicios sanitarios partiendo de la experiencia italiana de este último decenio (legge 833 de Riforma Sanitaria Italiana, 1978), y del marco que permite el proyecto de Ley General de Sanidad Española, 1985.

Entendiendo la E.S. como instrumento de la Promoción de la Salud, enmarcándola primordialmente en la atención primaria de salud (Conferencia de Alma-Ata 1978). La E.S. con una finalidad catalizadora de los proyectos y posibilidades de la reapropiación por parte de la colectividad (políticos, técnicos, usuarios, ...) del conocimiento y de la capacidad de acción sobre una realidad ambiental y social que conduce a un incremento de la salud individual y colectiva.

La Educación Sanitaria como método de trabajo, que ayuda a redifinir el rol de los profesionales de la salud en un contexto en continua transformación, donde los diferentes servicios y disciplinas (Epidemiología, Educación, ...) se correlacionan y colaboran estratégicamente para incrementar la eficencia y eficacia de los programas sociosanitarios y de promoción de la salud.

RÉSUMÉ

On propose un modèle de planification de l'Education Sanitaire (E.S.) dans les services sanitaires à partir de l'experience italienne de ce dernier décennie (legge 833 di Riforma Sanitaria Italiana, 1978) et du cadre qui permet la Loi Génèral de la Santé Espagnole, 1985. Considerant l'E.S. comme instrument de la Promotion de la Santé, dans le cadre primordial des soins de santé primaires (Conference d'Alma-Ata 1978) l'E.S. a une finalité catalyseuse des projects et des posibilités de la reapropiation par la colectivité (politiques, techniques, usagers, etc.) du connaissance et de la capacité d'action sur une réalité environmentale et sociale qui conduit à une augmentation de la santé individuelle et colective. L'E.S. comme methode de travail, qui aide à redefinir le rol des proffessions de santé dans un contexte en transformation continue, ou les

differents services et disciplines se mettent en rapport et colaborent strategiquement pour augmenter l'efficacité et l'efficience des programmes socio-sanitairs et de promotion de la santé.

SUMMARY

A model for Health Education (H.E) planning in health services is proposed from the Italian experience in the last decade (legge 833 di Riforma Sanitaria Italiana, 1978) and from the framework allowed by the Spanish Ley General de Sanidad, 1985. H.E. is considered as an instrument of Health Promotion framing it mainly in primary health care (Alma-Ata 1978). H.E. has a catalysing goal of the projects and potentialities of the reappropriation by the community (politicians, proffesionals, consumers...) of the knowledge and the capacity of action on a environmental and social reality that leads to an increase of individual and community health. H.E. is also considered as a working method, which helps to redefine the roll of health professionals in a context of continous transformation, where the different services and disciplines (Epidemiology, Education) correlate themselves and collaborate strategicaly to the increase of efficacy and efficiency of the social and promotion of health programmes,

BIBLIOGRAFIA

[1] Modolo et col.: «Educazione Sanitaria», Roma. *Il Pensiero Scientifico,* 1985.

[2] Regione Umbria. «Organizzacione dell'educazione sanitaria nel Servicio Sanitario Nazionale». *Quaderni Regionale dell'Umbria.* Serie Sanita 9. Perugia, 1981.

[3] Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària. Servei de Promoció de la Salut. Programas de Educación Sanitaria Comunitaria y Programas de Salud Escolar. Documentos internos de trabajo. Barcelona, 1982-85.

[4] Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad y Bienestar Social y Trabajo. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Programa de Educación Sanitaria. Documentos internos de trabajo. Zaragoza 1984-85.

[5] OMS, UNICEF: Atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, diciembre 1978. Geneve: OMS, 1978.

[6] OMS: «Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000». Geneve: OMS, 1979.

[7] República Italiana, Bolletino Ufficiale della Regione dell'Umbria. Piano soiosanitario regionale per il trieni 1985-87 (Lege Regionale 21 marzo 1985). Perugia Regione Umbria, 1975.

[8] Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria. Università degli studi di Perugia. VI Corso Annuale di Specializzacione in educazione sanitaria. Programación Educación Sanitaria. Curso 80-85. Documentos internos de trabajo. Italia, 1985.

[9] De Juan-Creix i Bretón, I., et col.: «The programme of Health Promotion in the schools of Catalonia, 12th World Conference on Health Education». Dublín, 1985.

[10] Health Education Council, The Nacional Health Service. Programación de Educación Sanitaria. Cursos 80-85. U.K. 1985.
[11] Scottish Health Education Group. The Scottish Health Service. Programación de Educación Sanitaria. Cursos 80-85. Scotland 1985.
[12] SALLERAS, LL.: «Educación Sanitaria», Barcelona. Edit. Díaz de Santos, 1975.
[13] SUTHERLAND, I.: «Health Education». Pespectives and choices. London, George Allen-Unwin, 1979.
[14] HORNEY, P., et col.: «Guide pour la planification du personnel de Santé», Geneve: OMS, 1982.
[15] GUILBERT, J.: Guía Pedagógica, Geneve: OMS.
[16] ROTEM, A.; ABBAT, F.: «Formation des agents de santé: auto-evaluation des enseignants», Geneve: OMS, publication offset núm. 68.
[17] CAMPANERA, C.; ELÍAS, A.; DE JUAN-CREIX, I.: Escoles Universitàries de Catalunya. La Infermeria en el Programa de Promoció de la Salut a l'Escola. Participació de les escoles universitàries d'infermeria de Catalunya. 2n Congrés d'Infermeria Catalana. Barcelona 1985.

AGRADECIMIENTOS

Als companys: Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria. Università degli Estudi di Perugia. Italia./Servei de Promoció de la Salut. Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària. Departament de Sanitat. Catalunya./Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Aragón.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 477-482 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en el medio laboral siderúrgico español meridional

M. CALERO FRESNEDA (1), A. CARRASCOSA (2), J. M. YRAYZOZ (1), A. GOENECHEA DE LA ROSA (1), J. P. CORBALAN (1), J. DE LA CRUZ (1), O. DE TORRES (3), J. MATURANA (3), L. PEREZ (3), J. L. URBANO (3) y A. MORALES (3)

INTRODUCCION

La hipertensión arterial (HA) es considerada como uno de los más importantes factores de riesgo que pueden conducir a muerte súbita, enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares. Junto a la HA otros factores muy importantes que conducen a situaciones patológicas como las señaladas son la obesidad, diabetes y alteraciones de los lípidos. Determinados hábitos, como el sedentarismo y el tabaco, completan el espectro de factores que conducen a más de la mitad de las causas de muerte en el mundo occidental (enfermedades cardiovasculares). En 1978, el Comité de Expertos de la OMS emitió en Lausana una normativa destinada a conseguir la máxima información sobre incidencia de hipertensión arterial y grado de conocimiento y control de la misma. Estos estudios preliminares, epidemiológicos, darán paso a la adopción de medidas de prevención. Sin embargo, las primeras discordancias parecen surgir en el mismo «punto de arranque», es decir, en el momento de plantear la verdadera trascendencia pública del «factor de riesgo» sobre el que deseamos actuar. Así, está demostrada la alta incidencia de hipertensión, obesidad y trastornos metabólicos en la provincia finlandesa de Karelia del Norte, en la cual, lógicamente, las enfermedades cardiovasculares constituyen una verdadera plaga. En esta región nórdica, partiendo de este conocimiento epidemiológico, ha resultado espectacularmente eficaz la reducción de factores de riesgo y, consecuentemente, la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en diez años [1]. Pero una cosa muy diferente parece estar ocurriendo en latitudes más

(1) Médicos de empresa de Astilleros Españoles, S. A. (Cádiz).
(2) Médico de empresa de la General Motors (Puerto Real).
(3) ATS de empresa.

meridionales, donde los estudios realizados parecen mostrar una mucho menor incidencia de factores de riesgo cardiovascular y, también, un muy alto grado de desconocimiento de estas enfermedades.

En los términos hasta aquí planteados, aparece como primera cuestión la necesidad de estudios epidemiológicos que demuestren la verdadera incidencia de la HA en una población concreta. En este orden, el llamado «Estudio Colaborativo Europeo», patrocinado por la OMS, lleva a cabo su acción en el terreno laboral (factorías) de Inglaterra, Bélgica, Italia, Polonia y España [2]. Los primeros resultados parecen confirmar una incidencia media algo superior al 20 por 100 del total de trabajadores. El grupo de «alto riesgo» resulta ser el de mayor edad (cuarenta a cincuenta y nueve años), que también parece ser el más receptivo o «sensible» a las modificaciones y control preventivo aconsejado. Los datos que conocemos para España corresponden a regiones del Norte y Nordeste, muy diferentes en hábitos, socioeconomía, etcétera, de las del Sur, en la que nosotros estamos situados; estos datos concuerdan bastante con los obtenidos en Europa septentrional y central. Sin embargo, no hay ningún estudio realizado con seriedad en España meridional. Por ello, el presente trabajo constituye el primer estudio español meridional, realizado en la industria del Metal (siderúrgica), dada la práctica imposibilidad de acceder a población total, por el momento.

MATERIAL Y METODOS

El ámbito de nuestro trabajo han sido las empresas Astilleros Españoles, Sociedad Anónima (Factoría de Cádiz) y General Motors Componentes (Factoría de Puerto Real [Cádiz]), ambas enmarcadas en la bahía de Cádiz, comarca muy homogénea en sus parámetros antropológicos, socioeconómicos, culturales, etc. Los lugares de residencia de los trabajadores son la capital, Cádiz, y las poblaciones de San Fernando, Puerto Real, Puerto de Santa María y Chiclana, bien comunicadas con las factorías y con la característica común de su proximidad al mar. Astilleros Españoles, S. A. (AESA) es una empresa paraestatal adscrita al INI (Instituto Nacional de Industria), con una plantilla de unos 3.100 trabajadores y empleados, y especializada en la construcción y reparación de buques, algunos de ellos entre los buques-tanque de mayor tonelaje mundial. General Motors Componentes, con una plantilla de unos 1.000 trabajadores, fabrica determinadas estructuras para automóviles «Opel» (piezas de la dirección, amortiguadores, etc.).

Se estudiaron 1.563 trabajadores, considerada esta cifra como totalmente significativa estadísticamente, del total de los 4.100 de plantilla, abarcando todo el abanico de edades, procedencia natural, lugar de residencia y cualificación del trabajo, desde administrativos a soldadores, mecánicos, electricistas, andamieros, marineros, etc. La edad media (considerados los límites entre dieciocho y sesenta años) fue de 41,3 años, para AESA, y 28,6 para G. Motors.

Fue tenida en cuenta la medida de la tensión arterial en la fecha de su ingreso en la empresa (a veces veinte-treinta años antes), así como la determinada en 1983 en el reconocimiento médico anual. La metodología seguida para obtención de la medida fue la normalizada internacionalmente, utilizando esfigmomanómetro de Hg, método auscultatorio, en posición sentado y máximas condiciones de reposo. En el curso de la entrevista se practicó radiología torácica y análisis de sangre y orina estándares. Se determinaron peso corporal (balanza SECA con margen de error inferior a 100 gr) y tallímetro, para medición de estatura. Los individuos que resultaron hipertensos se sometieron a una encuesta en la que se les preguntaba el grado de conocimiento de su enfermedad, años de evolución, sintomatología, tipo de tratamiento, hábito tabáquico y una aproximación al conocimiento de su dieta (esencialmente gusto y consumo de alimentos salados). Los resultados fueron expresados en porcentajes según media aritmética.

RESULTADOS

Considerados globalmente los datos obtenidos, resultaron hipertensos el 4,03 por 100 de los trabajadores (T.A. igual o superior a 160 mm/Hg de máxima y/o igual o superior a 95 mm/Hg de mínima). Hipertensos «borderline» fueron tenidos en cuenta, así como aquellos que ofrecieron dudas en una primera determinación (dudosos) o los que respondieron afirmativamente a la pregunta de si estaban siguiendo algún tratamiento normotensor (que resultaban normales y se les pedía otra determinación sin fármacos). Los resultados están expresados en la tabla 1.

La tabla 2 muestra la distribución por edades. De los individuos hipertensos que aparecen en ella, al comprobar su situación años atrás, en la fecha de su ingreso en la empresa, resulta que ninguno lo era, de forma que esto permitía conocer el lapso durante el cual habían adquirido HA: el tiempo medio resultante fue de quince años, siendo el tiempo menor conocido de tres años y el mayor de veinticinco años.

El 68 por 100 de los individuos mostraba una talla de 1,60 a 1,69 metros y el 50,2 por 100 un peso superior a los 80 kilogramos (sobre todo en AESA, empresa con edad media superior a General Motors), resultando así una elevada incidencia de sobrepeso.

Sorprendentemente, el grado de conocimiento de la enfermedad era bastante alto (superior al 80 por 100), pero sólo el 60 por 100 se controlaba con cierta regularidad. La tabla 3 muestra los años de evolución de la enfermedad de acuerdo con lo manifestado por los propios pacientes y/o sus informes clínicos. Llamamos la atención en el hecho de que este parámetro es diferente del que hemos expresado antes (lapso objetivado en la empresa durante el cual habían contraído la enfermedad).

La sintomatología más comúnmente expresada relacionada con su hipertensión arterial fue dolor de cabeza, mareos y cuadros vertiginosos, muy por delante de otras (palpitaciones, epistaxis o sintomatología nefrourológica). Es de destacar la presencia de tres individuos afectos de insuficiencia renal avanzada (en diálisis peritoneal intermitente) y un caso portador de un trasplante renal. Alrededor de un 20 por 100 no mostraba manifestación clínica alguna, a pesar de tener hipertensión arterial.

El tipo de tratamiento seguido es el que muestra la tabla 4. Por otra parte, más del 65 por 100 de los hipertensos reconocían un fuerte gusto o afición por los alimentos salados. El porcentaje de fumadores fue del 78 por 100 y el promedio de cigarrillos 10 a 12 diarios.

TABLA 1

INDICE TOTAL DE PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL Y PORCENTAJES DESGLOSADOS SEGUN TIPO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Individuos estudiados: 1.563
Hipertensos: 63 (4,03 por 100)

Hipertensión arterial	Porcentaje
Máxima	40
Mínima	10
Mixta	32
«Border-line»	6
En tratamiento (o dudosos)	12

TABLA 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE LOS INDICES DE HIPERTENSION ARTERIAL

Años	Trabajadores	Hipertensión arterial – *Porcentaje*
18-20	35	0,00
21-25	436	2,06
26-30	279	3,23
31-35	209	1,91
36-40	189	3,70
41-45	118	6,78
46-50	125	5,60
51-55	109	8,26
56-60	63	15,87
Total	1.563	4,03

TABLA 3

AÑOS DE EVOLUCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

	Porcentaje por individuos
Menos de un año	0
De 1 a 5 años	65
De 5 a 10 años	20
De 10 a 20 años	10
Mas de 20 años	4

TABLA 4

TIPO DE TRATAMIENTO SEGUIDO POR LOS INDIVIDUOS HIPERTENSOS

	Porcentaje por individuos
Diuréticos	50
Beta-bloqueantes	10
Mezclas (Betabloqueantes y diuréticos)	20
Otros (Metil-Dopa, calcioantagonistas, etc.)	20

COMENTARIOS

El número de hipertensos españoles, según datos de la OMS, se puede evaluar en torno a los 3,5 a cinco millones de personas, es decir, del 10 al 15 por 100 de la población total. Estados Unidos presenta un porcentaje del 22 por 100 de población hipertensa, mientras Australia no llega a rebasar el 8 por 100. En términos generales se admite el valor del 20 por 100 como índice de prevalencia de la hipertensión arterial para la población general de los países occidentales más industrializados [3]. Los estudios realizados en Medicina del Trabajo parecen confirmar estas cifras en empresas siderometalúrgicas, marco quizá expresivo de un módulo laboral prototipo de una sociedad industrial y avanzada. No es necesario volver a recordar que la hipertensión arterial es considerada uno de los factores de riesgo más relevantes. En este punto debemos preguntarnos: ¿son válidas para un colectivo europeo e industrializado estas previsiones epidemiológicas?, y además, ¿constituye un problema real de salud pública? A la vista de nuestros resultados, nuestro índice de prevalencia de 4,03 por 100 es probablemente el más bajo de todos los conocidos internacionalmente en el contexto referido. No creemos, además, que la propia índole del trabajo sea una cuestión diferencial en absoluto, pues no lo es ningún otro parámetro (producción, horario, técnica, etc.). La enorme diferencia de índices deberá explicarse por otros caminos, y en este punto no deberemos olvidarnos de la gran influencia de la «carga genética» como inductora de hipertensión arterial; pero quizá las auténticas razones vengan por la vía climatología-hábitos alimentarios-estructura de hábitos sociales. Para nosotros es muy significativo, y digno de estudios más amplios, la coincidencia de bajos índices por nosotros obtenidos y los hallados por Durao y cols. [4] en Portugal (inferior al 5 por 100, también, de índice total de prevalencia de hipertensión arterial) en la industria siderúrgica, y los que conocemos para una empresa similar, la Ford, en Valencia (España), también inferior al 6 por 100.

Probablemente nuevos estudios epidemiológicos deberán despejar la incógnita de nuestro común bajo índice de hipertensos e identificar las verdaderas causas (para preservarlas, naturalmente). A tal efecto, y aparte condicionantes genéticos posibles, hemos comenzado un estudio nutricional, con especial énfasis en el tipo de alimentación de nuestro medio, rico en la ingesta de pescado fresco y sustancias como cebolla, ajo o perejil, que tal vez puedan aportar luz en un próximo futuro.

RESUMEN

Uno de los factores de riesgo cardiovascular, responsable de la tercera parte de las muertes en todo el mundo, es la hipertensión arterial (HA), junto a los trastornos de las grasas, obesidad, diabetes, tabaco y sedentarismo. Actualmente se evalúa en un 20 por 100 el índice de prevalencia de HA en la población general del mundo occidental industrializado, cifra que es superponible a los porcentajes hallados en el medio laboral

industrial. Presentamos el primer estudio español meridional en este medio, siendo nuestros resultados, 4,03 por 100 de índice total de prevalencia de HA, contradictorio con los comunicados para otros países del área industrial occidental y más de acuerdo con los porcentajes hallados en medios similares, también meridionales, como Valencia y Portugal. Se hacen también otras consideraciones cualitativas sobre los resultados obtenidos.

RÉSUMÉ

Un des facteurs de risque cardiovasculair, responsable de la troisième partie des déces dans tout le monde, c'est l'Hipertension Arterielle (HA) avec les troubles des graises, l'obesité, la diabetes, le tabagisme et le sédentarisme. A présent on estime en 20 % l'index de prévalence de HA chez la population génèral du monde occidental industrialisé, chiffre superponible aux pourcentages trouvés dans le milieu laboral industriel. Nous presentons le premier étude espagnol meridionel dans cet environnement, étant nos résultats du 4,03 % d'index total de prévalence de HA, en contradiction avec ceux rapportés par d'autres pays de l'aire industriel occidental et plus d'accord avec les pourcentages trouvés dans de milieux semblables, aussi meridioneles, comme Valencia et Portugal. On fait aussi des considération qualitatives sur les résultats obtenus.

SUMMARY

One of the cardiovascular risk factors, responsible for a third of the deaths in the world, is hypertension, together with troubles of fats, obesity, diabetes, smoking and sedentarism. Now the index of hypertension prevalence is considered to be 20 % in the general population of the western industrialized world, figure that is similar to the percentage found in the industrial occupational environment. We repport the first southern Spanish study in this environment, being our results 4,03 % as the total index of prevalence of hypertension, in contrast with those repported by another countries of the western industrial area and in agreement with the percentages found in similar environments, also from southern parts as Valencia and Portugal. Another qualitatives considerations are made on these results.

BIBLIOGRAFIA

[1] PUSKA, P., et al.: «The North Karelia project». Ginebra, OMS, 1981.

[2] BALAGUER VINTRÓ, L.: «Los resultados de los estudios epidemiológicos y el futuro de la prevención de la cardiopatía coronaria». *Med. Clín.* (Barcelona, 1983, 81, 572-575.

[3] «Hypertension and Hypertensive Heart Disease in Adults». Publication 1.000, series 11. No 13. Washington, DC, Department of Health, Education and Welfare 1966, p. 6.

[4] DURAO, A.; FERRO, A.; SENA, M. A.; GONÇALVES, J. M. R.; PEREIRA, M. L.; CUNHA, J. C. T., y MACHADO, H. C. M.: «Estudo de valores da tensao arterial e pulso em uma população da Industria Siderurgica», en *Rev. Port. Med. Trabalho,* 1982, II, 9, 61-79.

Nuestro agradecimiento a las Direcciones, Jefaturas de Personal. Comités de Empresa y trabajadores de AESA-Cádiz y General Motors Componentes (Puerto Real), e igualmente, a la señorita Lora.

REV. SAN. HIG. PÚB., 1987, 61, 483-497 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Calidad microbiológica de la leche de cabra

JOSE LUIS MARISCAL ANDRES *

INTRODUCCION

En la actualidad la cría de la cabra ha alcanzado una mayor importancia que en el pasado por motivos de orden técnico y económico, no sólo en las zonas tradicionales con un relieve accidentado y montañoso, sino también en otras zonas menos marginales.

Por razones económicas y también higiénicas, hace falta tener en cuenta la flora de la leche de cabra y las repercusiones que ésta puede entrañar, tanto en el consumo directo como en los procesos de higienización o de fabricación. Sin embargo, es escasa la bibliografía sobre microbiología de leche de cabra en nuestro país y en el extranjero.

Panduranga y Seetharaman (1967) realizaron exámenes bacteriológicos sobre muestras de leche extraídas asépticamente de ubres aparentemente normales de 150 cabras de la India, y encontraron un porcentaje de muestras positivas para estafilococos del 61,3 por 100. Pelu (1972) a partir de muestras de leche de cabra en Francia realizó los siguientes recuentos: hongos y levaduras, coliformes y microorganismos lipolíticos y proteolíticos. Varo y colaboradores (1977) realizaron un estudio de los siguientes grupos microbianos: coliformes, enterococos, estafilococos, psicrófilos, proteolíticos, lipolíticos, hongos y levaduras, en leche procedente de un rebaño de cabras en Madrid. Fatichenti y col. (1979) en un trabajo sobre leche y quesos de cabra en seis zonas de Cerdeña estudiaron los siguientes grupos bacterianos: Lactobacilos, propiónicos, micrococos, estafilococos, enterococos, coliformes, clostridios y lavaduras. Jensen y Hughes (1980) en muestras de leche cruda de cabra producida en Nueva Gales del Sur (Australia) detectaron *E. coli* en el 60,5 por 100, *St. aureus* en el 5,5 por 100, *Bacillus cereus* en el 6,9 por 100. *Y. enterocolitica* en el 12,8 por 100. Resultados que mostraron la mala calidad higiénica de la leche de esta zona. Roguinsky y col. (1980) en un control lechero realizado sobre muestras de leche en un rebaño de cabras de Viena,

* Resumen de la tesina de licenciatura realizada en el Departamento de Higiene, Inspección y Microbiología de los alimentos de la facultad de Veterinaria de la Universidad de Córdoba, dirigida por el profesor doctor Rodrigo Pozo Lora.

encontraron que los gérmenes aislados son en su casi totalidad estafilococos. Hunter y cols. (1984) estudiaron la microflora de leche procedente de cabras en el norte de Escocia y aislaron estafilococos coagulasa negativos en el 83,5 por 100, estafilococos coagulasa positivos en el 12,4 por 100, estreptococos en el 3,3 por 100 y *E. coli* en el 0,8 por 100 de las muestras analizadas.

Ya que son muy pocos los trabajos realizados sobre calidad microbiológica de leche de cabra, nuestra investigación trata de aportar datos que contribuyan al conocimiento de dicha calidad, y que induzcan a poner en práctica los métodos higiénicos para obtener una leche de cabra menos contaminada, de rentabilidad para el industrial y de calidad higiénica para el consumidor.

MATERIAL Y METODOS

1. Muestras

Se ha efectuado un estudio microbiológico de 51 muestras de leche de cabra, correspondientes a ocho zonas de la provincia de Granada, que son: Pulianas, Lugros (bajo esta denominación se incluye una mezcla de leches procedentes de las zonas de Lugros, Guadix y Purullena), Motril, La Zubia, Padul, Alhendín, Salobreña y Dílar; una zona correspondiente a la provincia de Sevilla, que es Lora del Río, y otra zona correspondiente a la provincia de Málaga, que es Archidona.

Las muestras fueron recogidas a su llegada a la centra lechera de UNIASA, en la provincia de Granada.

Se tomó una cantidad aproximada de 100 ml por muestra y se introdujeron en botes de dilución estériles. El transporte al laboratorio de las muestras se hizo bajo régimen de refrigeración.

2. Recuento total de microorganismos viables a 35°C

Se ha seguido el método de recuento en placa recomendado por la Asociación Americana de Salud Pública en el año 1966, empleando como medio de cultivo agar para recuento en placa.

3. Recuento de hongos y levaduras

Se ha utilizado como medio de cultivo el agar rosa Bengala con tetraciclina, procediéndose a incubar a 25°C durante cuatro días.

4. Determinación de organismos coliformes y de «E. coli»

Seguimos la técnica de McKenzie, utilizando como medios de cultivo caldo lactosado, biliado, con verde brillante y agua de peptona.

5. Investigación de «Y. enterocolitica»

Nos basamos en el método recomendado por Hughes (1981), utilizando como medio de cultivo para el aislamiento el agar con desoxicolato.

6. Recuento de enterococos

Las técnicas empleadas para la determinación del número de enterococos son las utilizadas por Larkin y col. (1956), utilizando como medio presuntivo el caldo con dextrosa y azida sódica y como medio conformativo el caldo etil violeta azida.

7. Investigación de «St. patógenos»

Seguimos el método recomendado por la Asociación Americana de Salud Pública, utilizando como medio de cultivo el agar de Baird-Parker; a las colonias sospechosas se les realizó las pruebas de la coagulasa, fosfatasa y desoxiribonucleasa.

8. Investigación y recuento de «Cl. sulfitorreductores»

Seguimos el método propuesto por Billon (1980), utilizando como medio de cultivo el agar sulfito, polimixina y sulfadiazina, incubando a 37°C durante veinticuatro-cuarenta y ocho horas.

9. Investigación y recuento de «Cl. perfringens»

Se ha seguido la técnica recomendada por Billon, que es la misma que la utilizada para los *Cl. sulfitorreductores,* variando el medio de cultivo que ahora es el agar tripticasa-sulfito sódico y neomicina, y la temperatura de incubación, que es de 45°C durante veinticuatro horas.

10. Determinación del número de microorganismos lipolíticos

Seguimos el procedimiento recomendado por Harrigan (1979) y utilizamos como medio de cultivo el agar aceite de oliva.

RESULTADOS Y DISCUSION

1. Microorganismos viables a 35°C

En la tabla I se muestra el recuento bacteriano total correspondiente a las diez zonas que hemos analizado, donde la zona de Lora del Río presenta los mayores recuentos, con una media de 89,3 millones de gérmenes/ml, seguida de las zonas de Lugros y Pulianas.

TABLA I

RESULTADOS DE RECUENTO TOTAL DE VIABLES A 35°C OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	RECUENTO TOTAL	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	$1{,}2 \times 10^6$ – 130×10^6	$30{,}5 \times 10^6$
Lugros	9	10×10^6 – 178×10^6	$58{,}9 \times 10^6$
Motril	8	3×10^6 – $44{,}5 \times 10^6$	18.506.250
La Zubia	6	$3{,}1 \times 10^6$ – $40{,}5 \times 10^6$	$14{,}9 \times 10^6$
Padul	6	$2{,}2 \times 10^6$ – $18{,}1 \times 10^6$	9.458.333,3
Alhendín	4	$2{,}8 \times 10^6$ – 30×10^6	$11{,}5 \times 10^6$
Lora del Río	2	$8{,}7 \times 10^6$ – 170×10^6	$89{,}3 \times 10^6$
Archidona	1	$11{,}7 \times 10^6$	$11{,}7 \times 10^6$
Salobreña	1	25×10^3	25×10^3
Dílar	1	10^6	10^6
Total	51		
Media			24.586.958
Rango de las medias			25×10^3 – $89{,}3 \times 10^6$

El rango de las medias oscila entre 25.000 y 89,3 millones de microorganismos/ml, rango éste parecido al encontrado por Varo y col. (1977) y algo superior al hallado por Sethi y col. (1973).

Es destacable la media total de 24.586.958/ml si tenemos en cuenta que el límite microbiológico recomendado para leche de cabra es del $1{,}5 \times 10^6$/ml; este límite lo supera el 38,8 por 100 de las muestras analizadas por Jensen y Hughes (1980) y por el 88 por 100 de las muestras analizadas por Pelu (1972); el porcentaje que hemos encontrado nosotros es superior, ya que el 94,1 por 100 de las muestras rebasó dicho límite.

2. Hongos y levaduras

En la tabla II se expresan los resultados obtenidos para el recuento de hongos y levaduras, donde destacan la zona de Dílar y La Zubia, con los mayores recuentos y unas medias de 172.000 y 68.000/ml respectivamente.

TABLA II

RESULTADOS DE RECUENTO DE HONGOS Y LEVADURAS OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	HONGOS Y LEVADURAS	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	5.500 – 114.000	37.900,5
Lugros	9	2.400 – 71.000	27.250
Motril	8	550 – 56.000	19.568,7
La Zubia	6	1.100 – 199.000	68.416,7
Padul	6	1.580 – 35.000	10.248,3
Alhendín	4	360 – 106.000	33.465
Lora del Río	2	51.000 – 22.200	36.600
Archidona	1	13.400	13.400
Salobreña	1	130	130
Dílar	1	172.000	172.000
Total	51		
Media			41.898,9
Rango de las medias			130 – 172.000

La media total obtenida de 41.000 hongos y levaduras/ml es parecida a la encontrada por Varo y col. (1977) de 47.000/ml y algo superior a la hallada por Fatichenti y col. (1979) de 14.000/ml.

Hay que destacar cómo en la totalidad de las muestras analizadas se evidenció la presencia de levaduras.

3. Coliformes totales

En la tabla III se aprecia la carga coliforme de la leche estudiada, donde es destacable la gran oscilación en los coliformes presentes, observándose que el rango de las medias va de los 20 a los 634.000 pertenecientes a la zona de Salobreña y Pulianas respectivamente; esta gran oscilación también fue observada por Varo y col. (1977).

La media total de 189.638,9 coliformes/ml es muy elevada y parecida a la obtenida por Fatichenti y col. (1979).

TABLA III

RESULTADOS DE RECUENTO DE COLIFORMES TOTALES OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	NMP DE COLIFORMES	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	5×10^4 – $> 18 \times 10^4$	$63{,}4 \times 10^4$
Lugros	9	13×10^4 – $> 180 \times 10^4$	$54{,}1 \times 10^4$
Motril	8	$1{,}1 \times 10^4$ – $> 180 \times 10^4$	$37{,}7 \times 10^4$
La Zubia	6	8×10^4 – 90×10^4	31.500
Padul	6	2×10^2 – 16×10^4	92.500
Alhendín	4	2×10^2 – $> 18 \times 10^4$	2.350
Lora del Río	2	$1{,}4 \times 10^4$ – $> 18 \times 10^5$	$1{,}4 \times 10^4$
Archidona	1	$1{,}4 \times 10^4$	$1{,}4 \times 10^4$
Salobreña	1	20	20
Dílar	1	> 1.800	> 1.800
Total	51		
Media			189.638,9
Rango de las medias			20 – $63{,}4 \times 10^4$

Otra muestra de la gran cantidad de coliformes que hemos encontrado es que los límites microbiológicos recomendados para leche cruda de cabra por Jensen y Hughes (1980) de 10 y 100 coliformes/ml son superados por el 100 por 100 y por el 98 por 100 de las muestras que hemos analizado, porcentajes superiores al 62,9 por 100 y al 34,7 por 100 encontrados por dichos autores.

4. «E. coli»

Los resultados que hemos obtenido en el recuento de *E. coli* se expresan en la tabla IV, donde observamos que las muestras procedentes de las zonas de Padul, Archidona y Salobreña presentaron ausencia de *E. coli* y las zonas de Lugros y Pulianas presentaron los mayores recuentos con medias de 29.000 y 13.200 *E. coli*/ml respectivamente.

En el 60,5 por 100 de las muestras analizadas por Jensen y Hughes (1980) se detectó la presencia de *E. coli*, frente al 47,1 por 100 encontrados por

nosotros. Sin embargo, sólo el 11 por 100 de las muestras analizadas por dichos autores superó los 110 *E. coli*/ml frente al 43,1 por 100 encontrado por nosotros.

5. Investigación de «Y. enterocolitica»

De las 51 muestras de leche de cabra analizadas, siete fueron sospechosas de *Y. enterocolitica*; de las siete, cinco fueron no identificables, una identificada como perteneciente al género *Salmonella* y la otra se trataba de *Serratia liquefaciens.*

En la tabla IV no se evidenció la presencia de *Y. enterocolitica* en ninguna de las muestras analizadas; autores como Hughes y Jensen (1981) detectaron *Y. enterocolitica* en el 12,8 por 100 de las muestras de leche analizadas; afortunadamente las cepas que aislaron en leche de cabra no eran las que se aislaban de forma habitual en clínicas humanas.

TABLA IV

RESULTADOS DE RECUENTO DE «E. COLI» OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	NMP DE «E. COLI»	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	$0 - 18 \times 10^5$	$13{,}2 \times 10^3$
Lugros	9	$0 - 175 \times 10^3$	29×10^3
Motril	8	$0 - 70 \times 10^3$	$9{,}2 \times 10^3$
La Zubia	6	$0 - 20 \times 10^{34}$	4.334,7
Padul	6	0 – 0	0
Alhendín	4	$0 - 13 \times 10^2$	325
Lora del Río	2	$0 - 4 \times 10^3$	2.000
Archidona	1	0	0
Salobreña	1	0	0
Dílar	1	11	11
Total	51		
Media			5.808,1
Rango de las medias			0 – 29.000

6. Recuento de enterococos

En la tabla V hemos expresado los resultados obtenidos para el recuento de enterococos en leche de cabra. Las zonas de Lugros y Pulianas son las que alcanzaron mayores recuentos con medias de 489.000 y 366.000 enterococos/ml, respectivamente.

TABLA V

RESULTADOS DE RECUENTO DE ENTEROCOCOS OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	NMP DE ENTEROCOCOS	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	0 – > 1.800.000	366.300
Lugros	9	15.000 – 1.600.000	498.125
Motril	8	4.000 – 175.000	86.625
La Zubia	6	4.000 – 120.000	55.800
Padul	6	200 – 8.000	2.666,6
Alhendín	4	200 – > 180.000	1.800
Lora del Río	2	35.000 – 250.000	142.500
Archidona	1	170.000	170.000
Salobreña	1	170	170
Dílar	1	> 1.800	1.800
Total	51		
Media			147.109,6
Rango de las medias			130 – 498.125

La media total de 147.000 enterococos/ml nos indica los elevados resultados que para enterococos hemos obtenido y que están en concordancia con los hallados por Fatichenti y col. (1979) y muy superiores a los encontrados por Varo y col. (1977), ya que estos autores obtuvieron cantidades muy pequeñas a pesar de las malas condiciones higiénicas que observaron en la obtención de la leche.

El 90,2 por 100 de las muestras que hemos analizado superó el límite microbiológico recomendado por Mossel y Grun (1971) de 500 enteroco-

cos/ml, el 86,3 por 100 superó el límite microbiológico recomendado por Kumawat y col. (1972) de 1.000/ml, y el 72,5 por 100 el límite microbiológico recomendado por Waes (1973) de 10.000/ml. Estos tres límites microbiológicos recomendados para la leche cruda de vaca los hemos aplicado por extensión a la leche de cabra.

7. Estafilococos patógenos

En la investigación de estafilococos patógenos en la leche de cabra, mediante las pruebas de la coagulasa, fosfatasa y DNasa, resultaron positivas 27 de las 51 muestras analizadas, lo que supone un 52,9 por 100 de las mismas, porcentaje éste parecido al encontrado por Rao y Sutharaman (1967) del 61 por 100 y superior al encontrado por autores como Hunter (1984), Jensen y Hughes (1980), Janetschke y Rizk (1973) y Panduranga y Setharaman (1967).

De las 10 zonas de procedencia estudiadas (tabla VI), Lugros, Lora del Río, Archidona y Dílar, presentaron estafilococos patógenos en la totalidad de las muestras analizadas, y las procedentes de Padul y Salobreña presentaron los menores porcentajes de muestras positivas.

TABLA VI

RESULTADOS DE «Y. ENTEROCOLITICA» Y ESTAFILOCOCOS PATOGENOS OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	*Y. enterocolitica*	Estafilococos patógenos – Porcentajes
Pulianas	13	0	30,8
Lugros	9	0	100
Motril	8	0	50
La Zubia	6	0	33,3
Padul	6	0	16,6
Alhendín	4	0	75
Lora del Río	2	0	100
Archidona	1	0	100
Salobreña	1	0	0
Dílar	1	0	100
	51	0	60,57

8. Clostridios sulfitorreductores y «Cl. perfringens»

Tanto para clostridios sulfitorreductores como para *Cl. perfringens*, los resultados hallados han sido de menos de 20/ml, con la excepción de una muestra procedente de la zona de Motril.

En la tabla VII donde se aprecian los resultados del recuento de Cl. sulfitorreductores hay que resaltar que en zonas como Salobreña y Dílar no se pudieron evidenciar dichos gérmenes y zonas como Archidona y Motril, alcanzaron medias de 10 y 4,6/ml, respectivamente. La media total de 2,4/ml es inferior a la que obtuvieron Fatichenti y col. (1979) en una zona de Cerdeña de 7,8 Clostridios sulfitorreductores/ml.

TABLA VII

RESULTADOS DE RECUENTO DE «CL. SULFITORREDUCTORES» OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	«CLOSTRIDIOS SULFITORREDUCTORES»	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	0 – 10	2,3
Lugros	9	0 – 2	0,2
Motril	8	0 – 16	4,6
La Zubia	6	0 – 10	3,3
Padul	6	0 – 5	1,8
Alhendín	4	0 – 3,5	0,9
Lora del Río	2	0 – 2	1
Archidona	1	10	10
Salobreña	1	0	0
Dílar	1	0	0
Total	51		
Media			2,4
Rango de las medias			0 – 10

En la tabla VIII se muestran los resultados para el recuento de *Cl. perfringens*, donde observamos cómo las zonas de Salobreña y Dílar siguen

sin presentar *Cl. perfringens* y Archidona y Motril siguen teniendo los mayores recuentos con medias de 4 y 3,9 *Cl. perfringens*/ml.

En el 58,8 por 100 de las muestras hemos aislado *Cl. perfringens*, porcentaje superior al 10,8 por 100 encontrado por Seligman (1973).

TABLA VIII

RESULTADOS DE RECUENTO DE «CLOSTRIDIUM PERFRINGENS» OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	«CLOSTRIDIUM PERFRINGENS»	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	0 - 11	3,1
Lugros	9	0 - 2	0,5
Motril	8	0 - 20	3,9
La Zubia	6	0 - 10	2,5
Padul	6	0 - 2	1,2
Alhendín	4	0 - 5	1,2
Lora del Río	2	0 - 2,5	1,2
Archidona	1	4	4
Salobreña	1	0	0
Dílar	1	0	0
Total	51		
Media			1,8
Rango de las medias			0 - 4

9. Microorganismos lipolíticos

En la tabla IX se expresan los resultados obtenidos en el recuento de microorganismos lipolíticos. Hay que destacar que sólo en una muestra de Salobreña no se pudieron evidenciar dichos gérmenes, sin embargo, en zonas como la de Lora del Río alcanzó una medida de 5.900.000/ml.

La media total de 2.190.000 microorganismos lipolíticos/ml es inferior a la encontrada por Varo y col. (1977) de 6.600.000/ml.

TABLA IX

RESULTADOS DE RECUENTO DE MICROORGANISMOS LIPOLITICOS OBTENIDOS EN LECHES DE CABRA

Zona de procedencia	Número de muestras analizadas	MICROORGANISMOS LIPOLITICOS	
		Rangos	Medias
Pulianas	13	32×10^4 – 415×10^4	1.903.461
Lugros	9	15×10^5 – 935×10^4	4.425.000
Motril	8	10×10^4 – 37×10^5	1.742.500
La Zubia	6	4×10^5 – 35×10^5	1.758.000
Padul	6	41×10^4 – 167×10^4	911.666,7
Alhendín	4	425×10^3 – 286×10^4	1.141.250
Lora del Río	2	13×10^5 – 105×10^5	5.900.000
Archidona	1	41×10^5	4.100.000
Salobreña	1	0	0
Dílar	1	315×10^2	31.500
Total	51		
Media			2.191.337,8
Rango de las medias			0 – 5.900.000

RESUMEN

Se estudia la calidad microbiológica de 51 muestras de leche de cabra de ocho zonas de la provincia de Granada, una zona de la provincia de Sevilla y otra de la provincia de Málaga. El 94 por 100 de las muestras han superado en el recuento de microorganismos viables los $1,5 \times 10^6$ gérmenes/ml, límite microbiológico rcomendado por Pelu (1972) y Jensen y Hughes (1980). Todas las muestras superaron los 10 coliformes/ml y el 98 por 100 el límite microbiológico recomendado por Jensen y Hughes (1980). El 47 por 100 de las muestras presentaron *E. coli*. No se ha detectado la presencia de *Y. enterocolitica*. En el 98 por 100 de las muestras se han detectado la presencia de enterococos. Se han aislado estafilococos patógenos en el 52,9 por 100 de las muestras. El 39,2 por 100 presentaron Cl. sulfitorreductores y el 58,8 por 100 *Cl. perfringens*. Sólo en una muestra no se detectaron microorganismos lipolíticos. La leche de cabra objeto de estudio ha presentado, en general, una deficiente calidad microbiológica. Las muestras de la zona Nordeste de la provincia de Granada son las que presentaron peor calidad. Son necesarias medidas higiénicas que mejoren dicha calidad al objeto de

proporcionar a la industria lechera y al consumo una leche de cabra que no represente riesgos sanitarios ni tecnológicos.

RÉSUMÉ

On étude la qualité microbiologique de 51 échantillons de lait de chèvre de 8 aires de la province de Granada, une aire de la province de Sevilla et une autre de Malaga. Le 94 % des échantillons ont surpasè dans le comptage de microorganismes viables les $1,5 \times 10^6$ germes/ml, limite microbiologique récomendé par Pelu (1972) et Jensen et Hughes (1980). Tous les échantillons surpassaient les 10 coliforms/ml et le 98 % le limite microbiologique recomendé par Jensen et Hughes (1980) Le 47 pour 100 des échantillons ont monstré *E. coli.* On n'a pas detecté la presence de *Y. enterocolitica.* Chez le 98 % des échantillons a été detecté la presence d'enterocoques. On a isolé d'estaphilocoques pathogénes chez le 52,9 % des échantillons. Le 39,2 % avaient de clostridium sulphitorreducteurs et le 58,8 % *Cl. perfringens.* Seulement dans un échantillon on n'a pas detecté des microorganismes lipolytiques. Le lait de chèvre objet d'étude a montré, en génèral, un qualité microbiologique deficient. Les échantillons de la zone Nordeste de la province de Granada sont celles qui ont montré la pire qualité. On a besoin de messures hygieniques pour améliorer cette qualité pour proportionner à l'industrie laitière et à la consommation un lait de chèvre qui n'ait pas de risques sanitaires ni technologiques.

SUMMARY

The microbiologic quality of 51 samples of goat milk from 8 areas of the province of Granada, one area of the province of Sevilla and another from the province of Malaga was studied. 94 % of the samples surpased in the counting of viable microorganisms the $1,5 \times 10^6$ germs/ml, microbiologic limit recomended by Pelu (1972) and Jensen and Hughes (1980). All the samples overpassed the 10 coliforms/ml and the 98 % the microbiologic limit recomended by Jensen and Hughes (1980). The 47 % of the samples showed *E. coli.*. The presence of *Y. enterocolitica* was not detected. In 98 % of the samples the presence of enterococcus was detected. Pathogenic staphylococci were isolated in 52,9 % of the samples. 39,2 % showed sulphitoreductor clostridia and 58,8 % *Cl. perfringens.* Only in a sample lipolytic microorganisms were not detected. The goat's milk studied had, in general, a deficient microbiologic quality The samples from the Northeast area of province of Granada were those whith worst quality. Hygienic messures are needed for improving that quality in order to provide the dairy industry and the consumer with a goat's milk which do not represent both health and technologic risks.

BIBLIOGRAFIA

ABD-EL-MALEK, Y., y apud. VARO y col.: «Principales grupos microbianos de interés sanitario y tecnológico de la leche de cabra». *Anal. Bromatol. 29:* 257-280. 1943 y 1977.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: «Recommended Methods for the Microbiological Examination of Foods». 2th. ed. *APHA Inc.* New York. 1966.

BANWART, J.: *Microbiología básica de los alimentos.* Ed. Bellaterra. Barcelona. 1979.

BILLON, J.: «Le genre *Clostridium.*» Technique d'analyse et de contrôle dans les industries agroalimentaires, vol. 3. Ed. Apria. París. 1980.

BUTTIAUX, A., y col.: *Manuel de techniques bacteriologiques.* 4.ª ed. Flammarion. París. 1974.

DEIANA, P.; FATICHENTI, F., y FARRIS, G. A.: «Indagini microbiologiche sul latte e sul formagio di capra in Sardegna». *L'Industria del Latte. 2:* 49-56. 1977.

FATICHENTI, F., y col.: «Microbiological studies of goats'milk and cheese in Sardinia. II. Streptococci, Lactobacilli and Leuconostoc». *Le lait. 59:* 387-400. 1979.

FILEV, F.: «Microbiological studies of ewe's milk». *Vet. Med. Nauki. Sof. 4:* 65-70. 1970.

HARRIGAN, W. F., y MCCANCE, M. E.: *«Métodos de laboratorio en microbiología de alimentos y productos lácteos.* Ed. Academia. León. 1979.

HUGHES, D., y JENSEN, N.: «Yersinia enterocolitica in raw goats' milk». *Appl. Environ Microbiol. 41:* 309-310. 1981.

HUNTER, A. C.: «Microflora and somatic cell content of goat milk». *Veterinary Record. 114:* 318-320. 1984.

JANETSCHKE, P., y RIZK, G.: «The ocurrence and distribution of mastitis bacteria in shami goats in the Ghuta region of Damascus». *Beiträge zur Tropischen Landrwirstschaft und Veterinärmedizin. 11:* 135-143. 1973.

JENSEN, N., Y HUGHES, D.: «Public health aspects of raw goats' milk produced throughout New South Wales». *Food Technology in Australia. 32:* 336-341. 1980.

KALINA, G. P., y col.: «Enterococci in raw and pasteurized milk». *Molochnaya Promyshlennost. 1:* 8-11. 1973.

KARIM, G.: «The microflora of raw milk in Tehran area». *XX International Dairy Congress E.* 92-93. 1978.

KIKUCHI, M., y MATSUI, Y.: «Bacteriological quality of bulk-collected raw milk. I and II. Seasonal variation of bacterial counts». *Japanese Journal of Dairy and Food Science. 25:* A. 119-A. 131. 1976.

KIM, T. J., y col.: «Studies on the keeping quality of goats'milk». *Korean Journal of Animal Science. 12:* 214-270. 1970.

KROGSTAD, O., y col.: «Yersinia enterocolitica type 2 associated with disease in goat». *Acta Vet. Scan. 13:* 594-596. 1972.

KUMAWAT, G. L.; SARASWAT, D. S., y JAIN, P. C.: «Enterococcus count as an index of raw milk quality». *Indian Journal of Dairy Science. 25:* 192-193. 1972.

LARKIN, E. P., y col.: «Incidence of fecal streptococci and coliform bacteria in frozen fish products». *Am. J. Publ. Hlth. 46:* 464-468. 1956.

MARIMUTHU, N., y col.: «Studies on the incidence of enterococci in market milk in Madras city». *Indian Veterinary Journal. 52:* 457-461. 1975.

MAYAYO, M., y col.: «Calidad microbiológica de la leche de oveja». *Alimentaria. 77:* 49, 61. 1976.

MORRISON, apud. Jay: «Microbiología moderna de los alimentos». Ed. Acribia. Zaragoza. 1961 y 1978.

MOSSEL, D. A. A., y GRUN, L.: *Hygienische Anforderungen an Sänglingshahzung.* Zentbl. Bakt. Hyg., I., Abt. Orig., B. 155: 103. 1971.

NIVEN, C. F. Jr., y apud. WAES: «Les streptocoques D dans le lait cru réfrigéré. I. Presence». *Le lait. 528:* 520-529. 1963 y 1973.

PAL, R. N., y AHLUWALIA, B. S.: «Enumeration and preliminary classification of various physiologic groups of microorganism in raw milk». *Indian Journal of Dairy Science. 25:* 88-90. 1972.

PANDURANGA, C. C., y SEETHARAMAN, C.: «Studies on the bacterial flora of the udder of goats. I. Staphylococci». *Indian Veterinary Journal. 44:* 91-95. 1967.

PANDURANGA, C. C.: «Enterotoxigenic staphylococci in milk». *Indian Journal of Microbiology. 17:* 105-107. 1977.

PELU, J. J. Y.: «Bacteriologycal quality of goats'milk. Influence on the manufacture of cheese and dried milk». *Thesis N° 18.* Ecole Nationale Veterinaire d'Alfort. France. 1972.

PISAN, S., y COSSEDOU, A. M.: «Bacteriological quality of ewes milk from Sardinia». *Atti della Societa Italiana delle Scienze Veterinarie. 26:* 456-458. 1972.

RAO, C. C. P., y SUTHARAMAN, C.; apud. VARO y col.: «Principales grupos microbianos de interés sanitario y tecnológico de la leche de cabra». *Anal. Bromatol. XXIX-3:* 257-280. 1967 y 1977.

ROGUINSKY y col.: «Etude cellulaire et bactériologique sur les laits de troupeau de chévres». *Le lait. 60:* 27-32. 1980.

SCHIEMANN, D. A., y TOMA, S.: «Isolation of Yersinia enterocolitica from raw milk». *Appl. Environ. Microbiol. 35:* 54-58. 1978.

SEELEMAN, M. y col.: «The incidence of staphylococci and the importance in the control of certified raw milk». *Dairy Sci. Abstr. 25:* 3.270. 1963.

SELIGMAN, R.: «Incidence and quantity of Clostridium perfringens in meat and other foodstuffs». *Refuah Veterinarith. 30:* 4-10. 1973.

SETHI, D. K.; KALRA, M. S., y RANGANATHAN: «Studies on bacteriological quality of goat milk». *Indian Journal Animal Sciences. 43:* 405-407. 1973.

SHARPE, M. E., y col.: «A survey of the incidence of coagulase-positive staphylococci in market milk and cheese in England and Wales». *J. Dairy Res. 32:* 187-192. 1965.

SINGH, S., y col.: «Bacteriological quality of milk in Kampur city». *Indian Journal of Dairy Science. 27:* 143-146. 1974.

SONNENWIRTH, A. C., y WEAVER, R. E.: «Yersinia enterocolitica». *N. Engl. J. Med. 283:* 1.468. 1970.

STEWART, D. B.: «Bacteriological quality of raw milk». *Irish Agricultural and Creamery Review. 28:* 16. 1975.

TAKAHASHI, M., y col.: «Bacterial counts in raw milk produced in Miyagi prefecture from April, 1973 to March, 1975». *Japanese Journal of Dairy Science. 24:* 1.145-1.149. 1975.

THATCHER, F. S., y CLARK, D. S.: «Análisis microbiológico de los alimentos». Ed. Acribia. Zaragoza. 1973.

VARO ALCALÁ, J., y col.: «Principales grupos microbianos de interés sanitario y tecnológico de la leche de cabra». *Anal. Bromatol. 29:* 257-280. 1977.

WAES, G.: «Les streptocoques D dans le lait cru réfrigéré. I. Presence». *Le lait. 528:* 520-529. 1973.

WHITE, J. C., y SHERMAN, J. M.: «Ocurrence of enterococci in milk». *J. Bact. 48:* 262. 1944.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 499-507 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Estudio de morbilidad asistida en un centro de salud: a propósito de 1.370 consultas

R. FRADE *, A. CABRERA *, F. NIÑO *, F. SARMIENTO *, A. PADRON *, M. HIDALGO, J. DELGADO y J. MALDONADO **

INTRODUCCION

El cambio planteado en la atención primaria conlleva unas bases científicas [1] que nos permitan conocer los problemas de salud que existen en nuestra comunidad. Es conocido el total desconocimiento de la administración en aspectos tales como los motivos de consultas que se atienden en la Seguridad Social o en el número o motivos que precisan ser derivados a otros niveles asistenciales.

Los datos que poseen están basados en métodos indirectos por medio de encuestas a profesionales sanitarios, recopilados anualmente por el Insalud [2]. Datos que nos aportan la información necesaria para evaluar los servicios o planificar sobre bases científicas la atención primaria. De ahí la importancia de la realización de estudios de morbilidad asistida en nuestra población, sin olvidar evidentemente el resto de los factores que influyen sobre esta morbilidad, al igual que en la mortalidad y que nos introducirá en el profundo tema del binomio salud-enfermedad [3].

Si bien en nuestro país existen escasos estudios de morbilidad en atención primaria, en estos últimos años se aprecia un ligero incremento en las publicaciones, principalmente en las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria [4, 5], que nos permitirán en breve poder tener mapas epidemiológicos de morbilidad asistida en la atención primaria en las diferentes comunidades.

Es obvio que el estudio de la morbilidad asistida nos permite el orientar nuestros esfuerzos y el del resto del personal que constituye los centros de salud en la actitud a tomar con la comunidad, respecto de la prevención, educación sanitaria, distribución de recursos y, finalmente, evaluar los resultados [6].

* Médicos residentes de medicina familiar y comunitaria.
** Especialista en medicina familiar y comunitaria. Tutor extrahospitalario.
Centro de Salud de San Matías, Taco. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Nuestro objetivo en este trabajo ha sido el estudio de la morbilidad asistida en medicina general y pediatría, además de poner de manifiesto la consiguiente reducción de la demanda derivada y fármacos prescritos.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se ha realizado en un centro de salud con unidad docente en medicina familiar y comunitaria situada en Taco, zona periférica del municipio de La Laguna. Se trata de un núcleo urbano que creció desordenadamente por falta de planificación. Nuestro centro de salud atiende al sector de San Matías, barrio marginal y carente de infraestructura urbanística. La población empadronada en este sector es de unas 4.500 personas. No todas las personas atendidas en el centro son de San Matías y se cuenta en la actualidad con dos mil cartillas.

El Centro de salud cuenta en la actualidad con dos médicos titulares, un pediatra, cinco médicos residentes del tercer año, cinco ATS, una asistente social y un auxiliar administrativo.

Durante las cuatro horas de consulta se distribuyó a todos los médicos una hoja de recogida de datos en la que debía anotarse sexo, edad, situación laboral, diagnóstico, número de recetas, pruebas complementarias solicitadas y la remisión a otras especialidades.

No se contabilizaron las consultas de embarazos ni de lactantes que tienen lugar dos días en la semana y que son atendidas por los médicos residentes.

Los protocolos de recogida de datos fueron adecuadamente codificados e introducidos para su explotación estadística en un ordenador Digital VAX-VMS/11-780. La explotación estadística se llevó a cabo mediante el paquete «Statistical package for the social Sciences» SPSS.

RESULTADOS

En medicina general tenemos un número total de consultas de 804, lo que equivale al 58,6 por 100 del total, con una media de 18,5 $\pm$ 4,4 por médico y día. Respecto a la situación laboral de los pacientes que acudieron a las consultas se muestra en la tabla 1.

La distribución por edades se realizó en cinco grupos (tabla 2), pudiendo objetivarse una mayor frecuencia del segundo grupo, comprendido entre los catorce y los veintinueve años, con un 39,5 por 100. El 54,1 por 100 de los pacientes que acudieron a las consultas eran de sexo femenino, frente a un 45,8 por 100 de varones.

Dentro de las pruebas complementarias se solicitaron 86 análisis, lo que equivale al 10,6 por 100 de los pacientes asistidos, así como 41 radiografías simples de tórax y/o de huesos (5,09 por 100) de los pacientes. Los enfermos

derivados a otras especialidades (tabla 3) fueron 115 (14,3 por 100), destacando la dermatología, con un 16,5 por 100; 14,7 por 100, ORL; 13,04 por 100 a ginecología, y un 12,1 por 100 a traumatología. El número total de recetas fue de 1.174, con una media de 1,4 por paciente.

TABLA 1

SITUACION LABORAL

		Porcentaje
Personas que trabajan a sueldo fijo ..	192	23,9
Trabajadores eventuales	62	7,7
Trabajos familiares no remunerados .	14	1,7
Amas de casa	175	21,8
Desempleados	71	8,8
Estudiantes	142	17,7
Jubilados	55	6,9
Empresarios	44	5,5
Otras profesiones	49	6,0

TABLA 2

GRUPO DE EDADES

		Porcentaje
Hasta siete años	168	21
Desde los ocho a los veintinueve	318	39,5
Desde los treinta a los cuarenta y cinco .	165	20,5
Desde los cuarenta y cinco a los sesenta y cinco	99	12,5
Mayores de sesenta y cinco años	54	6,5

TABLA 3

ENFERMOS REMITIDOS A OTRAS ESPECIALIDADES

Especialidades	Número de pacientes	Porcentaje
Neuropsiquiatría	5	4,3
Digestivo	6	5,2
Urología	3	2,6
Dermatología	19	16,5
Cirugía	4	3,4
ORL	17	14,7
Endocrinología	1	0,8
Ginecología	15	13
Traumatología	14	12,1
Cardiología	14	12,1
Oftalmología	9	7,8
Otras especialidades	–	7,5

Los grupos de enfermedades, según el código Wonca, más frecuentemente encontradas, se pueden apreciar en la figura 1, predominando en la patología aguda los procesos infecciosos de vías respiratorias altas, con un 35 por 100; las enfermedades musculoesqueléticas constituyen el 11,25 por 100 y las cardiocirculatorias un 6,09 por 100. Los servicios burocráticos constituyeron el 18,9 por 100. Dentro de las enfermedades crónicas, destacan la EPOC, con un 2,7 por 100; HTA, 4.1 por 100, y los procesos degenerativos osteoarticulares un 4,7 por 100.

En pediatría el número de consultas asistidas fueron 566 (41,4 por 100); la media de consultas por día fue de 25,3, ± 5,75. Con respecto al número de recetas, realizadas éstas, fueron de 514, con una media de 0,9 recetas por niño y día.

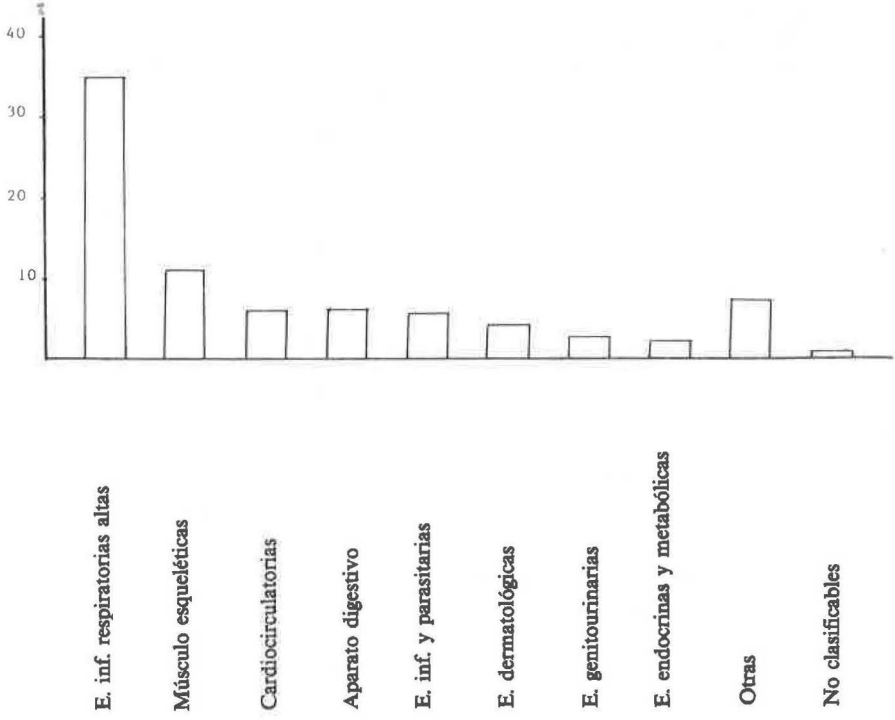


FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA, ATENDIDA SEGÚN EL CÓDIGO WONCA, EN MEDICINA GENERAL

Las enfermedades más frecuentemente halladas en pediatría (figura 2) son los procesos infecciosos de vías respiratorias altas, con un 67,9 por 100, asimismo las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen el 17 por 100.

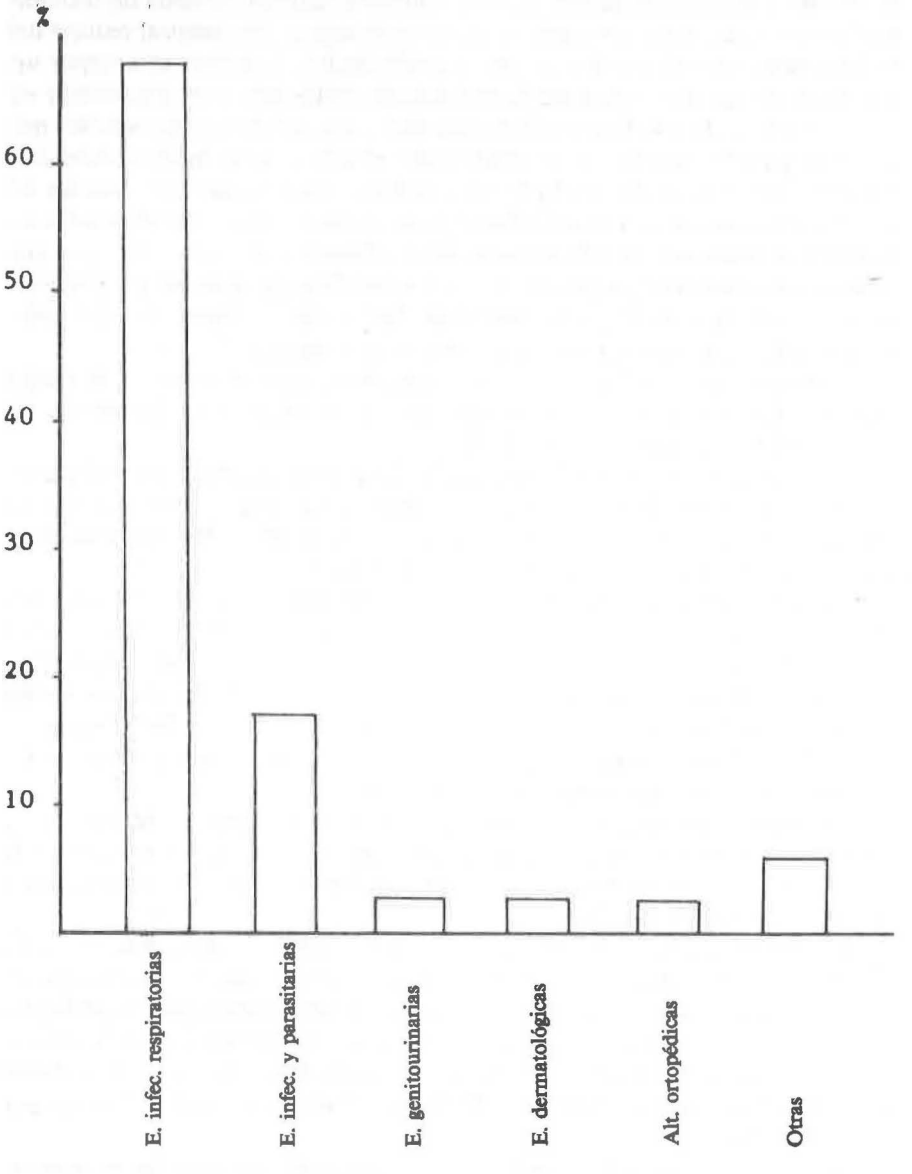


FIGURA 2

DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA ATENDIDA, SEGÚN EL CÓDIGO WONCA, EN PEDIATRÍA

DISCUSION

El análisis de los resultados obtenidos en nuestro estudio creemos que pone de manifiesto que la introducción de los centros de salud como pilar básico de la atención primaria no sólo mejora la calidad humana de relación médico-paciente, sino que también permite disminuir los costes al reducir los enfermos que son derivados a otras especialidades. También se observa un descenso en las prescripciones farmacéuticas realizadas, con una media en nuestro centro de 1,4, frente a la media nacional, que era de 2,5 recetas por paciente y médico en agosto de 1985 y que es similar a las medias obtenidas en diferentes centros de salud [7], así como en consultas de ambulatorios de la Seguridad Social con la introducción de médicos residentes de medicina familiar y comunitaria [8]. Debido probablemente al mayor tiempo por enfermo en consulta, que en nuestro centro fue de trece minutos en medicina general y de 9,6 minutos en pediatría. Así como la reducción del gasto farmacéutico que este tipo de atención médica supone.

El número de consultas realizadas en nuestro centro es inferior a la media nacional [9] y próximo a las estadísticas americanas, que hablan de 90 pacientes por semana y médico [10].

Destaca en nuestro estudio una población joven con un 81 por 100 de los pacientes menores de cuarenta y cinco años y tan sólo un 6,9 por 100 de jubilados. Las mujeres siguen siendo las que más acuden a las consultas, dato que coincide con el resto de las publicaciones [4].

La distribución por grupos de enfermedades, según el código Wonca [11], coincide con el resto de las publicaciones [4, 12, 13], existe un predomimio de las enfermedades infecciosas de vías respiratorias, musculoesqueléticas, cardiocirculatorio y aparato digestivo, con predominio de las enfermedades de la boca con un 28,3 por 100 y la gastritis con un 30,6 por 100. Dentro de las enfermedades crónicas, son la HTA, la EPOC y las enfermedades degenerativas osteoarticulares las más frecuentes.

El tener la sectorización de la zona atendida por el centro, es fundamental, ya que nos permitiría calcular tasas de incidencia y prevalencia referente a la población, así como elaborar el perfil epidemiológico de esas enfermedades en nuestra comunidad al cabo de varios años.

Con respecto al número de pruebas complementarias realizadas, existe un ligero incremento con algunas de las publicaciones. Esto se fundamenta en dos hechos: en primer lugar, el que ciertos enfermos tienen algunas patologías crónicas y al incorporarse al centro y realizar sus historias es necesario el completarla con las pruebas complementarias; en segundo lugar, es evidente el hecho de que nuestra formación es predominantemente hospitalaria y, por tanto, más tecnificada.

El número de pacientes remitidos a los especialistas es similar al resto de los centros de salud que han publicado sus estudios [4, 5]. Considerando que esta cifra es alta, debido a que un gran porcentaje de pacientes remitidos son

por necesidades de realizar determinadas pruebas complementarias (Rx con contraste, ecografías, EEG), vetados por la estructura asistencial al médico general, necesidades burocráticas y por solicitud expresa del propio paciente, acostumbrado a ser visto por el especialista ante cualquier proceso. Este último punto es difícil de modificar teniendo en cuenta el corto período de tiempo que permanecemos en el centro.

Es evidente que con la formación recibida por los especialistas en medicina familar y comunitaria y con unos servicios asistenciales primarios que permitan al especialista en medicina familiar la utilización de los métodos de diagnóstico complementarios vetados en la actualidad, el segundo nivel asistencial se podría plantear de forma diferente.

En la edad pediátrica siguen siendo los procesos infecciosos agudos de vías respiratorias altas los más frecuentes, con un 67,9 por 100. También queremos destacar la patología ortopédica observada, que si bien constituye solamente un 2,6 por 100, creemos importante el tenerla en cuenta de cara a las secuelas posteriores.

RESUMEN

Se ha realizado un estudio prospectivo para averiguar la morbilidad asistida en nuestra unidad docente durante treinta días, tanto en medicina general como en pediatría.

Fueron vistas un total de 1.370 consultas, de las cuales 804, el 58,6 por 100, correspnden a medicina general, con una media de 18,5 ± 4,4 consultas por médico y día, y 566, el 41,4 por 100, a pediatría, con una media de 25,3 ± 5,7 paciente y día.

Dentro de las consultas de medicina general existía un predominio de las mujeres, que constituían el 54,1 por 100, frente a los varones, que representan el 45,8 por 100. De las enfermedades más frecuentemente asistidas en medicina general destacan los procesos infecciosos de vías resporatorias superiores, con un 35 por 100; las músculo-esqueléticas constituye el 11, 25 por 100, y las cardiocirculatorias, un 6,09 por 100. dentro de los procesos crónicos destacan la EPOC, con un 2,61 por 100; la HTA, con 4,1 por 100, y los procesos degenerativos osteoarticulares, con un 4,72 por 100. Dentro de las patologías observadas en la edad pediátrica predominan igualmente las enfermedades infecciosas de vías respiratorias superiores, con un 67,9 por 100.

Un 14,3 por 100 de los pacientes fueron remitidos a otros especialistas. Se solicitaron análisis a un 10,6 por 100 de los pacientes, y radiología simple a un 5 por 100.

El número total de recetas realizadas fue de 1,4 recetas por enfermo y día en medicina general, y 0,9 en pediatría.

RÉSUMÉ

On a realisé un étude prospective pour connaître la morbidité assisté dans notre unité d'enseignement pendant 30 jours, tant dams médecine génèrale que dans pediatrie. 1.370 consultations ont été étudiés, 804 (58,6%) de médecine génèrale avec

une moyenne de 18,5 ± 4,4 consultation/medecin/jour et 566 (41,4%) de pediatrie, avec une moyenne de 25,3 ± 5,7 c/m/j. Dans les consultations de médecine génèrale il y a avait plus de femmes (54,1%) que d'hommes (45,8%). Les maladies les plus frequement assistés dans médecine génèral sont les procès infectieuses des voies respiratoires superieures avec un 35%, les musculosqueletiques (11,25%) et les cardiovasculaires (6,09%). Parmi les procès chroniques: l'E.P.O.C. (2,61%), l'H.T.A. (41%) et les procès dégeneratives orteoarticulaires (4,72%). Dans les pathologies observés chez les enfants prédominent aussi les maladies infectieuses des voies respiratoires superieures avec un 61,9%. Le 14,3% des malades avaient étè remis à d'autres specialistes. On avait démandé des explorations analytiques à un 10,6% des patients et des radiographies simples à un 5%. Le número total des prescriptions était 1,4 prescriptions/malade/-jour en médecine génèrale et 0,9 en pediatrie.

SUMMARY

A prospective study was made to know the morbidity cared for in our teaching unit for 30 days, both in general medicine and paediatrics. A total of 1370 visits were considered 804 (58,6%) of general medicine (x = 18,5 ± 4,4 visits/p./d). In general medicine women represented the 54,1% vs men which represented the 45,8%. The most frequently attended diseases were in general medicine the upper respiratory tract infections with 35%, muscle and bone diseases 11,25% and cardiovascular diseases 6,09%. Into the chronic diseases the most frequent were chronic obstructive pulmonary with 2,61%, hypertension 4,1% and joint and bone degenerative processes with a 4,72%. Into the diseases observed in children also the upper respiratory infections were predominants with a 67,9%. 14,3% of the patients were referred to another specialists. Analytic examinations were requested in a 10,6% of the patients and simple x ray in a 5%. The total number of recipes was 1,4 recipes/patient/day in general medicine and 0,9 in paediatrics.

BIBLIOGRAFIA

[1] «Editorial de la asistencia médica ambulatoria a la atención primaria: Un difícil camino». *Atención primaria*, 1984; 1:107-108.

[2] INSALUD: Informe económico y funcional de ambulatorios y consultorios. Madrid, 1981.

[3] SAN MARTÍN, H., y PASTOR, V.: *Salud comunitaria. Teoría y práctica.* Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 1984.

[4] TRABIÁN, J. L.; RIVAS, A.; ARTIL, T., et al: «Estudio descriptivo de los indicadores asistenciales en la consulta de la Seguridad Social». *Atención Primaria*, 1985; 2:303-304.

[5] GERVAS, J.; OLMOS, L.; PÉREZ, M., y ABROIRA, J.: «Asistencia médica ambulatoria: Estudio estadístico de una consulta de medicina general en la Seguridad Social». *Med. Clín.*, 1984; 82:479-483.

[6] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. «Fundamentos y práctica de la planificación y la gestión nacional de los servicios de salud». *Cuadernos de Salud Pública.* n 67. Ginebra, 1977.

[7] *Indicadores de la prestación farmacéutica.* Instituto Nacional de la Salud. 1985, vol. 3, núm. 8.

[8] VILLALVÍ, J. R.; REVENTÓS, J.; ROVIRA, J.; ESPINOS, N., Y FORES, D.: «Impacto del programa de residencia en medicina familiar y comunitaria sobre asistencia primaria». *Med. Clín.*, 1984; 82:16-17.
[9] *Boletín de Indicadores Sanitarios del Ministerio de Sanidad*, 1984; 8:3-4.
[10] NOREN, J.; FRAZIER, T.; ALTMAN, I., y DELOZIER, J.: «Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners». *N. Eng J Med*, 1980; 302:11-16.
[11] WONCA, ICHPPC-2: *International Classification of health Problems in Primary Care.* Oxford. University Press. 1979.
[12] ILLÁN GÓMEZ, F., y PARRA HIDALGO, P.: «La atención primaria en la Seguridad social». *Boletín de Salud Regional Murciana*, 1983; 3:99-102.
[13] *National Center of Health Statistical. National Ambulatory Medical Care Survey.* 1975 Summary. Ser. 13 no 33, DHEW. Publ. No (PHS) 78. Washington DC, 1978; 1.734.

REV. SAN. HIG. PÚB., 1987, 61, 509-519 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Encuesta por entrevista sobre el consumo de medicamentos en la población salmantina

M. C. SAENZ, R. MATEOS CAMPOS y R. GONZALEZ CELADOR

INTRODUCCION

La atención médica se ha convertido en un tema de creciente interés en los últimos años, no sólo para los sectores tradicionalmente ligados a la asistencia médica y a los programas de salud, sino para toda nuestra sociedad en general [15].

Dentro del proceso de la atención médica, el consumo de medicamentos es un tema que merece especial cuidado, no sólo por el porcentaje importante que supone en la estructura del gasto en la salud, sino también por las implicaciones que se derivan para la salud de la población.

El estudio del uso de medicamentos tiene como objetivo básico conocer su influencia en el proceso de la asistencia sanitaria, se convierten así en indicadores de la existencia de problemas médicos y de la manera que la medicina puede intervenir con los usuarios en la búsqueda de soluciones a sus problemas clínicos.

En los últimos años se ha observado en todos los países desarrollados del mundo un aumento en el consumo de medicamentos, debido, por un lado, a la presión de la industria farmacéutica que orienta el mercado a través de una promoción publicitaria importante impulsando al consumo, y por otro lado, existen factores psicológicos que acompañan al hombre, el cual tiene, en ocasiones, una fe ciega en la ciencia y en los fármacos [15].

También la formación del médico apunta en el mismo sentido, ya que ante la aparición de procesos patológicos de comienzo insidioso es presionado por los pacientes para obtener curaciones rápidas y se siente obligado a conocer los últimos medicamentos, ya que el público los reclama, y prácticamente son el único arma de que dispone. Por todo ello, este consumo creciente es motivo de preocupación tanto por el aumento en los costos que produce, como por la aparición, cada vez con mayor frecuencia, de efectos adversos por su utilización continuada.

Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Social.

En España, según datos de la Seguridad Social [17] en 1967, el número de recetas por asegurado en un mes fue de 1,62, cifra que ha ido aumentando hasta ser, en 1981, de 2,61 recetas por asegurado.

En cuanto a la incidencia del consumo en Europa, parece que los Países Nórdicos tienden a gastar menos en medicamentos que algunos países de la CEE. En un estudio realizado en 1975 [1], se situaba a Francia junto con Italia a la cabeza de la clasificación en función del consumo farmacéutico con una partida del PIB (Producto Interior Bruto), que era del 1,5 al 2 por 100, mientras que para Dinamarca y Suecia ascendía al 1 por 100 [16].

A partir de los años veinte se ha desarrollado un tipo de investigación dirigida a conocer el estado de salud de la población, más concretamente morbilidad y utilización de los servicios sanitarios y, por tanto, la utilización de medicamentos. Una de las metodologías de estos estudios consiste en entrevistar a una muestra seleccionada de la población general; son las llamadas Encuestas de Salud por entrevista. El mayor impulso de estos estudios procede de las realizadas en Estados Unidos y Gran Bretaña, que recogen aquellos datos referentes a la morbilidad de la población que habitualmente los registros de los servicios sanitarios no incluyen. También en nuestro país se han utilizado encuestas de salud como fuente de información sanitaria [12, 4, 3, 2].

Aunque un Informe Técnico de la OMS define Utilización de Medicamentos como «la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes» [7], nosotros en este estudio valoramos el consumo de medicamentos en Salamanca, a través de los datos obtenidos mediante una encuesta realizada por entrevista personal a una muestra representativa de las familias de la ciudad. En estudios posteriores estudiaremos cómo influyen en este uso de medicamentos la comercialización, distribución y prescripción de los mismos.

MATERIAL Y METODO

El estudio se realizó mediante aplicación de un cuestionario a una muestra representativa de familias salmantinas, realizando las siguientes fases:

- Redacción de un cuestionario formado por preguntas cerradas, precodificadas, contrastado previamente a través de un estudio piloto en una muestra reducida de familias [11].
- Selección de la muestra. Se calculó el tamaño mediante la fórmula para universos finitos [14], 48.069 familias de Salamanca, según datos de 31 de marzo de 1983 [5].

$$n = \frac{\sigma^2 N \cdot p \cdot q}{E^2 \cdot (N-1) + p \cdot q \cdot \sigma^2}$$

donde,

n = tamaño de la muestra
σ = nivel de confianza expresado en desviaciones típicas.
N = Elementos del Universo.
p = porcentaje de la población estimada.
q = $100 - p$ (se suele utilizar la hipótesis de $p = q$, lo que significa que ambos son 50)
E = error calculado.

con un nivel de confianza del 95,5 por 100, que supone una desviación típica de 2 σ y un error calculado del 4 por 100. Así obtuvimos el tamaño de la muestra de 622 familitas. Se estratificó según la edad de los cabeza de familia y el barrio de residencia en la ciudad [14]. Se llevó a cabo en los hogares familiares mediante entrevista personal a los cabeza de familia.

Los entrevistadores fueron un grupo de 45 alumnos del último curso de Medicina, previamente entrenados para la recogida de datos.

Tabulación y análisis de los resultados: La tabulación se realizó automáticamente a partir de los cuestionarios precodificados. Para el análisis de los resultados hemos realizado una prueba de significación para variables cualitativas, κ^2, y el coeficiente de Pawlik [13].

RESULTADOS

Hemos estudiado 622 familias de nuestra ciudad, siendo el tamaño medio de la familia de 3,9 personas.

Se distribuyeron según los barrios de residencia de la siguiente forma:

	Porcentaje por familias
Centro-Mercado San Juan	10,6
Gran Vía-Canalejas	8,8
Antiguo	2,4
Prosperidad-Rollo	10,8
Salas Pombo	7,7
Carmelitas-Oeste	7,9
Pizarrales	9,0
Garrido	26,5
Vidal	7,2
Tejares	3,2
San José-La Vega	5,8
Total	*99,9*

y teniendo en cuenta las edades del cabeza de familia

Edades (años)	Porcentaje por familias
Menos de 31	31,0
Entre 31 y 40	19,5
Entre 41 y 50	14,4
Entre 51 y 60	15,1
Entre 61 y 65	5,3
Mayores de 65	12,7
Total	*100,0*

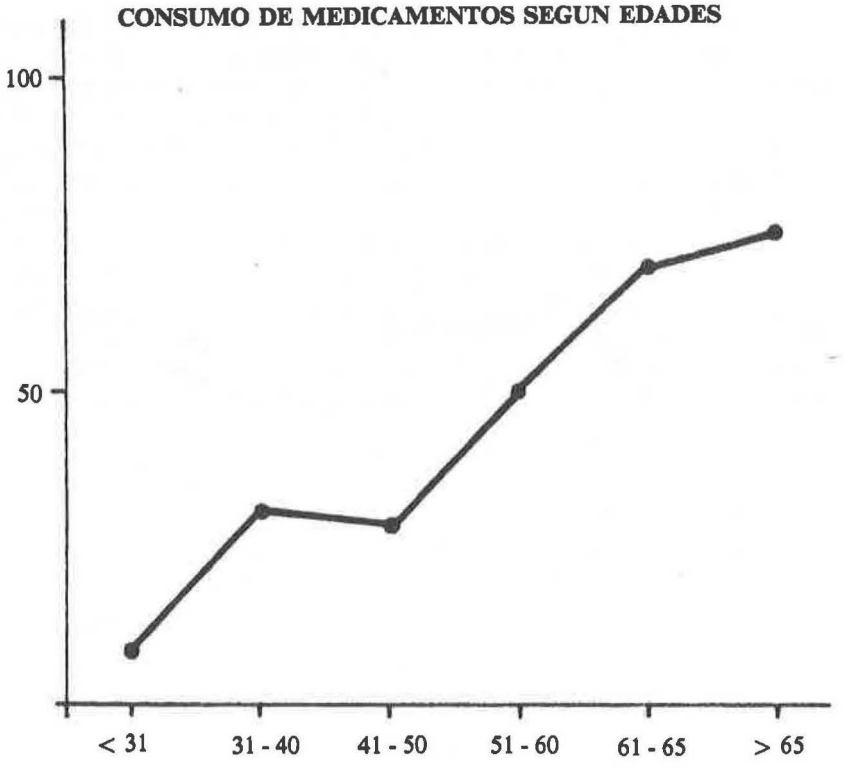
CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN LA EDAD DE LOS CABEZA DE FAMILIA

TABLA 1

Edades (años)	Porcentaje por familias que consumieron
Menos de 31	8,8
Entre 31 y 40	30,6
Entre 41 y 50	28,4
Entre 51 y 60	50,0
Entre 61 y 65	69,7
Mayores de 65	74,7

GRAFICA 1

CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN EDADES



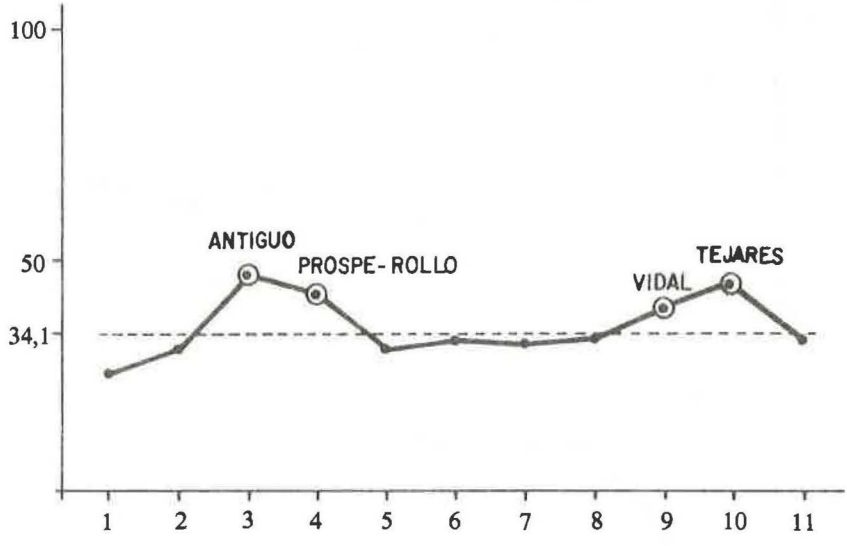
CONSUMO EN LOS DISTINTOS BARRIOS

TABLA 2

Número en la gráfica	Barrio	Porcentaje de familias que consumen
1	Centro-San Juan	25,80
2	Gran Vía-Canalejas	30,90
3	Antiguo	46,70
4	Prosperidad-Rollo	43,30
5	Salas Pombo	31,30
6	Carmelitas-Oeste	32,70
7	Pizarrales	32,10
8	Garrido	32,70
9	Vidal	40,00
10	Tejares	45,00
11	San José-La Vega	33,33

GRAFICA 2

CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR BARRIOS



DISCUSION

Según los datos obtenidos en las entrevistas, y una vez tabulados, hemos podido ver que en Salamanca hay alguna persona que toma continuamente medicamentos en el 34,1 por 100 de las familias entrevistadas. Atendiendo a la edad, se observa un incremento del consumo a medida que aumenta la edad, así, con edades de los cabeza de familias menores de treinta y un años se consumen medicamentos en el 8,8 por 100 de familias, que aumenta hasta llegar a un 74,7 por 100 de las familias con más de 65 años (tabla 1) (gráfica 1). Existe, por tanto, una asociación o relación directa entre la edad de los cabeza de familia y el consumo de medicamentos, comprobada estadísticamente (con un coeficiente de Pawlik = 0,58). Esta misma asociación es manifestada por otros autores [9], debido, como es lógico, a que las personas de mayor edad padecen enfermedades denegerativas y crónicas en mayor proporción.

En cuanto al estudio por barrios (tabla 2) (gráfica 2), del total de familias en las que consume continuamente medicamentos alguna persona (34,1 por 100) de las entrevistadas, observamos que en el barrio Antiguo es donde el porcentaje de familias en las que se consumen medicamentos es mayor,

debido a que habitan familias con mayor edad. Según nuestros datos, el 26,7 por 100 de las familias tienen más de sesenta y cinco años y, según datos del Ayuntamiento [8], la edad media de las familias en este barrio es de 45,94 años, y es la mayor de todos los barrios de la ciudad; le sigue en orden decreciente en el consumo el barrio de Tejares (45 por 100) y Prosperidad-Rollo (43,3 por 100), siendo los barrios de más bajo consumo Centro-San Juan (25,8 por 100) y Gran Vía-Canalejas (30,9 por 100), donde los estudios de los cabeza de familia son superiores, así como los ingresos anuales de las familias.

Al tratar de estudiar una posible asociación o relación entre el hecho de vivir en un determinado barrio u otro y el consumo de medicamentos mediante la prueba estadística del κ^2, no se encontró relación significativa.

El 34,6 por 100 de las familias entrevistadas declaraban tener algún miembro con enfermedad crónica, siendo estos procesos, por orden de frecuencia, del:

- Aparato circulatorio en 30,2 por 100 de las familias.
- Aparato locomotor en 25,6 por 100 de las familias.
- Aparato respiratorio en 13,5 por 100 de las familias.
- Enfermedades metabólicas en 11,6 por 100 de las familias.
- Enfermedades psiquiátricas en 10,2 por 100 de las familias.

que dan lugar a un consumo continuo de medicamentos en el 34,1 por 100 de las familias.

Estos medicamentos son, por orden de frecuencia,:

- Analgésico-antiinflamatorios: 34,4 por 100 de las familias.
- Antihipertensivos: 30,2 por 100 de las familias.
- Vasoactivos centrales: 28,3 por 100 de las familias.
- Tranquilizantes: 24,1 por 100 de las familias.

Según los datos del INSALUD [10], los grupos terapéuticos de mayor consumo en febrero de 1984, mes anterior a la realización de nuestra entrevista, que corresponde al período de tiempo objeto de nuestro estudio en el cuestionario, fueron:

- Vasodilatadores periféricos: 7,5 por 100 del total.
- Expectorantes: 7,36 por 100 del total.
- Antirreumáticos: 5,67 por 100 del total.
- Penicilinas de amplio espectro: 5,45 por 100 del total.

suponiendo el 26,07 por 100 del consumo total.

Las diferencias en algunos grupos serían debidas a que en los datos del INSALUD se recogen también los medicamentos utilizados durante ese mes en procesos agudos, como es el caso de las penicilinas, que no están recogidas en nuestros datos.

Otros estudios realizados [4] indican como grupos terapéuticos más utilizados:

- Analgésicos.
- Antibióticos.
- Vitaminas.
- Cardiocirculatorios.

Se observa la existencia de unos pocos subgrupos terapéuticos que son utilizados más frecuentemente.

También en un estudio sobre el botiquín familiar [12] se encuentran con mayor frecuencia medicamentos pertenecientes a esos subgrupos.

En cuanto a estudios realizados fuera de nuestro país, en 1981 en Estados Unidos [6], los medicamentos más consumidos fueron:

- Antiinfecciosos sistémicos: 13 por 100 del total.
- Cardiocirculatorios: 13 por 100 del total.
- Psicofármacos: 9 por 100 del total.
- Analgésicos: 8 por 100 del total.
- Diuréticos: 7 por 100 del total.

Podemos ver que no existen grandes diferencias con lo que sucede en nuestro país o en nuestro estudio, por lo que podemos pensar que la patología crónica es semejante: aparato circulatorio, aparato locomotor-articular, aparato respiratorio, trastornos psiquiátricos, que, por otra parte, han sido las observadas en nuestro estudio.

También según un estudio realizado en Suecia [9], los medicamentos consumidos más frecuentemente son cardiovasculares y diuréticos en un 39 por 100, psicofármacos, especialmente hipnóticos y sedantes, en un 17 por 100, y analgésicos y antirreumáticos, en un 9 por 100 del total, respectivamente.

En cuanto al miembro de la familia que toma medicamentos continuamente, es en el 49 por 100 de las familias la madre y en el 40,6 por 100 el padre. Son, por lo tanto, los cabeza de familia, quienes padecen con más frecuencia enfermedades crónicas y consumen más medicamentos.

De lo anteriormente estudiado y observado podemos concluir:

1. Consumen medicamentos continuamente el 34,1 por 100 de las familias entrevistadas.
2. Los medicamentos más consumidos, de forma continua, según nuestro estudio y lo que sucede en otros [12, 6, 4], son: Analgésicos-antiinflamatorios, antihipertensivos, vasoactivos centrales.
3. El consumo de medicamentos aumenta con la edad, siendo explicable, ya que las personas de mayor edad padecen enfermedades crónicas y degenerativas que implican su utilización, hecho también manifestado por otros autores [9].

4. El barrio Antiguo es donde es mayor el porcentaje de familias que consumen medicamentos, justificado por la mayor edad de los cabeza de familia.
5. El menor consumo de medicamentos se ha registrado en los barrios Centro-San Juan y Gran Vía-Canalejas, que son el centro de la ciudad y donde los estudios e ingresos de los cabeza de familia son superiores, en una mayor proporción estadística, que conduciría a unas mejores condiciones de vida (vivienda, alimentación, etc.), que les haría enfermar menos.
6. Son los cabeza de familia quienes toman medicamentos en mayor proporción.
7. Las enfermedades crónicas que padecen con más frecuencia son: Procesos del aparato cardiocirculatorio, locomotor-articular y respiratorio.
8. En el barrio Centro-San Juan es el padre quien consume medicamentos en mayor número de familias, tal vez por su profesión, empresarios, profesiones liberales, sometidos a stress y poco ejercicio físico que llevan a patologías cardiocirculatorias, digestivas, etc.

RESUMEN

Dentro del proceso de atención médica, el consumo de medicamentos es un tema que merece especial atención no sólo por el porcentaje importante que supone en el gasto en salud, sino también por los efectos secundarios que conlleva. En este estudio valoramos la utilización de medicamentos en Salamanca a través de los datos obtenidos mediante una encuesta por entrevista de una muestra de 622 familias que corresponden a un universo de 48.069 familias, con un error del 4 por 100, un nivel de confianza del 95,5 por 100 y un tamaño medio de 3,9 personas, resultando que en el 34,1 por 100 de estas familias hay algún miembro que de forma continuada toma medicamentos. Este consumo aumenta con la edad y, sin embargo, no está influenciado por la residencia en uno u otro barrio.

Los medicamentos más consumidos, por orden de frecuencia, fueron: Analgésicos, antiinflamatorios, antihipertensivos y vasoactivos centrales; y son los cabeza de familia, especialmente la madre, quienes más frecuentemente los emplean.

RÉSUMÉ

Dans le procès d'attention médicale, la consomation de médicaments est un sujet qui mérite une spéciale attention non seulement à cause de son poids dans le budget sanitaire, mais aussi par les effets secondaires qu'il comporte.

L'étude porte sur l'utilisation de médicaments à Salamanca. Les résultats ont été obtenus des enquêtes réalisées sur un échantillon de 622 familles correspondant à un univers de 48.069 familles; l'erreur est d'un 4 %, le niveau de confiance d'un 95,5 % et la taille moyenne des familles était de 3,9 membres. Nous avons constaté que dans un 34,1 % d'entre elles un de leur membres prenait habituellement des médicaments. Et celà augmente avec l'âge des personnes, tandis que le quartier de résidence n'a aucune influence sur les résultats.

Les médicaments les plus fréquemment consommés sont par ordre croissant, des analgésiques, des antiinflamatoires, des antihiperstensifs et des agents vasoactifs.

A l'intérieur du groupe familiale c'est la mère qui occupe la première place dans son utilisation.

SUMMARY

Within the field of medical health care the consumption of pharmaceuticals is an important aspect in terms not only of expense but also of the side-effects involved. The present study evaluates the consumption of pharmaceuticals in the city of Salamanca (Spain) on the basis of the data obtained from a survey including 622 families corresponding to a population universe of 48.069 families; the error was 4 %, the confidence level 95,5 % and mean family size was 3,9 persons. It is observed that in 34,1 % of such families there is one person continually receiving drugs. Consumption increases with age and yet is unaffected by the geographic distribution (city district) of the subjects. According to frequency, the drugs most commonly taken are: analgesics, antiinflamatory agents, antihypertensive agents and central vasoactivating agents. Parents (heads of family units), and in particular mothers, are the commonest users of these substances.

BIBLIOGRAFIA

[1] ABEL SMITH, B., y GRANDJEAT, P.: *La consomation pharmaceutique*, CEE. 1978.

[2] ALCÁNTARA NICOLÁS, J.; SÁNCHEZ DE TORO, J. M.; SAURA LLAMAS, J.; ALBADALEJO MONREAL, E., y SÁNCHEZ SÁNCHEZ, J. A.: «Estudio sobre la demanda sanitaria y morbilidad declarada en una pedanía de Murcia». *Rev. San. Hig. Púb.* 58: 681-714. 1984.

[3] ANTO I BOQUE, J. M.; DOMINGO SALUANY, A., y COMPANY SERRAT, A.: «Aspectos metodológicos de las encuestas de salud de Barcelona». Informe Preliminar. *Gaseta Sanitaria de Barcelona.* Serie de Monografías, núm. 1: 50-60. 1983.

[4] ARIAS ENRICH, A.; BARBANY CAHIZ, M., y GORINA ISREN, N.: «El consum de Farmacs a la Llar». *Gaseta Sanitaria de Barcelona,* núm. 13, vol. III. 1984.

[5] AYUNTAMIENTO DE SALAMANCA. Departamento de participación ciudadana. «Datos estadísticos de los barrios de Salamanca el 31 de marzo de 1983». Salamanca, 1983.

[6] BAUM, C.; KENNEDY, D. L,; FORBES, M. B., y JONES, J. K.: «Drug use in United States at 1981». *JAMA*, 251: 10. 1984.

[7] COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS: «La selección de medicamentos esenciales». Serie de Informes Técnicos, núm. 615. Ginebra, 1977.

[8] EDIS, S. A.: «Salamanca y sus barrios, datos para una política municipal». Editado por el Ayuntamiento de Salamanca, 1982.

[9] HOLMBERG, L., y BOTTIGER, L. E.: «The drug-consuming patient and his drugs». *Acta Med. Scand.* 213: 211-216. 1983.

[10] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: INSALUD. «La prestación farmacéutica». *Boletín de Indicadores Sanitarios*, núm. 7: 13-15. 1984.

[11] PADUA, J.: «Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales». Fondo de Cultura Económica. México, 1979.

[12] PUCHE, E.; SAUCEDO, R.; GARCÍA MORILLOS, M.; BOLAÑOS, J., y VILLA, A.: «Estudio del botiquín familiar y algunas de sus características en la ciudad de Granada». *Med. Clín.* 79: 118-121. Barcelona, 1982.

[13] SACHS, L.: «El análisis de las tablas de contingencia». En *Estadística Aplicada*, pp. 387-411. Ed. Labor. Barcelona, 1978.

[14] SIERRA BRAVO, R.: : *Técnicas de investigación social*, pp. 152-153, 3.ª ed. Paraninfo. Madrid, 1983.

[15] SONIS, A, y PAGANINI, J. M.: «La atención de la salud. Características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención». En *Atención de Salud*, vol. II, 3.ª ed., pp. 261-345. El Ateneo. Buenos Aires, 1983.

[16] TISSEYRE-BERRY, M., y BELAISCH-SCEMAMA, F.: «Economie du Medicament», Ed. Masson. París, 1981.

[17] TOGNONI, G., y LAPORTE, J. R.: «Principales de Epidemiología del medicamento». Ed. Salvat. Barcelona, 1983.

REV. SAN. HIG. PÚB., 1987, 61, 521-530 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Atención odontológica en escolares de la ría de Pontevedra

J. J. GESTAL OTERO*, E. SMYTH CHAMOSA**, M. TARACIDO TRUNK** y J. M. CRUZ DEL RIO***

INTRODUCCION

Las necesidades de atención dental crecen linealmente con la edad [1], satisfaciéndose en España menos del 1 por 100 de ellas [2] en comparación con el 40 - 50 por 100 en Estados Unidos y el 89 por 100 en los países escandinavos [1], lo que conjuntamente con la elevada prevalencia de caries condena a los españoles, de seguir así, a poseer en un futuro la sonrisa más deteriorada de Europa.

Moreno González y colaboradores [3] estimaban en 1977, extrapolando los datos de Gimeno de Sande y colaboradores [2], la existencia de 7.111.869 caries permanentes y 14.304.480 caries temporales (21.545.680 caries) en los 7.241.200 escolares de cinco a catorce años, de las cuales la mitad son profundas, estando atendidas tan sólo del 0,96 al 1,2 por 100 de las mismas.

Domínguez Carmona y colaboradores [4], en 6.060 escolares de Santiago reconocidos en 1970 observaron 18.761 caries y tan sólo 109 obturaciones, lo que supone el tratamiento de sólo el 0,57 por 100 de las caries.

En el estudio de Gimeno de Sande y colaboradores [2] el porcentaje de piezas permanentes afectadas fue 10,32 por 100 en el conjunto nacional y 19,07 en la provincia de Pontevedra, y los porcentajes de caries superficiales y profundas 72,41 por 100 y 62,08 por 100, respectivamente.

A partir de los datos de estudios más recientes [5, 6] hemos calculado los porcentajes de piezas tratadas que son, respectivamente, 9,2 por 100 en escolares de Murcia y 7,7 por 100 en escolares de Burgos, lo que nos lleva a pensar que la situación lejos de mejorar ha empeorado, ya que en el estudio de Gimeno de Sande los porcentajes de piezas tratadas en Murcia y Burgos eran 10,82 por 100 y 16,13 por 100, respectivamente.

* Profesor titular encargado de la Cátedra.
** Licenciados en Medicina.
*** Alumna en prácticas de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Santiago.

Universidad de Santiago. Facultad de Medicina. Cátedra de Medicina Preventiva y Social.

Ello nos ha movido a plantearnos el estudio de la atención odontológica de los escolares de la ría de Pontevedra.

En un anterior trabajo [7] señalabamos que el 81,4 por 100 de ellos presentan historia de caries y un 76 por 100 caries activa; un índice «co» de 2,17, índice «CAO» de 1,30 y una densidad de caries por escolar con caries de 4,05 por 100.

MATERIAL Y METODOS

1. Población

El área del estudio comprende los cinco municipios que conforman la ría de Pontevedra, con un total de 125.937 habitantes (según el censo de población de 1981), densidad de población de 442,14 habitantes/kilómetro cuadrado (tercera de Galicia, tras La Coruña y Vigo) y con 29.000 niños en edad escolar (seis a catorce años), de los cuales 22.040 (70 por 100) están escolarizados en 37 centros –Escuelas públicas– y 6.960 (24 por 100) en 11 centros privados.

2. Muestra

Se eligió al azar al 10 por 100 de los escolares de cada grupo de edad (seis, diez y catorce años), sexo y tipo de escuela, mediante sorteo aleatorio, en el que todos los escolares tenían las mismas probabilidades de ser elegidos en cada uno de los 37 centros públicos y en 9 de los 11 privados (los otros 2 se negaron a colaborar).

3. Utillaje

Se empleó sonda fina y espejo dental plano y una solución de Hibitane al 5 por 100 en dilución 1/200 para la desinfección del material.

4. Métodos

La exploración realizada por un solo investigador se llevó a cabo con buena iluminación natural, siguiendo los criterios de la OMS [8] y de la ADA [9].

En el momento de realizar la exploración se hizo a cada escolar una pregunta cerrada sobre la frecuencia de visita al odontólogo, con las siguientes posibles respuestas:

- Nunca he acudido al dentista.
- He acudido ante problemas.
- Acudo periódicamente (una o más veces al año).

El estudio se efectuó durante los meses de febrero y marzo de 1983 empleando para la recogida de datos el siguiente modelo de ficha (figura 1).

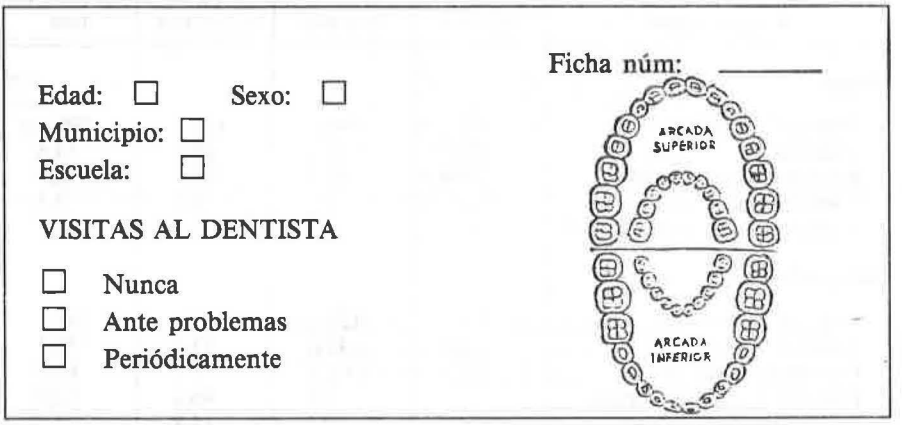


FIGURA 1

Modelo de ficha utilizado para la recogida de datos

La información, una vez codificada y revisada, se procesó en el ordenador UNIVAC 1100 del Centro de Cálculo de la Universidad de Santiago. Para el análisis estadístico de las variables cualitativas se emplearon las pruebas del Ji cuadrado y de comparación de dos proporciones observadas con datos independientes. Y para la inferencia de los resultados encontrados a la población se calculó el intervalo de confianza [10].

RESULTADOS

Atención odontológica referida

El 54,6 de la población estudiada (tabla I) refiere no haber recibido ningún tipo de asistencia odontológica, presentando el 72,3 por 100 de ellos caries. Este porcentaje es máximo a los seis años con un 80 por 100 de escolares que no han recibido nunca atención odontológica, de los cuales el 74,4 por 100 tienen caries, y es mínimo a los catorce años con el 29,1 por 100.

El 36,1 por 100 de los escolares dicen haber acudido al dentista tan sólo ante problemas (dolor), de ellos el 81,7 por 100 tienen caries [31], 18,2 por 100 ausencias y el 7,3 por 100 obturaciones.

El porcentaje de los que acuden ante problemas aumenta con la edad.

Finalmente, tan solo el 9 por 100 de los escolares refieren haber acudido al dentista con cierta periodicidad, aumentando éste porcentaje con la edad.

TABLA I

GRADO DE ATENCION ODONTOLOGICA POR EDADES

Visitas al dentista	Seis años	Diez años	Catorce años	Total
Nunca:*				
Número de niños	293	195	103	591
Porcentaje	80,7	53,4	29,1	54,6
Porcentaje con caries	74,4	80,5	62,1	72,3
Porcentaje con ausencias	–	2,6	7,8	3,5
Porcentaje con obturaciones.	–	–	–	–
Ante problemas:*				
Número de niños	64	138	189	391
Porcentaje	17,6	37,8	53,4	36,1
Porcentaje con caries	81,3	91,3	72,5	81,7
Porcentaje con ausencias	–	8,0	46,6	18,2
Porcentaje con obturaciones.	–	7,2	14,8	7,3
Periódicamente:*				
Número de niños	6	29	62	97
Porcentaje	1,6	7,9	17,5	9,0
Porcentaje con caries	66,7	65,5	67,7	66,6
Porcentaje con ausencias	–	51,7	61,3	37,7
Porcentaje con obturaciones.	0,3	3,4	29,0	10,9

* Datos obtenidos mediante encuesta.

La atención odontológica referida es mayor en los escolares que asisten a escuelas privadas, incrementándose la diferencia con las públicas a medida que aumenta la edad (tabla II); y por zonas geográficas es mayor en la zona centro, que se corresponde con la capital (tabla III).

TABLA II

GRADO DE ATENCION ODONTOLOGICA POR EDAD Y TIPO DE ENSEÑANZA. DATOS OBTENIDOS MEDIANTE ENCUESTA

ENSEÑANZA PUBLICA

Años	Número de niños	Nunca		Ante problemas		Periódicamente	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Seis	286	232	81,1	48	16,8	6	2,1
Diez	292	160	54,8	107	36,6	21	7,2
Catorce	282	89	31,5	145	51,4	48	17,0
Total	860	481	55,9	300	34,9	75	8,7

ENSEÑANZA PRIVADA

Años	Número de niños	Nunca		Ante problemas		Periódicamente	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Seis	77	61	79,2	16	20,7	0	0,0
Diez	73	35	47,9	30	41,1	8	10,9
Catorce	72	14	19,4	44	61,1	14	19,4
Total	222	110	49,5	90	40,5	22	9,9

TABLA III

GRADO DE ATENCION ODONTOLOGICA POR ZONAS. DATOS OBTENIDOS MEDIANTE ENCUESTA

Zonas	Nunca	Ante problemas	Periódicamente
Sur	57,3	35,9	6,2
Centro	52,3	34,4	13,0
Norte	57,0	38,9	4,1

Atención odontológica observada

El 12,1 por 100 de los escolares encuestados presenta alguna pieza ausente por caries y el 8,8 por 100 alguna obturación, en tanto que tan sólo el 5,4 por 100 ha dado un correcto tratamiento a todas sus caries, tanto restaurador como mutilador (en el momento de la exploración no presentan caries clínica).

Observamos asimismo que el porcentaje de escolares que tratan sus caries y los que restauran correctamente todas sus piezas aumenta progresivamente con la edad, no observándose diferencias significativas entre sexos, siendo la prevalencia de obturaciones y de tratamiento correcto de todas sus caries significativamente mayor ($p<00,5$ y $p<0,01$ respectivamente) en los escolares que asisten a escuelas privadas (tabla IV).

El porcentaje de piezas tratadas del total de piezas afectadas por caries es 18,1 por 100, siendo en piezas deciduales 0,89 por 100 y en piezas permanentes 28,9 por 100.

Los porcentajes de caries superficiales en el conjunto de las piezas y en ambas denticiones separadamente, por edades, sexo y tipo de escuela se exponen en la tabla V. No se observan diferencias en el conjunto de la piezas, siendo en la dentición definitiva el porcentaje de caries superficiales mayor en las niñas y en los escolares que asisten a escuelas privadas.

TABLA IV

PREVALENCIA DE AUSENCIAS Y OBTURACIONES EN LA RIA DE PONTEVEDRA POR EDAD, SEXO Y TIPO DE ENSEÑANZA

Edad, sexo y tipo de enseñanza — Años	Prevalencia obturaciones		Prevalencia ausencias		Prevalencia ausencias y obturaciones *	
	Porcentaje	sp	Porcetaje	sp	Porcentaje	sp
Seis	0,8	0,47	0,0	0,00	0,8	0,47
Diez	7,1	1,34	4,7	1,11	3,8	1,00
Catorce	18,6	2,07	32,2	2,48	11,9	1,72
Varones	8,9	1,17	11,2	1,29	6,0	0,97
Hembras	8,7	1,29	13,2	1,54	4,7	0,96
Enseñanza Pública	7,8	0,91	12,3	1,12	4,4	0,70
Enseñanza Privada	12,6	2,23	11,3	2,12	9,5	1,97
Total	8,8	0,86	12,1	0,99	5,4	0,69

* Sin caries activa.

TABLA V

CARIES SUPERFICIALES EN ESCOLARES DE LA RIA DE PONTEVEDRA

Edad, sexo y tipo de enseñanza — Años	Porcentaje de caries superficiales		
	Total de piezas	Dentición decidual	Dentición definitiva
Seis	60,0	59,8	64,3
Diez	51,4	52,8	47,5
Catorce	64,9	–	64,6
Varones	56,7	56.7	56,4
Hembras	58,5	57,2	61,1
Enseñanza Pública	57,5	55,8	58,3
Enseñanza Privada	57,6	59,8	61,2
Total	57,5	56,9	58,8

En los 1.082 escolares reconocidos se encontraron en dentadura definitiva 998 caries, 195 ausencias y 210 obturaciones.

La calidad de la atención odontológica, valorada en base al porcentaje de odontología conservadora en relación al total de actuaciones, en dentadura definitiva es, en la ría de Pontevedra, 51,85 por 100.

El índice de restauración es de 0,06 (0,009 para las piezas deciduales y 0,15 para las permanentes).

Aumenta significativamente con la edad, es mayor en los escolares que asisten a escuelas privadas y no se observan diferencias entre sexos (tabla VI).

Por zonas geográficas se observa un mayor índice de restauración en la zona centro, que se corresponde con el municipio de Pontevedra (tabla VII).

En los municipios de la ría de Pontevedra hay establecidos un total de 14 estomatólogos (13 en Pontevedra y uno en Sanxenxo) correspondiendo un estomatólogo por cada 8.995 habitantes. De ellos tan sólo cuatro están integrados en la Seguridad Social donde no se realiza ningún tipo de atención restauradora ni preventiva.

TABLA VI

INDICE DE RESTAURACION EN EL TOTAL DE LAS PIEZAS, POR EDAD, SEXO Y TIPO DE ENSEÑANZA

Edad, sexo y tipo de enseñanza — Años	Total	Decidual	Permanente
Seis	0,003	0,003	–
Diez	0,042	0,018	0,098
Catorce	–	–	0,075
Varones	0,063	0,013	0,157
Hembras	0,060	0,003	0,142
Enseñanza Pública	0,054	0,007	0,132
Enseñanza Privada	0,094	–	0,204
Total	0,062	0,009	0,150

TABLA VII

INDICES DE RESTAURACION POR ZONAS

Zonas	Total	Decidual	Permanente
Sur	0,036	0	0,105
Centro	0,073	0,0080	0,170
Norte	0,050	0,0065	0,120

DISCUSION

Los datos referidos por los escolares (encuesta) concuerdan bastante bien con lo observado en la exploración, encontrando tan sólo un 3,5 por 100 de respuestas erróneas en los escolares que refieren no haber acudido nunca al odontólogo.

El hecho de que la mitad de los escolares no hayan acudido en ninguna ocasión al dentista, a pesar de que el 70 por 100 de ellos presenta caries, pensamos que se debe a la conjunción de una deficiente educación sanitaria de la población con la escasez de odontólogos y elevado costo de la asistencia odontológica, hablando a favor de ello la mayor atención odontológica en los niveles socioeconómicos y culturales más elevados (escuelas privadas) y en las áreas donde es más fácil el acceso al dentista (municipio de Pontevedra).

También pensamos que en el hecho de acudir al odontólogo influyen de modo importante condicionantes estéticos (aumenta con la edad de los que acuden al odontólogo).

El porcentaje de escolares, 9 por 100, que refieren acudir con cierta periodicidad al dentista nos parece exagerado en relación con el porcentaje de aquellos en que hemos observado un correcto tratamiento en todas sus caries, 5,4 por 100.

El porcentaje de piezas tratadas (18,1 por 100) del total de afectadas es ligeramente inferior al encontrado hace 15 años en ésta provincia por Gimeno de Sande y cols. (19,7 por 100), así como el porcentaje de caries superficiales (57,5 por 100 actualmente en la ría de Pontevedra, por 62,8 por 100 encontrado hace 15 años por Gimeno de Sande en la provincia de Pontevedra) lo que nos habla de un empeoramiento de la situación al igual que ha ocurrido en Murcia [5] y Burgos [6].

Con relación a 1969, en cuanto al número de odontólogos por cada 100.000 habitantes o si preferimos al número de habitantes teóricamente a atender por cada odontólogo, apenas se ha avanzado, pasando en la provincia de Pontevedra de un odontólogo por cada 11.236 habitantes a uno por cada 9.000 habitantes, cifra similar a la nacional y casi cinco veces inferior a la Europea (1/2.000 habitantes).

El índice de restauración en la ría de Pontevedra (0,060), aun siendo muy bajo, es ligeramente superior al observado en Murcia (0,015) [5] y en Burgos (0,046) [6].

RESUMEN

Se revisan las necesidades de atención dental y su grado de satisfación en España comparando el estudio ya clásico de Gimeno de Sande con otros actuales, observando que la situación lejos de mejorar ha empeorado.

Para comprobarlo se estudia la atención odontológica en 1.082 escolares de la ría de Pontevedra seleccionados al azar y explorados siguiendo los criterios de la OMS y la ADA, utilizando sonda de punta fina, espejo dental plano e iluminación natural. Además, a cada escolar se le efectuó una pregunta de respuesta cerrada sobre la frecuencia de visita al odontólogo.

Se observa buena concordancia entre la atención odontológica referida por los escolares y los datos de la exploración. Más de la mitad de los escolares refieren no haber acudido nunca al odontólogo a pesar de que el 70 por 100 presentan caries activa,

lo que se atribuye a la conjunción de una deficiente educación sanitaria, escaso número de odontólogos y elevado costo de su asistencia.

Se estima que condicionantes estéticos influyen de modo importante en la determinación de visitar al odontólogo. Finalmente se llega a la conclusión de que la atención odontológica en la ría de Pontevedra también ha emperado en los últimos quince años.

RÉSUMÉ

On revise les besoins d'assitance dentaire et son dégrée de satisfaction en Espagne en comparant l'étude dejá classique de Gimeno de Sande avec d'autres actuels, en observant que la situation loin d'ameliorer a empiré. Pour le constater on étude l'attention odontologique en 1.082 écoliers de la «ria de Pontevedra» choisis au hasard et explorés en suivant les critéres de l'OMS et l'ADA en utilisant une sonde de point fine, miroire dental plain et ilumination naturelle. En plus à chaque écolier on l'a fait une question de réponse fermé sur le frecuence de visite à l'odontologique. On observe une bonne concordance entre l'attention odontologique, raconteé par les écoliers, et les données de l'exploration. Plus de la moitié des écoliers racontent qu'ils n'ont pas visité jamais l'odontologue malgré que le 70 por 100 montrent de carie active, ce qu'on a attribué à la conjunction d'une deficiente education sanitaire, l'insuffisant nombre d'odontologues et l'haut cout de l'assistence. On estime que des condicionantes esttétiques influent de maniere importante sur la determination de visiter l'odontologue. Enfin, on arrive à la conclusión de que les soins odontologiques dans la ria de Pontevedra aussi ont empiré dans les 15 dernieres années.

SUMMARY

The needs for dental care and its deegre of satisfaction in Spain are reviewed comparing the already clasical study by Gimeno de Sande with another recent studies, seeing that the situation is wrost insteed of better. In order to verify this, the dental care is studied in 1802 schoolchildren of the ria de Pontevedra selected at randon and examined following the WHO an ADA criteria, using a fine pointed sound, ever dental glass and natural lighting. Also a question with closed answer on the frequency of visits to the dentist was asked to every child. A good concordance between dental care repported by the schoolchildren and the data of the examination was observed. More than half of the children repport not having ever visited the dentist, even 70 por 100 of them showed active caries, what is imputed to the conjonction of a deficient health education, the shortage of dentists and the high cost of the dental care. It is supposed that sthetic conditioning influence in an important way the decission of visiting the dentist. Finaly is concluded that the dental care in the ria de Pontevedra has been deteriorated in the last 15 years.

BIBLIOGRAFIA

[1] KATZ, S.; MORENO GONZÁLEZ, J. P.; GARCÍA VICENTE, L.: «Programa de salud buco-dental para la población infantil española I», *Boletín de Información Dental*, septiembre-octubre, 1980, 45-53.

[2] GIMENO DE SANDE, A.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ-MURIAS, B.; VIÑES RUEDA, J. J.; GÓMEZ POMAR, F.; MARIÑO AGUIAR, F.: «Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1971, 45, 361-433.

[3] MORENO GONZÁLEZ, J. P.; RIOBOO GARCÍA, R.; TRAVESI GÓMEZ, J.: «Profilaxis de la caries dental: Estudio, coste y beneficio de diferentes sistemas preventivos aplicables a la población infantil española». *Boletín de Información Dental,* julio-agosto, 1977, 33-46.

[4] DOMÍNGUEZ CARMONA, M.; RODRÍGUEZ MÍGUEZ, L; FACEL, H.; GESTAL, J.; BARREIRO, J.; BARREIRO, M. L., y cols.: «Estudio epidemiológico de la caries dental en los escolares de Santiago de Compostela. 1970». *Revista Española de Medicina e Higiene Escolar*, 1971, 15-38.

[5] GARCÍA BALLESTA, C.; VIVIENTE LÓPEZ, E.; RAMOS GARCÍA, E.: «Algunos datos epidemiológicos sobre la caries dental en la población infantil del término municipal de Murcia». *Revista de Sanidad e Higiene Pública.* 1982, LXVI, 425-452.

[6] AYUNTAMIENTO DE BURGOS: «Informe técnico sobre flúor y salud dental. Ayuntamiento de Burgos, mayo, 1983.

[7] SMYTH CHAMOSA, E.; GESTAL OTERO, J. J.; TARACIDO TRUNK, M.: «Prevalencia de la caries dental en escolares de la ría de Pontevedra». *Galicia clínica* (en prensa).

[8] OMS: «Normas para la notificación de enfermedades y alteraciones dentales». Serie de informes técnicos, número 242, 1962.

[9] CUENCA, E.: «Metodología de los estudios epidemiológicos de Caries». *Boletín de Información Dental* (333), 1983, 37-41.

[10] CARRASCO DE LA PEÑA, J. L.: *El método estadístico en la investigación médica.* Ed. Karpos, S. A., Madrid, 1982.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 531-544 Año LXI.-Mayo-junio 1987

El síndrome del niño maltratado

JUANA LLAVERO •

«Maudite soit le nuit aux plaisirs éphémères, où mon ventre a conçu mon expiation!»

C. Baudelaire

«Todos se vuelven, descubren al recién nacido entre un enjambre de moscas, tripas y cabezas de pescado y lo levantan. Las autoridades lo entregan a una nodriza de oficio y apresan a la madre. Y como ésta confiesa sin ambages que lo habría dejado morir, como por otra parte ya hiciera con otros cuatro, la procesan. La condenan por infanticidio múltiple y dos semanas más tarde la decapitan en la Place de Grève.»

Patrick Süskind

El denominado «Síndrome del niño maltratado» constituye un claro ejemplo de enfermedad social [8], ya que, como veremos más adelante, las causas del problema radican en la sociedad. Su interés va más allá de lo social y se convierte en demanda asistencial ya que muchos (aunque desgraciadamente no todos) de los niños que sufren agresiones físicas por parte de sus padres o tutores, acuden a instituciones sanitarias, habitualmente servicios de urgencia hospitalarios, en busca de ayuda. Sin embargo, el problema va más allá de la mera asistencia médica para constituir un claro ejemplo de asistencia integral [8], multidisciplinaria, en la que intervienen los servicios médicos, sociales, de justicia, de protección de menores, asociaciones de ciudadanos... y, en general, toda la sociedad al conocer el problema.

Alguien definió la perinatalidad como un test de civilización de los países industrializados [2]. ¿Podríamos nosotros decir lo mismo de la incidencia de malos tratos en estos países?

• Médico Puericultor del Estado. Jefe de la Sección de Salud Infantil. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Palabra clave: Enfermedad social. Situaciones de riesgo. Ayuda multidisciplinaria e integral.

La primera cuestión a tratar es la propia definición de lo que se entiende por Síndrome de Malos Tratos Infantiles, ya que el concepto de maltrato tiene diferentes connotaciones, dependiendo de factores geográficos, culturales, étnicos, políticos, etc. Existen algunas definiciones diferentes, pero lo que se aconseja es que cada país adopte su propia definición de acuerdo a sus costumbres, cultura, instituciones, leyes, etc., ya que de esta definición se derivarán acciones sociales, de justicia y, a veces incluso, policiales.

A modo de ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica, la Ley recoge la siguiente definición: «La expresión de abuso y abandono del niño significa lesión física y mental, abuso sexual, trato negligente o maltrato de todo individuo menor de dieciocho años por parte de la persona encargada de su cuidado y custodia, bajo circunstancias indicadoras de peligro o amenaza para la salud y bienestar del niño, según determina la legislación vigente» [4].

Para los franceses los límites de las violencias a los niños son poco concretos y concluyen que todos los comportamientos adultos (habitualmente de los padres) que no respetan la dignidad de la personalidad del niño y que dañan su completo desarrollo se puede considerar como maltrato [7].

Aquí podríamos decir que el Síndrome de Malos Tratos incluye las violencias físicas y psicológicas, el abandono o el cuidado insuficiente, la explotación y los abuses sexuales infligidos a los niños por sus padres o tutores o familares y también por las instituciones (fig. 1) y llamar la atención sobre lo que los franceses denominan las «sevicias sin golpes», ya que los casos de cuidados negligentes, los daños morales o psicológicos, son extremadamente difíciles de detectar, pero no por ello menos graves para el futuro desarrollo del niño.

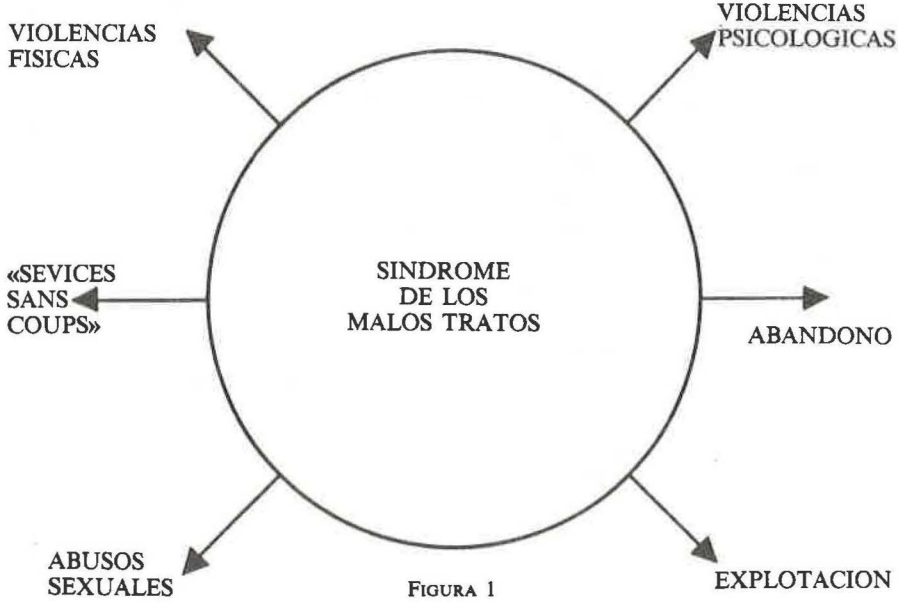


FIGURA 1

Se incluyen también los abusos sexuales que los franceses han definido como «la participación de un niño o un adolescente menor en actividades sexuales que no puede comprender, que sufre bajo amenaza o que trasgreden los tabúes sociales existentes en casi todas las sociedades» [7].

Aunque los malos tratos y el infanticidio se encuentran ya en sociedades antiguas, no es hasta el año 1860, que un médico, Tardieu, señaló las lesiones en los cadáveres de los niños muertos por infanticidio [9] y cien años más tarde Kempe presentó el síndrome como ahora lo conocemos a la Sociedad Americana de Pediatría.

La importancia de los malos tratos a los niños viene dada por su creciente incidencia en los países industrializados, aunque ésta es difícil de calcular y siempre se habla de cifras reales y cifras teóricas calculadas, que desgraciadamente se ajustan más a la verdad. La obtención de los datos de incidencia está sujeta de una parte a la definición del síndrome que tenga el país que estudiemos y de las acciones legales y sociales que deriven de dicha definición; de otra parte se encuentra el hiato o desajuste entre los casos producidos y los casos denunciados o registrados. Este parece ser el gran agujero en el que se pierden los casos producidos, mientras que los denunciados constituyen la punta del iceberg (fig. 2).

Podemos ver, a manera orientativa, las cifras que se conocen en algunos países y en el nuestro en la tabla I, pensando que estas cifras pueden representar el 10 por 100 del auténtico problema.

Desde el punto de vista de las causas del síndrome, es interesante apuntar los estudios basados en la condición social de los padres maltratantes. Así, por ejemplo, del estudio realizado por Gil en Estados Unidos en 1970 sobre el registro de los casos de malos tratos se desprende que casi el 60 por 100 de las familias implicadas gozaban de bienestar antes o durante el estudio y que el 37 por 100 de las familias «abusivas» recibían asistencia pública en el momento del incidente. Además, el 48,8 por 100 de las familias registradas tenían ingresos inferiores a los 5.000 dólares, comparados con el 25,3 por 100 de las familas americanas, que tienen unos ingresos tan bajos. Sólo el 52,5 por 100 de los padres habían estado empleados durante ese año y, al menos, el 65 por 100 de las madres y el 55,5 por 100 de los padres no tenían el graduado en la escuela superior. En la otra cara de la moneda, sólo el 3 por 100 de las familias tenían ingresos superiores a los 10.000 dólares o más (comparado con el 34,4 por 100 de todas las familas americanas) y sólo el 0,4 por 100 de las madres y el 2,2 por 100 de los padres tenían estudios superiores [1].

PREVALENCIA DE LOS MALOS TRATOS

FIGURA 2

TABLA I

INCIDENCIA DE MALOS TRATOS

Casos denunciados:

España (Valle, 1982): 40.000 al año.
Francia (Deschamps, 1982): 30.000 al año.
EE UU: 1.500.000 al año.

Casos estimados:

Se calcula que habría que multiplicar las cifras por 10 ó 20.

INCIDENCIA DE ABUSOS SEXUALES

Casos denunciados:

EE UU: 300.000 al año.
Alemania: 15.000 al año.
Francia: 1.000 al año.

Casos estimados:

Igual que en caso anterior.

En 1978 la American Human Association publica los resultados de un estudio sobre 19.923 casos ocurridos en diferentes estados. Este estudio revela que el 49,6 por 100 de las familas maltratantes tienen ingresos anuales inferiores a 5.000 dólares, el 65,4 por 100 los tienen inferiores a los 7.000 dólares, el 14,9 por 100 tienen ingresos superiores a los 11.000 dólares y el 9 por 100 superan los 13.000 dólares anuales [1].

Deben promoverse y promocionarse este tipo de estudios, ya que si bien es verdad que la causa última de por qué se pega o se mata a un niño nunca la llegaremos a conocer, ello no indica que abandonemos la búsqueda de los factores de riesgo que determinan la aparición del síndrome y poder eliminarlos al conocerlos. En este sentido, las investigaciones han permitido elaborar auténticos perfiles de riesgo, tanto de los niños maltratados como de los adultos maltratantes.

En cuanto a los niños, pueden sufrir malos tratos a cualquier edad, pero es más probable que esto suceda antes de los tres años [6]. Al menos en cuanto a malos tratos físicos se refiere. Generalmente se trata de varones y, a veces, sucede que un niño sea maltratado, mientras que sus hermanos o hermanas no lo son. En ocasiones se puede encontrar el motivo de este maltrato selectivo en las siguientes situaciones:

1. Niños ilegítimos o nacidos de un primer matrimonio.
2. Niños con retraso del desarrollo o enuresis persistente.

3. Niños prematuros. Las posibles alteraciones de la relación entre el niño prematuro y su madre tienen múltiples causas. A veces la madre puede experimentar un sentimiento de fracaso o culpabilidad por no haber llevado a término su embarazo; por otra parte, la estancia prolongada del niño en el hospital, la dificultad para establecer relaciones afectivas con su hijo [7], además de que el tipo peculiar de hospitalización de su hijo (incubadora) y la propia apariencia física de éste vienen a sumarse a las anteriores circunstancias. Más tarde, posibles retrasos del desarrollo psicomotor de estos niños, sus posibles trastornos de comportamiento (hiperactivo, anoréxicos, etcétera), hacen difícil y, a veces, conflictiva su educación.

4. Niños que han estado separados de su medio familiar durante largo tiempo. Por lo general, la vuelta a la familia es un momento difícil, lleno de esperanzas, que pueden ser objeto de un rechazo o de una agresividad brutal.

En ocasiones incluso se dice, y se escribe, que hay un determinado tipo de niños que resultan provocadores, que «buscan los golpes». Esto más parece una vía de justificación de los adultos.

Las características de los padres maltratantes han sido objeto de múltiples descripciones: tomamos la del Centro Internacional de la Infancia de París, por parecernos la más completa [4]; así citan todas las características siguientes de los padres que han agredido a sus hijos:

- No parecen interesarse por su hijo.
- Esperan de su hijo más de lo que éste puede dar.
- Dan explicaciones ilógicas, poco convincentes y contradictorias de la lesión del niño e intentan proteger la identidad de la (o las) persona (s) responsable (s).
- Utilizan habitualmente una disciplina dura, irracional, inadaptada a la edad y la condición del niño y a las faltas cometidas.
- Con frecuencia han sido, a su vez, víctimas de malos tratos en su infancia.
- Tuvieron padres que esperaban de ellos más de lo que podían dar.
- No contaban con sus padres desde un punto de vista afectivo y de subsistencia.
- Una vez adultos, no pueden satisfacer sus propias necesidades afectivas.
- Esperan que sus hijos rellenen su vacío desde un punto de vista afectivo
- Tienen un deficiente control de sus impulsos.
- Esperan ser rechazados.
- Tienen una pobre opinión de sí mismos.
- No tienen la madurez afectiva de los adultos.
- Están solos, no poseen sistemas de ayuda.
- Tienen cónyuges que no pueden proporcionarles una ayuda desde un punto de vista afectivo.
- Pueden tener una vida familiar desorganizada.
- Pueden vivir en malas condiciones sanitarias.

- Pueden ser alcohólicos o drogadictos.
- Pueden tener un retraso mental, un C. I. bajo o una personalidad opaca.
- Pueden tener un carácter impulsivo, que busca la satisfacción inmediata sin reflexionar en las consecuencias a largo plazo.
- No han conocido generalmente la experiencia del éxito.
- Etc.

Por último, tal vez sea más interesante hablar de los que se han denominado períodos o situaciones de riesgo en la vida de las familias. Así, por ejemplo, se cita el cambio en el *status* matrimonial, el advenimiento de un embarazo o un nacimiento no deseado, un cambio de domicilio, el retorno a la familia de uno o varios niños internados, pérdida de empleo, problema psiquiátrico agudo...

De esta manera los perfiles de riesgo, agrupados en el tiempo y el espacio, hacen más válida y llena de sentido la noción de riesgo.

La calidad y cantidad de lesiones y daños por maltrato a los niños es extraordinaria, y no es nuestro objetivo detallar este apartado; basta con síntesis la tabla II, tomada del Centro Internacional de la Infancia.

Es interesante señalar, sin embargo, lo que Fontana denomina indicadores de sospecha [6], tales como un estado general del niño indicativo de negligencia, una distribución característica de las fracturas con demasiadas lesiones en tejidos blandos y otros lugares del cuerpo, evidencia de que estas lesiones se han producido en diferentes momentos, historia familiar sospechosa, noción de episodios anteriores similares, ausencia de nuevas lesiones durante la hospitalización. De igual forma la discordancia entre las constataciones clínicas y los datos del interrogatorio representan una valiosa indicación. Tal vez lo más importante no sea descubrir las circunstancias exactas de los malos tratos con una actitud policial, sino ser capaces de valorar el peligro que corre el niño con su familia, ya que esto influirá en la conducta a seguir.

El tratamiento del síndrome de malos tratos a los niños desborda el ámbito puramente asistencial para convertirse en un tratamiento integral que abarca aspectos que se encuentran generalmente fuera de la institución hospitalaria. Los médicos que atienden a estos niños deben preocuparse por su porvenir, ya que «en ausencia de ayuda a la familia, el riesgo de recidiva es del 50 por 100, con posibilidad de agravación de las lesiones e incluso muerte»; por otra parte, las secuelas físicas y psíquicas con trastornos de la personalidad son algo muy frecuente.

TABLA II

Tipo de maltratos	Características físicas	Características del comportamiento
Violencia física	Equimosis y marcas de golpes inexplicados: – en la cara, los labios, la boca – en el tórax, la espalda, las nalgas, las piernas – en diversas etapas de cicatrización – agrupadas, formando un dibujo regular que tiene la forma del objeto que ha servido para infligirlos (cable eléctrico, cinturón) – en varias zonas – que aparecen regularmente después de una ausencia, un fin de semana o de vacaciones	Desconfiado en la relación con los adultos. Inquieto cuando otros niños lloran Comportamiento que llegue a los extremos – agresividad o – reacciones de ausencia Temeroso de sus padres
	Quemaduras inexplicadas – especialmente quemaduras de cigarro o de cigarrillo – en las plantas de los pies, palmas de las manos, la espalda, las nalgas – quemaduras por agua caliente (en forma de calcetín, de guante, en forma de círculo en las nalgas, los órganos genitales) – que tienen la forma de un aparato eléctrico caliente; por ejemplo: una plancha – quemadura circular en los brazos, las piernas, el cuello, el tórax	Temor de regresar a su casa Dice que ha sido herido por sus padres Manifiesta una gran ansiedad con ocasión de actividades normales; por ejemplo: el cambio de pañales
	Fracturas inexplicadas – del cráneo, de la nariz, de la cara – en diversas etapas de cicatrización – múltiples o en espiral	
	Laceraciones o abrasiones inexplicadas – de la boca, de los labios, de las encías, de los ojos – de los órganos genitales externos	

Tipo de maltratos	Características físicas	Características del comportamiento
Carencia de cuidados.	Hambre continua, higiene defectuosa, ropa inapropiada	Mendiga, roba alimentos
	Ausencia de cuidado, especialmente en el curso de actividades peligrosas o durante largos períodos	Cansado en forma permanente, no puede mantener la atención, se duerme
	Requerimientos de tipo físico o sanitario no satisfechos	Dice que nadie se preocupa de él en la casa
	Abandono	
Violencias sexuales.	Dificultad para caminar o para sentarse	Poco interés en participar en algunas actividades físicas
	Ropa interior destruida, sucia o manchada con sangre	
	Dolor o picazón de las regiones genitales	Actitud ausente, bizarra, conducta anormalmente infantil
	Heridas o hemorragias de los órganos genitales externos, de la zona vaginal o anal	Comportamiento y concepciones sexuales extrañas, sofisticadas o inhabituales
	Enfermedades venéreas	Malas relaciones con sus iguales
		Refiere que ha sufrido una agresión sexual de parte de la persona que lo cuida
Crueldad mental...	Trastornos del lenguaje (o de la locución)	¿Tics? (succionar, morder)
	Retardo del desarrollo físico	Trastornos conductuales (antisocial, destructor, etc.)
	Detención del desarrollo físico	Signos de tipo neurótico (trastornos del sueño, inhibiciones en el juego)
		Reacciones de tipo psico-neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría)
		Conductas extremas - muy acomodaticio, pasivo - agresivo, exigente
		Conducta demasiado fácilmente adaptable - demasiado adulta - demasiado infantil
		Retardos del desarrollo (mental, afectivo)

Desde el punto de vista médico se ha sistematizado el tratamiento en cuatro eslabones:

1. Ingreso del niño en un centro hospitalario «para tratar las lesiones que presente, corregir sus alteraciones nutritivas y estados carenciales, constatar la mejoría orgánica y psicológica en el propio hospital y estudiar el entorno familiar a fin de poder evitar en el futuro que vuelvan a producirse las sevicias infligidas al niño (A. Delgado). Incluso se ha llegado a sugerir la idea de creación de servicios especializados en «malos tratos» en los centros hospitalarios pediátricos [3], idea esta que no compartimos en absoluto, ya que potenciaría el sentimiento de ser «especial o diferente» en el niño, y esto no le favorece. Sí abogamos, en cambio, por el reforzamiento de los hospitales pediátricos con servicios o secciones de pediatría social, multidisciplinarios, que ayudarían al tratamiento integral de estos y otros casos que lo precisen.
2. Separación temporal de los padres para realizar la labor protectora del niño. Un niño que ha sido maltratado no puede sentirse nada seguro si una vez curado de sus lesiones vuelve precozmente al seno de la familia que le ha lesionado.
3. Terapia a los padres para lograr seguridad infantil en el hogar. El tratamiento debe realizarse con un enfoque médico-social integral y ha de durar todo el tiempo que sea necesario. Se debe prestar máxima atención a las situaciones de riesgo.
4. Vuelta gradual y vigilada del niño al hogar, y después del episodio agudo, el niño debe volver gradualmente al servicio para ser examinado por personal especializado.

Estos eslabones deseables en el tratamiento del síndrome no dejan de ser utopías, ya que, como señala BERGMAN, «la mayor frustración de los médicos que se encuentran con problemas de malos tratos a los niños consiste en observar la penosa falta de recursos de que disponen para conseguir el tratamiento del entorno familiar al que vuelve el niño una vez que es dado de alta en el hospital».

En el momento actual la denuncia por parte de un facultativo o un centro hospitalario de un caso de malos tratos es de la competencia del Tribunal Tutelar de Menores, quien, según el caso, puede ordenar el internamiento del menor en instituciones públicas o benéficas, donde el niño puede permanecer por poco tiempo y volver con su familia, o bien permanecer más tiempo y ser un candidato a la adopción. Naturalmente, no se nos escapa que cada caso será diferente, pero veamos lo que dice la ley al respecto.

Para iniciar un trámite de adopción previamente el niño ha de haber sido «abandonado», interpretando por abandono lo que dice el artículo 174 del Código Civil: «Se considera abandonado al menor de catorce años que carezca de la persona que le asegure la guarda, alimento y educación. Para apreciar la situación de abandono será irrelevante que ésta se haya producido por causas voluntarias o involuntarias.

La entrega del menor en una casa o establecimiento benéfico se considerará también como abandono en los siguientes casos:

a) Cuando el menor hubiere sido entregado sin datos que revelen su filiación.

b) Cuando aun siendo conocida la filiación, constase la voluntad de los padres o guardadores de abandonar al menor manifestada con simultaneidad a su entrega o inferida de actos posteriores.

En uno y otro caso, para apreciación de abandono, bastará que hayan transcurrido treinta días continuos sin que la madre, padre, tutor u otros familiares del menor se interesen por él de modo efectivo, mediante actos que demuestren su voluntad de asistencia. La mera petición de noticias no interrumpe por sí sola el referido plazo.

Con la ley en la mano no se nos escapa que la mayoría de los niños víctimas de malos tratos volverán a su hogar, y no existe hoy por hoy el tratamiento de la familia en nuestro país, al menos no en el sentido que lo recoge la literatura consultada.

De acuerdo con la reciente Ley Orgánica del Poder Judicial, se prevé la desaparición del Tribunal Tutelar de Menores, y sus funciones pasan a ser ejercidas por los llamados Jueces de Menores.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su artículo 101, instituye la norma de que la acción penal es pública y puede ser ejercida por todos los ciudadanos. Así, pues, el menor está protegido por la ley, y cualquier persona que tenga conocimiento de lesiones o malos tratos debe denunciarlo ante el órgano jurisdiccional competente. La misma ley, en su artículo 262, establece con respecto a los médicos que están obligados a denunciar al órgano judicial, municipal o policial, los delitos y faltas que conozcan por razón de su profesión [5].

La Constitución Española, en su artículo 39, apartados 3 y 4, dice que «los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda» y que «los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos».

Sin embargo, no encontramos por ningún lado los recursos que permitan prevenir los recidivos, las situaciones de riesgo, los perfiles de riesgo, etc. Una explicación a esto podría encontrarse en las hondas raíces sociales del síndrome.

Probablemente resulte más utópico hablar de las recomendaciones que se hacen a nivel de la prevención del síndrome que a nivel del tratamiento. De todas las formas, bueno es conocerlas.

En 1978, en Estados Unidos el Comité Nacional para la Prevención de Malos Tratos a los Niños reunió a un grupo de investigadores para determinar cuáles serían los programas más eficaces en cuanto a prevención de malos

tratos a la infancia. Los investigadores hicieron las siguientes puntualizaciones:

- Muchos hospitales de reciente creación separan a la madre de sus hijos recién nacidos bajo el pretexto de mejores cuidados médicos; sin embargo, se comprueba que tal práctica es perjudicial, ya que retrasa el proceso de unión madre-hijo.
- Las empresas que desplazan a sus empleados privan a las familias de modelos en el ejercicio de su papel natural, al alejarles de padres capaces de prodigarles consejos y ayuda en la educación de los hijos: esas familias viven en un aislamiento afectivo.
- El hecho de asimilar personas de razas diferentes y crear entre ellas necesidades hacia productos de gran consumo es un afluente de conflictos y confusión entre las generaciones respecto a los valores, creencias, costumbres y esperanza relativas a la educación de los niños.
- La libertad sexual y la liberación del divorcio han producido muchas familias de un solo padre: las jóvenes solteras, madres solas, necesitan a menudo cuidados maternales ellas mismas y proyectan sus frustraciones sobre sus hijos.

Según este comité de expertos los programas selectivos de prevención de malos tratos a los niños se componen de los siguientes elementos:

- Consejos a los padres antes e inmediatamente después del nacimiento del hijo.
- Programas destinados a padres de lactantes en peligro y padres de lactantes que necesitan atenciones especiales.
- Programas de ayuda mutua. Se ha comprobado que estos programas son indispensables para que padres experimentados puedan «iniciar» a padres novicios privados de su familia o parientes próximos. Pueden crearse programas de abuelos adoptivos y grupos de padres anónimos para aconsejar y ayudar a los padres que no pueden resolver bien sus problemas.
- Programas destinados a padres y niños en crisis.
- Programas de cuidado temporal de los niños.
- Programas de readaptación para niños maltratados.
- Programas de prevención de abusos sexuales.
- Programas de aprendizaje de la función del padre.

Se ha escrito mucho sobre la prevención de los malos tratos infantiles, pero lo cierto es que éste es el aspecto en el que menos se ha avanzado, tal vez como habíamos indicado porque los factores de riesgo son extremadamente difíciles de eliminar.

RESUMEN

Los malos tratos a los niños constituyen un claro ejemplo de lo que se entiende por «enfermedad social», ya que tanto su etiología como su prevención, tratamiento y rehabilitación se encuentran inmersos en la propia sociedad. Corresponde a la Comunidad y a las diferentes Instituciones relacionadas con el cuidado y la protección de los niños tomar conciencia del programa y buscar las soluciones adecuadas para su erradicación. El objetivo del presente trabajo es presentar algunos conceptos relativos a la definición del síndrome de Malos Tratos Infantiles, sus causas, los factores que puedan favorecer su aparición, su tratamiento (de carácter multidisciplinario) y su posible prevención.

RÉSUMÉ

Le mauvais traitment aux enfants constitue un clair example de ce qu'on comprende par «maladie sociales» puis que autant son ethiologie que sa prevention, traitment et rehabilitation se trouvent plongés dans la société elle même. Il appartient à la Communauté et aux differentes Institutions retachées aux soins et à la protection des enfants de prendre consciencie du problème et de chercher les solutions appropiés pour son erradication. Le but de ce travail est de montrer quelques concepts relatives à la definition du Syndrome du Mauvais Traitements aux Enfants, ses causes, les facteurs qui peuvent favoriser son apparition, son traitment multidisciplinair et sa possible prévention.

SUMMARY

The ill-treatment to children represents a clear example of what is called a «Social disease» because both its ethiology and its prevention, treatment and rehabilitation are inmersed in the society itself. Il belongs to the Community and to the different Institutions related to the care and protection of children to become conscious of this problem and to look for appropiated measures for its erradication. The objective of this paper is to show some concepts related to the definition of the Infants. Ill-treatment Syndrom, its causes, the contributive factors, its multidisciplinary treatment and its posible prevention.

BIBLIOGRAFIA

[1] AAVV: «The social context of child abused and neglected». Ed. by PELTON, L. M. Human Sciences Press in New York, 1985.

[2] ARIZCUN, J.: «Comité de mínimos. Bases para una regionalización y normalización de la Asistencia Perinatal». Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985.

[3] CAFFEY, J.: «Signifiance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children». *J. Pediat; 67, 1008,* 1965.

[4] CIE: «Los niños víctimas de malos tratos». Documento para médicos, pediatras, profesores y trabajadores de nivel universitario. París, 1980.

[5] DE VARGAS, M.: «Malos tratos a menores. Aspectos jurídicos». *PLCM* número 107, 1-7 Nov., 1985.
[6] FONTANA, V. I., y BEZHAROV, A. S.: «The maltreated child». Charles C. Thomas publisher; Springfield, Illinois, 1979.
[7] MANCIAUX, M., y cols: «Santé de la Mére et de l'énfant. Nouveaux concepts en Pédiatrie Sociale». Ed. Flammarian, Paris, 1984.
[8] SAN MARTÍN, H.: «Salud y enfermedad». Ed. La Prensa Médica, Mexicana, México 1983.
[9] TARDIEU, A.: «Étude medico-legale sur les sérvices et mauvais craintements exercés sur les enfants». *Ann-Hyg. Publ. Med. Leg. 13, 361-398, 1860.*

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 545-570 Año LXI.-Mayo-junio 1987

La medicina preventiva en la asistencia primaria

LUIS SALLERAS SANMARTI

La asistencia sanitaria clásicamente se ha dividido en dos niveles: Asistencia extrahospitalaria y asistencia hospitalaria, actualmente denominadas: «Asistencia Primaria» (atención de primer nivel) y «Asistencia Secundaria y Terciaria» (atención hospitalaria a nivel de hospital distrito y de hospital regional, respectivamente).

La asistencia primaria la realiza el «equipo de asistencia primaria de salud», formado por el médico primario o de familia, la enfermera y la asistente social. Sus miembros son el primer personal con quien contacta el paciente cuando busca asistencia.

El equipo de asistencia primaria no atiende solamente a los individuos cuando están enfermos, sino que vigila y fomenta la salud de los individuos, familias y grupos de su comunidad, investigando los factores ambientales y conductuales que pueden ser peligrosos para la salud y promoviendo su corrección.

La asistencia primaria se considera que habría de llevar a término el 85 por 100 de los actos médicos, es decir, que debería abarcar toda la asistencia que no precisa una especialización importante, ni técnicas sofisticadas. A nivel hospitalario sólo tendrían que llegar aquellos casos cuyo tratamiento o diagnóstico lo exigieran, de acuerdo con el concepto de atenciones progresivas o «asistencia escalonada».

En la asistencia sanitaria integrada y comunitaria el equipo de asistencia primaria tiene cuatro funciones principales [1]: Educación sanitaria de individuos y grupos de la comunidad que tiene a su cargo, Medicina Preventiva, Asistencia Médica y Trabajo Social.

Las tres primeras funciones las llevan a cabo el médico y la enfermera, siendo la asistente social la que se encarga de la cuarta función. De todas formas, todos trabajan coordinadamente y la asistente social también tiene un papel muy importante en la educación sanitaria.

Estas funciones se realizan tanto en el centro de salud como en el domicilio del enfermo y en la comunidad.

Servicio de Promoción de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalidad de Cataluña.

Entendiendo, pues, la asistencia primaria de una manera integrada, el médico de cabecera tendría que jugar un papel muy importante en la educación sanitaria y la medicina preventiva. Desgraciadamente, hay que reconocer que hoy en día estas funciones están aún bastante olvidadas.

Por una parte, la instauración de sistemas de asistencia colectiva ha provocado la ruptura de la relación médico-paciente y la disminución del tiempo disponible para la visita médica [2].

Por otro lado, la formación que recibe el médico en las Facultades de Medicina va dirigida casi exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y, principalmente, de las enfermedades que se ven en los hospitales, dedicando poco tiempo al estudio de la medicina preventiva y la educación sanitaria [3]. Al médico se le hace responsable absoluto de la atención del enfermo, cosa que va en contra de la concepción actual de educación sanitaria, que pretende que cada individuo participe activamente en la promoción y restauración de su salud.

Estos dos hechos han sido desfavorables a la asunción por parte del médico de los roles ligados a la educación sanitaria y a la medicina preventiva [4].

A pesar de ello, es de esperar que esta situación no sea irreversible. Afortunadamente, cada día hay más médicos de asistencia primaria que están convencidos de la necesidad de llevar a cabo una medicina integrada [6]. Por otro lado, tanto el Ministerio de Sanidad como las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, han emprendido en los últimos años una serie de reformas cuyo objetivo último es conseguir que las circunstancias en que se desarrolla el acto médico en la asistencia primaria sean óptimas. Por eso parece interesante analizar las posibilidades que tiene el médico primario de realizar tareas preventivas. Estas actividades son tanto o más importantes que las curativas, pero cuando se trata de implementarlas a nivel operativo, el médico se encuentra muchas veces falto de soporte y de información.

CONCEPTO ACTUAL DE MEDICINA PREVENTIVA

Tradicionalmente la medicina ha sido definida como el arte y la ciencia de prevenir y curar las enfermedades [7]. La medicina tendría, pues, dos vertientes o apartados: La *Medicina Preventiva*, que incluiría el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad, y la *Medicina Curativa*, que comprendería el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad.

Hoy en día, todo el mundo está de acuerdo en que, salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la curativa [4, 8]. El cirujano que diagnostica y opera una apendicitis está haciendo medicina preventiva de la peritonitis. El pediatra que diagnostica y trata una amigdalitis estreptocócica está haciendo medicina preventiva de la fiebre reumática y de la

glomerulonefritis. El tocólogo que vigila a una gestante durante el embarazo y la atiende correctamente durante el parto está haciendo medicina preventiva de la morbilidad y mortalidad perinatal y de la subnormalidad. Claro está que hay actividades médicas que son fundamentalmente preventivas (inmunizaciones preventivas, educación sanitaria de personas sanas, etc.), pero incluso éstas se aplican o se tendrían que aplicar integradas en la medicina asistencial a nivel primario [4].

La medicina preventiva es, pues, una parte de la medicina. Su campo de acción es mucho más restringido que el de la salud pública, la cual, en su concepción más moderna, comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a la promoción (fomento y protección) y a la restauración (asistencia y rehabilitación) de la salud de la población [9]. Se trata de los esfuerzos organizados de la comunidad para promover la salud de sus ciudadanos y para restaurarla en los casos en que se haya perdido [4]. Uno de estos esfuerzos, pero no necesariamente el más importante, es el que aporta la medicina en sus dos vertientes: preventiva y asistencial [10, 11].

Tal como señala Hogarth [12], en los últimos años el significado del término «Medicina Preventiva» se ha ampliado considerablemente. A pesar de que continúa utilizándose para denotar la aplicación por parte del médico de asistencia primaria de los principios y técnicas de la prevención a pacientes individuales, cada vez más se tiende a aplicarlo a las actividades sanitarias organizadas de la colectividad para la promoción de la salud (fomento y protección de la salud de la población), que inciden en los individuos de esta colectividad. Los que acepten este criterio amplio de la medicina preventiva la hacen casi equivalente a la promoción de la salud, excluyendo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria. Para ellos la medicina preventiva incluiría todas las actividades preventivas de los servicios de salud pública que inciden sobre el individuo, tanto si se realizan en una base individual (vacunación de un niño en una consulta médica, *case finding* en un adulto sano en el consultorio, educación sanitaria mediante el diálogo de la entrevista), como colectiva (campañas masivas de vacunaciones, exámenes colectivos de salud, *screenings* de población, compañas de información y educación sanitaria a través de los medios de comunicación de masas, etc.). En última instancia todas estas acciones inciden sobre el individuo y son ejecutadas por los servicios médicos y de enfermería en base a conocimientos científicos aportados por la ciencia médica. Contrariamente, las acciones de promoción de la salud diferentes de la medicina preventiva (sanidad ambiental e higiene alimentaria) inciden sobre el medio ambiente, no las ejecuta el médico, sino los otros profesionales de la salud pública (farmacéuticos, veterinarios, biólogos, ingenieros sanitarios, etc.) y sus bases científicas no son aportadas por la medicina, sino por otras ciencias (ingeniería sanitaria, arquitectura, tecnología de los alimentos, etc.).

En definitiva, tal como señala Last [13], el término «Medicina Preventiva», aun en su versión más amplia, implica un encuentro más personal

(inmunizaciones, exámenes de salud, etc.) entre el individuo y el personal sanitario médico que el que comportan las actividades de promoción de la salud que no son de medicina preventiva (potabilización y fluoración de las aguas de abastecimiento público, higienización de la leche, evacuación higiénica de excretas, etc.). En este caso, el personal sanitario no médico (farmacéutico, veterinario, ingeniero sanitario, etc.) no entra en contacto en ningún momento con el paciente.

En el ámbito de los servicios de asistencia sanitaria en donde interesan las actividades de medicina preventiva que se pueden llevar a cabo en el marco de los servicios de asistencia primaria se adopta, en general, el concepto más clásico y restringido de medicina preventiva: «Actuaciones y consejos médicos ejecutados por el médico o sus colaboradores más cercanos en pacientes individuales, en el marco de los servicios clínicos asistenciales y en base a conocimientos científicos aportados por la medicina» [14].

Este concepto está muy próximo al de «Medicina Clínica Preventiva», adoptado recientemente por el Steering Committee del «Curriculum Development Project of the Center for Educational Development in Health (CRDH) at Boston University» y la «Association of Teachers in Preventive Medicine Foundation» (ATPHF) [15]: «La medicina clínica preventiva la constituyen aquellos servicios personales de salud proporcionados en el contexto de la medicina clínica, el objetivo de los cuales es el mantenimiento de la salud y la reducción del riesgo de enfermedad y, en definitiva, de muerte.»

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La «historia natural» o «curso que sigue a la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento» [16] es muy importante en medicina preventiva.

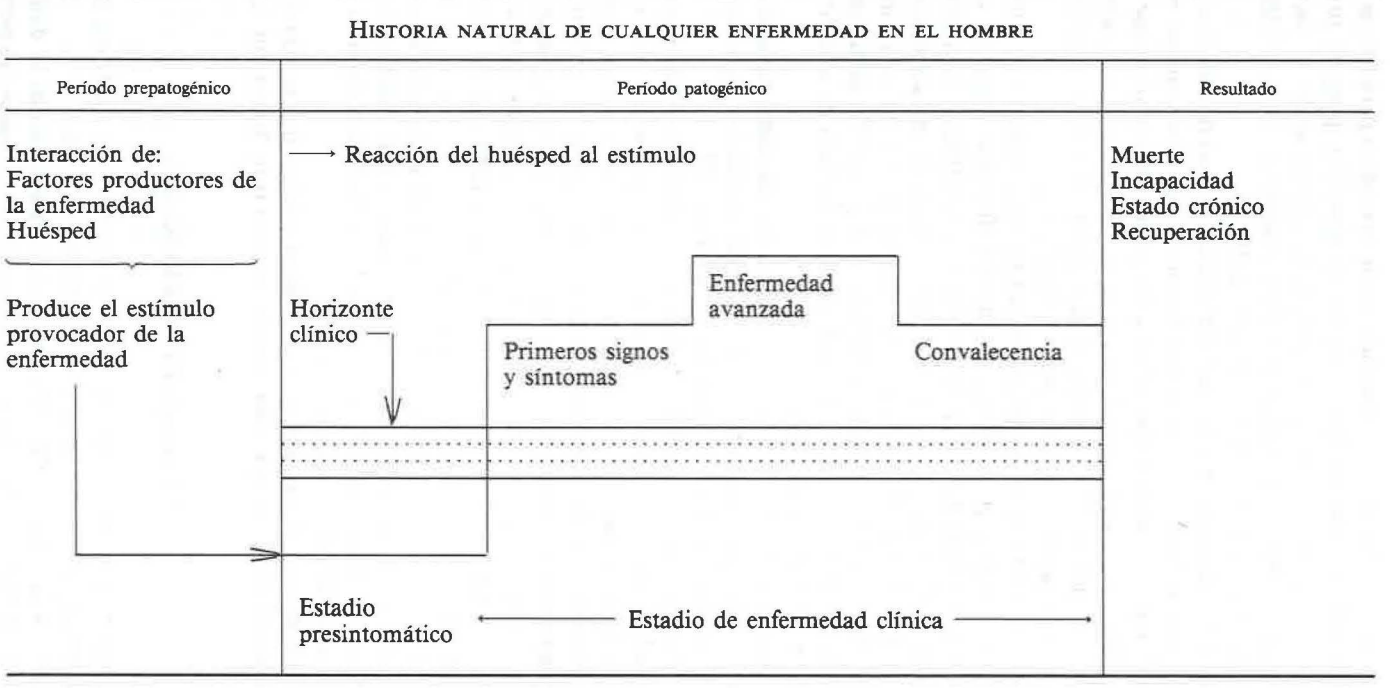
Leavell y Clark distinguen tres períodos más o menos bien definidos en la historia natural de la enfermedad: Prepatogénico, patogénico y de resultados [17] (gráfico 1).

El *período prepatogénico* o de susceptibilidad se caracteriza porque están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Estos factores pueden ser ambientales (bacterias, virus, productos químicos, radiactividad, etc.), conductuales (consumo excesivo de grasas o hidrocarbonados, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc.) o endógenos (sexo, edad, predisposición familiar, etc.). En algunos casos los factores son de origen mixto (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.), ya que en su eclosión influyen los factores ambientales y conductuales actuando sobre una predisposición endógena de origen genético.

Algunos de estos factores son necesarios (pero no suficientes) para que se produzca la enfermedad. El ejemplo más claro es el de los agentes productores de enfermedades infecciosas (bacterias, virus, etc.).

GRAFICO 1

LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



Fuente: H. R. LEAVELL, y E. G. CLARK (modificado) [17].

Otras veces el factor no es absolutamente necesario para que se produzca la enfermedad, la cual puede ocurrir en su ausencia, pero su presencia se asocia con una probabilidad incrementada de aparición de la afección. Este es el caso de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad, etc.).

Los factores de riesgo pueden ser inmutables o susceptibles de cambio. La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmutables que no pueden ser modificados, pero ayudan a identificar a los grupos de personas que requieren mayor vigilancia y supervisión. Otros factores, por el contrario, son susceptibles de modificación. Por ejemplo, el tabaquismo puede ser eliminado y la hipertensión controlada con un buen tratamiento.

Hay que señalar que la presencia de una fuerte asociación estadística entre un factor de riesgo y una enfermedad no significa que todos los individuos con el factor de riesgo hayan de desarrollar necesariamente la enfermedad, ni que la ausencia de dicho factor de riesgo asegure su no aparición. Ello es debido a que hasta el momento la epidemiología ha sido incapaz de identificar todos los factores que contribuyen al desarrollo de las enfermedades, lo cual limita la capacidad de predecir la ocurrencia de una determinada afección en pacientes individuales [16].

En la mayoría de enfermedades la interacción de todos estos factores con el huésped acaba desencadenando al estímulo productor de la enfermedad, momento en que se inicia el período patogénico [17].

El *período patogénico* tiene dos estadios: El estadio presintomático y el de enfermedad clínica. Durante el período presintompático no hay signos clínicos de la enfermedad, pero como consecuencia del estímulo causal citado se han iniciado ya los cambios anatomopatológicos responsables de la enfermedad (arteriosclerosis en las arterias coronarias, alteraciones premalignas en los tejidos, etc.). En el estadio clínico los cambios en los órganos y tejidos son ya suficientemente importantes como para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad en el paciente.

En relación con los niveles de prevención es de gran interés, tal como se verá más adelante, la subdivisión en tres estadios, del estadio clínico de la enfermedad efectuada por Leavell y Clark [17]: Primeros signos y síntomas, enfermedad avanzada y convalecencia.

El *último período* de la historia natural de la enfermedad refleja el *resultado* del proceso: Muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud.

NIVELES DE PREVENCION

Para comprender los objetivos y las actividades de la medicina preventiva es fundamental el estudio de los niveles de prevención.

El autor, a los efectos del presente trabajo, ha asumido la definición de prevención dada por la «Canadian Task Force» sobre exámenes periódicos de

salud (1980) [18]: «Cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad o bien interrumpir o aminorar su progresión». Se trata, pues, no sólo de evitar la ocurrencia de la enfermedad o afección, que es lo que clásicamente se ha entendido como prevención, sino también de, una vez aparecida la enfermedad, detener su curso hasta conseguir la curación o, en caso de imposibilidad, retardar su progresión el máximo posible.

La aplicación del concepto de niveles de prevención es posible porque, tal como se acaba de mencionar, todas las enfermedades presentan en su «historia natural» unos períodos más o menos bien definidos, en cada uno de los cuales es posible la aplicación de algún tipo de medidas preventivas de acuerdo con el concepto amplio de prevención adoptado.

Aunque los expertos en medicina preventiva no están del todo de acuerdo en los límites precisos entre cada uno de los niveles que se pueden establecer, las diferencias son más semánticas que sustanciales. En general, la doctrina vigente en la actualidad clasifica las actividades preventivas en tres niveles: Prevención primaria, secundaria y terciaria [13].

1. Prevención primaria

La prevención primaria tiene por objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades [17]. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia [13].

Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interacción de los agentes y/o factores de riesgo con el huésped dé lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad.

Leavell y Clark [17] distinguen dos subniveles o apartados en la prevención primaria: La prevención inespecífica y la protección específica (gráfico 2).

La prevención inespecífica comprende todas aquellas medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad o el medio ambiente con el fin de evitar la producción de enfermedades en general, es decir, inespecíficamente. La mejora del nivel socioeconómico de la población, la educación sanitaria, la mejora del *status* nutricional, la actividad física, la planificación de la familia, el saneamiento ambiental y la higiene alimentaria, son ejemplos de medidas de prevención inespecífica. Todas ellas son actividades de promoción de la salud de la población que tiende a aumentar la resistencia del huésped y a evitar la ocurrencia, de forma general, de enfermedades y afecciones.

En cambio, la protección específica va dirigida sólo a la prevención de una enfermedad o afección determinada. El ejemplo más claro es el de las vacunaciones preventivas. La inmunización pasiva específica, la quimioprofi-

GRAFICO 2

NIVELES DE PREVENCION

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Interrelaciones entre los factores productores de enfermedades (agente/s. factores de riesgo) y el huésped → Producción del estímulo →	→ Reacción del huésped al estímulo			
	Período presintomático →	Primeros signos y síntomas →	Enfermedad avanzada →	Convalecencia
Período prepatogénico	Período patogénico			
Prevención inespecífica				
- Mejora del nivel socioeconómico. - Educación sanitaria - Saneamiento Ambiental e Higiene Alimentaria - Buenos estándares de Alimentación y Nutrición - Actividad Física - Planificación de la familia.	Protección específica - Educación Sanitaria. - Vacunaciones Preventivas. - Inmunización Pasiva Específica. - Quimioprofilaxis. - Fluoración de las Aguas de Abastecimiento Público. - Proteccipon contra los Riesgos Laborales.	Diagnóstico - Autoexamen. - «Screening» masivo. - Case «finding».	Tratamiento precoz y oportuno - Tratamiento precoz y oportuno con la finalidad de curar la enfermedad o detener el proceso y evitar la aparición de complicaciones y secuelas.	Rehabilitación y reinserción social Cuando las lesiones han quedado establecidas de forma irreversible y la enfermedad ha pasado a la cronicidad. Rehabilitar al individuo con objeto de enlentecer la progresión de la enfermedad o atenuar la incapacidad.
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria

NIVELES DE PREVENCIÓN

Fuente: H. R. LEAVELL, y E. G. CLARK (modificado) [17].

laxis, el uso general o tópico del flúor y la protección contra los riesgos laborales son otros ejemplos de medidas de protección específica.

Todas estas acciones, tanto las inespecíficas como las específicas, son acciones de promoción de la salud. Algunas de ellas, las que se basan en conocimientos aportados por la medicina e inciden sobre los individuos son, además, actividades de medicina preventiva si se adopta el concepto amplio de esta disciplina. Si se adopta el concepto restringido sólo serán actividades de medicina preventiva las que, además de basarse en conocimientos aportados por la ciencia médica e incidir sobre los individuos, sean ejecutadas por el personal médico o personal a sus órdenes en el marco de las servicios de asistencia sanitaria.

2. Prevención secundaria

La prevención secundaria actúa sólo cuando la primaria no ha existido o, si ha existido, ha fracasado.

Una vez se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción o enlentecimiento de la progresión de la afección mediante el diagnóstico y el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar el paso a la cronicidad y la aparición de secuelas e invalideces [17]. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la afección o enfermedad [13].

La asunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y tratamiento precoz mejoran el pronóstico de las enfermedades y permiten mantenerlas bajo control con más facilidad [19, 20].

El gran incremento experimentado por las afecciones crónicas durante el presente siglo en los países desarrollados, ha despertado un inusitado interés por la detección precoz de las enfermedades [19, 20]. En estas enfermedades, en la mayoría de las cuales la prevención primaria es muy difícil o no es posible, la estrategia de los servicios de asistencia sanitaria se dirige a su descubrimiento precoz para así poder tratarlas precozmente y mejorar el pronóstico de la afección. Aunque esta asunción también es válida para las enfermedades agudas que no tienen prevención primaria eficaz, es en las enfermedades crónicas, donde alcanza su máxima significación. Efectivamente, la mayoría de las enfermedades agudas se detectan en una fase muy precoz porque los síntomas son molestos y dan lugar a una rápida decisión del paciente o de su familia para buscar asistencia o consejo médico. En las enfermedades crónicas, por el contrario, los estadios iniciales son inaparentes o producen síntomas muy leves, los cuales pueden ser muy difíciles de diferenciar de la normalidad [19, 20].

Para solucionar el problema del retraso en el descubrimiento de los primeros síntomas de las enfermedades crónicas se han adoptado tres tipos

de estrategias [21,22]: *a)* Instruir a la población sobre la detección precoz de signos anormales mediante exámenes periódicos practicados por el propio individuo (autoexamen); *b)* Informar a la población sobre la naturaleza y significado de los primeros signos y síntomas de las enfermedades crónicas y urgir a los que los padecen a buscar asistencia precoz (diagnóstico y tratamiento precoz), y *c)* Aplicar diversos procedimientos de selección para la detección de los primeros signos de las enfermedades entre individuos asintomáticos *(screening* de la población y *case finding).*

Los dos primeros enfoques dependen claramente de que la población esté bien informada y coopere activamente, es decir, de la educación sanitaria. El tercero depende también de la educación sanitaria, pero, además, de la existencia de servicios adecuados y de que éstos sean asequibles a toda la población [20]. A continuación se analizan cada uno de estos apartados.

El autoexamen

El autoexamen es un sistema aún en discusión, a pesar de que ya se le han encontrado diversas aplicaciones, sobre todo en oncología (detección precoz del cáncer de mama). Si bien no se tiene todavía una evidencia clara de que las técnicas correspondientes sean eficaces y efectivas, las perspectivas son, sin embargo, esperanzadoras [23, 24, 25, 26, 27].

Información de la población sobre la naturaleza y significado de los primeros síntomas de las enfermedades crónicas

La instrucción de la población en el reconocimiento de los síntomas y signos mínimos precoces requiere la delimitación clara de lo que es normal y de lo que no lo es. Esto puede verse dificultado por la falta de una opinión unánime sobre el tema por parte de los médicos, sobre cuándo una determinada manifestación ha de ser considerada como anormal y cuándo no, sobre todo en los ancianos. Una de las tareas principales de los educadores sanitarios ha de ser la de establecer unas normas básicas derivadas de la experiencia médica sobre lo que es normal y lo que no lo es y transmitirlas a la población [4, 22, 28].

En relación con este punto, hay que señalar que muchas personas no informan al médico de sus síntomas porque piensan que es normal el padecerlos, sobre todo con la edad («alguna cosa hay que tener», «de alguna cosa hay que morir»). Esto se da especialmente en ciertas culturas y grupos de menor nivel socioeconómico [20].

Los «siete signos precoces del cáncer», el mensaje que desde hace años transmiten a la población las asociaciones contra el cáncer de numerosos países, entre ellos el nuestro, tiene precisamente este objetivo: Que la población contribuya activamente al diagnóstico precoz del cáncer [28].

El screening *de población y el* case finding

El *screening* (cribaje) en su concepto más amplio, se puede definir como la aplicación de procedimientos de selección (cuestionarios, examen físico, pruebas) a poblaciones de individuos aparentemente «sanos» con el objeto de identificar en la fase de latencia o en los primeros síntomas a aquellos que pueden estar enfermos o quienes tienen un riesgo incrementado de padecer una determinada enfermedad porque presentan un determinado factor de riesgo. Se trata sólo de hacer una selección, es decir, de separar aquellos individuos que pueden estar enfermos o en riesgo de padecer una determinada enfermedad de los que no lo están [19, 21, 29, 30]. Los individuos considerados positivos han de ser objeto de nuevas exploraciones con el fin de confirmar el diagnóstico y, si procede, someterlos a tratamiento [19, 21, 29, 30].

No todas las enfermedades son susceptibles de ser incluidas en un programa de cribaje [31, 32, 33]. Sólo aquellas enfermedades que reúnan unas determinadas características que las hacen óptimas para el cribaje y que dispongan de una prueba de cribaje apropiada podrán ser incluidas en un programa de cribaje. En cualquier caso, antes de su puesta en marcha se habrá demostrado que el programa es aceptado por la población y que es eficaz y efectivo en la reducción de la morbilidad o mortalidad por la enfermedad objeto de la intervención [29, 33].

Antes de decidir poner en marcha un programa de cribaje habrá, pues, que valorar si la enfermedad o condición, la prueba y el programa reúnen una serie de criterios que lo hacen óptimo para elegir la intervención como prioritario [34, 35].

La enfermedad o condición debe ser un importante problema de salud pública, debe presentar una fase presintomática identificable o de signos y síntomas incipientes y el tratamiento efectuado en esta fase debe mejorar el pronóstico de la afección en comparación con el tratamiento efectuado en el momento en que habitualmente se hace el diagnóstico en la fase florida de la enfermedad [31, 32, 33, 34].

En cuanto a la prueba, lo ideal es que sea sencilla, segura y barata. Debe, además, ser aceptada por la población y por el médico o personal sanitario que la practica. Finalmente, debe ser de elevada reproductibilidad o confiabilidad (la prueba da resultados parecidos cuando se reproduce en las mismas condiciones), de elevada sensibilidad (detecta a la mayoría de enfermos) y especificidad (la mayoría de los sanos presentan resultados negativos con la prueba), de elevado valor predictivo positivo (la probabilidad de que una persona que ha resultado positiva con la prueba tenga la enfermedad es elevada) y de elevado valor predictivo negativo (la probabilidad de que una persona que ha resultado negativa con la prueba esté sana es elevada). Aunque lo óptimo sería que todas estas propiedades de la prueba se acercaran al 100 por 100, ello es imposible en la práctica, ya que, debido a la interrelación existente entre ellas la mejora de una suele producirse a expensas de otra. El

valor predictivo positivo es, quizá, la propiedad más importante de la prueba en la toma de decisiones políticas sobre si se establece o no el programa de cribaje. Como se incrementa al hacerse mayor la prevalencia del *test*, una buena medida para aumentar su valor es llevar a cabo el programa en grupos de alto riesgo [36, 37, 38, 39].

En cuanto al programa, es fundamental que sea accesible a toda la población a la que va dirigido. A ser posible estará integrado o estrechamente relacionado con los servicios de asistencia sanitaria de la comunidad, los cuales deberán ser capaces de efectuar el diagnóstico definitivo y el tratamiento de todos los casos detectados. La eficacia y efectividad del programa habrán sido previamente demostradas, a ser posible mediante ensayos clínicos y comunitarios randomizados o, en caso de imposibilidad, mediante estudios analíticos observacionales bien diseñados. Su coste no deberá ser excesivo, debiendo estar en relación con los beneficios de salud y económicos que suponen la detección precoz de los casos de la enfermedad. En cualquier caso, los gastos que ocasione el programa deberán estar equilibrados con el resto de gastos de los servicios de salud. Por último, es importante que el programa se planifique para que tenga continuidad, ya que la detección de casos es de poco valor cuando se trata de una actividad aislada o campaña. Por ello, deberán preverse las disponibilidades presupuestarias correspondientes [32, 33, 35, 40].

A grandes rasgos, hay dos modalidades o tipos de cribaje: El «cribaje de población o de masas» y el *case finding* [18, 21, 29, 38].

Cuando la prueba de cribaje es aplicada a grandes poblaciones no seleccionadas de forma periódica y organizada, el proceso se conoce como «cribaje masivo o de población». La medición de la presión arterial a los individuos que pasan por unos grandes almacenes es un ejemplo de cribaje masivo. La realización de fotoseriaciones a todos los empleados de una empresa multinacional, o de cribajes tuberculínicos a todos los niños de primero de EGB en Cataluña son otros ejemplos de este tipo de cribaje.

La medicina clínica contrariamente utiliza las pruebas de cribaje en un contexto diferente. Su interés por las enfermedades o factores de riesgo no conocidos no se refiere a la población total, sino a los pacientes que tiene a su cuidado. Cuando un clínico busca una enfermedad a través de pruebas de cribaje aplicadas a un paciente que le consulta por motivos que no tienen conexión con la enfermedad o afección investigada, se dice que está haciendo *case finding* o búsqueda de casos. En ambos casos se trata de cribajes, pero el cribaje de masas se aplica a un conjunto de población no seleccionada, mientras que en la búsqueda los sujetos sometidos a cribaje son los pacientes individuales del médico.

La distinción entre el «cribaje de masas» y la búsqueda de casos es sutil, pero importante [29]. En el caso del cribaje de masas en un supermercado, fábrica o escuela, las personas que examinan al paciente (generalmente personal sanitario no médico) no tienen ninguna responsabilidad personal en

el seguimiento de los pacientes que presentan resultados anormales, los cuales se remiten a su médico para confirmar el diagnóstico y efectuar el tratamiento. Numerosos estudios han demostrado fallos en esta fase de seguimiento en personas en las cuales se ha detectado una anormalidad en un cribaje masivo, lo cual supone una importante limitación de esta forma de cribaje. En la búsqueda, contrariamente, el médico tiene la responsabilidad explícita de seguir a los pacientes con resultados anormales. Si el médico no se compromete a efectuar el seguimiento posterior de los pacientes que presenten resultados anómalos es mejor que no practique la búsqueda de casos [21].

Un punto diferencial importante entre la atención médica y el cribaje es que en este último, tanto si se hace masivo como mediante la modalidad de búsqueda de casos, la inicicativa no procede del paciente, sino que, generalmente, es la administración sanitaria o el médico primario responsable de la asistencia del paciente los que lo promueven.

En los años treinta, cuando se iniciaron los cribajes masivos, éstos se centraban principalmente en las enfermedades infecciosas (encuestas serológicas para la sífilis, fotoseriaciones para la tuberculosis, etc.). En la actualidad su utilidad principal es para el diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo.

Hoy en día el cribaje de población está en fase de franca controversia, sobre todo en lo referente a su aplicación como programa de salud pública [41]. Actualmente pocos autores discuten la validez de la aplicación de las técnicas de cribaje al paciente individual con los gastos a su cargo, en la consulta del médico privado. La cosa cambia cuando se trata de aplicar estas técnicas a toda la población o a grupos de alto riesgo mediante programas de cribaje financiados por el Sistema de Salud Pública. Sólo en muy pocos casos se ha podido demostrar mediante ensayos comunitarios randomizados que el programa es efectivo y que los costes económicos del programa y la ansiedad que puede generar en la población quedan ampliamente compensados por los beneficios de salud (análisis coste-efectividad) y económicos (análisis coste-beneficio) que comporta. El cribaje de la hipertensión [42, 43] y el del cáncer de mama en mujeres de más de cincuenta años [44, 45, 46, 47, 48], y el del colesterol [49], son ejemplos que parecen claros. En el caso del cáncer de cuello uterino, aunque no se ha obtenido, por dificultades éticas, la evidencia experimental de su eficacia y efectividad, los estudios observacionales son claramente favorables al programa [33, 50, 51]. Lo mismo cabría decir de ciertos problemas de salud de los escolares (defectos visuales y auditivos, caries) [52] o del recién nacido (fenilcetonuria) [53].

En cambio, la búsqueda de casos cada día tiene más partidarios y recientemente ha recibido el soporte del grupo de estudio sobre exámenes periódicos de salud creado por el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá [18]. Como es lógico, las actividades de búsqueda de casos se han de llevar a cabo de acuerdo con un calendario y paquete de preguntas, exámenes

y pruebas de selección preestablecidos, de acuerdo con los problemas de salud prevalentes en la comunidad y la edad y el sexo del paciente. Este enfoque es el que ha preconizado recientemente el grupo de estudios canadiense sobre exámenes médicos periódicos [18].

3. Prevención terciaria

Cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está bien establecida y ha pasado a la cronicidad, hayan aparecido o no secuelas (limitación funcional somática o psíquica), interviene la prevención terciaria.

Su objetivo es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando existan [13].

Cualquier medida que evite la progresión de la enfermedad hacia la invalidez y mejore las funciones residuales en el caso de invalideces ya establecidas se considera como prevención terciaria.

En todos estos casos, la rehabilitación y la reinserción social del enfermo, con objeto de que se pueda valer y cuidar por sí solo y se pueda reintegrar a su vida normal en la sociedad, son fundamentales.

LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA ASISTENCIA PRIMARIA

Los servicios de asistencia sanitaria tienen como misión fundamental la promoción (fomento y protección) y la restauración de la salud de los habitantes de la comunidad a la que sirven mediante acciones sanitarias y médicas que inciden sobre el individuo [1,54].

En los sistemas de asistencia sanitaria integrada, los dos tipos de acciones se prestan de forma integrada en los mismos servicios y por el mismo personal, en especial a nivel primario. A nivel hospitalario las acciones son principalmente «curativas».

En relación con la integración de la medicina preventiva en la asistencia primaria, un punto muy importante a tener en cuenta es el de las importantes diferencias que existen entre la asistencia clínica habitual y la atención preventiva, las cuales han de ser conocidas por los administradores sanitarios y por los médicos asistenciales, con objeto de ajustar las actitudes y las prácticas a estas diferencias cuando se lleven a cabo actividades preventivas (cuadro 1) [55].

De este cuadro se deduce que en la atención preventiva, el trabajo de equipo (médico, enfermera, trabajador social) es fundamental. No es necesario que el médico intervenga en todas las actuaciones, sino que puede delegar en sus colaboradores una parte importante de las actividades preventivas, especialmente las que no requieren un examen clínico. También es de destacar la importancia de la documentación y de los registros para el desarrollo de las actividades preventivas. Sin un listado de pacientes, agrupados por grupos de riesgo (edad, sexo, ocupación, hábitos de salud, etc.)

CUADRO 1

Diferencias entre la asistencia clínica habitual y la atención preventiva

Asistencia clínica habitual	Atención preventiva
Iniciativa del paciente.	Iniciativa del médico.
La naturaleza de la asistencia es imprevisible.	La naturaleza de la asistencia es previsible.
La demanda de asistencia es inmediata.	La asistencia no es urgente.
El foco de atención es el paciente individual.	El foco de atención es un grupo de pacientes con un factor de riesgo.
Normalmente es competencia del médico.	Puede ser llevada a cabo por personal ño médico del equipo de asistencia primaria.
La documentación clínica, los registros, etcétera, son útiles.	La documentación clínica, los registros, etcétera, son absolutamente necesarios.
La evaluación de la intervención es muy compleja.	La evaluación de la intervención es simple.

Fuente: A GRAY y J. PEREIRA [55].

es muy difícil llevar a cabo las intervenciones preventivas. Se hace patente también, la necesidad de unos estándares y normativas de actividades preventivas a implementar de acuerdo con un orden temporal preestablecido en los pacientes registrados según sus características. Se hace evidente también, la necesidad de un cambio de actitud por parte del médico y de su equipo, desde la posición pasiva que atiende al paciente cuando acude a la consulta por un problema determinado, hasta la posición activa que toma la iniciativa y atiende al paciente para la práctica de una determinada actividad preventiva o aprovecha su visita a la consulta para, mediante la búsqueda de casos, investigar la presencia de posibles problemas de salud no relacionados en absoluto con el problema que le ha llevado a la consulta en demanda de asistencia clínica. Por último, se hace también patente la necesidad de la educación sanitaria del paciente, con objeto de cambiar su actitud pasiva (la gente está acostumbrada a acudir a los servicios de asistencia sanitaria sólo cuando están enfermos), y también para que colaboren activamente con el médico en la eliminación de los factores de riesgo descubiertos durante la atención preventiva, en especial los factores de riesgo conductuales y en el tratamiento de las enfermedades o afecciones descubiertas en fase latente o incipiente durante la búsqueda de casos (la gente es reacia a tratarse sin padecer síntomas).

La medicina comunitaria es la que mejor se ajusta a estas características de la atención preventiva [56, 57, 58].

1. La prevención primaria en los servicios de asistencia primaria

Al estudiar los niveles de prevención ha quedado definida la prevención primaria y se han enumerado algunos ejemplos de prevención inespecífica y de protección específica.

Para planificar y ejecutar las actividades de la medicina preventiva, es fundamental el conocimiento de los problemas de salud prevalentes en la comunidad. En el caso de la prevención primaria es necesario, además, un conocimiento profundo de los factores determinantes de estos problemas de salud.

En los países occidentales desarrollados y también en nuestro país, las enfermedades predominantes en la actualidad son las *enfermedades crónicas y los accidentes* [4].

Los determinantes principales de estos problemas de salud son la biología humana (genética, envejecimiento), el medio ambiente (contaminación física, química, biológica y psicosocial y sociocultural), y el estilo de vida (conductas de salud) [60].

De estas tres variables, una casi no se puede modificar (la biología humana). Las otras dos sí que son susceptibles de alteración. Precisamente, el mayor potencial para la prevención primaria de las enfermedades, está en la lucha contra la contaminación ambiental (sanidad ambiental e higiene alimentaria) y en la lucha contra las conductas insanas (educación sanitaria). En algunas enfermedades crónicas (la caries, por ejemplo) otra posibilidad es el incremento de la resistencia del huésped a la afección (utilización preventiva del flúor). Este es también el caso de muchas enfermedades infecciosas transmisibles (quimioprofilaxis, inmunizaciones pasivas y vacunaciones).

El fomento de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen tareas importantes de los servicios que prestan asistencia sanitaria integrada. Todos los profesionales de la salud, sea el que sea su lugar de trabajo, tienen innumerables oportunidades de ejecutar acciones sanitarias dirigidas a incrementar y defender la salud de la población.

Hay que señalar, asimismo, que el fomento y protección de la salud no son una tarea exclusiva de los servicios de asistencia sanitaria. Más aún, las acciones que se realizan con esta finalidad en el marco de estos servicios por parte de los profesionales sanitarios no son las más importantes. En realidad, la promoción de la salud de la población depende en su mayor parte de medidas diferentes de las que se toman en el marco de los servicios de asistencia sanitaria. Las acciones de educación sanitaria formal en la escuela, en la comunidad y en los medios de comunicación de masas, y las de control del medio ambiente (abastecimiento público de agua potable, evacuación higiénica de residuos líquidos y sólidos, domésticos e industriales, el control de la contaminación atmosférica, la higiene de la vivienda, el control sanitario

de los alimentos, etc.) son, juntamente con el desarrollo económico y social de las poblaciones, medidas mucho más efectivas para el incremento y defensa de la salud de la población que las que prestan los profesionales sanitarios en los servicios de salud [59].

El fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante acciones de prevención primaria dirigidas al individuo, comprenden tres tipos de estrategias [22, 60, 61, 62].

Estrategias dirigidas a la promoción de las conductas que incrementan la salud y a la modificación de los factores conductuales causantes de enfermedad

El fomento de la salud es principalmente una cuestión de comportamientos (conductas en relación con la alimentación, ejercicio físico, sueño, reposo, recreación, relaciones interpersonales, etc.). Del mismo modo, la prevención de la enfermedad está también relacionada en gran medida con el control de los factores conductuales ya que, en la actualidad, la conducta humana es una de las causas más significativas de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, cirrosis hepática, etc.), de los accidentes (sobre todo los de tráfico) y de otros muchos problemas de salud (enfermedades venéreas, drogodependencias, embarazo no deseado, etc.).

En esta estrategia, la *educación sanitaria* de la población es una medida específica que pretende promover las conductas que favorecen la salud positiva y erradicar aquellas conductas insanas que los epidemiólogos han relacionado de forma clara con la enfermedad.

Esta acción educativa que va dirigida a individuos «sanos», es decir, que aún no han tenido experiencia de la enfermedad, pero que están en riesgo debido a su conducta, no es exclusiva de los servicios de asistencia sanitaria, sino que constituye también uno de los objetivos de los programas escolares, comunitarios y laborales de educación sanitaria [41, 63, 64]. De hecho, una parte importante de la educación sanitaria comunitaria se realiza con base en los centros de salud por el personal del equipo de asistencia primaria, con lo cual se superponen, en parte, los programas de educación sanitaria comunitaria y de educación sanitaria en los servicios de asistencia sanitaria [1].

Uno de los ejemplos más demostrativos del papel de la educación sanitaria en la actividad preventiva de los servicios de asistencia sanitaria nos lo proporciona la lucha antitabáquica [65]. Russell et al. [66], han demostrado que el consejo del médico primario es una de las acciones más eficaces para conseguir que los fumadores de cigarrillos abandonen su hábito. En la experiencia realizada por este autor con 2.138 fumadores de cigarrillos que eran atendidos por 29 médicos generales en cinco consultas de asistencia primaria de Londres, un 5,1 por 100 de los pacientes que recibieron consejo educativo dejaron de fumar y mantenían la abstinencia un año después de la experiencia, en comparación con el 0,3 por 100 del grupo control que no

recibió consejo educativo. Según este autor, en Inglaterra, cada médico primario que incorporara el consejo educativo antitabaco a su actividad diaria profesional, podría conseguir un mínimo de 25 cesaciones de larga duración cada año. Si todos los médicos primarios británicos adoptaran esta práctica, el número de fumadores de cigarrillos que abandonarían su hábito cada año pasaría del medio millón. Segun Russell, para obtener un éxito parecido con las clínicas antitabaco especializadas, habría que incrementar hasta 10.000 las 50 existentes en la actualidad, lo cual es insostenible desde el punto de vista económico.

Un trabajo reciente, efectuado por un subcomité del «Research Committee of the British Thoracic Society» [67], ha vuelto a confirmar el valor del consejo médico en la lucha antitabáquica. Un 9,7 por 100 de los 1.550 pacientes atendidos en hospitales y consultorios de diversas áreas de Inglaterra, afectados de enfermedades relacionadas con el tabaco, y que recibieron un consejo serio y repetido de su médico para que dejaran de fumar, así como instrucciones verbales sobre cómo hacerlo, consiguieron abandonar el hábito y mantenían la abstinencia al cabo de un año de iniciada la experiencia. La importancia del papel del médico queda aún más patente si consideramos que no se observaron mejores resultados en los pacientes que, además del consejo del médico, recibieron un folleto donde se explicaba de forma detallada los peligros del tabaco para la salud y se daban consejos para conseguir el abandono del hábito. Tampoco se observaron mejores resultados en los pacientes que, además del consejo del médico y del folleto explicativo, recibieron como soporte para el cese chicles con un contenido de 2 mg de nicotina tamponada en unos casos y un placebo en otros.

Un trabajo aún más reciente de Russell et al. [68], parece, en cambio, confirmar el valor del chicle de nicotina como complemento eficaz del consejo del médico en el logro del abandono del hábito.

Estrategias dirigidas al control de la exposición de los individuos a los factores nocivos

Muchas de las enfermedades y problemas de salud son ocasionados por agentes nocivos (físicos, químicos, biológicos, etc.) que contaminan el medio ambiente.

El control de estos agentes se basa en dos grandes grupos de medidas. Por un lado, las medidas de lucha contra la contaminación en su sentido más amplio (saneamiento ambiental y control sanitario de los alimentos) y por otro, las medidas que tienen por objeto evitar la exposición de los individuos a los factores nocivos. Las primeras son acciones de control del medio ambiente y su cumplimentación no corresponde a los servicios de asistencia sanitaria. Las segundas son acciones sobre el individuo y en ellas sí que tienen intervención los servicios de asistencia sanitaria en algunos casos (por ejemplo, cuando el personal de salud toma medidas para evitar la exposición

de un individuo o grupo de individuos a un agente infeccioso). Otras veces son servicios de salud diferentes de los de asistencia sanitaria los que han de promover estas medidas (por ejemplo, en el medio laboral lo concerniente a medidas de protección individual para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales).

Estrategias dirigidas a aumentar la resistencia de los individuos a los factores nocivos

Estas son medidas preventivas sobre el individuo que, en la mayoría de los casos, corresponde implementar a los servicios de asistencia sanitaria. Este es el caso de las vacunaciones preventivas, las inmunizaciones pasivas y la quimioprofilaxis. En algunos casos, no obstante, la aplicación colectiva de las medidas en ámbitos diferentes de los servicios de asistencia sanitaria, es más eficaz y más barata que la aplicación individual. El ejemplo más claro es la utilización preventiva del flúor mediante la fluoración del agua de bebida o los enjuagues periódicos de soluciones fluoradas en las escuelas [69].

Algunas de estas medidas (las vacunaciones) se han venido aplicando clásicamente en nuestro país en los servicios sanitarios municipales, es decir, independientes de los servicios de asistencia. Hoy en día, nadie discute la necesidad de la integración de estas medidas preventivas con las asistenciales [70].

En este grupo de medidas no es suficiente la existencia de los servicios que las aplican y que éstos sean asequibles a toda la población. Es necesario, además, que la población acuda a los centros de asistencia primaria para su aplicación. De ahí, que en este tipo de medidas la educación sanitaria juegue un papel fundamental. Su objetivo es conseguir que la población acepte las medidas preventivas y acuda a los centros de asistencia primaria para su aplicación.

Con frecuencia, los grupos sociales que menos participan en los programas preventivos son los que más necesidad tienen de la acción sanitaria. Este es el caso de las inmunizaciones preventivas; la población con más riesgo de complicaciones en caso de padecer las enfermedades contra las que protegen (la de menor nivel socioeconómico) acostumbra a ser la peor inmunizada. De ahí, la necesidad de que la programación de las medidas preventivas por los servicios de salud vaya acompañada de las correspondientes medidas de educación sanitaria.

El mantenimiento de la aplicación de las medidas preventivas puede, a veces, ser tan difícil como su introducción. Cuando la ola de entusiasmo por la nueva medida empieza a declinar, a menudo es muy difícil mantener su aplicación, especialmente si va acompañada, como sucede con las vacunaciones, por una marcada caída de la incidencia de la afección contra la cual se dirige la medida preventiva. La introducción de la vacunación contra una enfermedad infecciosa puede ser aceptada de forma entusiasta por la

población si la enfermedad en cuestión constituye un problema importante de salud que preocupa a la población y su lanzamiento va acompañado de una campaña educativa bien montada [70]. Pero cuando, como consecuencia de la propia vacunación, la incidencia de la enfermedad disminuye y la población percibe cada vez más remota la posibilidad de padecerla, la tasa de vacunaciones puede empezar a declinar. Esto es lo que ha pasado en algunos países desarrollados con la vacuna antipoliomielítica. Una vacunación efectiva contra la enfermedad meningocócica sería inmediatamente aceptada en nuestro país, donde esta afección constituye un importante problema de salud pública en la actualidad y es percibida por los padres como una amenaza para la salud de sus hijos. Pero, cuando la incidencia de la enfermedad alcanzara cotas muy bajas y la población dejara de percibir la amenaza de la enfermedad, sería muy difícil mantener las tasas de vacunación.

Un punto importante para que las medidas preventivas sean aceptadas es la opinión de los médicos y demás personal sanitario sobre estas medidas. Si el criterio de los médicos sobre la eficacia e inocuidad de las medidas preventivas no es uniforme, la aceptación del público puede ser escasa. Este es el caso de la vacunación antisarampión en nuestro país donde, hoy en día, disponemos de una vacuna de virus vivos sobreatenuados muy eficaz para la prevención de la enfermedad. A pesar de que el sarampión clínico produce aún una importante mortalidad (unos 40 casos al año en España) y morbilidad en forma de complicaciones encefalíticas y respiratorias, esta vacuna tiene relativamente poca aceptación entre la población, debido al hecho de que parte de los pediatras están en contra de la vacunación contra esta enfermedad desde que la vacuna anteriormente utilizada causó algunos casos de encefalitis sarampionosa vacunal. Aunque con la vacuna actual quedan claros los beneficios económicos (el tratamiento del sarampión es más caro que la vacunación) y de salud (las complicaciones de la vacuna son 1.000 veces menos frecuentes que las de la enfermedad natural) [71], las opiniones contradictorias de los médicos hacen que haya tenido poca aceptación. La conclusión que se desprende de estas consideraciones es que es muy importante que los médicos estén bien informados y tengan opiniones uniformes sobre las medidas preventivas. Para conseguirlo, lo ideal es hacer participar a profesionales representativos de los diferentes colectivos relacionados con la salud en la planificación de las acciones sanitarias. Así lo ha hecho el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad al elaborar el Calendario de Vacunaciones para Cataluña, encargando esta misión a un Comité de Expertos en el que estaban representados todos los Organismos, Instituciones y Asociaciones relacionadas con el tema. Con este sistema en realidad, el Calendario no lo ha elaborado la Administración Sanitaria de Cataluña, sino un Comité de Expertos nombrado por ésta [72]. Todos los médicos se han visto representados de alguna manera en el Comité y ello debe favorecer la aplicación real del Calendario Vacunal a todo el país.

2. La prevención secundaria en la asistencia primaria

Las actividades de prevención secundaria en la asistencia primaria tiene dos vertientes o apartados: La actividad clínica habitual y la búsqueda de casos [21].

Toda práctica médica individual en pacientes ha de tener como base el diagnóstico precoz de la afección o enfermedad que ha llevado al paciente al consultorio y su tratamiento precoz. Si un cirujano hace el diagnóstico precoz y trata precozmente una apendicitis, interrumpe la progresión de la enfermedad a una fase más avanzada o de complicaciones que, en este caso sería la peritonitis. Pasa lo mismo cuando un pediatra diagnostica una angina presumiblemente estreptocócica y la trata, precoz y oportunamente, con penicilina, lo cual evita la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones, en este caso la fiebre reumática. Estas actividades de prevención secundaria forman parte de la práctica diaria del médico primario, el cual las considera muchas veces como simples actividades asistenciales y no valora su papel en la prevención el cual, como hemos visto, es muy importante.

Tal como ha sido ya mencionado anteriormente, la búsqueda de casos es una actividad de prevención secundaria que consiste en el hecho de que el médico primario busca, mediante el interrogatorio, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes, enfermedades o problemas de salud no relacionados con los signos y síntomas que han llevado al paciente a su consulta. En base a un calendario y a un esquema de trabajo preestablecidos, el médico investiga la posible presencia de un factor de riesgo o enfermedad en su paciente, y si lo encuentra, procede, una vez confirmado el diagnóstico, a tomar las medidas oportunas para su corrección. Precisamente, una de las misiones de la Administración Sanitaria, es proporcionar al médico primario el esquema y el calendario de las cuestiones a plantear y de las exploraciones y pruebas de laboratorio a realizar a sus pacientes en el marco de su actividad diaria profesional, practicando la búsqueda de casos, con el objetivo último de reducir la morbilidad y la mortalidad prevalentes en el medio.

Así como hay muchas dudas sobre la eficiencia de las actividades de cribado de población o de masas llevadas a término en la comunidad, hoy en día, nadie discute, tal como señalan Muir y Gray [21], el valor de las actividades de búsqueda de casos llevadas a cabo en los servicios de asistencia primaria [73, 74, 75, 76, 77, 78, 79].

Cada médico posee una ficha de sus pacientes y debe interrogarles y practicarles periódicamente las exploraciones y pruebas de laboratorio que sean necesarias (tensión arterial, colesterol, peso, etc.) de acuerdo con los estándares y normativas establecidos en su comunidad. Esto es muy beneficioso para el paciente en términos de prevención secundaria y no es muy costoso en términos económicos para la comunidad.

Según Gray [21], la asistencia primaria es el marco ideal para las actividades de cribaje, por las siguientes razones principales:

- Proporciona acceso a toda la población.
- Incluso las personas menos motivadas por la prevención acuden a estos servicios cuando se encuentran enfermos. En Inglaterra se ha podido comprobar que el 75 por 100 de los pacientes asignados a un médico primario acuden como mínimo una vez al año a su consulta y el resto acude como mínimo una vez cada cinco años.
- Permite la integración de las actividades preventivas con las curativas.
- Los problemas descubiertos son diagnosticados y tratados en los mismos servicios, lo cual favorece el seguimiento del problema hasta su solución.

RESUMEN

Después de analizar el concepto actual de Medicina Preventiva, el autor pasa a analizar las bases científicas de esta especialidad, estudiando en especial la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención. A continuación describe las características diferenciales entre la atención preventiva y la asistencial y las posibilidades de integración de la medicina preventiva en la asistencia primaria. Finalmente, describe las posibilidades que tiene el equipo de atención primaria de llevar a cabo actividades preventivas en los centros de asistencia primaria. Se hace especial mención de las vacunaciones y de la educación sanitaria entre las actividades de prevención primaria, y de la búsqueda de casos entre las de prevención secundaria.

RÉSUMÉ

Après analyser le concept actuel de Médecine Preventive, l'auteur analyse les bases scientifiques de cette especialité, en ètudiant en particulier l'histoire naturelle de la maladie et les niveaux de prevention. Après il décrit les caracteristiques diferentieles entre l'attention preventive et l'assintentiel et les posibilités d'integration de la médecine preventive dans les soins primaires. En fin, il decrit les possibilités que l'équipe de soins primaires a de realizer des activités préventives dans les centres de soins primaries. On fait une mention especial des vaccinations et de l'education sanitaire entre les activités de prévention primaire, et du *case finding* entre celles de prévention secondaire.

SUMMARY

After analysing the present concept of Preventive Medicine, the author analyses the cientific bases of this speciality, studying primarely the natural history of the disease and the levels of prevention. After he describes the differential carachteristics between the preventive and the curative care and the posibilities of integration of preventive

medicine into the primary health care. Finaly, he describes the posibilities that the primary health care team has carrying out preventive activities at the primary care centres. Special mention is made of vaccinations and of health education among those of secondary prevention.

BIBLIOGRAFIA

[1] SALLERAS SANMARTÍ, L.: «La educación para la salud en los servicios de asistencia sanitaria». *Revista de Sanidad e Higiene Pública,* 1981; 55: 1.239-1.265.

[2] LAIN, P.: «La relación médico-enfermo». *Revista de Occidente.* Madrid, 1965.

[3] BECKER, H. S.: «Boys in white». Student Culture in Medical School University of Chicago Press. Chicago, 1961.

[4] SALLERAS SANMARTÍ, L.: *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones.* Editorial Díaz de Santos. Madrid, 1985.

[5] TONES, K. y DAVIDSON, L.: «Health Education in the National Health Service» in ANDERSON, D. C.: *Health Education in Practice.* Croom. Helm., London, 1979.

[6] BCUCK, ME. E.: «Public and Professional Opinion on Preventive Medicine». Zenevens Information Center. Cardiff, 1975.

[7] SAN MARTÍN, H.: «Salud y enfermedad». La Prensa Médica Mexicana, S. A. México, 1981.

[8] ROEMER, M. I.: «The value of medical care for health promotion». *Am. J. Publ. Health,* 1984; 74: 243-248.

[9] COLECTIVO DE AUTORES: *Proyecto de constitución de un Departamento de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.* Documento elaborado por la comisión nombrada al efecto por la Junta de Facultad. Barcelona, 1978.

[10] MC KEOWN, T.; BROWN, R. G., y RECORD, R. G.: «An interpretation of the modern rise of population in Europe». *Population studies,* 1972; 27: 345.

[11] MC KEOWN, T.: «The modern rise of the population». Edward Arrold Publishers Ltd. London, 1976.

[12] HOGARTH, J.: «Glossary of health care terminology». *Public Health in Europe,* número 4. Regional Office for Europe. WHO, Copenhagen, 1978.

[13] LAST, J. M. EDIT.: «A dictionary of Epidemiology». Oxford University Press. New York, 1983.

[14] INFORME D'UN GRUP D'EXPERTS: «La medicina preventiva a l'assistència primària». Centre d'Estudis Collegial. Collegi de Metges de Barcelona. Barcelona, 1985.

[15] SOTKES, J.; NOREN, J., y SHINDELL, S.: «Definitions of terms and concepts applicables to clinical preventive medicine». *J. Comm. Health,* 1982; 8: 33-41.

[16] FRIEDMAN, G. D.: «Primer of epidemiology». Mc Graw Hill Book Company. New York, 1980.

[17] LEAVELL, H. R., y CLARK, E. G.: *Texbook of preventive medicine,* Mc Graw Hill. New York, 1953.

[18] RAPPORT D'UN GROUPE D'ETUDE A LA CONFERENCE DE SOUSMINISTRES DE LA SANTÉ: «L'examen medical periodique. Santé et Bien-être Sociel». Canadá.

[19] COMMISION OF CHRONIC ILLNESS IN THE UNITED STATES: *Prevention of chronic illness,* vol. I. Harvard University Press. Cambridge, Massachussets, 1957.

[20] AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: «Control of chronic diseases in man». The Association, New York, 1966.

[21] GRAY, M., y FOWLER, G. H.: *Preventive medicine in general practice.* Oxford University Press. Oxford, 1983.

[22] ALVIN SMITH, E.: «Health Education and the National Health Service» in SUTHERLAND, I. edit.: «Health education perspectives and choices». George Allen and Unwin. London, 1979.

[23] GREENWALD, P.: «Estimated effect of breast self examination and routine physician examination on breast cancer mortality». *N. Engl. J. Med.,* 1978; 299: 271-273.

[24] BAUM, M.: «Will breast self examination save lives?». *Br. Med. J.,* 1982; 284: 142.

[25] PHILIP, J.; HARRIS, W. G.; FLAHERTY, C., y HOSLIN, C. A. F.: «Assesment of breast self examination techniques in women exposed to a health education programme», UICC Tech. Rep. Ser., 1982; 72: 69-77.

[26] HARRIS, W. G.; FLAHERTY, C., y PHILIP, J.: «Breast self examination». *Lancet,* 1984; II: 1.214.

[27] PHILIP, J.; HARRIS, W. G., y FLAHERTY, C. et al.: «Breast self examination: Clinical trials from a population based prospective study». *Br. J. Cancer,* 1984; 50: 7-12.

[28] HILL, D.: «Community education about cancer» in WAKEFIELD, J.: «Public education about cancer UICC Technical Report Series», vol. 31. Union International contre le Cancer. Genève, 1978.

[29] FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. V., y WAGNER, F. H.: *Clinical epidemiology: The eseencials.* Williams and Wilkins. Baltimore, 1982.

[30] WHITBY, L. G.: «Screening for disease. Definition and criteria». *Lancet,* 1974; 2: 819-821.

[31] COLE, P., y MORRISON, A. S.: «Basic issues in population screening for cancer». *JNCI* 190: 64: 1263-1272.

[32] BURR, M. C., y ELWOOD, P. C.: «Research and development of health promotion services. Screening» in HOLLAND, W. W.; DETELS, R. y KNOX, G.: «Oxford Texbook of Public Health», vol. 3. *Investigative methods in public health.* Oxford University Press. Oxford, 1985.

[33] IBRAHIM, M. A.: «Epidemiology and health». Aspen Systems Corporation. Rockville, Maryland, 1985.

[34] WILSON, J. M. C.; JUNGER, G.: «Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades». *Cuadernos de salud pública,* número 34. OMS, Ginebra, 1969.

[35] CADMAN, D.; CHAMBERS, L.; FELDMAN, W. y SACKETT, D.: «Assessing the effectiveness of community screening programs». *JAMA* 1984; 251: 1.580-1.585.

[36] MC KEOWN, T.: *Validation of screening procedures, en Screening in Medical Care.* Oxford University Press. London, 1968.

[37] COCHRANE, A. L. y HOLLAND, W. W.: «Validation of screening procedures». *Br. Med. Bull.,* 1971; 25: 3-8.

[38] SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B. y TUGWELL, P.: «Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine». Little Brown and Company. Boston, 1985.

[39] JENICEK, M.: «Epidemiologie clinique». Maloine. Paris, 1985.

[40] DALES, L. G.; FRIEDMAN, G. D., y COLEN, M. F.: «Evaluating periodic multiphasic health check-ups. A controlled trial». *J. Chron. Dis.,* 1979; 32: 385-404.

[41] SACKETT, D. L. y HOLLAND, W. W.: «Controversy in the detection of disease». *Lancet,* 1975, 2: 357-359.

[42] MANAGEMENT COMMITTEE OF THE AUSTRALIAN HYPERTENSION TRIAL: «The Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension». *Lancet,* 1980; 1: 1.261-1.269.

[43] HYPERTENSION DETECTION AND FOLLOW-UP PROGRAM COOPERATIVE GROUP: «Five years findings of the hypertension detection and follow-up program. I, Reduction in mortality of persons with high blood pressure». *Arch. Intern. Med.,* 1984; 144: 1.045-1.057.

[44] SHAPIRO, S; STRAX, P., y VENET, L.: «Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer». *JAMA,* 1971; 15: 1.777-1.785.

[45] SHAPIRO, S.: «Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial». *Cancer,* 1977; 39: 2.772-2.782.

[46] MILLER, A. B. y BULBROOK, R. D.: «Screening, detection and diagnosis of breast cancer.» *Lancet,* 1982; 1: 1.109-1.111.

[47] SHAPIRO, S.; VENET, W.; STRAX, P.; VENET, L. y ROESER, R.: «Ten to fourteen years effects of breast cancer screening on mortality». *J. Natl. Cancer Inst.,* 1982; 69: 349-355.

[48] VERBEEK, A. L. M.; HENDRIKS J. H. C. L.; HOLLAND, R.; MRAVUNAC, M. et al: «Reduction of breast cancer mortality through mass screening with modern mamography. First results of the Nijnugen Project, 1975-1981». *Lancet,* 1984; II: 1.222-1.224.

[49] LIPID RESEARCH CLINICS PROGRAM: «The lipid research clinics coronary primary prevention trial results». *JAMA,* 1984; 251: 351-374.

[50] IBRAHIM, M. A.: «The case for cervical cancer screenings». *Am. J. Publ. Health,* 1978; 68: 114-115.

[51] EDITORIAL: «High risk groups and cervical cancer». *Br. Med. J.,* 1980; 281: 629-630.

[52] CHAMBERLAIN, J. M.: «Which prescriptive screening programmes are worthwile?». *J. Epidem. Comm. Health,* 1984; 38: 270-277.

[53] FRAME, P. S., y CARLSON, S. J.: «A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 2. Selected endocrine, metabolic and gastrointestinal diseases». *J. Fam. Pro. ct.,* 1975; 2: 123-129.

[54] SOMERS, A. R. EDIT.: «Promoting health». Aspen Systems Corporation. Germantown, Maryland, 1976.

[55] GRAY, D. y PEREIRA, J.: «Organizing preventive medicine». *Br. Med. J.,* 1982; 284: 709-711.

[56] NUTTING, P. A.: «Community oriented primary care: A promising innovation in primary care». *Public Health Reports,* 1985; 100: 3-4.

[57] INSTITUTE OF MEDICINE: «Community oriented primary care: A practical assesment». National Academy Press. Washington, DC, 1984.

[58] INSTITUTE OF MEDICINE: *A manpower policy for primary health care.* National Academy Press. Washington, D.C. 1978.
[59] MC KEOWN, T.: *The role of medicine.* Basil Blacwell, Oxford, 1979.
[60] LALONDE, M.: «A new perspective on the health of canadians. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare», 1974.
[61] Department of Health and Social Security: «Prevention and health: everybodys's bussiness». *HMSO* London, 1976.
[62] DOLL, R.: «Prevention prospects». *Br. Med. J.,* 1983; 286: 445-453.
[63] JUVANET SORT, J. y SALLERAS SANMARTÍ, L.: «Programa de Salud Escolar». Publicaciones del Instituto Municipal de Higiene de Barcelona, 1978.
[64] SALLERAS SANMARTÍ, L.: «La educación para la salud en la escuela». *Revista de Sanidad e Higiene Pública,* 1979. LIII; 425-448.
[65] MILIO, N.: «Progress in primary prevention. The smoking and health issue». *Am. J. Publ. Health,* 1982; 72: 428-430.
[66] RUSSELL, M. A. H.; WILSON, C.; TAYLOR, C. y BAKER, C. D.: «Effects of general practitioner's advice againts smoking». *Br. Med. J.,* 1984; 2: 231-235.
[67] RESEARCH COMMITTEE OF THE BRITISH THORACIC SOCIETY: «Comparison of four methods of smoking withdrowal in patients with smoking related diseases». *Br. Med. J.,* 1983; 286: 595-597.
[68] RUSSELL, M. A. H.; MERRIMAN, R.; STAPLETON, J., y TAYLOR, W.: «Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioners advice againts smoking». *Br. Med. J.,* 1983; 287: 1.782-1.785.
[69] LESKE, G. S.; RIPA, L. W., y LESKE, M. C.: «Dental public health» en Last, J. M.: «Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine 12th edit». Appleton-Century-Crofts. New York, 1980.
[70] SALLERAS SANMARTÍ, L.: *Vacunaciones en salud pública. JANO,* 1981; 489: 47-61.
[71] LLORENS TEROL, J.: «Vacunación del sarampión». *JANO,* 1981; 491: 23-29.
[72] COMITE D'EXPERTS EN VACUNACIONS: «Manual de vacunacions. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya». Barcelona, 1980.
[73] SCOTT, N. C. H.; DAVIS, R. H.: «The excepcional potencial in each primary care consultation». *J. R. Coll. Gen. Pract,* 1979; 29: 201-205.
[74] ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS: «Health and prevention in primary care». Royal College of General Practitioners. Report from General Practice, número 18. London, 1981.
[75] SMAIL, S. M.: «Opportunities for prevention: the consultation». *Br. Med. J.,* 1982; 284: 1.092-1.093.
[76] TAYLOR, K. B.: «Preventive medicine in general practice». *Br. Med. J.,* 1982; 284: 921-922.
[77] ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS: «Promoting prevention». *Occasional paper,* número 22. London, 1983.
[78] SILVERBERG, D.; BALTUCH, L.; HERMONI, J., y EYAL, P.: «Control of hypertension in family practice by the doctor-nurse team». *J. R. Coll. Gen. Pract,* 1982, march; 1984-1985.
[79] VALLBONA, C.: «Hipertensión arterial en la asistencia primaria», 1984; 1: 51-56.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 571-575 Año LXI.-Mayo-junio 1987

INFORMES DE LA OMS

Taller sobre la medida del comportamiento frente a la salud y de la salud: hacia nuevos indicadores de promoción de la salud

Berna, 15-18 junio 1986

ICP/HSR 648(S) 6688 V:
25 de septiembre de 1986
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

Cuarenta especialistas de ciencias de comportamiento y sociales, epidemiólogos, médicos y administradores sanitarios han participado en el taller, reunido en Berna del 15 al 18 de junio de 1986, con el fin de examinar los indicadores de promoción de la salud, de resolver los problemas actuales planteados por los indicadores de salud y de ayudar a establecer una red de colaboración.

Temas estudiados

La adopción de una nueva política pública que ponga el acento sobre la buena salud y sobre la igualdad frente a la salud implica la puesta en marcha de un nuevo sistema de información sanitaria. Para implantar un sistema de este tipo es indispensable preguntarse qué información se necesita en los diferentes niveles, es decir, internacional, nacional, regional y de la colectividad, y cómo esta información será utilizada por cada grupo social: económicamente débiles, adolescentes, personas de edad. Desde el punto de vista de la política sanitaria, la información debería ser recogida regularmente con la ayuda de indicadores recientemente puestos a punto sobre la elaboración de las políticas, los riesgos medioambientales, la igualdad respecto de la salud, el apoyo social, los modos de vida, la tensión y la ansiedad además de las informaciones sobre mortalidad y la morbilidad, ya disponibles.

Existen, sin embargo, pocos indicadores nuevos adecuados, y queda mucho que aprender sobre la medida de las condiciones y dimensiones de la

salud. Por esta razón se presentaron catorce memorias en el taller que trataban de los aspectos de medidas en varios sectores: estado sanitario y salud subjetiva, comportamiento en materia de salud y acciones ligadas a la salud, procesos sociales que afectan a la salud y recursos de salud, problemas de salud de los diversos grupos de edad y categorías profesionales específicas, problemas metodológicos encontrados en las encuestas y estudios de intervención, cuestiones estratégicas ligadas a la elaboración y utilización de los indicadores de promoción de la salud.

Teniendo en cuenta estos aspectos, el tiempo disponible para las actividades del taller propiamente dicho se limitó a cinco horas, aproximadamente. Se formaron cuatro grupos de trabajo, de los cuales, cada uno se encargó de examinar uno de los puntos a continuación expuesto y de proponer gestiones nuevas para la elaboración de indicadores de promoción de la salud: estado sanitario y dimensiones de la salud, comportamiento frente a la salud, recursos de salud y aspectos importantes en relación con estos diversos campos.

El taller sacó a la luz un amplio acuerdo sobre las cuestiones fundamentales. Así, por ejemplo, se convino que para elaborar indicadores de promoción de la salud, había que disponer de un marco conceptual adecuado y el marco presentado en el taller se juzgó como útil a este efecto. Es importante, cuando se elaboran indicadores, referirse a la política de salud y preguntarse qué tipo de información se necesita y para qué será utilizada. Es necesario también seguir una cierta forma metódica: definición de los fenómenos a medir, formulación de la secuencia en términos de tiempo, indicaciones de las fuentes de datos y de los métodos de obtención y definición de las propiedades de las medidas a establecer.

Sin embargo, el taller reveló, también, la existencia de puntos de vista muy diversos y de razón de conflicto potencial. Se vio que varios conceptos fundamentales pueden tomarse en sentido diferente, en particular los conceptos de promoción de la salud, recursos de salud y procesos sociales ligados a la salud. Parece también que existe el riesgo de una falsa dicotomía entre los enfoques epidemiológicos de la medida del estado sanitario y los enfoques aplicados en el campo de las ciencias sociales a la medida del comportamiento en materia de salud, de los procesos sociales ligados a la salud y de los recursos de salud.

Otro campo potencial de conflicto existe, aparentemente, entre las aspiraciones de los responsables políticos por una parte y de los investigadores por otra. Mientras que los primeros declaran tener necesidad de medidas relativamente sencillas de uso inmediato, los investigadores estiman importante establecer indicadores válidos y fiables que respondan a los conceptos y principios de la promoción de la salud. Se ha señalado en varias ocasiones que una medida útil no es necesariamente sencilla y que una medida sencilla no es necesariamente factible.

Conclusiones

1. *Política pública favorable a la salud y a la promoción de la salud*

Si bien esta cuestión no ha sido tratada de manera particular a lo largo del taller, se ha llegado a la conclusión de que era necesario poner a punto indicadores de acción de los gobiernos y responsables políticos. Servirían, por ejemplo, para indicar si un gobierno pone en práctica medidas precisas que han sido recomendadas, tales como medidas destinadas a mejorar la salud física o a reforzar el apoyo social en el seno de la colectividad. Indicadores útiles para este fin pueden ser puestos a punto ya sea de manera empírica (por el método Delphi, por ejemplo), ya sea por la aplicación de los conceptos y principios de la promoción de la salud.

2. *Recursos de salud y procesos sociales ligados a la salud*

Como continuación a un amplio giro del horizonte de la literatura de investigación, se ha concluido que este campo tiene un lazo estrecho con la promoción de la salud. Desde el punto de vista de los indicadores, sin embargo, parece tratarse de un «campo virgen». Los recursos sociales de salud comprenden diversas condiciones relativamente estables que están, ya directamente, ya indirectamente, ligadas a la salud.

Se puede citar como ejemplo la vivienda, los ingresos, el trabajo, la ocupación de una posición estable en la sociedad, los lazos sociales con la colectividad, la vida en común y las relaciones de amistad y el acceso a las escuelas y a los servicios de salud en la colectividad. Se ha propuesto ejecutar un estudio sobre la forma en la que recursos particulares de salud o conjunto de recursos de salud, están ligados a los modos de vida y a los procesos sociales ligados a la salud (es decir, tienen por ejemplo incidencias sobre las relaciones sociales o las demandas de empleo), y con la salud positiva. Estos trabajos son necesarios para resituar en su contexto los procesos de promoción de la salud y las soluciones en materia de salud.

3. *Comportamiento respecto a la salud*

Se acordó de manera general que los indicadores de los comportamientos perjudiciales para la salud tales como el tabaquismo, alcoholismo, toxicomanía, conducta peligrosa, existen y están poblados. Faltan, por el contrario, numerosos indicadores de los comportamientos que permiten mantener y mejorar la salud: prevención, alimentación equilibrada, dominio de la tensión. Sería necesario elaborar indicadores de comportamientos (positivos y negativos) teniendo en cuenta la salud y los lazos entre ellos y los contextos sociales particulares en los que se colocan. Por otra parte, será necesario establecer métodos de medidas válidas del cambio de formas precisas de

comportamiento, en relación con la salud en el tiempo, así como prácticas en materia de comportamiento de la salud.

4. *Dimensiones de la salud y estado sanitario*

La mortalidad es un indicador importante para algunos objetivos de promoción de la salud, pero es en general necesario subdividir los datos sobre este tema en función de la categoría social o de criterios socioeconómicos. Algunos aspectos de la morbilidad son útiles de tener en cuenta si pueden ser integrados en medidas «compuestas» y evaluados en relación a cambios de funcionamiento social, como en el caso de la incapacidad. No hubo, sin embargo, acuerdo sobre el valor de estas medidas compuestas. La salud subjetiva es un criterio descuidado y, sin embargo, considerado como extremadamente útil. Dimensiones importantes de la salud subjetiva son el bienestar, la energía, la movilidad y el funcionamiento social. En tanto que categoría definida como tal, la salud subjetiva expresa la manera a partir de la cual la población evalúa su balance de salud y potencial de salud en el marco de la vida cotidiana, y tiene en cuenta dimensiones de participación y de habilitación de la promoción de la salud. Es importante poner a punto indicadores de las dimensiones únicas y de las formas reales de salud subjetiva y tomar en cuenta las expresiones utilizadas por los profanos para expresar el estado de salud.

Recomendaciones

La situación actual, en lo que concierne a los indicadores de promoción de la salud, está muy lejos de ser satisfactoria. Para superar el vacío entre lo que los responsables de las políticas sanitarias estiman necesitar para la recogida regular de informaciones útiles sobre la salud, y los indicadores válidos y fiables de promoción de la salud, solicitados por los investigadores en materia de salud, será necesario realizar trabajos considerables de investigación y de elaboración sobre los indicadores:

1. Deberían formarse pequeños grupos de trabajo puntuales de cuatro a cinco miembros para elaborar indicadores de promoción de la salud en campos tales como los recursos de salud y los procesos sociales ligados a la salud, el comportamiento ligado a la salud y las dimensiones de la salud subjetiva y del estado sanitario. Estos grupos de trabajo deberían estar encargados de una tarea bien definida y continuar trabajando hasta que hubiera sido realizada.

2. Deberían establecerse vías de información entre responsables políticos y trabajadores de la investigación para ayudar a traducir las cuestiones políticas en problemas de investigación y los resultados de la investigación en intenciones políticas concretas.

3. Los indicadores de promoción de la salud que serán elaborados deberán aplicarse particularmente a un marco o a un grupo preciso: colectividad, lugar de trabajo, escuela o grupo de edad dado.

4. Cuando se elaboren indicadores de promoción de la salud será necesario llamar la atención sobre los aspectos metodológicos y técnicos tales como muestreo, recogida de datos y análisis de los mismos.

5. Los participantes del taller deberán proseguir su cooperación y orientar sus trabajos hacia actividades concretas, con el fin de garantizar la continuidad esencial de los trabajos en este campo.

6. El Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Berna y la Unidad de Investigación sobre la evolución en materia de salud y de conducta de la Universidad de Edimburgo deberían, en colaboración, coordinar las actividades ulteriores con el fin de elaborar los indicadores de promoción de la salud.

7. Esta coordinación debería tener por objetivos facilitar la puesta en marcha de las recomendaciones 1 y 5 anteriormente indicadas y establecer una cooperación internacional.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 577-579 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Reunión de Europa meridional sobre promoción de la salud

Barcelona, 14-16 febrero 1985

ICP/HSR 602/g01 (S) 6667 V:
15 de septiembre de 1986
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

Varias reuniones sobre promoción de la salud han sido organizadas por la Oficina Regional de la OMS para Europa desde 1980. Tenían por objeto discutir y hacer conocer el concepto de la promoción de la salud y estimular la elaboración de los programas de promoción de la salud en los Estados Miembros, tomando por base un documento de la OMS titulado «Promoción de la salud: una base de discusión sobre el concepto y los principios (1984)».

La reunión en cuestión reunió a 21 profesionales de la salud de países de la Europa meridional (médicos, economistas, sociólogos y psicólogos) y tres representantes de la oficina regional.

Pretendía principalmente:

- presentar el programa de promoción de la salud de la Oficina Regional de la OMS para Europa;
- discutir el concepto de promoción de la salud;
- discutir la situación relativa de las actividades de promoción de la salud en los países de la Europa meridional y seleccionar los problemas comunes.

Discusión

Los temas que a continuación se señalan fueron discutidos en la reunión, en sesión plenaria y en los grupos de trabajo:

- utilidad de la promoción de la salud como concepto;
- papel de la educación sanitaria en el contexto de la promoción de la salud;

- problemas comunes de salud en Europa meridional;
- situación relativa de la promoción de la salud en los países de la Europa meridional.

Conclusiones

1. Hasta este momento, la educación sanitaria, en numerosos países ha estado fundada sobre un enfoque individualista basado sobre la prevención individual de los riesgos de salud y a menudo sobre mensajes negativos («no fumar» «no beber», etc.). Este enfoque es particularmente ineficaz si el objetivo es el de modificar el modo de vida de una colectividad, sobre el cual las condiciones sociales y la cultura dominante de la sociedad tienen una influencia preponderante.

2. La educación sanitaria no es más que uno de los instrumentos mediante el cual se puede actuar para mejorar la salud de una colectividad. La promoción de la salud puede también apoyarse sobre medidas en otros sectores: economía, urbanismo, legislación. Así, por ejemplo, una política de control de precios que haga a los productos sanos más accesibles a la gente que los productos nocivos, o una legislación que limite la publicidad para los productos que presentan un riesgo para la salud, son efectivamente medidas complementarias de la promoción de la salud.

3. La promoción de la salud no es un nuevo servicio que debe ser dispensado por el sistema de cuidados de salud: es el producto de una actividad multisectorial orientada con el fin de permitir al público escoger más fácilmente los hábitos de vida sanos. Esto implica que los imperativos de salud estén entre los criterios fundamentales tenidos en cuenta en las decisiones políticas. Esto implica también que la colectividad participe eficazmente en las decisiones que tienen una incidencia sobre la salud.

4. Desde el punto de vista del sistema de salud, la promoción de la salud es un enfoque complementario de la prevención de la enfermedad y de la asistencia. La continuidad y la complementariedad de estos tres elementos son manifiestos.

5. Aunque la promoción de la salud sea en esencia multisectorial, incumbe a los servicios de salud por su parte utilizar sus recursos humanos y materiales con el fin de ayudar a la colectividad a manejar y a mejorar su salud. La planificación sanitaria se convertirá así en una planificación centrada en la salud en lugar de una planificación de los servicios de salud.

6. En lo que concierne al papel de los profesionales de la salud éstos podrían abogar en favor de la promoción de la salud y colaborar en la elaboración y en la evaluación de ciertas medidas destinadas a ponerla en marcha. Hasta ahora, sin embargo, la formación de la mayor parte de los profesionales de la salud ha estado basada sobre la enfermedad más que sobre la salud. Por otra parte, muchos de los profesionales de la salud temen perder

su identidad si comienzan a colaborar con profesionales de otras ramas, o con la colectividad, en el amplio campo de la promoción de la salud. Por esta razón se ha recomendado la reorientación de la formación universitaria y del tercer ciclo de estos profesionales, de forma que la promoción de la salud sea en lo sucesivo considerada como parte integrante de su tarea cotidiana.

7. Los países de la Europa meridional, a pesar de las diferencias que existen entre ellos, tienen ciertas características comunes que tienen claramente implicaciones para la salud: desarrollo industrial acelerado, urbanización rápida, migraciones internas, alto paro, desaparición progresiva de la familia extensa y cambio, cada vez más rápido, del modo de vida. Sobre este fondo social en plena evolución, los sistemas de salud permanecen basados, más sobre los cuidados de salud que sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Se observa, sin embargo en estos países una tendencia a promover los cuidados primarios y a descentralizar los servicios de salud, lo que abrirá posibilidades nuevas para la promoción de la salud y la participación de la colectividad a las cuestiones sanitarias.

Recomendaciones

La reunión hizo las siguientes recomendaciones con el fin de reforzar las actividades de promoción de la salud en los países de la Europa meridional:

1. El concepto de promoción de la salud debería ser difundido entre los profesionales de la salud, los responsables políticos y otros grupos claves.
2. Las incidencias sobre la salud de las políticas en vigor en los Estados Miembros deberían ser examinadas.
3. Las estrategias de acción en materia de promoción de la salud deberían estar formuladas.
4. Será necesario elaborar, o desarrollar, cuando existan, los métodos de evaluación de los programas de promoción de la salud.
5. Las actividades de promoción de la salud actualmente llevadas a cabo en los países de la Europa meridional deberían ser identificadas y mantenidas.
6. Las posibilidades de promoción de la salud en el seno de los servicios sanitarios y sociales deberían ser identificadas y reforzadas.
7. El sistema de enseñanza debería participar en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud en las escuelas.
8. Deberían difundirse informaciones sobre las actividades de promoción de la salud llevadas a cabo en los países de la Europa meridional.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 581-585 Año LXI.–Mayo-junio 1987

Consulta sobre el problema del SIDA entre los toxicómanos

Estocolmo, 7-9 octubre 1986

ICP/ADA 535(S) 6672 V:
20 de octubre de 1986
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

Introducción

En la conferencia de los ministros de salud sobre la toxicomanía y el abuso de las sustancias psicotropas, que tuvo lugar en Londres en marzo de 1986, se declaró una gran preocupación por los problemas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de la infección por el virus VIH entre las personas que se drogaban por inyección. En esta conferencia, así como de forma inmediata, en la Asamblea Mundial de la Salud y en el Comité Regional para Europa se pidió encarecidamente a la OMS que tomara medidas en este campo.

En respuesta a estas demandas, se ha organizado una consulta, especialmente, para discutir sobre la cuestión del SIDA entre los toxicómanos. Reunió a 27 participantes, a saber expertos de 12 países de Europa, así como de Canadá y de los Estados Unidos, que trabajaban en campos ligados al consumo de drogas por vía intravenosa, o que se ocupaban de los problemas generales planteados por las infecciones de VIH, así como representantes de la Comisión de las Comunidades Europeas, del Consejo de Europa, del Consejo Internacional sobre los problemas del alcoholismo y de las toxicomanías y del Consejo nórdico.

La consulta tenía por objeto:

- estudiar los enfoques aplicados en algunos países europeos frente a los problemas especiales planteados por el riesgo de SIDA y de la infección por VIH entre los toxicómanos;
- estudiar cómo mejorar la formulación de las políticas nacionales frente a estos problemas;

- proceder a intercambios de experiencias y a investigaciones sobre los enfoques más eficaces para evitar la infección entre este grupo de alto riesgo, con el fin de permitir a los Estados Miembros obtener provecho de estas informaciones;
- estudiar las medidas mejor adaptadas para los cuidados a los toxicómanos portadores de VIH o que presentaban manifestaciones clínicas;
- dar consejos sobre la posibilidad de una colaboración internacional en este campo.

La reunión acogió con satisfacción las actividades de otros organismos internacionales europeos representados en la consulta, frente al problema de la infección por el VIH y de la toxicomanía por vía intravenosa. Sería muy deseable que los informes de la consulta fueran puestos a disposición de la comunidad internacional.

El SIDA en Europa

A 30 de junio de 1986, 3.041 casos de SIDA se habían señalado en la región europea. Numerosos países están amenazados por una epidemia y algunos casos han sido diagnosticados en los países de la Europa oriental.

El crecimiento de los focos epidémicos locales tuvo por corolario un retroceso de la proporción de enfermos de origen africano. La parte de los toxicómanos que consumía drogas inyectables continuó progresando claramente (del 12 por 100 al 14 por 100 en tres meses), estos casos han sido sobre todo numerosos en la parte meridional de la región.

La situación, a este efecto, es particularmente inquietante en Italia y en España, donde más de la mitad de los casos recientemente señalados son personas que se drogan por la vía intravenosa. La mayoría de los pacientes de pediatría aquejados de SIDA son niños cuyas madres han sido infectadas por el virus; sobre este número, 31 por 100 de las madres son personas que se drogan de esta forma, y otra fracción, 24 por 100, está constituida por los compañeros heterosexuales de miembros de grupos con riesgos (toxicómanos incluidos).

Debido a que el número de adultos que consumen drogas inyectables afectados de SIDA en Europa ha sido débil (319) en relación con el número total de casos señalados, esta cifra no da ninguna indicación sobre el número de personas de esta categoría, que están infectadas por el VIH, número manifiestamente mucho más elevado y que tiene implicaciones mucho más serias para la salud pública.

Temas discutidos

Después de haber examinado la situación más de cerca en los países representados, los participantes concentraron su discusión sobre las medidas

a tomar frente a los toxicómanos que se drogaban por vía intravenosa, más concretamente, desde el ángulo de la prevención y del control de la infección por el VIH y las políticas a adoptar. Se plantearon fundamentalmente aspectos de la cuestión, tales como: Riesgos ligados a la prostitución, pruebas a seguir con los toxicómanos que consumían drogas inyectables para determinar la presencia de anticuerpos, tratamiento por la metadona, disponibilidad de agujas y jeringas y medidas de educación en relación con las precauciones a tomar en las relaciones sexuales.

Conclusiones y recomendaciones

1. Debe ser atribuida una elevada prioridad al hecho de tener en cuenta la infección por VIH en los programas locales, nacionales e internacionales relacionados con la toxicomanía. Ningún enfoque aislado del problema tiene la menor oportunidad de éxito; es necesario que cada país actúe simultáneamente sobre varios enfoques.

Se debe velar por la previsión de las atenciones psicosociales de las personas seropositivas y por las que se encuentran en estado crítico, es decir, en estado agudo. Para descubrirlo es importante reconocer los síntomas neurológicos, tales como modificaciones de la personalidad o demencia, que aparecen algunas veces antes de otros síntomas de la infección. Los médicos y otros trabajadores de salud deberían estar informados de las necesidades crecientes de cuidados psicosociales entre los toxicómanos que saben que están infectados, que se encuentran en riesgo, especialmente de incrementar todavía su consumo.

Es urgente poner en marcha servicios de tratamiento reforzados y más accesibles. Los institutos de tratamiento deberían esforzarse en tratar de la forma más rápida el mayor número de toxicómanos; las vías paralelas de orientación hacia el tratamiento deberían ser desarrolladas lo máximo posible. Todas las medidas deben ser tomadas, comprendidos los servicios de trabajadores en la colectividad, para alcanzar a los toxicómanos de todos los tipos, particularmente los utilizadores irregulares.

Eliminar completamente el consumo de drogas inyectables sería, ciertamente, el método más seguro para prevenir la infección por el VIH entre los toxicómanos, pero teniendo en cuenta la dificultad de este enfoque, conviene tratar otros métodos diversos con el fin de reducir la extensión entre este grupo de personas.

Los programas de tratamiento deberían comprender entre las actividades previstas medidas de educación en lo que se refiere a las precauciones a tomar para evitar la transmisión por el virus. En particular, los consejos sobre las medidas de higiene en la utilización de material de inyección y en las relaciones sexuales deben llegar a ser un elemento regular del tratamiento. Es lógico que deba formarse el personal para esta tarea.

2. La continuidad y el refuerzo de la investigación y de la vigilancia sobre la epidemiología de la toxicomanía por vía intravenosa y de la infección por el VIH entre los toxicómanos de este grupo son también aspectos que solicitan una atención urgente. Los estudios de sero-prevalencia están destinados a representar un papel importante a este efecto. Sería necesario realizar estudios longitudinales sobre las personas que se drogan por vía intravenosa para determinar la historia natural de la infección por el VIH en este grupo. Son necesarias investigaciones patra determinar las medidas eficaces de educación de los toxicómanos de esta categoría y de los grupos en riesgo asociados en lo que concierne a los riesgos de infección, las actividades que pueden ser llevadas a nivel de los métodos más eficaces de tratamiento de la toxicomanía.

Sería necesario estudiar los hábitos y el comportamiento cultural de las personas que se drogan por vía intravenosa, así como las incidencias, que pueden tener aspectos tales como la disponibilidad del material de inyección y las actitudes de las autoridades, como la policía y las autoridades judiciales, frente a este problema sobre la propagación de la infección. Las prácticas sexuales entre este grupo de toxicómanos deberían también ser estudiadas para determinar el papel que juegan a este efecto.

3. Todos los medios disponibles deberían ser puestos en marcha para continuar informando y educando al público, incluidos los toxicómanos que utilizan drogas inyectables, sus familias y sus compañeros sexuales, y los que experimentan drogas o están expuestos a un riesgo concreto de llegar a transformarse en toxicómanos. Los medios de comunicación de masas deben estar sensibilizados a estas cuestiones y puestos al corriente para que puedan proporcionar informaciones y consejos de forma verídica, precisa y responsable.

El enfoque personal a nivel de cada toxicómano sigue siendo, sin embargo, el método de educación más eficaz, particularmente sobre cuestiones tales como las precauciones en el empleo del material de inyección, la utilización de los condones y las prácticas sexuales, que limitan el riesgo de infección. Sería necesario hacer una llamada a este efecto a las asociaciones de amigos, a las asociaciones de toxicómanos y de otros grupos altruistas.

4. La reunión insistió sobre la necesidad de una cooperación entre los sectores afectados por la infección por VIH y el SIDA y los que se encargan de la toxicomanía.

A nivel nacional y local, las autoridades exteriores a la salud, tales como la justicia y la policía, deberían participar en las consultas sobre la lucha contra la infección. Los procedimientos policíacos frente a cada toxicómano deberían ser reexaminados para garantizar lo más posible que no van en contra de las medidas de lucha contra la infección.

5. Las pruebas de determinación de los anticuerpos entre las personas que se drogan por inyección son importantes, por una parte, en interés del propio paciente y, por otra parte, con fines epidemiológicos. Estas pruebas no

deben ser realizadas sin el consentimiento explícito del paciente. Una campaña de cribado sistemático podría tener efectos contrarios a los buscados. Se deberá atraer por la persuasión a los toxicómanos en tratamiento para que se presten a estas pruebas. Estas últimas podrían ser un medio eficaz para incitar a los toxicómanos a aceptar medidas preventivas.

Hay que evitar dar la menor impresión de una discriminación contra los toxicómanos que han sido reconocidos como sero-positivos.

6. La posibilidad de una propagación de la enfermedad en el conjunto de la gente por un contacto heterosexual con prostitutas es gravemente preocupante.

A este efecto, es urgente mejorar los conocimientos de que se dispone sobre las actitudes y prácticas sexuales de las prostitutas y de sus clientes como factores de propagación de la infección, y especialmente determinar en qué medida se puede convencer para que tomen las precauciones deseables en las relaciones sexuales, en particular utilizando condones.

Es igualmente urgente investigar métodos para llegar a las prostitutas toxicómanas y ofrecerles otros modos de vida.

7. Si bien las opiniones han sido divergentes sobre este punto en función de las convicciones culturales y políticas nacionales, todos los países, a excepción de uno, han admitido que no debería impedirse a los toxicómanos el acceso a las agujas y jeringuillas.

8. Se han expresado también las divergencias sobre el papel de la terapia mediante metadona en la prevención de la infección por VIH entre los toxicómanos. La mayor parte de los participantes han estimado que sería necesario adoptar una actitud flexible respecto a esta práctica, y que ella debería insertarse en el marco de un mecanismo de tratamiento global. Esta terapia tiene un cierto valor en cuanto a la continuidad del tratamiento de toxicómanos y podría ayudar a atraerlos. Sería necesario también investigar nuevos métodos para llegar a las personas que nunca han sido alcanzadas por un programa de tratamiento.

9. Es indispensable considerar que la experiencia de los países más afectados por la epidemia de SIDA entre los toxicómanos sea compartida con los otros, sobre todo los que todavía no están afectados. La OMS tiene un papel importante que jugar promoviendo la colaboración y reuniendo y difundiendo la información, particularmente en los campos de la legislación sanitaria de la investigación y de la formación.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 587-590 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Coloquio sobre la investigación del comportamiento en materia de salud y sus aplicaciones a la promoción de la salud

Pitlochry, 8-11 febrero 1986

OMS
ICP/HSR 632 (S) 6946 V:
29 de octubre 1986
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

El coloquio estuvo organizado conjuntamente por la Oficina Regional de la OMS para Europa, el Grupo Escocés de Educación para la Salud, el Consejo de Investigación Económica y Social y la unidad de investigación en salud y en modificación del comportamiento de la Universidad de Edimburgo. Reunió 40 investigadores que representaban diversas disciplinas: Sociología médica, antropología médica, psicología médica, educación sanitaria, salud pública, medicina preventiva y de la colectividad, educación médica, epidemiología y política social. Tenía por objetivo general estimular la investigación sobre los comportamientos y opiniones en materia de salud. Tenía también por objetivo efectuar comparaciones transculturales de trabajos de estudios. La reunión, que tenía por esta causa un amplio campo de trabajo, examinó las perspectivas actuales en materia de investigación sobre los comportamientos en materia de salud, los tipos de estrategia de investigación, los métodos innovadores y las cuestiones relativas a la aplicación de la investigación.

Discusión

Las discusiones pusieron en evidencia que había una rica tradición de investigación sobre los comportamientos en materia de salud en general, pero una falta relativa de estudios que pudieran ser considerados como ligados al concepto actual de la promoción de la salud. Después de algún debate, los participantes llegaron a la conclusión de que era necesario una exposición

histórica particular de la investigación sobre los comportamientos en materia de salud desde el ángulo de la promoción de la salud.

Apareció a lo largo de las discusiones que muchas de las dificultades encontradas en este campo de investigación ocurrían por una falta de acuerdo sobre los conceptos y teorías fundamentales de la investigación sobre comportamiento en material de salud como sobre promoción de la salud. Por otra parte, estas divergencias sobre los conceptos y teorías se agravaban aún más por un desacuerdo sobre los métodos y estrategias a aplicar para realizar la investigación sobre los comportamientos ligados a la promoción de la salud. En particular, aparecieron diferencias de puntos de vista sobre el interés respectivo de los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación en este campo. Los participantes continuaron discutiendo estas cuestiones fundamentales de teoría y método, así como sobre el punto de conocer si los investigadores tenían tendencia a exagerar la polarización entre enfoques de investigación, creando así una falsa dicotomía.

A pesar de la falta de consenso aparecida a través de la discusión en el seno de la audiencia, los documentos presentados revelaron la diversidad de las actividades de investigación sobre el comportamiento en materia de salud que podrían ser considerados como ligadas a la promoción de la salud. Pese a los temores de que esta investigación pueda ser ya demasiado cualitativa, ya demasiado cuantitativa, parecía que estos dos enfoques se equilibran. Las memorias presentadas a continuación han subrayado la necesidad de utilizar una y otra.

La cuestión de la aplicación de la investigación sobre el comportamiento era un tema que surgió durante toda la duración del coloquio. Varios documentos describían ensayos de aplicación que han puesto también en evidencia, sin embargo, la necesidad de un conjunto racional de principios directrices y de técnicas para la traducción en medidas concretas de la investigación, tanto fundamental como aplicada.

Se discutió igualmente las prioridades de la investigación futura. El último día los participantes formaron cuatro pequeños grupos de trabajo para tratar de campos particulares de investigación futura. Cada grupo presentó sus conclusiones a los demás, surgiendo varias cuestiones de investigación sobre las diferencias por sexo, redes sociales, política social y posición social.

Un grupo se ocupó de las principales diferencias ligadas al sexo en lo que concierne a las actitudes, opiniones y comportamientos frente a la salud. Se admitió que la estructura existente de las organizaciones de los cuidados de salud llevaba los rasgos de una empresa masculina. Varios campos de interés para la investigación sobre el comportamiento en materia de salud fueron propuestos, especialmente los de los grupos no constituidos, tales como: personas de edad que tienen vidas satisfactorias, mujeres que trabajan en sectores dominados por el hombre, hombres que no tienen éxito en el mundo del trabajo. Se juzgó también que las cuestiones de salud de los hombres deberían ser estudiadas.

El grupo de trabajo que examinó las cuestiones relativas a la posición social subrayó la necesidad de establecer nuevas clasificaciones de los grupos sociales, basadas sobre conjuntos concretos de características ligadas a la salud, tales como el mercado de trabajo, las estructuras familiares y el estilo de vida. Existe también una necesidad de estudios sobre las colectividades locales que tratarían de las condiciones materiales y sociales en las que se desenvuelve la vida cotidiana de las gentes, así como el acceso a los recursos de salud y el control de estos recursos por la población local. En otros términos es necesario responder a las siguientes cuestiones: ¿Cuáles son las posibilidades de un comportamiento sano? ¿Cuáles son los recursos necesarios para un comportamiento sano y en qué medida estos difieren en función de la clase, sexo, edad y colectividad? Otro campo a estudiar es el de las condiciones en las que los individuos, las clases sociales, las colectividades y los países adquieren la motivación de promover su propia salud y la salud de otras personas, clases sociales, colectividades y países.

El grupo de discusión que examinó el papel del apoyo social en el campo del comportamiento ligado a la salud y de la investigación sobre la promoción de la salud convino en que el papel de las redes sociales en materia de apoyo social debería ser estudiado, particularmente en lo que se refiere a la calidad de este apoyo. El costo de este apoyo social, tanto para el que lo ofrece como para el que lo recibe, debería también ser examinado. La naturaleza de la relación entre los componentes prácticos y afectivos del apoyo social fue discutido y juzgado como un campo interesante.

Conclusiones y recomendaciones

1. La investigación sobre el comportamiento en materia de salud y en sus aplicaciones a la promoción de la salud debería tener en cuenta diversas realidades subjetivas, tales como son percibidas por los no profesionales, los profesionales de la salud y los investigadores en materia de salud. Estas consideraciones deberían guiar a este último grupo en su explotación de los campos de estudio, conceptos, teorías y métodos nuevos de la investigación que se relacionan con la promoción de la salud.

2. Los investigadores deberían ser conscientes de que el comportamiento relativo a la salud se inscribe en el contexto del conjunto de las actividades que constituyen la vida cotidiana de los individuos.

3. El medio de investigación debería tener en cuenta y aceptar la diversidad de las tradiciones de investigación existentes que han permitido adquirir una mejor comprensión de la salud pública. En el marco de la tradición de investigación establecida, la investigación en promoción de la salud debería poner el acento sobre la aplicación de los conocimientos existentes con el fin de mejorar la salud y los métodos reconocidos a las cuestiones de promoción de la salud.

4. Las nuevas iniciativas de investigación que permitirán comprender mejor cómo la investigación debe ser utilizada para la promoción de la salud, deberían poner el acento sobre la formulación de una base teórica y conceptual sobre modelos dinámicos continuos y métodos sensibles a los procesos sociales, sobre una perspectiva que englobara toda la vida de las personas estudiadas e incluyera el efecto de las diferencias ligadas al sexo, sobre la necesidad de diferentes niveles de análisis, sobre la elaboración de metodologías nuevas, sobre la necesidad de mejores indicadores de la promoción de la salud y sobre la participación de la colectividad en el proceso de investigación.

Una investigación guiada por principios directivos tiene en cuenta que la investigación sobre la promoción de la salud no debe ser estática y debe tratar la salud como un proceso sobre el cual actúan factores sociales y económicos. La investigación ligada a la promoción de la salud debería, pues, ser multidisciplinaria: toda polarización debe ser evitada, particularmente entre las ciencias médicas y sociales. Debería tratar de la contribución de los responsables políticos, estudiando cómo perciben la contribución que pueden aportar y los obstáculos a esta acción, así como las aspiraciones y prioridades de la población. En fin, la investigación debería aplicarse con el fin de suscitar una participación del público. En relación con este aspecto, es necesario examinar las opiniones y prácticas relativas a la salud, tanto entre los no profesionales como entre los profesionales de la salud.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 591-595 Año LXI.–Mayo-junio 1987

Las fibras minerales artificiales en los lugares de trabajo Symposium internacional

Copenhague, 28-29 octubre 1986

ICP/OCH 125 (S) 6842 V:
15 de diciembre de 1986
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

El Symposium fue organizado para examinar los elementos de prueba científica relativa a las exposiciones profesionales a las fibras minerales artificiales y sus efectos biológicos. Estas materias, designadas frecuentemente por los vocablos de lana de roca o de fibra de vidrio están ampliamente empleadas con fines de aislamiento térmico y, en menor medida, como producto de sustitución del amianto. La producción anual en Europa occidental es del orden de 1,5 millones de toneladas, la producción mundial de aproximadamente 5 millones de toneladas. La utilización creciente de las fibras minerales artificiales y los efectos cancerígenos bien establecidos del amianto son causa de preocupación en cuanto a los efectos para la salud de la exposición a estas fibras.

En 1982, una conferencia internacional que tuvo lugar en la Oficina regional de la OMS para Europa permitió analizar los datos preliminares. El presente Symposium ha tenido por objeto examinar las observaciones más recientes y principalmente los estudios de seguimiento continuos sobre los trabajadores de la industria de las fibras artificiales. La reunión estaba organizada conjuntamente por la Oficina regional de la OMS para Europa, el Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (CIRC), el Comité Común de Investigación Médica para Europa (JENRB) y la Asociación de Fabricantes de Aislamientos Térmicos (TIMA). Aproximadamente 250 participantes, procedentes de 20 países representaban los servicios públicos, instituciones científicas, la industria y los sindicatos. En programa figuraban 19 comunicaciones científicas sobre los principales aspectos de la cuestión.

El doctor J. P. Jardel, director de la gestión de programas, inauguró la reunión en nombre del director general; puso el acento sobre la importancia de la reunión en el contexto de la estrategia regional europea de la salud para

todos en el año 2000. Principalmente señaló el objetivo 25, que dice: «De aquí a 1995 las poblaciones de la región deberán estar eficazmente protegidas contra los riesgos de salud ligados al trabajo.» El doctor Jardel también señaló la importancia de la cooperación entre industrias, sindicatos, gobiernos, instituciones universitarias y organizaciones internacionales, puesta en evidencia por los esfuerzos, coronados de éxito y permitidos a propósito de los estudios sobre las fibras minerales artificiales. La importancia de esta cooperación fue igualmente comentada por el doctor L. Tomatis, director del CIRC, en su presentación de bienvenida.

M.W.H. Walton asumió la presidencia del simpósium, el profesor F. Valic las funciones de vicepresidente y el profesor P. Granjean las de relator. Sir Richard Doll presentó un análisis crítico de las observaciones y propuso conclusiones generales al finalizar la reunión.

Las dos principales ramas de la industria de la fibra mineral artifical han adoptado esquemas de desarrollo diferentes. La primera lana mineral fue producida a partir de la escoria de los altos hornos. Se emplearon tipos muy diferentes de escoria incluida incluso la escoria de cobre que tenía óxido de arsénico. Después se emplearon como materia prima diferentes rocas naturales, de las cuales algunas contenían minerales susceptibles de presentar una significación desde el punto de vista de la salud. El empleo de hornos de cúpula en la industria de la escoria y de la lana de roca entrañó la formación de hidrocarburos aromáticos policíclicos. El nivel de exposición debió, sin embargo, estar en función de la eficacia de la ventilación. Contrariamente a lo que ocurrió en la industria de la escoria y de la lana de roca, la producción de lana de vidrio evolucionó menos al cabo de los años, pues estaba fundada en una tecnología y materias primas preexistentes. A lo largo de los años cuarenta se adoptaron aceites minerales que eliminaban los polvos de carbón y esta modificación de los procedimientos industriales entrañó la presencia de niveles menores de fibras en el aire de los talleres. La introducción de sustancias resinosas a lo largo de los años cincuenta ha entrañado quizá una exposición a sustancias químicas tales como los formaldehídos.

Las amplias mediciones realizadas a lo largo del último decenio han mostrado que los niveles de exposición en la industria de la fibra mineral artificial son, en general, del orden de 0,1 fibra respirable por ml., como máximo. Las exposiciones anteriores han sobrepasado, quizá ampliamente, este nivel, principalmente en la industria de la lana de roca y de las escorias, pero no se dispone de medidas adecuadas. Se observa a través de las experiencias de simulación que la ausencia de aceite que elimina el polvo de carbón, el menor diámetro de las fibras, una ventilación mediocre y una manutención ampliamente manual constituyen factores que aumentan los niveles de fibras. En la industria de la lana de roca y de escorias las mayores exposiciones se producen, sin duda, a lo largo de los estados precoces de la producción, antes de la introducción de materias que eliminan los polvos de carbón; se ha estimado que en aquel momento los niveles de exposición

alcanzaban varias fibras por ml. En la industria de lana de vidrio las exposiciones eran menores y las modificaciones fueron menos significativas, en la medida en que el decreciente diámetro de las fibras, sin duda, ha tendido a compensar los efectos de la eliminación de los polvos de carbón.

Es esencial asegurar la comparabilidad de las medidas realizadas en los diferentes países. Con este fin, la Oficina Regional definió un programa de referencia por la microscopia óptica en contraste de fase y un programa de garantía de la calidad se emprendió por el Instituto de Medicina Ocupacional, en Edimburgo, actuando como laboratorio central de referencia. Estos esfuerzos han permitido mejorar el nivel de comparabilidad en los laboratorios europeos y las medidas anteriores se han traducido en niveles de referencia. No obstante, la comparabilidad con las medidas efectuadas en América del Norte continúa presentando problemas. La medida gravimétrica de los polvos de carbón respirables totales es menos laboriosa y aportã también informaciones sobre las partículas no fibrosas. Este método puede ser utilizado con éxito como método de detección en la práctica relativa a la salud de los trabajadores.

Sólo algunos países están dotados de reglamentos específicos que conciernen a la exposición profesional a las fibras minerales artificiales. En la mayor parte de los casos estas fibras están consideradas como equivalentes a los polvos de carbón perjudiciales. Sin embargo, Polonia y Suecia han adoptado un límite específico de exposición igual a dos fibras respirables por ml. Las actividades preparatorias necesarias han sido realizadas en numerosos servicios públicos y podrían ser tomadas medidas reglamentarias muy rápidamente si hubiera lugar.

Los estudios epidemiológicos, que han conocido una extensión considerable desde la conferencia internacional de 1982, han sido objeto de un profundo examen a lo largo del simpósium. El estudio europeo en cooperación se ha llevado a cabo en trece fábricas de producción situadas en siete países. Más de trece mil años-hombre de observaciones desde hace treinta años desde la primera exposición se han acumulado desde ahora y la evaluación se realiza principalmente sobre datos relativos a las condiciones de exposición. Se ha determinado un ligero exceso de mortalidad en los 23.000 obreros observados y este aumento era en una gran parte imputable a una elevación de la tasa de cáncer. En cuanto a las localizaciones, el aumento no ha sido sensible más que para el cáncer de pulmón, principalmente para los trabajadores de la lana de roca-escorias empleados a lo largo de los primeros años de producción. No se ha identificado ningún caso de mesotelioma y esta observación ha estado prácticamente de acuerdo con el número calculado. Correspondía de hecho a un empleo de corta duración en la industria de las fibras minerales artificiales. Estas observaciones recortaban los datos relativos a 17 fábricas de producción de lana de roca y de lana de vidrio en los Estados Unidos. Por otra parte, el estudio americano puso en evidencia un aumento de la mortalidad imputable a enfermedades respiratorias no malignas. En

particular, una exposición a fibras de pequeño diámetro pareció significativa y se constató un aumento de la mortalidad imputable a enfermedades respiratorias no malignas, en particular entre los fumadores que trabajan en la industria de las fibras minerales artificiales. Un estudio de la mortalidad en una fábrica canadiense de producción de lana de vidrio puso, por otra parte, en evidencia una tasa creciente de cáncer de pulmón, si bien las cifras no habían permitido un análisis detallado.

Aunque las diferencias en el uso del tabaco son de tal naturaleza que pueden explicar potencialmente una parte de las tasas más elevadas de cáncer de pulmón, la adopción de tasas regionales –a falta de comparación– ha reducido, sin duda, la significación de este factor. Igualmente la utilización limitada del amianto en algunas fábricas no permitiría explicar las tasas elevadas de cáncer de pulmón. La significación de otras exposiciones en las fábricas de producción es más difícil de evaluar. Sin embargo, después de la adopción generalizada de los agentes supresores del polvo de carbón, no se ha observado ningún aumento de las tasas de cáncer de pulmón. Por otra parte, el riesgo asociado a los estados precoces de la producción de lana de escorias y de roca era más elevado que el riesgo imputable a la producción de lana de vidrio, en caso de exposición más débil a fibras respirables. En lo que respecta a la industria de los filamentos continuos, las observaciones llevadas a cabo a lo largo de más de veinte años desde el primer empleo son relativamente raras, pero los datos disponibles dan indicaciones estimulantes en lo que al riesgo asociado a la industria de filamentos del vidrio, si existe, es débil.

Los estudios efectuados no han hecho aparecer más que una relación grosera dosis-respuesta. Esta problema es lamentable, pero no reduce a la nada la posibilidad de la existencia de una relación de causalidad. Principalmente, la sola duración del empleo no constituye necesariamente un indicador válido de la exposición individual acumulativa, vistos los cambios de exposición a lo largo del período de observación. Por otra parte, las exposiciones antiguas a las fibras tienen quizá una significación biológica mayor en relación a las fibras inhaladas más recientemente y retenidas en los pulmones durante una duración limitada. En fin, las estimaciones relativas a las exposiciones pasadas adolecen quizá de precisión o pueden estar equivocadas.

El hecho de que las fibras minerales artificiales constituyen una causa plausible de cáncer respiratorio está apoyado por pruebas experimentales: la inyección intrapleural e intraperitoneal de diferentes formas de fibras minerales artificiales puede provocar mesoteliomas entre los animales de laboratorio. Sin embargo, después de inhalación o instilación de fibras minerales artificiales en la tráquea sólo se han observado muy raros cánceres de vías respiratorias y las observaciones a este efecto no tenían más que una significación estadística dudosa. Además, las fibrosis provocadas por la exposición a las fibras minerales artificiales eran mínimas, prácticamente nulas, y esto puede revestir una cierta significación en cuanto a la posibilidad de contraer un cáncer. Se cree saber que el potencial cancerígeno está en

función de las dimensiones de las fibras. Es posible que su durabilidad juegue un papel complementario. A este efecto, estudios experimentales *in vitro* y *en vivo* han dado que pensar que las fibras de lana de vidrio o de lana de roca cortas y delgadas tenderían a desaparecer después de haber sido depositadas sobre el pulmón, mientras que las fibras más largas y más gruesas parecían corroerse y convertirse en más cortas y más finas al cabo de cierto tiempo.

Sobre la base de estos elementos científicos generalmente conocidos, informes presentados en el simpósium y debates en profundidad, sir Richard Doll presentó una síntesis de las observaciones, sugiriendo las conclusiones generales que a continuación se exponen, fundadas sobre las pruebas acumuladas.

1. Se estableció un mayor riesgo de cáncer de pulmón entre los obreros destinados a la producción y mantenimiento en las primeras épocas de la industria de lana de roca y escorias y de la lana de vidrio. El aumento se eleva a un total de un 50 por 100 en relación al número calculado para el período que ha sobrepasado treinta años desde el primer empleo. Si la proporción es débil, el aumento de riesgo no es menos importante numéricamente, constituyendo el cáncer de pulmón una causa frecuente de fallecimiento.

2. El riesgo fue mayor en el sector de la lana de roca y de escoria en relación con el sector de la lana de vidrio. No se determinó ningún aumento de riesgo desde la adopción generalizada de los agentes supresores de los polvos de carbón. En la industria de filamento continuo las observaciones a largo plazo son relativamente poco numerosas y es demasiado pronto para que se esté seguro de que ningún riesgo que pueda ser detectado existe en este sector; resulta, no obstante, indiscutible que cualquier riesgo posible a este efecto es, desde luego, bajo.

3. El aumento del riesgo no ha sido necesariamente provocado por las fibras solas, así, pues, incluso se estableció que agentes cancerígenos estaban presentes en el medio ambiente profesional de las fábricas y han contribuido al riesgo, en particular, a lo largo de los primeros años de producción.

4. A falta de un informe cuantificable de dosis-respuesta, no sería posible evaluar los riesgos de cáncer de pulmón asociados a los diferentes grados de exposición. Parece, sin embargo, que las exposiciones actuales a niveles medios máximos de 0,2 de fibra respirable por ml provocan riesgo de un aumento, susceptible de ser detectado, de las tasas de cáncer de pulmón.

5. Parece poco probable que la exposición a las fibras minerales artificiales en las cantidades prevalentes en la industria a lo largo de los treinta últimos años haya podido causar al sistema respiratorio otros daños materiales clínicamente significativos que el riesgo de cáncer.

6. Ningún otro riesgo significativo ha sido probado.

REV. SAN. HIG. PÚB., 1987, 61, 597-599 Año LXI.-Mayo-junio 1987

Grupo de Trabajo sobre Información para Atención Primaria de Salud

Kuopio, 9-12 diciembre 1986

ICP/PHC 333 (S) 6841 V:
6 enero 1987
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

Los 17 participantes en el Grupo de Trabajo se reunieron para considerar la información requerida para planificar, controlar y evaluar la atención primaria de salud (APS) a nivel local y para investigar la posibilidad de derivar un conjunto mínimo de datos con estos fines. También debían revisar los indicadores regionales relativos a la APS y establecer su importancia en cuanto a las necesidades de información a nivel local en los países.

El Grupo de Trabajo se dividió en tres grupos más pequeños para hacer la mayor parte del trabajo detallado. Los grupos se concentraron en dos asuntos principales: necesidades de información de la APS a nivel local, incluso la consideración de un posible conjunto mínimo de datos, y la recogida y diseminación de la información sobre APS. Las cuestiones particulares a discutir incluían:

- cómo puede mejorarse el uso de la información;
- cómo puede usarse la información para apoyar la planificación de la APS de acuerdo con las necesidades de la población local;
- cómo puede reforzarse la participación de la comunidad para determinar las necesidades de información y el uso de la misma, y
- cómo puede mejorarse la recolección y diseminación de información.

Las discusiones no incluyeron la consideración de la información necesaria para la prestación de asistencia y manejo de pacientes o las necesidades de información para las investigaciones clínica o epidemiológica.

Cada uno de los tres subgrupos tenía un enfoque diferente para la discusión. El primer grupo debatió las necesidades de información del profesional sanitario independiente, el segundo las de un centro de salud u

otro grupo local de profesionales y el tercero se centró en las necesidades de órganos coordinadores u otros equivalentes locales a nivel de distrito. El uso de un enfoque particular para cada grupo no excluyó la consideración de otros puntos de vista y la mayoría de los grupos tocaron todos los aspectos en sus informes. También se hicieron distinciones para diferentes tipos de sistemas de salud.

El Grupo de Trabajo identificó alguna de las principales condiciones previas para la construcción y uso de sistemas de información de APS a nivel local, describió algunos de los principales problemas que se necesita superar y sugirió algunas acciones que hay que adoptar. Se prestó especial atención a la importancia de considerar la información para la APS y acerca de ella como un recurso para uso tanto por los profesionales de asistencia sanitaria como de toda la comunidad para reforzar la provisión de servicios de APS adecuados y eficaces. Dada la gran variedad de organización y contenido de los sistemas de APS en la Región Europea, el Grupo de Trabajo no propuso ningún conjunto de datos mínimo para la APS a nivel local, pero destacó que ésta debería variar de un lugar a otro, aunque podrían definirse y usarse conjuntos comunes de datos para algunos elementos comunes de APS identificados en un grupo de países. Se hicieron algunas sugerencias para clarificar los indicadores regionales existentes y se identificaron nuevos indicadores posibles.

Recomendaciones

1. En base a una valoración clara y precisa de la estructura y contenido de la APS en sus propios países y frente a un marco del proceso de toma de decisiones y cualquier meta nacional para la APS, los Estados Miembros deberían reconocer la importancia de la información como recurso que puede contribuir a la planificación, vigilancia y evaluación eficaces de la APS y deberían establecer directrices nacionales para la recogida de información.

2. Las estadísticas sanitarias nacionales deberían permitir la fácil identificación de recursos asociados con la prestación de APS (especialmente personal, pero preferiblemente también financiero) a niveles nacional y local de manera que la distribución de recursos entre el sector de asistencia primaria y otros sectores asistenciales pueda identificarse y controlarse. Las actividades, incluso los programas en APS, deberían ser fácilmente identificables.

3. Deberían construirse sistemas de información para APS a nivel local sobre una base definida de población de tal modo que pudieran medirse aspectos importantes tales como la cobertura. Esto debería aplicarse incluso en países en que la organización o la administración de la APS se estructura alrededor de la prestación de servicios a una población definida, aunque el Grupo consideró que asentar las estructuras organizativas y administrativas sobre una base de población definida ayuda a la prestación eficaz de la APS.

4. Los Estados Miembros deberían asegurar que se proporcionan recursos suficientes para permitir que los datos brutos recogidos se conviertan en información esencial para la planificación, vigilancia y evaluación de la APS. El término «recursos» debe entenderse que incluye recursos para la recogida de datos y su análisis, la presentación y la diseminación de información, así como para colocar los sistemas de información en computadores cuando fuera adecuado.

5. Para el desarrollo con éxito de la información para la APS a nivel local, los Estados Miembros deberían reconocer la necesidad de estudios de campo con especial énfasis en el uso de información para probar y evaluar enfoques tales como el diagnóstico comunitario o la planificación por áreas o localidades, por ejemplo.

6. Los Estados Miembros deberían reconocer la existencia de considerables problemas en la diseminación de información y que éstos deberían constituir una prioridad para la acción futura. Se necesita mejorar el retorno de información a nivel local, el intercambio de información entre diferentes profesionales a nivel local, el uso de información y formación en su uso, así como en identificar y superar las barreras para la diseminación eficaz de la información.

7. Los Estados Miembros deberían reconocer que se necesitan estudios y encuestas ad hoc para hacer frente a necesidades especiales de información en APS a nivel local.

8. La OMS debería estimular y ayudar a establecer estudios de campo, estudios y encuestas ad hoc, por ejemplo, ayudando a coordinar discusiones entre países e institutos destacados de investigación con problemas similares para desarrollar sistemas de información basados en la población.

9. La OMS debería facilitar la diseminación de los resultados de estudios, especialmente detalles de su uso en la toma de decisiones, y el intercambio de experiencias en países diferentes en el desarrollo de información para APS local.

10. La OMS debería discutir con la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa la posibilidad de incluir cuestiones acerca de la APS en encuestas familiares.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 601-606 Año LXI.–Mayo-junio 1987

Consulta sobre la influencia de los intereses económicos y otros sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados con él

Dublín, 17-21 noviembre 1986

ICP/ADA 022 (S) 7769 V:
25 de febrero de 1987
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

1. Introducción

Esta consulta fue organizada en el marco del programa de la OMS para la prevención y la lucha contra el alcoholismo. En relación con la campaña de Salud para todos, la Oficina regional de la OMS para Europa puso en marcha un estudio sobre la influencia de los intereses económicos y otros sobre el consumo del alcohol y los problemas relacionados con el mismo.

Reunió a nueve consejeros temporales de nueve Estados Miembros: administradores de salud pública, economistas y clínicos que tenían responsabilidades diversas: elaboración de las políticas y programas, tratamiento y reinserción de los alcohólicos.

Tenía por objeto identificar las dificultades de naturaleza económica que entorpecían la acción de prevención del alcoholismo y los problemas con él relacionados.

En este marco la consulta examinó y discutió:

- problemas de metodología del estudio;
- insuficiencias de datos, en disponibilidad y en fiabilidad, en los diferentes países;
- implicaciones potenciales de esta situación para las políticas relativas al alcohol y a la salud pública, así como las fiscales

El enfoque de los problemas relacionados con el alcohol, en la mayor parte de los Estados Miembros europeos, ha evolucionado progresivamente a lo largo de los dos últimos decenios. En el pasado el acento se ponía casi

exclusivamente sobre los «alcohólicos» y el tratamiento del «alcoholismo». Actualmente, se admite cada vez más que, debido a su número mucho más amplio, los bebedores moderados y sus problemas imponen una carga mucho más pesada a los sistemas de mantenimiento y de tratamiento en la sociedad. Se ha venido así a admitir generalmente que la prevención y la promoción de la salud son dos aspectos esenciales. También hay en la actualidad una toma de conciencia de la incidencia de los factores económicos.

En el estudio, y a lo largo de la consulta, hubo un planteamiento sobre tres categorías de intereses: intereses de salud pública por una parte, intereses fiscales e intereses económicos por otra parte.

La relación final del estudio dará ejemplos y formulará recomendaciones concernientes a la elaboración de una política y la intervención al nivel nacional.

2. Discusión

2.1 Aspectos generales

A lo largo de la discusión inicial del orden del día de la consulta, los participantes habían decidido hacer un inventario de posibilidades de acción política, estudiar los efectos de cambios, y formular, eventualmente, recomendaciones concernientes a la política. Se esperaba que la OMS pudiera así estimular a los gobiernos a seguir los cambios y a evaluar los resultados de las intervenciones. Con este fin sería necesario obtener cifras sobre el costo total de los problemas ligados al alcohol, incluso, aunque algún país, no dispusiera de datos completos a este respecto; estas informaciones no tendrían solamente la utilidad de dar una idea de la amplitud de los problemas, sino que servirían también de base a un debate nacional e internacional.

Se ha considerado que para disponer de la base necesaria sería necesario recoger, a la vez, datos totales y datos parciales, estos últimos, sin embargo, bajo ciertas condiciones. Los datos e informaciones del informe final deberían también ser presentados en una introducción general con algunos de los resultados de los estudios nacionales, un apartado en relación con la metodología, que trataría de las dificultades planteadas por la valoración de los costos de los problemas ligados al alcohol y una conclusión que resuma la selección de opciones y de intervenciones políticas de las cuales se podría disponer en las diferentes partes de la región.

2.2 Recogida de datos

La discusión se apoyó en estudios iniciales realizados en los nueve países. En el curso de la misma se estableció una lista de datos disponibles y se determinó las lagunas de las informaciones existentes a nivel nacional. En la mayor parte de los países se dispondrá de datos suficientes sobre el elemento

ingresos: consumo, producción, comercio, distribución y tasas. Los datos relativos a los costos serán mucho más difíciles de reunir, pues no existen en la mayor parte de los países datos epidemiológicos serios bajo una forma adecuada. Por esta razón se decidió dejar los aspectos que a continuación incluimos fuera del campo del estudio final: 1) número de años de vida perdidos a causa del alcoholismo, 2) número de años de vida ganados gracias a las intervenciones, 3) responsabilidades por los costes de salud individuales. Una de las razones de esta decisión, fuera de los argumentos ligados a la validez y a la disponibilidad insuficiente de estos datos, fue que sería necesario hacer una rebaja del mismo tipo en lo que a los «efectos positivos» se refiere.

2.3 Influencias económicas y otras

Bajo este aspecto, se han examinado temas muy diversos que se referían tanto a la oferta como a la demanda. Ha constituido una cuestión importante la acción de la industria del alcohol como grupo de presión, y el papel de la industria publicitaria, de la educación sanitaria, de los márgenes de elasticidad, de los precios e ingresos, de la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y de las ventas sin tasas, así como la influencia de los acuerdos comerciales (política de la Comunidad Europea, por ejemplo, y principalmente la armonización de las tasas y la política agrícola que favorece una superproducción de bebidas alcohólicas, exportada de inmediato hacia los países en desarrollo).

2.3.1 *Acción de la industria del alcohol como grupo de presión*

La influencia de la industria del alcohol sobre las decisiones políticas parece bastante fuerte en la mayor parte de los países. Por otra parte, aparece reforzada por los lazos internacionales, la estructura de la propiedad de esta industria y la diferenciación de los productos.

2.3.2 *Papel de la publicidad*

Se ha juzgado que los modelos econométricos que existen sobre este tema eran insuficientes. Hubo un cierto acuerdo para estimar que el impacto de la publicidad en general era sin duda débil, pero que, por el contrario, este impacto sobre grupos concretos era importante en la medida en que contribuía a orientar las preferencias de estos grupos a largo plazo.

Se concluyó que la publicidad tenía tres funciones: 1) influir sobre las partes respectivas del mercado; 2) suscitar una afluencia hacia el mercado del alcohol, y 3) prevenir un reflujo a partir de este mercado.

Una de las propuestas hechas fue modificar las políticas renunciando a prohibir la publicidad en favor del alcohol, pero introduciendo una tasa

percibida sobre la publicidad, de tal forma que el producto sirviera para financiar los programas de educación sanitaria y de promoción de la salud.

2.3.3 *Papel de la educación sanitaria*

Una de las influencias que equilibraban la influencia de la publicidad es la acción de la educación sanitaria y de la promoción de la salud. En este campo, sólo un débil número de programas tratan de los efectos del comportamiento del consumo de alcohol, mientras que abundantes estudios giran sobre los cambios de los conocimientos y las actitudes. Los participantes concluyeron diciendo que los enfoques orientados sobre el estilo de vida, dirigidos a modificar los comportamientos y que pueden dar resultados rápidos parecen los más interesantes.

2.3.4 *Papel de los precios y los ingresos*

La elasticidad de los precios difiere entre los países, y entre los grupos de ingresos diferentes en el interior de los países, según el período y el tipo de bebida.

Actualmente, la elasticidad de los precios parece ser débil en los países europeos con algunas raras excepciones, aproximadamente. Los participantes juzgaron que, en interés de la salud pública, sería necesario que el precio del alcohol permaneciera constante en términos reales.

2.3.5 *Influencia de los acuerdos comerciales*

Tomando como ejemplo la Comunidad Económica Europea, se ha convenido que la liberalización de los intercambios y de la armonización de los impuestos podía ir al encuentro de los intereses de salud pública. Se esperaba principalmente a que la situación actualmente excedentaria en lo que concierne a las bebidas alcohólicas en el seno de la Comunidad se agrave en el futuro. Teniendo en cuenta este factor, se ha juzgado que actualmente una acción que trata de reducir la demanda tendrá más oportunidades que una acción para limitar y reducir la oferta.

2.3.6 *Exportaciones hacia el tercer mundo*

Se considerá que la exportación hacia los países del tercer mundo, no solamente bajo la forma de bebidas, sino bajo la de tecnología, podía tener repersusiones muy graves para la salud pública. A este efecto, la función de la OMS era la de estimular el debate político en Europa y alertar a los gobiernos de los países en desarrollo en cuanto al riesgo agravado de los problemas ligados al alcoholismo.

2.3.7 *Disponibilidad del alcohol*

Hay pocos estudios realizados sobre los efectos directos de las medidas restrictivas sobre la disponibilidad. Siempre que se han propuesto medidas de este tipo han levantado una oposición por parte de los diferentes grupos de intereses. La experiencia de los Estados Unidos parece indicar que la elevación de la edad mínima legal para el consumo de bebidas alcohólicas puede ser una medida eficaz para reducir algunos problemas ligados al alcohol. Una modernización y una racionalización de la legislación relativa a los establecimientos de bebidas, comprendido un aumento del impuesto especial que se aplicaría a éstos, podría tener también ciertos efectos. Hay que señalar, no obstante, que en numerosos países las medidas restrictivas legales ya existentes se aplican de modo incompleto, principalmente a causa de las dificultades encontradas en su aplicación efectiva.

2.3.8 *Ventas sin impuestos*

Las prácticas de las ventas sin impuestos en los aeropuertos y sobre los barcos transbordadores no es un fenómeno marginal; tiende incluso a generalizarse en numerosos países. Es la expresión de uno de los campos en que la acción internacional puede únicamente aportar una solución.

2.3.9 *Impuestos sobre las bebidas alcohólicas*

Se han presentado los argumentos a favor y en contra de la aplicación de impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas; se han emitido dudas en cuanto a los efectos sobre la salud pública de un aumento de las tasas. Estas dudas se referían a los efectos de distorsión de los impuestos sobre el alcohol (desigualdad horizontal, etc.). Desde el punto de vista de la metodología, el enfoque costo social/factores exteriores fue criticado a causa de la falta de rigor de los datos. Varios contraargumentos fueron presentados y se convino, en términos generales, que la hipótesis del economista de una información perfecta y de una selección racional no se aplica en este caso plenamente.

2.4 Papel de los medios de comunicación

Se consideró que la forma en que estaban presentados el alcohol y los problemas en relación con él por los medios de comunicación de masas era muy importante y tenía sin duda más influencia todavía sobre la formación de las actitudes que la publicidad en sí misma. Ya que no se dispone de instrumentos políticos para influir, por ejemplo, sobre la composición y el contenido de los programas televisados, las únicas vías de acción posible parecen ser las de estimular la acción de los grupos de presión y llevar una acción de educación cerca de los productores, redactores y periodistas, etc.

3. Implicaciones de las políticas

Las medidas a tomar en el marco de las diferentes políticas en materia de alcohol dependen de la situación nacional. Sin embargo, un argumento diferente es necesario para cada uno de los ministerios relacionados y para cada componente de la política nacional. A este fin será necesario disponer de información sobre los costos sociales, sobre la legislación concerniente a los establecimientos de bebidas, sobre los ingresos procedentes de las tasas, sobre la educación sanitaria, sobre la formación de las actitudes, no solamente a nivel nacional, sino también a nivel de los grupos que trabajan en la colectividad y de las organizaciones altruistas.

El objeto principal del estudio es medir el costo de los problemas ligados al alcohol. Esta tarea implica no solamente determinar el costo del alcoholismo, sino también la ganancia, que será aportada a través de la reducción de los problemas (prolongación de la vida, mejor calidad de vida, mayor fecundidad, etc.) es necesario elaborar un conjunto de indicadores nuevos, que tengan un carácter persuasivo más que conclusivo.

4. Conclusiones

Se han discutido los datos relativos a la importancia económica del alcohol, los impuestos y costes ligados al alcohol. Como resultado de la discusión se ha convenido un plan del estudio revisado que sería puesto en ejecución en los nueve países.

Se han examinado puntos importantes del método y un acuerdo se ha alcanzado en la mayor parte de los casos. Se han discutido también las proposiciones de intervenciones que pueden ser llevadas a cabo en los diferentes países; éstas serán analizadas más de cerca, cuando los datos nuevos estén disponibles.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 607-608 Año LXI.–Mayo-junio 1987

Consulta sobre aspectos económicos de la prevención de la enfermedad e incapacidad

Copenhague 2-4 julio 1986

ICP/MPN 511 (S) 8445 E:
2 abril 1987
Original: Inglés

INFORME-RESUMEN

La prevención de enfermedad e incapacidad es una gran parte de la estrategia europea para la salud para todos. El progreso ha sido lento, en parte debido a la falta de argumentos económicos convincentes en favor de la prevención. En esta consulta informal se reunieron economistas, epidemiólogos y otros profesionales sanitarios para revisar métodos de estudiar y usar los aspectos económicos de los programas de prevención.

Conclusiones

Los programas preventivos son perfectamente susceptibles de análisis económico. Realmente, los políticos pedirán cada vez más pruebas de su valor económico. La prevención «es rentable» si mantiene la salud con menos gastos, mejora la salud sin añadir coste o justifica costes adicionales por mejoras medibles para la salud y la calidad de vida. No puede suponerse que la mayoría de los programas preventivos reduzcan los costes sanitarios. Reducir los costes es permisible sólo cuando no sufren la eficacia, el beneficio o la utilidad de los programas.

La eficiencia económica es más que la descripción de los costes de los programas, liga costes con consecuencias y está sujeta al interjuego de oportunidades, incentivos y restricciones. Hay una serie de técnicas bien establecidas para realizar la evaluación económica y relacionar coste con eficacia, utilidad en beneficios y equidad.

Los análisis económico y epidemiológico se dificultan cuando los programas de prevención no tienen objetivos claros y cuando el análisis no forma parte de un programa desde el comienzo. Los objetivos deberían establecerse

claramente. ¿Qué se debe hacer, para quién, dónde, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo? ¿Qué recursos deben usarse? ¿Qué resultados se esperan y cuándo deben aparecer?

Una serie de estudios económicos han influido sobre la política de vacunación y cribado. Los estudios económicos de cambios en estilo de vida y ambiente son menos frecuentes y generalmente de inferior calidad y faltan estudios económicos sobre la prevención de incapacidades y *handicaps*. En las áreas de estilos de vida sanos y de rehabilitación deberían considerarse los beneficios inmediatos y los costes de los programas para el individuo (aspectos del consumo).

La evaluación de intervenciones comunitarias multifactoriales requiere innovación y experimentación. La casuística controlada puede no ser siempre el mejor método cuando un proyecto desea demostrar cosas tales como la posibilidad de alcanzar el apoyo popular y cambiar la conducta.

Hay una falta general de datos acerca de los efectos de prevención, aunque medirla no es, en principio, más difícil que medir los efectos de otros programas sanitarios.

Recomendaciones

1. Deberían hacerse más análisis económicos de prevención para suplementar el trabajo hecho en epidemiología y otras ciencias cuantitativas y sociales.
2. La agencias que financien la investigación deberían exigir que se incluya un economista en la evaluación de los programas de prevención y deberían dedicar suficientes recursos para el estudio de los aspectos económicos de estos programas.
3. Los Gobiernos y las Comunidades deberían invitar a los economistas a aconsejar en política y acción en programas a gran escala de promoción de la salud y estilos de vida basados en la Comunidad.
4. La Oficina Regional para Europa de la OMS debería considerar el hacer valoraciones de los aspectos económicos de todos los proyectos de prevención, especialmente el programa nacional integrado de intervención en enfermedades no transmisibles (CINDI) y el Proyecto de Ciudades Sanas y establecer un grupo de trabajo de economistas y otros para desarrollar un manual de evaluación económica dentro de programas con base comunitaria.
5. La Oficina Regional debería considerar también invitar a los economistas a llevar a cabo una valoración de los aspectos económicos de las metas europeas de salud para todos, asegurando que el personal se familiarice con lo esencial de la economía de la salud, y continuar estimulando la formación de economistas sanitarios y los trabajadores sanitarios en los Estados miembros.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 609-644 Año LXI.–Mayo-junio 1987

COMUNICADOS DE PRENSA

XL ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

APERTURA EN GINEBRA DE LA 40 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. (Comunicado WHA/1. 23 de abril de 1987.)

En el centro de los debates: El programa presupuestario de la OMS en período de crisis financiera.

Cerca de 1.200 delegados representantes a los 166 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunirán en Ginebra en el marco de la 40 Asamblea Mundial de la Salud, cuyos trabajos comenzarán en el Palacio de las Naciones el lunes 4 de mayo a mediodía con una duración de dos semanas.

El orden del día de la asamblea está centrado en el examen del proyecto de programa de presupuesto de la OMS, de un montante de 633.980.000 dólares para el año 1988-1989, en el momento en que la Organización ha sido golpeada de lleno por la crisis financiera.

Según el doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS, al menos el 10 por 100 de las actividades propuestas en el programa de la Organización no podrán, probablemente, ser llevadas a cabo por falta de fondos.

En su introducción a lo que el calificó de «presupuesto fantasma», el doctor Mahler hizo observar que «al menos de un cambio radical, tendremos que esperar que las recaudaciones que provienen de las contribuciones fijadas acusen un déficit enorme». Según los responsables económicos de la sede ginebrina de la OMS, el 27 por 100 de las contribuciones debidas por los gobiernos para 1986, no han sido pagadas hasta el momento.

Se han adoptado ya medidas de urgencia por parte del director general que se ha visto obligado a reducir a 35 millones de dólares (es decir, un 6 por 100 del presupuesto ordinario) las cantidades dedicadas a la puesta en marcha del programa de presupuesto para 1986-1987, mientras que se ha previsto una reducción de 50 millones de dólares para 1988-1989.

El orden del día de estas dos semanas de reunión incluye 34 puntos que cubren el conjunto de los aspectos técnicos y administrativos de las actividades de la Organización Mundial de la Salud.

La situación mundial en materia de SIDA será objeto de una presentación especial por parte del doctor Mahler, así como por parte del doctor Jonathan Mann, director del programa especial de la OMS de lucha contra el SIDA.

Esta presentación tendrá lugar el martes 5 de mayo, a las diecisiete treinta horas. El problema del SIDA se discutirá igualmente por la comisión A.

Las discusiones técnicas que tienen por tema «El apoyo económico a las estrategias nacionales de la salud para todos» se desarrollarán durante las mañanas del miércoles 6, jueves 7 y viernes 8 de mayo.

Entre los otros puntos abordados por la Asamblea Mundial de la Salud hay que rehabilitar el proyecto del octavo programa general de trabajo de la OMS (para el período de 1990-1995), un informe de situación sobre la estrategia mundial de la salud para todos para el año 2000 y un estudio del programa de la OMS de lucha contra las enfermedades diarreicas. Cinco premios destinados a recompensar las actividades en el campo de la salud serán por otra parte entregados durante la asamblea.

La sesión de apertura de la 40 Asamblea Mundial de la Salud estará presidida por el doctor Zeid Hamzeh, ministro de Sanidad de Jordania y presidente de la 39 Asamblea Mundial de la Salud.

APERTURA EN GINEBRA DE LA 40 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. EL DOCTOR VAN LONDEN (PAISES BAJOS) ELEGIDO PRESIDENTE. (Comunicado WHA/2. 4 de mayo de 1987.)

La Asamblea Mundial de la Salud que fue inaugurada hoy en Ginebra ha elegido al doctor Johan van Londen, director general de Salud Pública de los Países Bajos, presidente de su 40 sesión. Sucede al doctor Zeid Hamzeh, ministro de Sanidad de Jordania, que presidió la 39 Asamblea Mundial de la Salud en 1986.

Los delegados que representaban la mayor parte de los 166 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud han elegido, igualmente el grupo siguiente:

Vicepresidente de la Asamblea

Mme. Pilar Djombe de Mbuamangongo (Guinea Ecuatorial).
Dr. Emmanuel Hosein (Trinidad y Tobago).
Dr. Li Jong Ryul (República Popular Democrática de Corea).
M. Taieb Bencheikh (Marruecos).
Dr. H. Johar Noordin (Brunei Darussalam).

Comisión A

Presidente: Dr. S. D. Malinga Fernando (Sri Lanka).

Comisión B

Presidente: Dr. Robert W. Cumming (Australia).

En su discurso de apertura de esta 40 Asamblea Mundial de la Salud, el presidente, al despedir al doctor Hamzeh, señaló, una vez más, la importancia de la estrategia de salud para todos en el año 2000 adoptada por la OMS.

Reveló que las discusiones sobre el papel de la cooperación intersectorial en las estrategias nacionales de salud para todos habían puesto en evidencia la importancia del apoyo que otros sectores podían aportar al sector de salud. Las discusiones técnicas de este año se desarrollarán del 6 al 8 de mayo sobre el tema del apoyo económico a las estrategias nacionales de la salud para todos.

Tomando la palabra en nombre del secretario general de las Naciones Unidas, el coordinador de las ayudas en caso de catástrofe, el señor Essaafi, leyó un mensaje del señor Pérez de Cuéllar subrayando la excelente reputación adquirida por la OMS desde hace muchos años y la larga lista de las luchas ganadas contra la enfermedad, pero también el desafío lanzado por los males nuevos tales como el SIDA que vienen a hacer más pesada la tarea de la Organización. El mensaje expresaba a este efecto la completa solidaridad del conjunto del sistema de las Naciones Unidas con la OMS en la lucha contra este nuevo azote.

Dirigiéndose a continuación a la Asamblea en nombre de las autoridades suizas y ginebrinas la señora Dominique Föllmi, consejera de Estado del Cantón de Ginebra encargada del Departamento de Instrucción Pública, se mostró inquieta por asistir en los finales de los años ochenta «a una pérdida grave del sentido de solidaridad», añadiendo: «Esta desagregación del tejido social internacional, esta forma de ahogo, es decir, de agotamiento, de impulsos generosos, este repliegue sobre sí mismo en el nivel de las grandes naciones industriales debe ser absolutamente combatido con armas eficaces.»

Biografía sumaria del presidente de la 40 Asamblea Mundial de la Salud

El doctor Johan van Londen nació en 1931. Hizo sus estudios de medicina en la Universidad municipal de Amsterdam. Después de haber obtenido su diploma de medicina estudió Medicina clínica en Rotterdam. Especialista en Neurología y en Psicopatología, está en activo en estos dos campos desde 1964.

El doctor Van Londen ocupa el puesto de director general de Salud Pública de los Países Bajos desde 1978. Es autor de numerosas publicaciones en el campo de la Psiquiatría social, de la salud mental, de la medicina preventiva, así como en la estructura y funcionamiento de los servicios de salud.

ENTREGA DE CINCO PREMIOS EN LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. (Comunicado WHA/3. 7 de mayo de 1987.)

Premio de la Fundación Leon Bernard

El doctor Johan van Londen, presidente de la 40 Asamblea Mundial de la Salud entregó en el día de hoy el prestigioso Premio de la Fundación «Leon Bernard» para 1987 a sir John Reid (Reino Unido) por sus eminentes servicios en el campo de la medicina social.

Miembro de la delegación del Reino Unido, desde 1972, participó activamente en los trabajos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aportó una inmensa contribución a la salud internacional en general.

Sir John Reid nació en Escocia y fue igualmente en Escocia donde obtuvo su diploma de Medicina en la Universidad de St. Andrews. Trabajó como médico del Condado (Country Medical Officer of Health) en Northamptonshire y en Buckinghamshire. Participó, igualmente, en la creación de los servicios de salud para una de las «nuevas ciudades» más grandes del Reino Unido, Milton Keynes.

Fue en 1972 cuando sir John Reid comenzó a ocuparse de las cuestiones de sanidad internacional, como médico-jefe adjunto del departamento de Salud y Seguridad Social de Londres, llegó a ser miembro de la delegación del Reino Unido en la Asamblea Mundial de la Salud, así como del Consejo ejecutivo de la OMS. Ocupó desde 1973 a 1975 la función de vicepresidente del Consejo y desde 1978 a 1979 la de presidente. Además de su participación en reuniones oficiales de la OMS, sir John Reid ha sido varias veces consultor de la Organización.

En 1977, se pidió a sir John Reid que volviera a Escocia con el fin de ocuparse, en calidad de médico-jefe de la planificación de los servicios de salud y del lanzamiento de nuevos enfoques en materia de cuidados de salud. Entonces aportó su apoyo y su participación en los estudios sobre mortalidad infantil y perinatal, y forjó lazos entre Escocia y Finlandia para el estudio de problemas comunes de salud.

Cuando dejó este puesto en 1985, sir John fue nombrado consejero de Salud Internacional en el Departamento de Salud y Seguridad Social de Londres. Es también gobernador y vicepresidente del Consejo de administración de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

Premio de la Fundación «A. T. Shousha»

El premio de la Fundación «Sousha» se entrega cada año, durante la Asamblea Mundial de la Salud a una persona que haya aportado una contribución particularmente notable al estudio de un problema de salud «en una zona geográfica donde el doctor A.T. Shousha sirvió a la Organización Mundial de la Salud».

El Consejo ejecutivo, durante su 79 sesión, atribuyó el premio para 1987 al profesor Ahmed Mohamed El-Hassan, del Sudán.

El profesor El-Hassan fue director de la investigación, de las traducciones y de las publicaciones en la Facultad de Medicina y de Ciencias Médicas de la Universidad del Rey Fayçal, en Arabía Saudita. En 1984 fue nombrado presidente del departamento de Anatomía Patológica de esta misma facultad.

Sus investigaciones han sido realizadas en los campos más variados, principalmente sobre la leishmaniosis, la esquistosomiosis, la tuberculosis,

las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. También por iniciativa del profesor El-Hassan se llevó a cabo la creación, a principios de los años ochenta, de la sociedad sudanesa de la bilarziosis.

Medalla de la Fundación «Jacques Parisot»

La beca de la Fundación «Jacques Parisot» se atribuye cada dos años a investigaciones en medicina social y en salud pública en cada una de las regiones de la OMS, por orden de inscripción. Era esta vez el turno de la región europea y el Consejo ejecutivo reunido en enero de 1986, propuso que la beca se atribuyera a la doctora Pamela Mary Enderby, del Departamento de Logoterapia del Frenchay Hospital de Bristol, Reino Unido.

La doctora Enderby trabaja desde 1970 en el campo de la foniatría y ha dedicado un cierto número de publicaciones a este tema. Indicó que deseaba utilizar la beca para elaborar directrices destinadas a la educación para la salud con el fin de que la gente esté en condiciones de ayudar a las personas afectadas de trastornos del lenguaje. La aceptación y la integración en la colectividad de las personas afectadas de esta incapacidad constituyen en efecto un problema que ha estado un tanto descuidado pese a que se plantea en todos los países del mundo.

Premio de la Fundación para la «Salud del Niño»

El premio de la Fundación para la «Salud del Niño» que ha sido otorgado por tercera vez, se ha concedido este año al profesor José R. Jordán, de Cuba, de acuerdo con la decisión tomada por el Consejo ejecutivo en su 79 sesión de enero de 1987.

Nacido en 1920, el profesor Jordán obtuvo su diploma de médico en 1944 en La Habana. En 1955 creó el primer servicio hospitalario para el tratamiento de niños afectados de enfermedades diarreicas agudas. El éxito de esta iniciativa, desde el punto de vista de la reducción de la mortalidad, llevó, a continuación, a adoptar este tipo de instalaciones a todos los hospitales pediátricos del país.

Además del destacado papel que jugó en el desarrollo de la educación para la salud en Cuba, el profesor Jordán ha publicado más de 100 artículos en revistas pediátricas o actas de congresos de Pediatría, así como dos libros titulados «Nutrición y régimen alimentario de los niños» y «Desarrollo humano en Cuba». Un tercer libro titulado «Crecimiento de los niños» se encuentra actualmente en prensa.

El profesor Jordán se ocupa actualmente de la cátedra de pediatría del Instituto de Ciencias Médicas de La Habana y es el investigador principal en materia de crecimiento y de desarrollo en el centro colaborador de la OMS de la capital cubana.

Premio «Sasakawa» para la salud

Creado en 1985, el premio «Sasakawa» para la salud tiene por objetivo recompensar trabajos innovadores en materia de desarrollo sanitario y estimular el desarrollo ulterior de estos trabajos. Se ha entregado este año a la hermana Marie Joan Winch, de Australia.

La hermana Marie Joan Winch es una enfermera comadrona calificada, que no ha cesado de actuar a lo largo de los diez últimos años para mejorar las condiciones sanitarias de los aborígenes, así como para una mejor comprensión entre las comunidades aborígenes y blancas de Australia.

La hermana Marie Joan Winch es titular de un diploma de Ciencia aplicada del Instituto de Tecnología del Oeste de Australia. Ocupa actualmente el puesto de coordinador de los programas de educación para la salud, administrados por las comunidades aborígenes bajo los auspicios del servicio médico para los aborígenes de Perth, en Australia occidental.

EL DIRECTOR GENERAL DE LA OMS ABOGA POR LOS VALORES HUMANOS. (Comunicado WHA/4. 8 de mayo de 1987).

El doctor Halfdan Mahler, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), subrayó la necesidad de un sistema de valores humanos en el mundo de hoy. El doctor Mahler se dirigía a la 40 Asamblea Mundial de la Salud en relación con la conclusión del debate concerniente a su informe sobre la actividad de la OMS en 1986 y el informe de situación sobre la estrategia mundial de la «salud para todos en el año 2000».

Hablando de las discusiones técnicas que giraron sobre los aspectos económicos de la estrategia de la «salud para todos», el doctor Mahler declaró: «Si ustedes miden el éxito a partir exclusivamente de la realidad económica, entonces, exterminad a las personas de edad, exterminad a los débiles, exterminad a los deficientes: ¡Deshagámonos de los males de la sociedad eliminando a sus víctimas!

¿Piensan ustedes que se trata de una pura fórmula retórica? ¿Esto no se ha producido durante nuestro siglo? La historia reciente debería habernos enseñado hasta qué punto es importante reducir los valores económicos por valores sociales, valores humanos, por la compasión para la desesperanza de los olvidados de la salud».

El director general de la OMS precisó que estaba profundamente emocionado por las declaraciones de los delegados de varios países en desarrollo en lo relativo a los efectos nefastos de la recesión económica sobre la salud de sus poblaciones, pero trató de señalar que se constata una gran abundancia en algunos países que, precisamente, estiman encontrarse en plena crisis.

«¿La conducción de los asuntos humanos debería seguir ciegamente indicadores económicos caóticos o inspirarse más bien en objetivos y desafíos

a los cuales el hombre está verdaderamente enfrentado?», preguntó Mahler. Subrayó el hecho de que la comunidad internacional disponía en el seno de la OMS de un sistema de valores centrado sobre el ser humano: El objetivo de la «salud para todos en el año 2000» y la estrategia que permita alcanzarlo. Describió esta estrategia como «un desafío fantástico» y prosiguió diciendo: «Hacemos progresos constantes, yo diría incluso progresos considerables en numerosos países.»

Añadió que era precisamente en períodos de recesión económica cuando los menos privilegiados tenían el riesgo de ser afectados en su salud e indicó que el programa presupuestario de la OMS, si está correctamente utilizado, podía ser «una poderosa palanca para movilizar la energía de los individuos, así como los recursos nacionales e internacionales».

Mientras que la discusión relativa a la situación financiera de la OMS proseguía, el director general colocó a los delegados ante una alternativa diciendo: «Ustedes pueden mostrar su solidaridad en relación con el sistema de valores de la OMS y su determinación a darse los medios de mantener viva y vigorosa la Organización o bien pueden manifestar su falta de confianza en lo que ustedes mismos crearon. En otros términos, ¿quieren ustedes que la salud para todos en el mundo llegue a ser una realidad? ¿O van ustedes a paralizar la acción que permitiría esta realidad, de la misma forma que el escorpión traspasa con su aguijón su propio cuerpo?...

40 aniversario

El doctor Mahler confirmó que la OMS tenía la intención de celebrar en 1988 el 40 aniversario de la OMS, así como el 10 aniversario de la declaración de Alma-Ata convirtiéndose en todo el mundo en el portavoz de la política de salud que llevan conjuntamente todos los Estados Miembros. Declaró a los delegados: «Espero que ustedes reflexionarán sobre los mensajes que se deducen de esta política colectiva, que a ustedes les gustará transmitirla a sus poblaciones durante todo el año 1988 y que tomarán las medidas necesarias. Espero que adoptarán métodos que permitirán que estos mensajes lleguen a ser elementos permanentes de sus sistemas de salud, con el fin de que ustedes mismos y los pueblos que representan les aporten un apoyo mutuo para seguir sin interrupción esta magnífica aventura de la salud y del desarrollo».

El director general concluyó sus puntualizaciones diciendo «celebremos estos aniversarios no mediente votos superficiales, sino por la confirmación e intensificación de nuestro compromiso en la vía que hemos escogido. Hagámoslo de manera que podamos conservar e incluso aumentar la confianza concedida a vuestra organización, la única organización en sí misma capaz de conducir a los pueblos del mundo por este camino. Hagámoslo demostrando mediante nuestras acciones que nuestros conceptos son válidos y que sabemos realizarlos de manera concreta y eficaz».

SIDA: LA OMS PRECONIZA LA PREVENCION. (Comunicado OMS/5, 11 de mayo de 1987.)

El doctor Jonathan Mann, director del programa especial de la OMS de lucha contra el SIDA, ha declarado hoy en Ginebra que la Organización Mundial de la Salud (OMS) no tenía conocimiento de datos científicos que apoyaran la tesis según la cual el programa mundial de erradicación de la viruela hubiera podido estar ligado a la epidemia del SIDA. Las alegaciones que establezcan una relación entre el SIDA y la viruela reúnen otras numerosas teorías y especulaciones sin fundamento, relativas a los orígenes del SIDA.

La viruela era un azote desde tiempos antiguos y la vacuna antivariólica fue utilizada muy ampliamente en numerosas regiones del mundo a lo largo de los dos pasados siglos. Durante todo este tiempo ni el virus de la viruela ni el virus utilizado para preparar la vacuna antivariólica han sido jamás asociados a brotes de otras enfermedades. La única consecuencia conocida del programa de erradicación de la viruela fue la erradicación efectiva de la enfermedad.

Sobre el mapa del mundo, la distribución geográfica de los programas de erradicación de la viruela y la distribución geográfica del SIDA no coinciden. En Asia, donde centenas de millones de vacunaciones antivariólicas fueron efectuadas desde 1967 hasta 1972, el SIDA sigue siendo raro. Por el contrario, los Estados Unidos que viven una epidemia considerable de SIDA erradicaron la viruela hace ya muchos años. En Africa occidental, se ha utilizado un número de dosis de vacuna antivariólica tan grande como en Africa central y, sin embargo, el SIDA está menos extendido en Africa occidental que en Africa central.

Así que, como ha subrayado la 40 Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Ginebra, la comunidad internacional debe dedicarse a limitar la propagación del SIDA más que a elucubrar especulaciones relativas a sus orígenes.

Y añadió aún el doctor Mann que debido a la confusión que pueden entrañar teorías sin fundamento, así como las numerosas inexactitudes que contienen, es imperativo que las informaciones científicas cualesquiera que sean, que pudieran aclarar las hipótesis presentadas, sean sometidas rápidamente a un examen científico internacional escrupuloso y abierto.

DIEZ NUEVOS MIEMBROS EN EL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS. (Comunicado WHA/6, 13 de mayo de 1987.)

La 40 Asamblea Mundial de la Salud eligió hoy los diez estados miembros siguientes habilitados para designar una persona para ocupar un lugar en el Consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Lista por región geográfica y por orden alfabético.

Africa: Malawi, Mali, Mauricio, Mauritania.
América: Brasil.
Asia del sudeste: Bangladesh.
Europa: Italia, Suecia.
Mediterráneo oriental: Jordania.
Pacífico occidental: Japón.

Estas personas entrarán en función inmediatamente después de la clausura de la 40 Asamblea Mundial de la Salud.

La composición del Consejo ejecutivo hasta el fin de la presente Asamblea Mundial de la Salud es la siguiente; los nombres de los países cuyo mandato expira están en cursiva:

AFRICA: *Costa de Marfil, Guinea, Guinea Ecuatorial, Kenya,* Lesoto, Liberia y Madagascar.

AMÉRICA: Canadá, Cuba, *Ecuador,* Estados Unidos de América, Guayana y Mexico.

ASIA DEL SUDESTE: Indonesia, Sri Lanka y *Tailandia.*

EUROPA: República Federal de Alemania, Francia, *Hungría,* Malta, Polonia, *Reino Unido de Gran Bretaña y de Irlanda del Norte* y Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas.

METIDERRÁNEO ORIENTAL: Arabia Saudita, Chipre, *Egipto,* Líbano y Yemen Democrático.

PACÍFICO OCCIDENTAL: Australia, China y *República de Corea.*

LA ECONOMIA DE LA SALUD PARA TODOS ES UN ASUNTO DE TODOS. (Comunicado WHA/7, 13 de mayo de 1987.)

«La salud es un asunto de todos: Del individuo, de la comunidad y de los poderes públicos. Frente a la amplitud y la urgencia de la tarea a cumplir para instaurar la "Salud para todos" y, en particular, para asegurar un apoyo económico adecuado a este desafío, el compromiso de todos es indispensable». Tal es sin duda la principal conclusión presentada hoy en la 40 Asamblea Mundial de la Salud a continuación de las discusiones técnicas que han tenido como tema «el apoyo económico a las estrategias nacionales de la Salud para todos» y colocadas bajo la presidencia del doctor Aldo Neri (Argentina). Más de 420 participantes, de los que 30 eran ministros representando los sectores de salud, de planificación, de desarrollo y de finanzas, así como organismos bilaterales y multilaterales, organizaciones no gubernamentales e instituciones universitarias, han participado en estas discusiones.

Cuatro grupos de trabajo han debatido las principales cuestiones relativas a los cuatro grandes campos de discusión: Políticas económicas orientadas hacia la igualdad en materia de salud, planificación financiera, movilización de los recursos y mejora de la utilización de los recursos.

A lo largo de sus intercambios, los participantes han constatado, principalmente, que la recesión económica que dura desde el principio de los años ochenta ha entrañado un descenso del nivel de vida y una acentuación de la probreza en muchos países. Aparece además que «los progresos técnicos y científicos sin precedente que han sido realizados no han permitido todavía mejorar las condiciones de vida de la mayoría de las gentes». «El presupuesto de salud ha sido reducido en numerosos países en el mismo momento en que se tenía necesidad de recursos suplementarios para poner en marcha sistemas nacionales de salud, fundados sobre cuidados de atención primaria.» Además «la reducción del presupuesto de salud ha afectado frecuentemente puntos clave como medicamentos, equipo, las comunicaciones y el transporte, poniendo así gravemente en peligro los cuidados de salud esenciales».

Esta evolución parece tanto más preocupante cuando se ha señalado una vez más que la equidad era la base del sistema de valor establecido por el objetivo de Salud para todos. Por otra parte, aunque la distribución de los ingresos y de las ventajas que la equidad supone constituye un objetivo aceptable del desarrollo en todos los países, es más fácil de realizar en período de fuerte crecimiento económico pero, por el contrario, muy difícil en período de recesión. La mayor parte de los países pobres se encuentran además enfrentados a un dilema: Invertir directamente en la salud o indirectamente en sectores que están ligados a ella, como ocurre, por ejemplo, en alimentación o en el aprovisionamiento de agua.

Frente a esta realidad incontrovertible, los participantes han recomendado principalmente que «en el marco de la cooperación mundial y en un espíritu de solidaridad internacional, los países ricos pongan recursos a disposición de los países pobres sobre una base planificada para ayudarles a mejorar la calidad de vida de los más vulnerables». A este efecto ha sido igualmente recomendado a los países «vigilar el estado de salud y el bienestar de los grupos de población más disminuidos por medio de indicadores de la calidad de vida».

Participación de los ministerios de Economía y Finanzas

En lo que se refiere a la puesta en marcha de las estrategias se observó que muy pocas iniciativas nuevas habían sido tomadas hasta el momento en numerosos países para que una movilización de los recursos disponibles fuese organizada en el interior de los países y pudiese tener un impacto a escala nacional sobre los servicios de salud. Esta constatación ha llevado, principalmente a los participantes, a recomendar a los gobiernos que «las políticas sanitarias sean planificadas, negociadas y puestas a punto con la participación de los ministerios de Economía y Finanzas así como los de Planificación y

otros sectores interesados». A la OMS se le ha pedido, por otra parte, que promueva a nivel internacional el diálogo entre estos diferentes ministerios.

El informe sometido a la Asamblea presenta algunas contradicciones. En efecto, varios países han hecho notar que se lamentaban a veces de falta de recursos, mientras que, al mismo tiempo, había un desperdicio evidente de recursos tanto humanos como materiales. Entre las medidas llevadas a cabo para mejorar la situación, se observó que, si bien la privatización podía contribuir a aumentar la eficacia de los servicios de salud, tenía el riesgo también de dividir a la población en grupos privilegiados y desfavorecidos. Por otra parte, cada vez más los gobiernos experimentan dificultades para asegurar servicios de salud gratuitos al conjunto de la población; de ahí, la idea expresada con frecuencia, de pedir al menos una participación, entre otras, financiera, a los individuos y comunidades que tienen los medios. Cualquiera que sea la financiación de la Salud para todos exigirá la movilización de nuevos recursos que provengan, ya sea de los propios países, ya sea de organismos de asistencia exterior. La movilización nacional de los recursos no podrá, sin embargo, hacerse sin sacrificios suplementarios por parte de los individuos y de las colectividades.

Apareció durante estas Discusiones Técnicas que la mayor parte de los países han progresado poco en la reorientación de los sistemas clásicos de cuidados de salud hacia sistemas sólidamente fundados sobre los cuidados de atención primaria. Se trata en sí de una causa de desperdicio de recursos, pues se privilegian los cuidados curativos y se concentran los recursos sobre la enfermedad, una vez que ha aparecido, en lugar de invertir en la prevención y promoción de la salud.

Una de las recomendaciones formuladas insiste en la importancia de la información y de la educación para la salud «que debería dirigirse hacia la mejor apreciación por parte del público de los servicios de atención primaria de salud, comprendidos en ellos los que están disponibles en el seno de la comunidad, como las prestaciones a domicilio y los cuidados ambulatorios. Esfuerzos especiales deberían hacerse, por otra parte, para informar a las gentes de los ahorros personales que se pueden realizar gracias a medidas de prevención y a una mejor utilización de los servicios y de las tecnologías sanitarias».

El doctor Johan Van Londen, presidente de la 40 Asamblea Mundial de la Salud, estimó que estas discusiones habían respondido, al permitir un diálogo franco y libre, sin ninguna duda, a la necesidad que los Estados experimentan, en este período de dificultades financieras, de atacar eficazmente el problema de saber cómo financiar las estrategias nacionales de la Salud para todos y de cómo utilizar de la mejor forma los recursos disponibles. Señaló igualmente que la notable documentación de base puesta a la disposición de los participantes les había ayudado considerablemente a clarificar las cuestiones discutidas y a proponer medidas que se dirigieran a permitir una mejor movilización de los recursos.

PROGRAMA ESPECIAL DE LA OMS CONTRA EL SIDA: PLENO APOYO DE LOS ESTADOS MIEMBROS. «El acento se puso sobre el papel rector y coordinador de la OMS. (Comunicado WHA/8, 14 de mayo de 1987.)

La 40 Asamblea Mundial de la Salud reunida en Ginebra expresó su apoyo total al director general de la Oganización Mundial de la Salud (OMS) y al programa especial de lucha contra el SIDA, por la rapidez y la eficacia con que la Organización ha reaccionado a la situación de urgencia creada por el SIDA en el mundo.

El problema del SIDA fue examinado por una de las principales comisiones de la asamblea durante un debate en el curso del cual 55 delegados tomaron la palabra con el fin de expresar su satisfacción por la rapidez de acción de la OMS a lo largo del año transcurrido y sus preocupaciones en relación con la epidemia. Describieron igualmente los programas emprendidos en sus respectivos países.

La asamblea examinará una resolución sobre la estrategia mundial de la lucha contra el SIDA propuesta por 61 delegaciones y aprobada por unanimidad por la comisión A. La resolución reafirma que la información y la educación del público sobre el tema de las formas de transmisión, así como la disponibilidad y utilización de sangre y de productos sanguíneos sin peligro y el respeto a las reglas de la asepsia, son las únicas medidas susceptibles de limitar la extensión del SIDA. Recomienda, por otra parte, que los países integren sus programas de lucha contra el SIDA en los sistemas existentes, fundados sobre los cuidados de salud en atención primaria.

La resolución pide encarecidamente a la OMS que continúe desempeñando su papel director y coordinador de la lucha enérgica comprometida de urgencia contra el SIDA a escala mundial; aprueba la puesta en marcha de un programa especial de lucha contra el SIDA y subraya su carácter altamente prioritario, y aprueba igualmente la estrategia mundial elaborada para combatir el SIDA.

A los estados miembros se les pide encarecidamente que cooperen los unos con los otros e intercambien libremente con la OMS todos los datos relativos al SIDA y a las infecciones relacionadas con ése. La resolución invita a los estados miembros a proporcionar contribuciones voluntarias en especie y en dinero, para la puesta en marcha de la estrategia mundial. Se pidió a las organizaciones no gubernamentales y benévolas que aportaran igualmente su apoyo a la lucha contra el SIDA en el mundo, conforme a la estrategia mundial de la OMS.

En conclusión, la resolución ruega al director general de la OMS que vele para que la estrategia mundial de lucha contra el SIDA sea efectivamente puesta en marcha en todos los niveles de la Organización, con el fin de contener, de reducir progresivamente y de parar la propagación de la

infección. Al director general se le pide igualmente que consolide el papel rector y coordinador de la OMS a escala internacional en apoyo de los programas nacionales de lucha contra el SIDA y que continúe buscando fondos extrapresupuestarios para la puesta en marcha de la estrategia mundial de lucha contra el SIDA. Por otra parte, convendrá continuar elaborando estrategias eficaces de prevención de la transmisión del SIDA que comporten principalmente investigaciones sociales y comportamentales e insistan sobre el papel de las mujeres en la prevención de la transmisión.

CLAUSURA DE LA 40 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. La OMS desafía la tempestad financiera. (Comunicado WHA/9, 15 de mayo de 1987.)

La 40 Asamblea Mundial de la Salud que concluyó sus trabajos hoy en Ginebra, bajo la presidencia del doctor Johan Van Londen (Países Bajos) aprobó un presupuesto efectivo de 633,98 millones de dólares para 1988-1989. Este presupuesto era ligeramente inferior en términos reales al de 1986-1987 y el aumento nominal de aproximadamente 90 millones de dólares era debido a la tasa de cambio del dólar de los Estados Unidos, así como a otros aumentos de los costos que se derivan principalmente de la inflación.

El secretario ha sido felicitado por el ejemplar sentido de la responsabilidad demostrado en la preparación del presupuesto que le ha permitido, a pesar de un crecimiento cero, incrementar su apoyo a los programas de salud a nivel de los países.

La tempestad financiera fue provocada por la baja constante del dólar de los Estados Unidos, así como por el hecho de que este país, el mayor contribuyente, no ha pagado una parte importante de su contribución al presupuesto.

El delegado de los Estados Unidos indicó que aquello no significaba en absoluto que la imagen de la OMS estuviera empañada en su país. Muy al contrario, su gobierno estaba muy satisfecho de las actividades de la OMS; su delegación votaba, pues, a favor del presupuesto. Expresó, igualmente, su gran satisfacción por el papel jugado por el director general y esperaba que los montantes debidos pudieran ser pagados antes de finales de 1987.

El grupo de los países de América Latina cuyo portavoz era Chile, manifestó su apoyo a las actividades de la OMS, pero indicó que estos países no estaban en condiciones de aportar contribuciones de un nivel superior al de 1986-1987, debido a graves dificultades económicas y financieras que atravesaban y a su considerable deuda exterior.

El embajador de Chile subrayó que, posiciones dirigidas en el mismo sentido serían tomadas en otras instituciones del sistema de Naciones Unidas. Este grupo de países hizo algunas sugerencias principalmente: 1. Medidas especiales deberían ser introducidas para reducir las

contribuciones de los países en desarrollo tomando en consideración su situación financiera crítica, y 2. La sede de la OMS debería ser transferida de Ginebra hacia un país donde la vida fuera menos cara. Reiterando su pleno apoyo a la OMS y a su proyecto de programa presupuesto con el fin de alcanzar la «Salud para todos en el año 2000», numerosos países de todas las regiones expresaron su comprensión hacia los puntos de vista formulados por el grupo latino-americano. Se convino que estas sugerencias, así como la de otros delegados que ponían el acento sobre las prioridades y en la disminución de la carga financiera que pesa sobre los estados miembros, sean examinadas por el Consejo ejecutivo de la OMS en enero de 1988.

Desequilibrio del personal de salud

Treinta y seis delegados, tanto de los países industrializados como de los países en desarrollo, han tomado la palabra en relación con los graves problemas que plantea el desequilibrio del personal de salud en sus países. Los delegados han revelado que existe una penuria de ciertas categorías de agentes de salud en numerosos países, pero, entre éstos, algunos disponen de un número demasiado elevado de profesionales de salud, tales como médicos y dentistas. Esta situación entraña el paro y la emigración.

La Asamblea adoptó una resolución que pide a los países la aplicación de urgencia de las medidas propias para asegurar la producción del personal de manera que pueda adaptarse la oferta y la distribución a la demanda prevista de prestaciones. La resolución pide igualmente con insistencia a los países que velen para que el personal de salud sea no sólo correctamente planificado y formado, sino también juiciosamente administrado, comprendiendo en ello la mejora de planes de organización de las carreras y de incitación.

Cooperación para la salud en el Caribe

La Organización felicita a los 18 países anglófonos de la subregión del Caribe por el lanzamiento de su iniciativa de cooperación para la salud. La finalidad de esta empresa común es mejorar los servicios de salud y las condiciones del medio ambiente que están amenazadas por la crisis económica que afecta actualmente a la subregión. La Asamblea invita a los países y a la OMS a apoyar esta iniciativa de cooperación con el fin de resolver los problemas sanitarios y medioambientales de la subregión del Caribe y de movilizar los recursos en su favor.

Somalia

Teniendo en cuenta el hecho de que 1,6 millones de personas, de las cuales 700.000 niños, han sido afectadas por la sequía en Somalia, que 800 personas han muerto ya y que la situación se degrada rápidamente, la Asamblea ruega

a los estados miembros y a las organizaciones internacionales que participen en el esfuerzo concertado, destinado a atenuar los esfuerzos negativos de la sequía sobre la población de Somalia.

Cuarenta aniversario de la OMS

En 1988 habrán transcurrido cuarenta años desde la creación de la Organización Mundial de la Salud. La Asamblea está orgullosa con razón de los resultados obtenidos hasta aquí bajo la dirección y orientación de la OMS, en numerosos campos del desarrollo sanitario, como ilustra la erradicación definitiva de la viruela en 1977.

Invita a todos los gobiernos a sacar el mejor partido posible del 40 aniversario de la OMS con el fin de despertar el interés de todos –del hombre de la calle hasta el más alto responsable político– por las realizaciones anteriores, así como por las aspiraciones presentes y futuras de la Organización Mundial de la Salud mediante manifestaciones adecuadas, celebraciones y difusión de informaciones.

Salud maternal y maternidad sin riesgo

Al haber observado que en numerosos países en desarrollo las tasas de mortalidad y de morbilidad maternal son extremadamene elevadas y representan en ocasiones más del 50 por 100 del total de fallecimientos entre mujeres en edad de procrear, la Asamblea pide insistentemente a los estados miembros que den un rango elevado de prioridad a los programas de salud y de alimentación de las niñas desde la primera infancia a la adolescencia. Les pide igualmente que lleven su apoyo a los programas de planificación familiar, que aseguren los cuidados prenatales adecuados, procurar que todos los alumbramientos se realicen en presencia de personal correctamente formado, facilitar el acceso a los cuidados obstétricos esenciales y mejorar la educación en alimentación de las mujeres.

SIDA

La Asamblea pone el acento sobre la importancia del papel rector y coordinador de la OMS en la lucha enérgica comprometida de urgencia contra el SIDA a escala mundial. Aprueba la puesta en marcha de un programa especial de lucha contra el SIDA y subraya el carácter altamente prioritario y aprueba la estrategia mundial elaborada por la OMS para combatir el SIDA.

Además, la Asamblea ruega a los estados miembros que cooperen los unos con los otros y que intercambien libremente con la OMS todos los datos en relación al SIDA y las infecciones relacionadas. Invita igualmente a los países

a dedicar contribuciones voluntarias en especie y en dinero para la puesta en marcha de la estrategia mundial y ruega al director general que continúe buscando fondos extrapresupuestarios para la puesta en marcha de la estrategia (véase Comunicados WHA/5 y WHA/8).

Lucha contra las enfermedades diarreicas

La Asamblea «observa con satisfacción» la reducción de la mortalidad por diarrea como consecuencia de los progresos realizados por los programas nacionales de lucha contra las enfermedades diarreicas. Preocupada, sin embargo, por el pesado tributo que continúan tomando estas enfermedades entre los niños, la Asamblea demanda insistentemente a los estados miembros que intensifiquen su lucha contra las enfermedades diarreicas considerada como «prioritaria para instaurar la Salud para todos en el año 2000». La Asamblea ruega igualmente a la OMS que desarrolle la colaboración con los estados miembros en este campo, con el fin de que sean alcanzados los objetivos mundiales respectivamente fijados en el 80 por 100 para el acceso a las sales de rehidratación oral y en el 50 por 100 para el recurso a la terapia por rehidratación oral desde ahora a 1989.

Lepra

Los estados miembros en que la lepra es endémica son invitados insistentemente a reforzar la educación para la salud por la vía de los medios de comunicación de masas y de la participación comunitaria, con el fin de vencer el miedo y las fobias tradicionalmente ligadas a la enfermedad en numerosas sociedades y a instituir garantías jurídicas adecuadas para la protección de los enfermos curados.

Guerra nuclear

Al expesar su profunda preocupación ante las conclusiones del informe del grupo de gestión relativo a los efectos de la guerra nuclear sobre la salud y los servicios de salud, la Asamblea ruega al director general que dé una amplia difusión al informe publicándolo con todos sus anexos científicos y de que informe periódicamente sobre esta cuestión.

Asistencia sanitaria a los territorios árabes y al Líbano

La Asamblea ruega al director general que ofrezca la ayuda necesaria para la formación de cuadros que trabajen en el campo de la salud, incluidos los palestinos, con el fin de desarrollar los servicios de atención primaria

de salud en los territorios árabes ocupados; le ruega igualmente, que amplíe los programas de asistencia médico-sanitaria y de socorro de la Organización en el Líbano y pide a los estados miembros que incrementen su apoyo técnico y financiero para la reconstrucción de los servicios de salud del Líbano.

Refugiados

Considerando los problemas sanitarios persistentes de los refugiados y de las personas desplazadas a Chipre y la desestabilización militar, política y económica que afecta a un gran número de habitantes de Africa Austral, la Asamblea ruega al director general que mantenga e intensifique la asistencia sanitaria a los refugiados y personas desplazadas a Chipre; decide además que la OMS debe continuar tomando medidas oportunas a tiempo para ayudar a los estados en primera línea, Lesoto y Swaziland, a resolver los problemas de salud acuciante de los refugiados de Namibia y de Sudáfrica.

Consejo ejecutivo

La Asamblea eligió diez nuevos estados miembros habilitados para designar una persona que deba asistir al Consejo ejecutivo. Estos países son Bangladesh, Brasil, Italia, Japón, Jordania, Malawi, Mali, Mauricio, Mauritania y Suecia. Su mandato comenzará inmediatamente después de la clausura de la Asamblea (véase Comunicación WHA/6).

Discusiones técnicas

Las discusiones técnicas que han tenido lugar al mismo tiempo que la 40 Asamblea Mundial de la Salud tenían por tema «el apoyo económico a las estrategias nacionales de la Salud para todos». La conclusión principal que se ha podido sacar de estas discusiones es que la salud es asunto de todos: Del individuo, de la comunidad de los poderes públicos y que el compromiso de todos es indispensable para asegurar un apoyo económico adecuado a las estrategias de la Salud para todos. (Véase Comunicado WHA/7.)

Medicina tradicional

Consciente del papel importante que juegan los sistemas tradicionales de Medicina en la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad, en particular en los países en desarrollo, la Asamblea pide insistentemente a los países que garanticen el control de la calidad de los medicamentos derivados de los remedios tradicionales a base de plantas

utilizando con este fin las técnicas modernas y aplicando para ello normas adecuadas, así como buenas prácticas de fabricación.

«Codex Alimentarius»

Reconociendo que una alimentación suficiente y sana juega un papel esencial en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad la Asamblea pide a los estados miembros que proporcionen todos los esfuerzos adecuados para adoptar las normas Codex y apliquen, en su integridad las recomendaciones de la Comisión del «Codex Alimentarius» para promover la seguridad y el comercio internacional de los productos alimentarios.

Participación de las mujeres en la actividad de la OMS

La Asamblea señala los progresos realizados en lo que concierne a la participación de las mujeres en los programas de la OMS y decide mantener en un 30 por 100 el objetivo fijado para la proporción de todos los puestos de categoría profesional y de rango superior que deberían ser ocupados por mujeres.

Colaboración con las organizaciones no gubernamentales

Subrayando la necesidad de movilizar a las organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales con el fin de la puesta en marcha acelerada de las estrategias de la Salud para todos, la Asamblea decide adoptar la versión revisada de los principios que rigen las relaciones entre la Organización Mundial de la Salud y las organizaciones no gubernamentales.

Premios

Cinco premios han sido atribuidos este año durante la Asamblea: El premio de la Fundación «León Bernard», a sir John Reid (Reino Unido); el Premio de la Fundación «A. T. Shousha», al profesor Ahmed Mohamed El-Hassan (Sudán); la medalla de la Fundación «Jacques Parisot», a la doctora Pamela Mary Enderby (Reino Unido); el premio de la Fundación para la «Salud de la Infancia», al profesor José R. Jordán (Cuba), y el premio «Sasakawa para la Salud», a la hermana Marie Joan Winch (Australia) (véase Comunicado WHA/3).

LA SITUACION DEL SIDA EN EL MUNDO. De Point en Point número 48/1987.

La 40 Asamblea Mundial de la Salud, que se reunió en Ginebra del 4 al 16 de mayo, será la primera asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que examinará las actividades del programa especial OMS de lucha contra el SIDA.

La pandemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que se traduce principalmente por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), representa para la salud pública internacional un desafío sin precedente que urge aceptar. Constituye un problema de salud internacional de un alcance extraordinario, que afecta tanto a los países industrializados como a los países en desarrollo.

Para llegar a controlar el VIH, tanto a nivel internacional como a nivel nacional, será necesario un esfuerzo y un compromiso de larga duración. Ya que no va a disponerse de vacuna antes de varios años ni de un tratamiento aplicable a importantes grupos de población, la educación es de una importancia capital para impedir la propagación de la pandemia.

El número de casos de SIDA declarados y el número de países que declaran casos de SIDA, ha aumentado de forma considerable. El 29 de abril de 1987 se habían declarado 48.498 casos de SIDA a la OMS por 104 países. Sin embargo, el número de casos declarado no representa más que una fracción del número total de casos que se estima en más de 100.000.

La OMS estima que de 5.000.000 a 10.000.000 de personas se encuentran actualmente infectadas por el VIH. Se estima que de aquí a 1991 habrá habido en el mundo un millón de casos de SIDA.

En América del Norte y del Sur, en Europa y en Australia, la mayor parte de los casos de SIDA se encuentra entre los hombres jóvenes (veinte a cuarenta y nueve años), homosexuales o bisexuales y entre los toxicómanos por vía intravenosa. El porcentaje estimativo de los casos de SIDA contraídos por contacto heterosexual ha progresado no obstante, pasando del 1 al 4 por 100, aproximadamente. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos estimó que en 1991 habría en este país 270.000 casos de SIDA (es decir, ocho veces más que los aproximadamente 33.000 casos declarados desde el comienzo de la epidemia).

En Europa se estima actualmente que la mayor parte de los países se encuentran situados delante de una situación de porte epidémico, con 500.000 a 1.000.000 de personas que podrían estar infectadas. Las tasas más elevadas (número de casos de SIDA por millón de habitantes) se han señalado en Suiza (30,1 por 100), en Dinamarca (25,6 por 100), en Francia (22,3 por 100) y en Bélgica (20,9). Teniendo en cuenta tendencias actuales, se estima que al final de 1988 podría haber entre 25.000 y 30.000 casos de SIDA en Europa.

El número de países africanos que han declarado casos a la OMS ha aumentado sustancialmente. La transmisión se produce de la misma forma que en las otras regiones del mundo (por vía sexual, parenteral, perinatal). La transmisión heterosexual en doble dirección (de hombre a mujer y de mujer a hombre) constituye la principal fuente de infección por el VIH en Africa. La transmisión por vía parenteral (es decir, por las transfusiones sanguíneas y las inyecciones practicadas con material no estéril) presenta igualmente una gran importancia. La transmisión perinatal (de la madre al hijo) es una importante fuente de infección, principalmente en las regiones donde la tasa

de seropositividad entre las mujeres embarazadas se establece entre el 5 y el 10 por 100.

No existe ninguna prueba de la transmisión por contacto ocasional (comprendido en el seno de una misma familia), y un número considerable de datos se dirigen a la búsqueda de la hipótesis de una transmisión por insectos vectores. Si bien se ignora todavía el número exacto de personas infectadas por el VIH o de casos de SIDA en Africa, se estima en 1.000.000 el número de individuos infectados, lo que, por extrapolación, permitiría estimar en al menos unos 10.000 casos la incidencia anual del SIDA; sin embargo, esta cifra está considerada como un mínimo por algunos observadores científicos.

El número de casos de SIDA señalados en Asia es relativamente reducido, y la mayor parte de los casos confirmados concernían a individuos que habían estado en contacto con productos sanguíneos o personas originarias de los países occidentales. Si bien existen pruebas de una transmisión de VIH a nivel local, los estudios efectuados nos hacen pensar, sin embargo, que hasta aquí el virus no ha progresado ampliamente en el conjunto de la población.

Las estimaciones anteriores de las tasas de progresión de la enfermedad, que oscila desde la infección con VIH sin síntomas hasta el SIDA y a otros síntomas de tipo para-SIDA, han sido revisadas al alza. Según las informaciones de que se dispone actualmente, parecería que del 10 al 30 por 100 de las personas infectadas por el VIH estén llamadas a desembocar en un SIDA en un lapso de cinco años. El riesgo de SIDA entre los individuos portadores de una infección de VIH sin síntomas parece aumentar con el tiempo (es decir, que parece más elevado en el quinto año de la infección que en el segundo año). Siempre, según estos datos, parecería que la mayoría de los sujetos infectados por el VIH presentarán un SIDA en los diez años siguientes a su encuentro con el virus y que los otros presentarán síndromes de tipo para SIDA.

El virus de SIDA afecta igualmente al sistema nervioso, a nivel central y periférico. El tercio, aproximadamente, de los enfermos aquejados de SIDA presenta signos clínicos de trastornos neurológicos, atribuibles a la infección por VIH, principalmente una demencia progresiva, meningitis aséptica, encefalitis y neuropatías periféricas.

Un ensayo terapéutico reciente llevado sobre pacientes aquejados de SIDA ha puesto de manifiesto que la cidovudina (acidotimidina o AZT) mejoraba la supervivencia y el estado de los pacientes. Sin embargo, se han observado efectos secundarios, principalmente una depresión medular. Por el momento se ignora cuáles pueden ser las ventajas y los riesgos, a largo plazo, de este medicamento; sin embargo, la AZT podría representar una primera etapa importante hacia la puesta a punto de medicamentos seguros y eficaces para el tratamiento de la enfermedad. Una firma farmacéutica informó a la OMS que utilizaría las estadísticas oficiales de la Organización sobre el SIDA para

establecer su plan de distribución a los diferentes países una vez el producto estuviera homologado.

Los primeros estudios clínicos referidos sobre varias preparaciones vacunales prototipo comenzaron en 1987. La opinión general de los medios científicos es, sin embargo, que no habrá ninguna vacuna disponible para su utilización por el hombre antes de al menos cinco años.

El programa especial OMS de lucha contra el SIDA

El programa especial de la OMS de lucha contra el SIDA tiene por objetivo prevenir la transmisión del VIH y reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a las infecciones por el VIH.

El programa tiene una doble tarea:

a) Apoyar y reforzar los programas nacionales de lucha contra el SIDA en el mundo entero.

b) Jugar un papel director a escala mundial, ayudar a asegurar la colaboración internacional y proseguir las actividades mundiales de un valor e importancia generales.

Las actividades realizadas hasta aquí por el programa especial de lucha contra el SIDA pueden resumirse de la forma siguiente:

Actividades mundiales

Declaraciones a la OMS sobre los casos de SIDA que provienen actualmente de 104 países:

- Siete grandes reuniones se han mantenido acerca de las cuestiones de investigación y de política general a nivel mundial, principalmente en lo que a viajes internacionales se refiere y al VIH, la seguridad de la sangre y de los productos sanguíneos, las directrices para la prevención y lucha, la inmunología del SIDA, etc.
- El programa ha emprendido la difusión a gran escala a través de los medios de comunicación de masas de una información en relación con las actividades de prevención y de lucha.
- Se ha puesto en marcha una amplia colaboración con los departamentos de investigación, instituciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales activas en el campo de la lucha contra el SIDA.

Apoyo a los programas nacionales

El programa especial de la OMS de lucha contra el SIDA ha efectuado visitas preliminares en 19 países, con el fin de colaborar a la puesta en marcha de programas nacionales, y visitas del mismo tipo se han previsto, por lo menos, en 20 países adicionales.

Los equipos de consultores del programa de la OMS han reunido especialistas en epidemiología (evaluación de las dimensiones del problema a nivel nacional), en diagnóstico de laboratorio, planificación sanitaria y comunicación-información.

Cinco millones seiscientos mil dólares de los Estados Unidos han sido dedicados al apoyo y al refuerzo de los programas nacionales de lucha contra el SIDA.

Diez talleres de laboratorio se han organizado durante 1986.

En el curso de 1987, el programa especial de la OMS de lucha contra el SIDA colaborará con los 50 estados miembros y les proporcionará apoyo inmediato a corto plazo para la puesta a punto de sus programas nacionales. Acelerará, por otra parte, sus actividades a nivel mundial.

En 1987 será necesario un presupuesto de 34.000.000 de dólares para realizar estas actividades; dos tercios de esta cantidad estarán dedicados al mantenimiento de los programas nacionales, y una tercera parte, a las actividades mundiales.

En 1988, el programa especial de lucha contra el SIDA se propone aportar un apoyo a 50 países adicionales, y el presupuesto de 1988 se estima en 62.700.000 dólares.

EN EL TERCER MUNDO EL AUMENTO DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS SOBREPASA EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION ADULTA
(según el *Anuario de Estadísticas Sanitarias Mundiales,* que acaba de aparecer) OMS/ *Información,* enero 1987, núm. 104

El número de cigarrillos fumados en los países desarrollados sigue siendo el mismo entre 1971 y 1981 en relación con el crecimiento de la población adulta.

En Australia, Canadá, Estados Unidos, Japón y Nueva Zelanda, por ejemplo, el número de cigarrillos fumados ha aumentado durante este período en un 13,6 por 100 y la población ha aumentado en un 12,9 por 100.

Sin embargo, en todo el mundo en desarrollo el aumento del número de cigarrillos fumados ha sobrepasado al de la población:

- El consumo de cigarrillos en Africa ha dado un salto del 41,5 por 100 y el aumento demográfico ha sido del 23,4 por 100.
- El consumo en América Latina ha aumentado en un 31,4 por 100, frente a un crecimiento demográfico de un 24,5 por 100, y en fin,
- El consumo en Asia ha aumentado en un 28,5 por 100, frente a un crecimiento demográfico del 21,8 por 100.

Estas cifras muestran que «es en los países en desarrollo en donde la progresión es más fuerte», según el *Anuario de Estadísticas Sanitarias Mundiales, 1986,* que acaba de ser publicado por la OMS.

«Así pues, el peligro potencial del tabaquismo en muchos países en desarrollo es más elevado que el que indican las cifras sobre el consumo», explica el anuario.

Consumo por habitante comparado con el crecimiento demográfico

Una comparación del aumento del consumo de cigarrillos y el crecimiento de la población adulta indica, según el anuario, que el consumo de cigarrillos ha seguido el mismo ritmo que el crecimiento demográfico en los países desarrollados, pero que está en aumento en todas las partes del mundo en desarrollo.

Por ejemplo, en cinco países industrializados, Australia, Canadá, Estados Unidos, Japón y Nueva Zelanda, el número de cigarrillos fumados aumenta en un 13,6 por 100, mientras que el crecimiento demográfico acusa un porcentaje comparable del 12,9 por 100.

Sin embargo, «desde hace tiempo, es en los países en desarrollo en donde la progresión es más fuerte», indica la OMS.

El aumento del número de cigarrillos fumados sobrepasa el crecimiento demográfico en todas las regiones en desarrollo, y en el caso de Africa es casi el doble. El consumo en esta región ha dado un salto del 41,5 por 100, frente a un crecimiento demográfico del 23,4 por 100.

En América Latina el número de cigarrillos fumados ha aumentado en un 31,4 por 100 y en Asia en un 28,5 por 100, considerablemente más que el crecimiento de la población adulta, que ha sido, respectivamente, del 24,5 por 100 y del 21,8 por 100.

Por otra parte, el riesgo para la salud es más elevado en los países en desarrollo porque los cigarrillos y los *bidis* tienen generalmente un contenido más elevado de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono que los «cigarrillos comercializados en los países desarrollados, que ponen el acento en los cigarrillos con contenidos bajos o medios de alquitranes y nicotina» y en donde se ha observado «el casi abandono completo de cigarrillos sin filtro en beneficio de cigarrillos con filtro», indica el anuario.

El monóxido de carbono que contienen los cigarrillos disminuye la capacidad de la sangre de transportar el oxígeno, y sus efectos son «nefastos para la salud del feto y tienen el riesgo de ser mucho más graves en los países de gran prevalencia de anemia en la población femenina», añade el anuario.

Expansión no controlada en la industria de tabaco

En la mayoría de los países en desarrollo, «la industria del tabaco se desarrolla sin limitación alguna», la OMS pone en guardia contra una «epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco», especialmente el cáncer de pulmón, la bronquitis crónica, el enfisema y las cardiopatías isquémicas, en el tercer mundo.

En los países desarrollados, los cigarrillos son los culpables de, al menos, el 80 por 100 de los fallecimientos por cáncer de pulmón, 75 por 100 de las bronquitis crónicas y del enfisema y del 25 por 100 de las cardiopatías isquémicas.

Estas enfermedades suponen una carga suplementaria a los países en desarrollo, que con frecuencia tienen graves problemas procedentes de las enfermedades transmisibles y de la malnutrición, agravando así «la diferencia ya sustancial entre la salud de estos países y la de los países desarrollados», indica el anuario.

En algunos países de Europa «el porcentaje de fumadores en la población ha comenzado a bajar en el curso de los años sesenta y el consumo anual de cigarrillos por habitante a mediados de los años setenta», indica el anuario. Esta modificación de los esquemas del tabaquismo ha conducido, por ejemplo, a una disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón en la población masculina en el Reino Unido.

Sin embargo, a pesar de haber formulado indicaciones del crecimiento de la mortalidad debido a esta enfermedad en un cierto número de países en desarrollo, muchos Gobiernos tienen todavía una actitud «ambivalente» frente a esta cuestión. La venta de cigarrillos significa ingresos a través de los impuestos sobre el tabaco de una parte, pero, por otra, conduce a un crecimiento de la morbilidad y de los gastos sanitarios.

La OMS estimula la puesta en marcha de programas de información al público y de educación sanitaria destinados especialmente a los jóvenes, con el fin de prevenir contra las enfermedades relacionadas con el consumo de cigarrillos.

El anuario, de 692 páginas, presenta las tasas de mortalidad por 150 causas de fallecimiento, entre ellas las cardiopatías, enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, cirrosis hepática (relacionada con el alcoholismo) y accidentes en carretera. Catorce países han facilitado datos del último año transcurrido, 1985, mientras que solamente uno lo ha hecho para el anuario del año pasado. Los datos de otros países son de hace dos años, por lo menos.

El anuario da igualmente estimaciones sobre las probabilidades de vida de los niños y la esperanza de vida en los países industrializados y en desarrollo.

Causas específicas de fallecimiento

Encontraremos aquí las cinco tasas de mortalidad más bajas y las más elevadas, corregidas según la edad por 100.000 personas, tal como son determinadas por la OMS para los países que disponen de buenas normas de notificación.

Cáncer de pulmón

Las tasas de mortalidad por tumores malignos de la tráquea, de los bronquios y del pulmón para los dos sexos y corregidas según la edad, varían

de un mínimo de 2 por 100.000 personas en Sri-Lanka hasta un máximo de 71 por 100.000 en Escocia.

En segundo lugar, las tasas más débiles se encuentran en Panamá y Costa Rica, que notifican 14 fallecimientos por 100.000 personas, y que son seguidas por Mauricio y Surinam, 17 por 100.000.

En segundo lugar, las tasas más elevadas se encuentran en Inglaterra y País de Gales, que notifican cada uno 58 fallecimientos por 100.000 personas y le siguen Hong Kong y los Países Bajos, con 57, y Bélgica con 56 fallecimientos por 100.000 habitantes.

Otras cifras: Chile, 19 defunciones por 100.000 habitantes; Suecia, 24; Kuwait, 27; Bulgaria y Francia, 32; Austria, 35; Hungría, 51, Estados Unidos, 52; Dinamarca y Singapur, 53.

Cardiopatías isquémicas

Las tasas de mortalidad por cardiopatías coronarias para los dos sexos y corregidas según la edad, varían entre un mínimo del 45 por 100.000 personas en Japón y un máximo de 298 en Irlanda del Norte y en Escocia (Reino Unido).

En segunda posición entre las tasas menos elevadas se encuentra Francia, con 74 fallecimientos para 100.000 personas, seguida de España, 79; Portugal, 82; Grecia y Yugoslavia, 85.

En el otro extremo se encuentra Checoslovaquia, que notifica 290 defunciones por 100.000 personas; Irlanda, 282, y Finlandia, 264.

Otras cifras: Suiza, 114 defunciones por 100.000 personas; Bélgica, 120; RFA, 167; Canadá, 208; Australia, 226; Estados Unidos, 230; Hungría, 238, e Inglatera y País de Gales, 243.

Enfermedades cerebro-vasculares.

Las tasas de fallecimiento por enfermedades cerebro-vasculares (ictus) para los dos sexos y corregidas según la edad, varían entre un mínimo de 50 por 100.000 personas en Puerto Rico y un máximo de 241 en Bulgaria.

En segunda posición entre las tasas menos elevadas se encuentra Malta, que notifica 54 fallecimientos por 100.000 personas, y le sigue Islandia, con 55; Canadá, con 60, y Estados Unidos, 63.

En el otro extremo se encuentra en segundo lugar Portugal, con 235 fallecimientos por 100.000 personas; luego, Hungría, 198; Checoslovaquia, 197, y Rumania, 188.

Otras cifras: Suiza, 68 defunciones por 100.000 personas; Kuwait, 69; Francia, 80; Nueva Zelanda, 98; Inglaterra y País de Gales, 104; Japón, 124; Singapur, 125, y Grecia, 144.

Alcoholismo.

Las tasas de fallecimiento por cirrosis hepática para los dos sexos y corregidas según la edad varían de un mínimo de 1 por 100.000 en Islandia a un máximo de 50 en Chile.

Entre las tasas menos elevadas se encuentra en segundo lugar Inglaterra y País de Gales, así como Irlanda, que notifican cada uno 4 fallecimientos por 100.000 personas, seguidos por Nueva Zelanda e Iranda del Norte, 5 fallecimientos para 100.000 personas.

En el otro extremo se encuentra en segundo lugar de las tasas más elevadas Hungría, con 42 fallecimientos por 100.000 personas; después, Rumania, 37; Italia, 32, y Portugal, 31.

Otras cifras: Países Bajos, 6; Finlandia y Suecia, 7; Singapur, Suiza y Uruguay, 11; EE. AA. y Polonia, 13; Japón, 15; RFA, 21; Francia, 25, y Austria, 29.

Accidentes.

Las tasas de mortalidad por accidente de carretera, para los dos sexos y corregidos según la edad, varían de un mínimo de 2 por 100.000 personas en Malta y Mauricio y un máximo de 41 en Kuwait.

En segundo lugar entre las tasas menos elevadas figuran Hong-Kong y Sri Lanka, 6 fallecimientos por 100.000 personas, seguidos por Uruguay, Suecia, Inglaterra, País de Gales (Reino Unido), 9 cada uno.

Entre las tasas más elevadas se encuentra en segundo lugar Venezuela, que notifica 36 fallecimientos para 100.000 personas, a la que siguen Méjico y Surinam, 29, y luego, Portugal, 26.

Otras cifras: Noruega, 10 fallecimientos por 100.000 personas; Japón, 11; RFA, 12; Canadá, 15; Irlanda, 16; Australia e Italia, 17; Estados Unidos y Austria, 18; Bélgica y Francia, 19.

Posibilidad de supervivencia del niño

El riesgo, para un niño, de morir antes de los cinco años –período «en donde la supervivencia está más amenazada»– varía desde un mínimo de 0,8 a 1 por 100 en el caso de países tales como Japón, Países Bajos y los países nórdicos a más del 20 por 100 en cerca de la mitad de todos los países de Africa y algunos países de Asia.

Para el período 1980-1985 las previsiones de la OMS son las siguientes:

En Africa.

El riesgo menos elevado de morir antes de los cinco años se observa en Mauricio, 3,6 por 100; Madagascar, 10,4 por 100; Cabo Verde, 10,4 por 100; Botswana, 10,6 por 100, y Africa del Sur, 11, 2 por 100.

El riesgo más elevado se observa en Sierra Leona y Malí, con 31,2 por 100; en Gambia, 30,2 por 100; Malawi, 28,7 por 100, y Guinea, 26,9 por 100.

En América Latina y en el Caribe.

El menor riesgo de morir antes de los cinco años se observa en Barbados, 1,7 por 100; Puerto Rico, 1,9 por 100; Cuba, 2,0 por 100; Guadalupe, 2,1 por 100, y en Martinica, 2,2 por 100.

El riesgo más elevado, en Bolivia, 19,7 por 100; Haití, 18,9 por 100; Perú, 14,3 por 100; Honduras, 12,6 por 100, y Guatemala, 11,8 por 100.

En el Mediterraneo oriental.

El riesgo menos elevado de morir antes de los cinco años se observa en Chile, 1,8 por 100; Kuwait, 2,7 por 100; Barein, 3,8 por 100; Gatar y Emiratos Arabes, 4,7 por 100.

El riesgo más elevado se observa en Afganistán, 34 por 100; Somalia, 26,2; Yemen y Yemen Democrático, 22,3 por 100, y Sudán, 19,8 por 100.

En el sudeste asiático.

El riesgo menos elevado de morir antes de los cinco años se observa en la República Popular Democrática de Corea, 3,9 por 100; Sri Lanka, 5,2 por 100; Tailandia, 6,1 por 100; Mongolia, 7 por 100, y Birmania, 9,7 por 100.

El riesgo más elevado se observa en Bhutan y Nepal, 21,5 por 100; Bangladesh, 20,4 por 100; India, 16,7 por 100, e Indonesia, 13,5 por 100.

En el Pacífico occidental.

El riesgo menos elevado de morir antes de los cinco años se observa en Singapur y Hong-Kong, 1,2 por 100; Fidji, 3,7 por 100; República de Corea, 3,9 por 100, y Malasia, 4,1 por 100.

El riesgo más elevado se observa en Kampuchea Democrática, 23,9 por 100; República Democrática Popular de Laos, 18 por 100; Vietnam, 10,5 por 100; Papuasia-Nueva Guinea, 10,3 por 100, y Filipinas, 8,3 por 100.

En el mundo desarrollado.

El riesgo menos elevado de morir antes de los cinco años se observa en Finlandia, Islandia y Suecia, 0,8 por 100; Japón, 0,9 por 100; Dinamarca, Países Bajos, Noruega y Suiza, 1 por 100.

El riesgo más elevado se observa en Albania, 5,5 por 100; Yugoslavia, 3,4 por 100; Rumania, 3,3 por 100; URSS, 3,1, y Portugal, 2,4 por 100.

Entre otros países industrializados podemos señalar Francia y Canadá, 1,1 por 100; Reino Unido, 1,2 por 100, y Estados Unidos, 1,3 por 100.

Esperanza de vida al nacer

Entre los países industrializados, Japón está a la cabeza para los hombres, 75 años, y para las mujeres, 81, seguido de Islandia, 74,9 años para los hombres y 80,6 para las mujeres.

Suecia va en tercer lugar en la esperanza de vida para los hombres, 73,9 años, y Suiza, en tercer lugar en la esperanza de vida para las mujeres, con 80,4 años.

Otras cifras de esperanza de vida para los hombres: Suiza, 73,5 años; Israel, 73,2; Países Bajos, 73; Francia, 71,7; RFA, 71,6; Estados Unidos, 71; Polonia, 66,8, y Hungría, 65,1.

Otras cifras de esperanza de vida para las mujeres: en Francia y Suecia, 80,1 años; Paises Bajos, 79,8; Australia, 79,3; Estados Unidos, 78,3; RFA, 78,3, y Hungría, 73,2.

Para el conjunto de los 63 países que se han tenido en cuenta y que constituyen el 35 por 100 de la población mundial se estima que la esperanza de vida es inferior a sesenta años.

EL DINERO DE LA SALUD PARA TODOS. UN TEMA CANDENTE PARA LAS DISCUSIONES TECNICAS DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD 1987. (3.° Información de la OMS núm. 106, abril 1987.)

La salud no tiene precio, pero los fondos dedicados a este tema son los que más faltan cuando se ponen en marcha estrategias nacionales de la Salud para todos. Muy resumido y algo brutal, tal es y nada menos una de las constataciones fundamentales que serán necesariamente presentadas a los participantes de las tradicionales Discusiones Técnicas que se desarrollarán, como todos los años, en el marco de la 40 Asamblea Mundial de la Salud. Su tema es en efecto este año «El apoyo económico a las estrategias nacionales de la Salud para todos». Estas discusiones tienen principalmente por objetivo censar los medios disponibles para movilizar y utilizar los recursos en las mejores condiciones en el desarrollo o remodelado de los sistemas de salud, con el fin de establecer un equilibrio entre el coste de los planes de salud eficaces y de los recursos previstos. Tendrán lugar los días 6, 7 y 8 de mayo de 1987 por la mañana.

Hace diez años la Asamblea Mundial de la Salud decidía que el principal objetivo social de los gobiernos y de la OMS debería ser alcanzar de aquí al año 2000 un nivel de salud que permitiera a todos los pueblos llevar una vida social y económicamente productiva. En buena lógica la en lo sucesivo célebre Conferencia Internacional de Alma-Ata sobre los cuidados de atención primaria de salud pedía, al año siguiente, que se adoptara un enfoque nuevo frente a la salud y a los cuidados de salud con el fin de reducir la diferencia entre los que poseen medios y los desprovistos de ellos y de distribuir más

equitativamente los recursos en materia de salud. Fue con este espíritu de justicia social con el que la totalidad de los estados miembros de la OMS adoptaron la estrategia mundial de la Salud para todos, señalando de entrada los lazos estrechos y complejos que existen entre la salud y el desarrollo socioeconómico.

Existe ciertamente un grado elevado de voluntad política a favor de la Salud para todos y se observa una toma de conciencia en aumento de la necesidad de los cambios en los sistemas de salud, algunos países han realizado ya desde ahora progresos impresionantes en este campo. Si los resultados no han respondido sin embargo al intento, es principalmente por causa de la inestabilidad económica de estos diez últimos años que ha frenado mucho el progreso social en muchas regiones del mundo.

Los efectos de la crisis

Debido al deterioro de la situación económica mundial, los presupuestos de salud de numerosos países se han reducido especialmente en un momento en que hubiera sido necesario, por el contrario, contar con recursos suplementarios para edificar y mantener sistemas nacionales de salud fundados en los cuidados de atención primaria. Así es cómo en muchos países la perspectiva de poder incluir cuidados de salud de calidad a la disposición de la población a un precio abordable queda lejano. Cuando la preocupación de justicia sustituye a la preocupación de manejar los costos, puede resultar en la práctica una reducción de los gastos sociales destinados a los que tienen, por tanto, la mayor necesidad de ellos. Los factores externos no son, en consecuencia, los únicos a censurar por la insuficiencia de los resultados obtenidos. El sector de salud en sí mismo queda «retrasado» cuando se trata de influir las políticas de desarrollo socioeconómico o de movilizar el apoyo efectivo de otros sectores conexos a las actividades de salud. Si en plazo corto las restricciones financieras plantean problemas mayores, a largo plazo es la búsqueda de los recursos suplementarios y nuevos y la utilización más eficaz posible de todos los recursos disponibles los que ofrecen las mejores opciones para el financiamiento de la Salud para todos.

¿Qué tipo de marco político para el apoyo económico?

El análisis de la situación mundial hace aparecer la necesidad de una reorientación decisiva de las políticas y de las perspectivas en la forma en que la salud es percibida, protegida, promovida y asegurada. La cuestión no es saber de dónde vendrá el dinero para los cuidados de salud, sino más bien cuál es el vasto marco político requerido para extender el apoyo económico a la Salud para todos. Este apoyo debe venir de los individuos, de las familias, de la colectividad, del sector privado, de los sectores no gubernamentales y,

por supuesto, también del propio gobierno. No se trata solamente de saber cuál será la cantidad de recursos suplementarios necesarios ni cómo movilizar estos recursos, sino igualmente de encontrar los medios de utilizar los recursos disponibles de la manera más productiva posible. Para llegar a la Salud para todos será necesario hacer sacrificios. Los mecanismos y los métodos utilizados para financiar y apoyar los servicios quedaron imperfectos. La tarea que consiste en encontrar soluciones a largo plazo es ciertamente difícil, pero es necesario afrontarla si no se quiere comprometer la salud de las generaciones futuras.

Al final de una sesión plenaria de apertura, los participantes se dividirán en cuatro grupos de trabajo que serán invitados a discutir las cuestiones siguientes: políticas económicas orientadas hacia la igualdad en materia de salud; planificación financiera; movilización de los recursos, mejora de la utilización de los recursos de salud.

Como es la norma, las Discusiones Técnicas no serán parte integrante de las deliberaciones oficiales de la Asamblea Mundial de la Salud, en cualquier caso todos los participantes en la Asamblea están invitados a tomar parte en ella. La interpretación estará asegurada en las seis lenguas oficiales de la OMS: inglés, árabe, chino, español, francés y ruso.

El documento de base titulado «Apoyo económico a las estrategias nacionales de la Salud para todos» expone algún número de experiencias hechas en diferentes países, así como las lecciones que de ellas se pueden obtener.

Será puesto a la disposición de todos los participantes, al igual que una versión resumida acompañada de los principales temas de las discusiones y que un número especial del Fórum Mundial de la Salud, recogiendo numerosos artículos publicados estos últimos años sobre temas económicos en relación con la economía de la salud. Los participantes recibirán igualmente un documento titulado «Financiación del desarrollo sanitario», que describe algunas experiencias muy concretas realizadas en una docena de países. El «stand» de exposición instalado muy cerca de las salas donde se desarrollarán las Discusiones Técnicas, presentará, por otra parte, una abundante documentación publicada por la OMS, pero también por otras organizaciones, tales como el Banco Mundial, interesado en primer lugar por el resultado de estas Discusiones.

Además de los numerosos intercambios de puntos de vista y experiencias que éstas permitirán, se espera de estas Discusiones técnicas que desemboquen en la puesta en marcha de un verdadero programa de acción, con el fin de reforzar la capacidad de los diversos países para movilizar y gestionar el apoyo económico necesario a las estrategias nacionales de la Salud para todos.

SOCORRO EN CASO DE CATASTROFES. PRIORIDAD DE LA OMS EN LAS MEDIDAS DE PREPARACION A LARGO PLAZO (Comunicado OMS/12, 10 de abril de 1987.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó del 13 al 16 de abril de 1987, en su sede en Ginebra, una reunión de especialistas internacionales de auxilio en caso de catástrofes, con el fin de redefinir las actividades de la Organización en este caso.

Los representantes de 12 organizaciones internacionales que se ocupan de auxilio de urgencia participaron en esta reunión de la OMS y discutieron la coordinación de sus actividades.

«Pocos países que sufren catástrofes disponen todavía de planes de acción multisectoriales bien concebidos», señala el doctor Olavi Elo, que dirige en la OMS la unidad de preparación en las situaciones de urgencia y la organización de los auxilios (EPR). No obstante, según el doctor Elo, la crisis provocada por la sequía en Africa y las consecuencias de las recientes catástrofes tecnológicas a nivel de la salud pública han hecho más necesarias las acciones de auxilio de la OMS en caso de urgencia.

El desarrollo de las actividades de la Organización Mundial de la Salud en materia de auxilio en caso de catástrofes, que debería costar, aproximadamente, 10.000.000 de dólares para el período 1987-1990, prevé, principalmente, la creación en Africa de un centro regional de preparación y de gestión de las situaciones de urgencia, así como la inclusión de la preparación para las catástrofes en el programa de la OMS de prevención de accidentes, que depende de la Oficina Regional de Europa.

«Las operaciones de urgencia de la OMS consistían esencialmente en luchar contra las epidemias y en acudir en ayuda de las víctimas de las catástrofes», señaló el doctor Elo. «Se trata más desde ahora de ayudar a los países a prepararse mejor para afrontar las catástrofes y a hacerles frente de la forma más eficaz cuando se produzcan. Cuando se lleven a cabo operaciones de urgencia, estarán en lo sucesivo ligadas al desarrollo a largo plazo, de tal forma que los auxilios contribuyan a la reconstrucción y al restablecimiento económico.»

La OMS aportará su ayuda a los países que se esfuercen en mejorar su preparación en situaciones de urgencia en materia de salud en los campos de la planificación, los sistemas de información y de comunicación, de la evaluación de las necesidades sanitarias, la coordinación de las actividades de socorro y de la planificación de la vuelta a la normalidad después de una catásfrofe.

Las organizaciones representadas en esta reunión de la OMS fueron principalmente la Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas para los socorros en caso de catástrofe (UNDRO), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Alto Comisariado de las Naciones

Unidas para los Refugiados (HGR), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja, los Fondos «Salvad a los Niños» y «Médicos sin Fronteras».

EL DOCTOR GRECH (MALTA), NUEVO PRESIDENTE DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS (Comunicado OMS/13, 19 de mayo de 1987)

El doctor Alfred Grech, consejero especial en el Ministerio de Sanidad de Malta, fue elegido presidente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante su LXXX sesión, que tuvo lugar en Ginebra los días 18 y 19 de mayo de 1987. Sucede al doctor Uthai Sudsukh, secretario permanente adjunto al Ministerio de Sanidad de Tailandia.

El Consejo ejecutivo ha nombrado a la señora Nita Barrow como presidenta general de las discusiones técnicas que se desarrollaron al margen de la 41 Asamblea Mundial de la Salud, sobre el tema «Desarrollo de los promotores de la Salud para todos».

La señora Nita es representante permanente de Barbados en la Organización de las Naciones Unidas y, paralelamente, presidenta del Consejo Ecuménico de las Iglesias (para la región del Caribe y de América Latina) y presidenta del Consejo Internacional de Educación de Adultos. Comenzó su carrera en los cuidados de enfermería y en salud pública y ocupó algunos puestos en los sectores de personal, de enseñanza y de administración en Barbados y en Jamaica (1940-1956), con responsabilidades progresivamente crecientes.

Dirigente internacional indiscutible y promotora de la igualdad de los derechos del hombre y de la participación de las mujeres en la salud y en el desarrollo, la señora Nita juega un papel importante a nivel internacional en la elaboración de directrices relativas a la salud pública y a los cuidados de enfermería.

El tema de las discusiones técnicas escogido por el Consejo ejecutivo para 1989, con ocasión de la XLII Asamblea Mundial de la Salud, será «La salud de los jóvenes».

El Consejo decidió que su próxima sesión, la LXXXI, tuviera lugar en la sede de la OMS en Ginebra a partir del lunes 11 de enero de 1988 y se finalizará, lo más tarde, el miércoles 20 de enero. Fijó igualmente la fecha de apertura de la XLI Asamblea Mundial de la Salud para el lunes 2 de mayo de 1988 a las doce horas, en el Palacio de las Naciones de Ginebra.

PLENO APOYO AL PROGRAMA DE SIDA DE UGANDA (Comunicado de la OMS/14, 25 de mayo de 1987.)

El programa ugandés de lucha contra el SIDA ha obtenido toda la financiación necesaria para su primer año de funcionamiento a lo largo de

una reunión que tuvo lugar en Kampala (Uganda) los días 21 y 22 de mayo. Datos en relación con esta reunión fueron proporcionados el día 25 de mayo de 1987 en Ginebra por el doctor Jonathan Mann, director del programa especial de lucha contra el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La reunión estaba organizada por el Ministerio de Sanidad de Uganda y por la OMS, como continuación de la aprobación oficial, por parte del Gobierno ugandés, de un plan nacional de lucha contra el SIDA. Representantes de más de 15 países y organizaciones internacionales participaron en la misma.

Al finalizar la reunión, el doctor R. Rugunda, ministro de Sanidad de Uganda, declaró que contribuciones por un montante superior a los 6.000.000 de dólares habían sido anunciadas para cubrir el primer año de actividades del programa nacional ugandés de lucha contra el SIDA. Se han hecho igualmente anuncios de contribuciones para apoyar la totalidad del programa para cinco años, previsto por el plan nacional ugandés de lucha contra el SIDA.

La información y la educación del público constituyen la primera prioridad del plan antiSIDA de Uganda, que ha sido elaborado por el Ministerio de Salud con el apoyo de la OMS. El plan prevé, igualmente, la detección del virus y la protección de los donantes de sangre, la vigilancia epidemiológica, la mejora de las capacidades de los laboratorios para el diagnóstico del SIDA y programas educativos dirigidos a los agentes de salud.

Durante la clausura de la reunión, el doctor Rugunda agradeció a la Oficina Regional de la OMS en Africa, así como a las instituciones que habían llevado a Uganda un apoyo de urgencia, sus esfuerzos de lucha contra el SIDA y declaró que la lucha contra el SIDA continuaría pidiendo «una cooperación internacional colectiva y extensa».

El doctor Mann indicó: «Nosotros somos deudores de Uganda por la iniciativa por la que valientemente ha afrontado abiertamente el problema del SIDA. La respuesta rápida y generosa de la comunidad internacional al plan ugandés de lucha contra el SIDA es una manifestación clara de la cooperación internacional que será necesaria para luchar contra el SIDA a nivel mundial.»

El refuerzo de los programas nacionales contra el SIDA en el mundo entero forma parte de la estrategia mundial de la OMS en este campo.

«El SIDA es un problema mundial. El apoyo aportado a Uganda nos ayuda a todos, puesto que no podemos parar el SIDA en un país sin pararlo en todos los países», declaró el doctor Mann.

Por otra parte, los representantes de la OMS en Uganda y de la Oficina Regional para Africa en Brazzaville, varios miembros del programa especial de lucha contra el SIDA, con base en Ginebra, participaron en la reunión de Kampala.

Países participantes: República Federal de Alemania, Australia, Cuba, Dinamarca, Estados Unidos, Italia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y Suecia.

Organizaciones participantes: Secretariado de la Commonwealth, Comunidad Económica Europea, Federación Internacional para la Planificación Familiar, Liga de las Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, Fondo de Protección de los Niños, PNUD, UNICEF, OMS y el Banco Mundial.

LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD LANZA UNA CAMPAÑA DE INFORMACION AL PUBLICO PARA AUMENTAR LA TOMA DE CONCIENCIA DEL SIDA EN EL MUNDO (Comunicado OMS/15, 27 de mayo de 1987.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado hoy su campaña mundial de información del público sobre el tema «SIDA». Un esfuerzo mundial lo vencerá y ha proporcionado al público un nuevo símbolo destinado a aumentar la toma de conciencia del SIDA en el mundo. Este nuevo símbolo del SIDA fue presentado al doctor Halfdan Mahler director general de la OMS a lo largo de una conferencia de prensa mantenida en la sede de la OMS en Ginebra.

«La epidemia de SIDA es ahora mundial y es necesario atacarla a escala mundial», declaró el doctor Jonathan Mann, director del Programa especial de la OMS de lucha contra el SIDA. «La estrategia mundial de la OMS para luchar contra el SIDA consiste en prevenir la propagación del SIDA en el mundo entero atacándose *todos* los medios de transmisión del virus, en *todos* los países, utilizando para ello *todos* los medios científicos y de educación disponibles.»

«El SIDA ha creado una situación de urgencia de amplitud mundial. La enfermedad ha tomado las proporciones de una pandemia afectando a todos los continentes. Uno de los elementos prioritarios de esta campaña es el de hacer tomar la máxima conciencia del hecho de que el SIDA amenaza a *todos* los países.»

Desde que el SIDA se identificó por primera vez en 1981, el número de países que notifican casos de SIDA se ha aumentado de manera considerable. El 27 de mayo de 1987, 51.069 casos de SIDA habían sido notificados por la OMS por 112 países. Sin embargo, el número de casos notificados no representa más que un porcentaje del número de casos en este momento que se estima es superior a 100.000.

La campaña forma parte de una estrategia global destinada a estimular las acciones que pueden emprender los individuos para impedir la propagación del virus del SIDA. «Pero para cambiar el comportamiento humano, nos hace falta primero cambiar las actitudes y atraer la atención de las gentes sobre lo que cada uno de nosotros puede hacer, personalmente», indica el doctor Mann. Ha hecho observar, igualmente, que la OMS había escogido un mensaje que «comunica a la vez la gravedad de la amenaza que tiene el SIDA en sí mismo y el hecho de que una estrategia mundial puede detenerlo».

A lo largo de la conferencia de prensa, Milton Glaser, el diseñador de renombre internacional, presentó el espectacular símbolo del SIDA. Creando este símbolo -dos corazones rojos que convergen en una máscara azul espantosa- M. Glaser indicó que había buscado una imagen «bastante poderosa para que permaneciera en la conciencia». El mensaje y el símbolo están en el centro de un cartel creado por M. Glaser para el Programa especial de lucha contra el SIDA: según el doctor Mann, este cartel será el primero de una serie que la OMS encargará a los artistas del mundo entero.

Un folleto en el que se describa la estrategia mundial de la OMS y explicando cómo entra el virus del SIDA, cómo se transmite y cómo no, será distribuido durante la tercera Conferencia Internacional sobre el SIDA, que tendrá lugar en Washington la próxima semana.

«El SIDA no prospera solamente en el organismo; se complace en la ignorancia, el temor y la resistencia al cambio», declara el doctor Mann. «Campañas de toma de conciencia como la nuestra y como las que apoyamos en numerosos países, son el punto de partida de un largo proceso que trata de superar estos obstáculos.»

CIUDADES Y SALUD (Comunicado de prensa EURO/05/87 5210i/PIO, Copenhague 1 de abril de 1987.)

En el marco del proyecto «Ciudades y Salud» se desarrolló una reunión en la Escuela Nacional de Salud Pública de Rennes (Francia), del 24 al 27 de marzo de 1987, para discutir y planificar los aspectos medioambientales de este proyecto.

El proyecto «Ciudades y Salud» es un programa de promoción de la Salud a nivel de las ciudades, con el fin de desarrollar una mejor higiene del medio y un alto nivel de protección del medio ambiente.

Entre las doce ciudades participantes del proyecto, diez han asistido a la reunión, al igual que observadores de otras ocho ciudades candidatas. Las dieciocho ciudades allí presentes procedían de once países europeos.

La finalidad del proyecto «Ciudades y Salud» es la de aplicar a escala municipal los principios de la OMS en relación con la Salud para todos:

La equidad, es decir, el acceso para todos a un ambiente saludable.

La cooperación intersectorial, que en este caso es particularmente importante.

La información del público y la participación de los grupos organizados a nivel de los barrios.

El recurso a procedimientos técnicos sencillos de mejora del medio ambiente físico que, en la medida de lo posible, permita emplear mano de obra procedente del paro.

En una palabra, la cooperación interciudades para los intercambios de información y de experiencias.

El papel de la OMS es esencialmente el de un catalizador.

Durante la reunión, cada ciudad presentó un análisis de los problemas del medio ambiente con los que se enfrentaba, así como los planes previstos para resolverlos. Se planteó un programa que incluía:

- Acciones de sostenimiento de la OMS a las ciudades que participaban en el proyecto;
- El desarrollo de la cooperación entre ciudades;
- La mejora de los intercambios de información;
- Un programa de reunión entre las ciudades para discutir problemas específicos.

Las ciudades participantes pidieron a la OMS su apoyo para promover el proyecto cerca de las autoridades públicas.

Paralelamente a esta reunión internacional se desarrolló una reunión nacional de información bajo la presidencia del alcalde de Rennes, con el fin de estimular a otras ciudades francesas para constituir una red nacional que cooperara con el proyecto «Ciudades y Salud».

LAS ACTIVIDADES DE LA OFICINA REGIONAL PARA EUROPA COMO CONTINUACION DEL INCIDENTE DE TCHERNOBYL (Comunicado de prensa EURO/06/87, Copenhague, 7 de mayo de 1987.)

En el marco de las actividades de la OMS que siguieron al incidente de Tchernobyl, la Oficina regional para Europa, en parte gracias a una generosa contribución de Suiza, pone en marcha y desarrolla actualmente un proyecto especial sobre los accidentes nucleares y la salud pública.

Un acontecimiento notable de este proyecto será una reunión organizada por la oficina europea, de expertos de alto nivel para discutir sobre la armonización de las medidas de salud pública frente a los accidentes nucleares. Esta reunión se llevará a cabo del 10 al 13 de noviembre de 1987 y no, como se anunció anteriormente, del 2 al 6 de noviembre. Tendrá lugar en la Sede de la OMS en Ginebra (Suiza).

Otra parte del proyecto será una consulta muy especializada sobre la epidemiología de los efectos de la erradicación en relación con el accidente de Tchernobyl. Este tuvo lugar en Copenhague del 13 al 14 de mayo de 1987. Los resultados de esta reunión proporcionaron importantes bases para la realización de un taller común OMS/AIEA en Viena, del 18 al 22 de mayo de 1987, que discutió principios rectores concernientes a la metodología y la planificación de los estudios epidemiológicos sobre los efectos tardíos sobre ciertos grupos expuestos a continuación de accidentes nucleares.

Otra reunión que se inscribe en el marco de este proyecto, la reunión de un grupo de trabajo de la OMS sobre los riesgos de salud ligados al radiocesio y a otros radionucleidos de largo período, a continuación del accidente de Tchernobyl se llevó a cabo en la República Federal de Alemania (Schloss Reisensburg), del 9 al 12 de junio de 1987.

LIBROS

Robert Gann: *The Health Information Handbook (Resources for Self Care).* 1986, ISBN 0 566 03549 9, 270 páginas, encuadernado. Precio 18,50 libras esterlinas más gastos de envío. Gower Publ. Group Ltd., Gower House, Croft Rd. Aldershot (Inglaterra).

En los últimos años se ha producido una explosión sin precedentes del interés por la participación de la gente en el cuidado de su propia salud. Este manual ofrece orientación práctica para los servicios de librerías, centros de asesoramientos, grupos de voluntarios y de autoayuda de todas clases de información sobre salud al público. Examina la necesidad de información sobre salud y enfermedad, proporciona una visión general de la provisión de información sanitaria en el Reino Unido y da una perspectiva internacional basada en prácticas en Estados Unidos y Europa. Una característica importante de este Manual es una sección que da consejos prácticos a los que establecen servicios de información sanitaria sobre cómo crear los contactos adecuados, colecciones básicas de publicaciones y organizar este material para su uso.

Contenido: Responsabilidad en salud; El paciente informado; Información de salud en el Reino Unido; Información de salud en otros países; Comenzar, recoger y organizar la información de salud; Indice.

Directrices de calidad para el agua de bebida, vol. 2, *Criterios de higiene y documentación de apoyo.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986; ISBN 92 4 254169; X + 333 págs, precio: 35 francos suizos. Publicada también en inglés. Versión árabe y española en preparación. En España: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; Librerías Díaz de Santos, Comercial Atheneum.

Las *Directrices de calidad para el agua de bebida* pretenden proporcionar a los diferentes países una base para la elaboración de normas que, si se aplican convenientemente, les asegurarán un aprovisionamiento de agua de bebida sana. Las directrices tienen como objetivo reemplazar a la vez las Normas europeas aplicables al agua de bebida (1970) y las Normas internacionales para el agua de bebida (1971), que data de hace más de diez años. Si se tiende a descartar las prácticas anteriores en materia de normas internacionales de calidad para el agua de bebida, es esencialmente porque es deseable abordar las normas y reglamentos nacionales desde el ángulo de la relación

(cualitativa o cuantitativa) riesgos-ventajas. Las normas y los reglamentos no sirven para nada si no son impuestos y aplicados, lo que supone competencias y medios relativamente costosos.

El volumen 2 actualiza datos toxicológicos, epidemiológicos y clínicos disponibles que han servido para determinar los valores indicativos recomendados en el volumen 1. Nos proporciona, además, informaciones sobre la detección de contaminantes del agua y sobre las medidas a tomar para eliminarlos. Constituye, pues, un documento de referencia útil para los investigadores como para quienes elaboran y aplican las normas nacionales. Desarrolla considerablemente la información sobre los riesgos para la salud que se presentan en el volumen 1 y debe ser considerado por ello como el complemento indispensable.

Si bien el objetivo principal de las directrices es el de proporcionar una base para la elaboración de normas para el agua de bebida, las informaciones que contienen pueden también ser útiles en la puesta a punto de otras modalidades de control para los casos donde es imposible aplicar normas. Así la aplicación de los códigos de buena práctica para la instalación y utilización de las estaciones de depuración de las redes de distribución, de los depósitos y de las cañerías de plomo puede facilitar un aprovisionamiento de agua de bebida sana mejorando la fiabilidad del servicio y evitando la utilización de materiales indeseables (como las cañerías de plomo expuestas a las aguas agresivas), simplificando totalmente las operaciones de reparación y mantenimiento.

Directrices de calidad para el agua de bebida, vol. 3., *Control de la calidad del agua de bebida destinada al aprovisionamiento de pequeñas colectividades*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985; ISBN 92 4 254170 2; VIII + 121 págs, precio: 17 francos suizos. Disponible también en inglés (edición árabe y española en preparación). En España: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; Librerías Díaz de Santos, Comercial Atheneum.

Las *Directrices de calidad para el agua de bebida* deben servir de base para la puesta a punto de las normas que, si se aplican correctamente, garantizarán la seguridad del aprovisionamiento de agua de bebida. Anulan y reemplazan las normas europeas (1970) e internacionales (1971) aplicables al agua de bebida y rompen con el uso realizado hasta el momento, que consistía en preconizar una óptica de riesgo/ventajas en materia de normas y de reglamentos nacionales.

El volumen 3 está especialmente dedicado a las traídas de agua de las pequeñas colectividades, especialmente rurales, y más concretamente a su calidad microbiológica. Contiene datos sobre la planificación de los programas de supervisión y control y trata igualmente de inspecciones sanitarias. Se describen las medidas apropiadas de carácter preventivo y las correctoras y se insiste sobre la importancia de la participación y de la educación comunitaria. Los anexos proporcionan ilustraciones de apoyo, unas instrucciones secuenciadas sobre los métodos de toma de muestras de agua, de análisis bacteriológico y de dosificación del cloro residual. Los métodos expuestos tienen en cuenta las dificultades y los problemas susceptibles de plantearse sobre el terreno, especialmente en el medio rural.

Este volumen interesará a quienes tienen la responsabilidad de la calidad del agua de bebida, especialmente en las zonas rurales de los países en desarrollo. Debería ser

útil no solamente a las personas de laboratorio y de trabajo de campo, sino igualmente a los administradores y a otros funcionarios encargados de programas nacionales, llevados a cabo en el marco del Decenio internacional del agua de bebida y del saneamiento.

OMS, PNUA, OIT: *Biotoxinas acuáticas (agua de mar y agua dulce). Criterios de higiene del ambiente, 37. Programa Internacional sobre la Seguridad de las Sustancias Químicas.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986, ISBN 92 4, 112 págs., precio: 10 francos suizos. En España: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Un anteproyecto del presente documento fue preparado por el profesor P. Krogh (Dinamarca) y enviado para comentarlo a los especialistas que tuvieran un papel importante a este respecto en los Estados Miembros, así como a otros diversos expertos. Del 12 al 17 de diciembre de 1983 se reunió en Ginebra un Grupo de Trabajo de la OMS sobre los criterios de higiene del ambiente para las biotoxinas acuáticas (agua de mar y agua dulce). El doctor J. Parizek abrió la reunión en nombre del director general. Tras haber estudiado y revisado el anteproyecto, el grupo de trabajo ha procedido a una evaluación de los riesgos para la salud que se derivan de la exposición a las biotoxinas acuáticas.

Las recomendaciones adoptadas fueron las siguientes:

a) Con excepción de la saxitoxina y de la fetrodotoxina, no se dispone de biotoxinas acuáticas puras más que en cantidad limitada, lo que frena los progresos en materia de toxicología experimental, de química analítica, de ficología, de química clínica y de ecotoxicología. En consecuencia, no existen más que muy pocos datos con cifras sobre la exposición del hombre y de otros susceptibles a las toxinas contenidas en las algas, lo que frena gravemente las actividades de vigilancia y la puesta a punto de medidas preventivas.

Es indispensable que se realicen esfuerzos coordinados a nivel internacional para obtener toxinas puras en cantidades suficientes para hacer frente a las necesidades.

b) Los métodos que permiten analizar alimentos, tejidos y líquidos orgánicos humanos y animales y diversos compartimientos del ambiente para la búsqueda de toxinas de algas deben ser objeto de estudios concertados internacionales con vistas a evaluar su precisión y exactitud.

c) Conviene mejorar a escala mundial la vigilancia y la declaración de los casos humanos y animales (tanto en los animales domésticos como en los salvajes) de intoxicaciones procedentes de las algas.

d) Considerando que la mayoría de las enfermedades provocadas por toxinas de las algas están asociadas a períodos de proliferación, hay que recoger, a escala mundial, numerosos datos sobre este tipo de episodio y sobre las condiciones que lo originan. Sobre la base de estos datos, se deberá tratar de predecir en seguida los períodos de proliferación de algas y colocar en las zonas afectadas un sistema de alerta precoz.

OMS, PNUA, OIT: *Paraquat y diquat. Criterios de higiene del ambiente, 39. Programa Internacional sobre la Seguridad de las Sustancias Químicas.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986, ISBN 92 4, 208 págs., precio: 16 francos suizos. En España: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Un grupo de trabajo de la OMS sobre los criterios de higiene del ambiente para el paraquat y el diquat se reunió en Ginebra del 5 al 10 de diciembre de 1983. Tras estudiar y revisar el anteproyecto, el Grupo de Trabajo ha procedido a la evaluación de los riesgos para la salud que se derivan de la exposición a estos productos. El anteproyecto de este documento fue obra del doctor A. Bainova (Bulgaria).

Las recomendaciones adoptadas para el paraquat son las siguientes:

- En la medida en que se pueda poner en práctica, conviene limitar el suministro del producto líquido al 20 por 100 sólo a los agricultores, horticultores y otros profesionales con experiencia, convenientemente encuadrados y que trabajen con material en buenas condiciones de mantenimiento.
- Se procurará al máximo evitar el trasvase del producto o su colocación en recipientes mal etiquetados.
- Deben continuarse las investigaciones para fabricar un producto comercial más seguro y reducir la incidencia de los casos de intoxicación mortal.
- Por otra parte, debería existir un registro de los casos de intoxicación a escala nacional para todas las clases de productos químicos, incluido el paraquat, cuyo contenido se comunicará a los organismos internacionales, como la OMS.
- Las personas con lesiones cutáneas (preexistentes o consecutivas a una contaminación con paraquat) no deben tomar parte en la utilización del producto en tanto no estén curadas.
- Hay que insistir en el hecho de que el tratamiento de los casos de intoxicación por paraquat debe hacerse lo antes posible. Las posibilidades de recuperación en caso de exposición a una dosis en principio mortal son máximos cuando el tratamiento empieza a las cinco o seis horas de producirse la intoxicación.
- Se necesitan investigaciones complementarias sobre el mecanismo de retención del paraquat, sobre todo a nivel pulmonar y sobre las lesiones correlativas a nivel molecular.
- Según los datos presentados al Grupo de Trabajo, no se observa, en condiciones prácticas, saturación de la capacidad de intercambio catiónico en los suelos. En consecuencia, es improbable que el paraquat directamente disponible pueda tener fitotoxicidad residual. Se recomienda que se publiquen los datos sobre este punto.

Los estudios de mutagenicidad y de carcinogenicidad efectuados hasta hoy parecen indicar, de manera general, que el paraquat no tiene probablemente efecto genotóxico en el hombre; serían no obstante necesarios datos más detallados para que se pueda hacer una afirmación categórica.

El grupo ha recibido información de que acaban de terminarse nuevos estudios de toxicidad y de carcinogenicidad a largo plazo, recomienda que se pongan a disposición de todos los resultados por la vía de las publicaciones destinadas al gran público.

Las recomendaciones adoptadas para el diquat son las siguientes:

- En la medida en que se pueda poner en práctica, conviene limitar el suministro del producto líquido al 20 por 100 sólo a los agricultores, horticultores y otros

profesionales con experiencia, convenientemente encuadrados y que trabajen con material bien conservado.
- Se evitará en lo posible transvasar el producto o volverlo a colocar en recipientes mal etiquetados.
- Hay que llamar la atención sobre el hecho de que las personas con lesiones cutáneas (preexistentes o consecutivas a una contaminación con diquat) no deben participar en la utilización del producto hasta que no se curen.
- Hay que insistir, por otra parte, en el hecho de que el tratamiento de los casos intoxicación por el diquat debe establecerse lo antes posible. Las probabilitades de restablecimiento en caso de exposición a una dosis en principio mortal son máximos cuando el tratamiento comienza en las cinco o seis horas siguientes a la intoxicación.
- Los estudios de mutagenicidad y de carcinogenicidad efectuados hasta hoy parecen indicar, de manera general, que el diquat no tiene probablemente efectos genotóxicos en el hombre; serían necesarios sin embargo datos más detallados para que se pueda hacer una afirmación categórica.

OMS: *Tecnología del abastecimiento de agua y del saneamiento en los países en desarrollo. Serie de informes técnicos.* Núm. 742. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1987, ISBN 92 4 320742, 3, 40 págs., precio: 7 francos suizos. En España: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Del 14 al 19 de abril de 1986 se reunió en Ginebra un Grupo de Estudio de la OMS sobre Tecnología del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento en los Países en Desarrollo. El doctor B. Dieterich, director de la División de Higiene del Medio abrió los debates y dio la bienvenida a los participantes en nombre del director general. Refiriéndose a la creciente demanda de servicios mejores y más amplios, así como al interés cada vez mayor que suscitan los progresos tecnológicos, en particular los que se consideran adecuados a la situación socioeconómica de cada comunidad, el doctor Dieterich atribuyó esa evolución al aumento de los organismos internacionales, multilaterales y bilaterales en el sector del abastecimiento de agua y del saneamiento y a la mejor comprensión de los factores socioculturales, que es preciso tener en cuenta al seleccionar las tecnologías apropiadas. Puso asimismo de relieve que el cometido del Grupo de Estudio no consistía en examinar inventos recientes, sino en determinar si los adelantos técnicos han tenido utilidad con relación a las necesidades de los diversos grupos sociales y los recursos locales.

El Grupo de Estudio ha sido el primero que la OMS ha reunido especialmente para examinar la situación y la función de la tecnología del abastecimiento de agua y del saneamiento en relación con el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. Los objetivos del Grupo de Estudio fueron los siguientes: Pasar revista a los progresos de las tecnologías relativas al abastecimiento de agua y saneamiento en medios urbanos y rurales, evaluar esa evolución con respecto a las necesidades de las comunidades y la situación en que se encuentran, así como a los recursos de los Estados Miembros, descubrir los obstáculos que limitan la aplicación de cualquier técnica apropiada, identificar las lagunas de los conocimientos y proponer las investigaciones y aplicaciones que proceda, formular recomendaciones para fortalecer el intercambio de informaciones sobre diversas tecnologías.

Detección precoz de enfermedades profesionales. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1987, X + 298 págs., ISBN 92 4 354211 7, precio: 44 francos suizos o 26,40 dólares. Publicado también en árabe, francés e inglés. En España: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Este volumen constituye una guía práctica y completa de detección precoz, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades profesionales. Como muchas de éstas son reversibles cuando se tratan con prontitud, en la obra se facilita sobre todo la información que puede ayudar a los médicos a reconocer las alteraciones específicas de orden bioquímico, morfológico y funcional que preceden a la aparición de signos y síntomas manifiestos. También se examinan las medidas preventivas que pueden aplicarse en el contexto de trabajo.

La obra consta de 38 capítulos, estructurados en cuatro partes principales. En la primera se exponen los principios básicos de la evaluación y vigilancia de la salud de los empleados en los lugares de trabajo que entrañan riesgos para la salud. Entre otros temas, se abordan las clases de reconocimientos que deben realizarse antes de asignar un puesto y los factores que se han de tener en cuenta al determinar los intervalos para las pruebas sistemáticas y los reconocimientos periódicos necesarios.

En la segunda parte, la más extensa, se facilitan orientaciones prácticas para detectar con prontitud y combatir 28 enfermedades profesionales clasificadas de acuerdo con las sustancias nocivas o las condiciones que las originan. Se hacen las clasificaciones conforme a la lista de enfermedades profesionales adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1980. Se empieza la exposición de cada una de las enfermedades con un resumen de las propiedades conocidas de la sustancia causante, su producción comercial y sus aplicaciones, así como las diferentes profesiones que entrañan riesgos para los trabajadores. Se indican, asimismo, los mecanismos de acción básicos en el cuerpo humano. En la información clínica se dan pormenores sobre los mejores métodos para evaluar la exposición, los signos y síntomas asociados con las diversas fases del trastorno o de la enfermedad, las relaciones entre los niveles de exposición y los efectos clínicos, el pronóstico, el diagnóstico diferencial y los diferentes grados de susceptibilidad según los individuos. También se dan, respecto de cada afección, consejos prácticos para el reconocimiento de ingreso y el reconocimiento periódico, la asistencia a los enfermos y las medidas de prevención más adecuadas que han de tomarse en el lugar de trabajo.

La tercera parte consta de siete capítulos, ordenados en función de los principales órganos y sistemas afectados por las enfermedades profesionales. En cada capítulo se da información sobre los trastornos profesionales más comunes que afectan al órgano o sistema, los mecanismos fisiopatológicos afectados, así como los exámenes y pruebas clínicos para la detección precoz del transtorno. Termina la obra con dos capítulos sobre los procedimientos de evaluación ambiental y la vigilancia biológica de la exposición.

Los médicos de empresa u otros facultativos interesados en la higiene del trabajo hallarán en este volumen todo cuanto necesiten saber para determinar, al practicar reconocimientos en los trabajadores, qué signos buscar, qué pruebas realizar y qué medidas adoptar en la fase más precoz posible de una enfermedad profesional.

Medidas de seguridad aplicables en epidemias de enfermedades transmisibles. Manual preparado por Donald J. Dunsmore, 1987. 105 págs. (publicado también en árabe, francés e inglés), ISBN 92 4 354 206 0, precio: 17 francos suizos o 10,20 dólares. En España: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Este manual es una compilación de las medidas de seguridad aplicables para estudiar y tratar la investigación y las situaciones de emergencia causadas por epidemias de enfermedades transmisibles.

Las medidas de seguridad se presentan en forma de secuencia lógica y escalonada, utilizando un sistema modificado de decisiones ramificadas que se resume por tema al principio de cada capítulo. Cada escalón y acciones se relacionan por un sistema de referencias de otros escalones o acciones aplicables para que se puedan tomar decisiones rápidas y utilizar en forma adecuada las instalaciones y el material disponible. Se da especial importancia a los consejos básicos de seguridad para la protección de los investigadores que acudan los primeros a la zona, del personal de los hospitales y de los laboratorios y de la población en general.

A lo largo de doce capítulos se dan a los lectores instrucciones y consejos precisos sobre casi cualquier detalle imaginable de las actividades de investigación y de lucha. Los capítulos empiezan por las medidas de diagnóstico inicial e investigación y terminan con información sobre las autopsias y las precauciones para los entierros. Los detalles que se facilitan van desde el mobiliario y el equipo necesarios en las habitaciones de aislamiento, pasando por una comparación de los distintos medios de conseguir un ambiente microbiológicamente seguro para el transporte de los enfermos, hasta cuadros de los procedimientos recomendados para la descontaminación, con 16 apartados distintos. Siempre que resulta posible se indican también las direcciones de los abastecedores.

Esta obra será de gran utilidad para todos los funcionarios de salud pública que se vean obligados a tomar medidas rápidas y apropiadas para combatir brotes de enfermedades transmisibles.

Rev. San. Hig. Púb., 1987, 61, 653-683 Año LXI.-Mayo-junio 1987

REVISTA DE REVISTAS

AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, diciembre de 1985.

Rish, H. A. y cols.: *Factores dietéticos e incidencia de cáncer de estómago,* pp. 947-959.

Un estudio caso-control de dieta y cáncer de estómago se realizó durante 1979-1982 en Toronto, Winnipeg y St. John's, Canadá. 246 casos de cáncer comprobados histológicamente se ajustaron individualmente por edad, sexo y zona de residencia con 246 controles seleccionados al azar. Se calcularon valores de consumo diario de nutrientes de los datos cuantitativos de un cuestionario de historia de la dieta mediante el uso del Banco de Datos de Composición de Alimentos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, que se amplió y modifico para materiales canadienses. Para el análisis se usaron métodos de regresión logística condicional continua. Se encontró que el consumo de fibra dietética estaba asociado con un menor riesgo de cáncer gástrico, la estimación de la *odds ratio* de la tendencia fue 0,40/10 gramos de ingestión diaria media de fibra (es decir, $0{,}40^{1{,}5}$/15 g, etc.) ($p < 10^{-8}$). También el consumo diario medio de nitrito, chocolate y carbohidratos estaba asociado con crecientes tendencias de riesgo con estimación de la *odds ratio,* respectivamente, 2,6/miligramos ($p < 10^{-4}$), 1,8/10 gramos ($p < 10^{-4}$) y 1,5/100 gramos ($p = 0{,}015$). Aunque la ingestión de frutos cítricos parecía ser algo protectora (odds ratio = 0,75/100 gramos, media diaria = 0,0056), la ingestión de vitamina C lo fue menos y la vitamina E nada en absoluto. Así, un número de componentes de la dieta parecen estar implicados en la patogenia del cáncer de estómago.

Von Korff, M. R. y cols.: *Epidemiología de ataques de pánico y trastornos del pánico. Resultados de tres encuestas comunitarias,* pp. 970-981.

Los autores declaran hallazgos que se relacionan con trastornos de pánico en las primeras tres localizaciones del Programa de Salud Mental de la Zona de Recogida Epidemiológica del Instituto Nacional. Se entrevistó a muestras probabilísticas de unas 3.000 personas en la zona de New Haven, Connecticut, del este de la ciudad de Baltimore, Maryland y del Gran San Louis (Missouri) en 1980-1982. Se obtuvo información sobre ataques de pánico y transtornos de pánico usando el Cuestionario para Entrevistas Diagnósticas. La tasa de prevalencia de ataques de pánico en los seis meses anteriores se encontró que era de un 3 por 100 en cada una de las localizaciones, aunque la prevalencia de trastornos por pánico variaba de 0,6 a 1,0 por 100. La edad de comienzo tenía un pico a los quince-diecinueve años. Se encontró que los ataques

simples de pánico, los ataques de pánico graves y repetidos y los trastornos por pánico estaban caracterizados por perfiles de síntomas y distribuciones de la edad de comienzo semejantes y que tenían distribuciones semejantes por factores demográficos.

JACKSON, R. y cols.: *Consumo de alcohol y presión sanguínea,* pp. 1037-1044.

La relación entre consumo de alcohol y presión sistólica y diastólica se examinó en una muestra representativa de la población de 1.429 hombres y mujeres de treinta y cuatro a sesenta y cuatro años de edad en Auckland, Nueva Zelanda, durante 1982. Los argumentos de una variable demostraron una relación en forma de «U» entre consumo de alcohol y presiones sistólica y diastólica en hombres y en mujeres de cincuenta años y más, teniendo los bebedores ligeros y moderados (0-34 gramos de alcohol/día) niveles de presión sanguínea inferiores que los no bebedores y que los grandes bebedores. No se vio una relación clara en las mujeres jóvenes. La relación en forma de «U» en los hombres especialmente de la presión sistólica, persistió después de controlar las posibles causas de confusión, mientras que en mujeres de cincuenta y más años parecía haber un umbral de unas cuatro bebidas por día, por debajo del cual las bebedoras tenían niveles de presión sanguínea semejantes a las no bebedoras. En los análisis multivariables se calculó que entre los hombres los bebedores ligeros y moderados tenían niveles sistólicos 4,8 mmHg inferiores y niveles diastólicos 1,7 mmHg menores que los no bebedores y los grandes bebedores, mientras que las mujeres de cincuenta a sesenta y cuatro años no bebedoras y bebedoras ligeras o moderadas tenían niveles sistólicos 10,2 mmHg inferiores y niveles diastólicos 4,5 mmHg inferiores que las fuertes bebedoras. Estos hallazgos sugieren que en hombres y en mujeres de cincuenta años y mayores hay una relación no lineal entre presión sanguínea y consumo de alcohol y que hay un nivel de consumo de alcohol de aproximadamente cuatro bebidas al día, por debajo del cual los bebedores tienen niveles de presión sanguínea semejantes o más bajos que los no bebedores.

Enero de 1986.

OTTMAN, R. y cols.: *Cáncer de mama en familias en una serie basada en la población,* pp. 15-21.

Se examinaron los riesgos de cáncer de mama para las hermanas de pacientes con cáncer de mama en una serie con base en la población de pacientes diagnosticados en el Condado de Los Angeles entre 1971 y 1975. Las hermanas de pacientes bilaterales diagnosticadas a la edad de cincuenta años o más jóvenes tenían un riesgo realmente mayor [riesgo relativo (RR) = 5,5] y el riesgo fue incluso mayor para las hermanas de pacientes bilaterales diagnosticadas a los cuarenta años o antes (RR = 10,5). La mitad de los cánceres de mama en las hermanas de casos bilaterales ocurrió en la familia de una única paciente bilateral cuya enfermedad se había diagnosticado a los treinta y nueve años de edad. Las hermanas de pacientes unilaterales diagnosticadas a los cincuenta años o antes no tenían un riesgo significativamente aumentado, pero las hermanas de pacientes unilaterales diagnosticadas a los cuarenta años de edad o antes parecía que tenían un riesgo aumentado (RR = 2,4). El riesgo de las hermanas de pacientes bilaterales era ligeramente superior si los diagnósticos contralaterales del paciente estaban separados por menos de tres años que si el intervalo era de tres años o más (RR = 6,3 frente a 3,9), pero esta diferencia no era estadísticamente significativa.

LA VECCHIA, C. y cols.: *Tabaquismo y riesgo de neoplasia cervical,* pp. 22-29.

Se evaluó la relación entre hábito de fumar cigarrillos y el riesgo de neoplasia cervical en un estudio caso-control de 183 mujeres con neoplasia cervical intraepitelial comparándolas con 183 pacientes externos controles ajustadas por edad, y de 230 casos de cáncer cervical invasor comparándolos con 230 controles hospitalizados por afecciones agudas no relacionadas con ninguno de los factores de riesgo conocidos o sospechados de cáncer cervical. El hábito de fumar cigarrillos estaba asociado a un riesgo elevado de neoplasia cervical intraepitelial (riesgo relativo = 1,76, intervalo de confianza al 95 por 100 = 1,14 - 2,27) y de cáncer invasor (riesgo relativo = 1,69, intervalo de confianza al 95 por 100 = 1,08 - 2,65). Esta asociación sólo en parte se explicaba por un gran número de posibles factores de confusión identificados, incluidos indicadores de situación socioeconómica y hábitos sexuales. El riesgo aumentaba con el número de cigarrillos fumados y era aparentemente mayor para las mujeres que habían empezado a fumar más jóvenes. El riesgo relativo de neoplasia intraepitelial era elevado en los veinte años siguientes al comienzo del hábito de fumar y mostró poca tendencia a aumentar cuando aumentaba la duración del hábito. Por otra parte, el riesgo de cáncer cervical invasor no estaba aparentemente afectado por fumar menos de veinte años y aumentaba continuamente a partir de esa edad, alcanzando un punto estimado de 3,63 después de cuarenta años o más. Si se supone que la neoplasia intraepitelial es una etapa precoz del cáncer cervical, esta pauta de riesgo está de acuerdo con las predicciones de la teoría de la carcinogénesis en múltiples etapas, si el efecto del hábito de fumar ocurre en una de las primeras etapas. Ningún factor distorsionante claro, aparte del juego del azar, es probable que produzca esta pauta de riesgo.

COLDITZ G. A. y cols.: *Estudio prospectivo de la historia familiar del infarto de miocardio y la cardiopatía coronaria en mujeres,* pp. 48-58.

Entre 121.964 mujeres que tenían de treinta a treinta y cinco años en 1976, 11.156 que estaban inicialmente libres de cardiopatía coronaria proporcionaron información sobre una serie de factores de riesgo coronario, incluso historia de infarto de miocardio en sus padres, y fueron seguidas prospectivamente. En 1976, 31.101 (26,5 por 100) declararon que al menos uno de sus padres había sufrido infarto de miocardio. Los cuestionarios en 1978 y 1980 identificaron mujeres que habían padecido infarto de miocardio no fatal (n = 132) y angina de pecho (n = 101). Los casos fatales de cardiopatía coronaria (n = 42) fueron confirmados mediante la búsqueda de registros vitales. El riesgo relativo ajustado por edad de infarto de miocardio no fatal en mujeres con historia familiar de infarto de miocardio $\leqslant$ sesenta años de edad en comparación con mujeres sin historia familiar fue 2,8 [95 por 100 de límites de confianza (LC) 1.8, 4.3]. En las que tenían historia familiar de infarto de miocardio $>$ sesenta años de edad, el riesgo relativo ajustado por edad de infarto de miocardio no fatal fue 1,0 (LC 0,5, 1.8). Los riesgos relativos ajustados por edad de cardiopatía coronaria fatal fue de 5.0 (LC 2.7, 9.2) para historia familiar antes de los sesenta y un años y de 2.6 (LC 1.1, 5.8) para historia familiar después de los sesenta años. Los correspondientes riesgos relativos de angina de pecho fueron 3.4 (LC 2.2, 5.2) y 1.9 (LC 1.2, 3.2), respectivamente. Estas asociaciones sólo se alteraron ligeramente al ajustarlas por historia de hipertensión, diabetes, colesterol elevado, uso de anticonceptivos orales, menopausia,

uso de hormonas después de la menopausia, obesidad o hábito de fumar en análisis individual estratificado o en análisis multivariables. Estos datos apoyan la hipótesis de que la historia paterna de infarto de miocardio tiene un efecto independiente sobre el riesgo que no se explica sólo por factores individuales de riesgo.

KRAW, K. T. Y BARRETT-CONNOR, E.: *Historia familiar de ictus como predictor independiente de cardiopatía isquémica en hombres y de ictus en mujeres,* pp. 59-66.

Los factores de riesgo cardiovascular más importantes, edad, colesterol, presión sanguínea, tabaquismo y diabetes e historia familiar de ataque cardíaco, explican sólo una proporción de enfermedades cardiovasculares. En un estudio de 1.491 hombres y 1.924 mujeres de cincuenta a setenta y nueve años de edad en una población blanca de clase media alta en Rancho Bernardo, California del Sur, que no tenía enfermedad cardiovascular conocida al comienzo en 1972-1974, y que fue seguida durante una media de nueve años, la historia familiar de ictus en cualquier pariente de primer grado fue un predictor independiente de mortalidad por cardiopatía isquémica en hombres de cincuenta a sesenta y cuatro años (riesgo relativo = 3,3, p 0,05) y de mortalidad por ictus en mujeres de cincuenta a setenta y nueve años (riesgo relativo = 2,3, p 0,05) tras controlar todos los factores de riesgo antes mencionados. Por el contrario, la historia familiar de ictus no servía para predecir la mortalidad por ictus en hombres o de mortalidad por cardiopatía isquémica en mujeres. Estos resultados sugieren que la historia familiar del ictus puede usarse como marcador de sujetos con alto riesgo y para identificar e investigar otros importantes determinantes genéticos o ambientales de enfermedad cardiovascular, especialmente las diferencias por sexo.

CLARKE, W. R. y cols.: *Agregación de la presión sanguínea en familias con hijos con presión sistólica alta lábil,* pp. 67-80.

La agregación de presión sistólica, presión diastólica y ritmo cardíaco se compara entre los parientes de tres grupos de niños índices: Niños con baja presión sistólica (menos del 5 por 100 percentil), presión sistólica media (entre el 5 y el 95 por 100 percentiles) y presión sanguínea alta lábil (por encima del 95 por 100 percentil, cuando se determinó al comienzo, pero por debajo del 95 por 100 percentil, cuando se volvió a tomar a los cuatro-seis meses después). Tanto las presiones sistólica y diastólica se agregaban con más fuerza en las familias con niños con hipertensión sistólica lábil que en las que tenían niños con presión sistólica media o baja. El grado de agregación del pulso no difiere entre los tres grupos. Como las presiones se agregan tan fuertemente en familias con niños con hipertensión lábil el estudio de estos niños y de sus familias puede proporcionar importante información acerca de la etiología de la hipertensión.

PETITTI, D. B. Y KIPP, H.: *El recuento de leucocitos, asociaciones con intensidad del tabaquismo y persistencia del efecto después de dejar el hábito,* pp. 89-95.

La información de los exámenes de 62.541 adultos enrolados en un estudio sobre tabaco de 1979 a 1982 en Oakland, California, se usó para explorar las asociaciones de varias medidas de intensidad del tabaquismo con el recuento leucocitario y para tratar de determinar si había un efecto persistente del fumar sobre el recuento leucocitario.

En fumadores corrientes y regulares de cigarrillos el número de leucocitos era mayor en fumadores de un gran número de cigarrillos y estaba asociado con el hecho de fumar cigarrillos con mucho alquitrán y nicotina, con inhalación profunda del humo y con mayor duración del hábito. Hubo una asociación del tabaquismo anterior con un elevado número de leucocitos con independencia de la edad, el sexo y la raza. En antiguos fumadores de cigarrillos, que no usaban otra forma de tabaco, el número de leucocitos estaba relacionado con el tiempo desde que habían dejado de fumar, teniendo los fumadores que lo habían dejado más recientemente mayor número de leucocitos. El estudio muestra que un elevado recuento de leucocitos esté asociado consistentemente con varias medidas de la intensidad del hábito tabáquico. Más aún, parece que el fumar tiene un efecto sobre el recuento de leucocitos que persiste después de dejarlo. El delinear la base fisiológica de los efectos agudos y crónicos del tabaquismo sobre el recuento leucocitario puede llevar eventualmente a una mejor comprensión de los mecanismos que regulan la granulopoyesis y la salida y destrucción de leucocitos.

BROWNER, W. S.: *Estimación del impacto de los programas de modificación de factores de riesgo,* pp. 143-153.

La mayoría de los estudios sobre la etiología y prevención de la enfermedad no consideran adecuadamente las consecuencias cuantitativas de sus hallazgos para la población. Este artículo presenta un método de combinar los datos de observación y de experimentación para estimar el impacto general de un programa de modificación de los factores de riesgo. Tras introducir la terminología, el modelo se aplica a un factor de riesgo categórico (colesterol sérico) para la cardiopatía coronaria, con datos del Pooling Project (1964-1974) y los estudios de las Lipid Research Clinics (1972-1983). Con suposiciones optimistas sobre el impacto del tratamiento con colestiramina a diferentes niveles de colesterol, podría prevenirse un 5 por 100 aproximadamente de los casos de cardiopatía coronaria en hombres de edad media en Estados Unidos; suposiciones más realistas reducen esta estimación en más de la mitad. El modelo destaca la importancia de estimar y comparar el impacto general de los programas disponibles de modificación de factores de riesgo al planificar estrategias sanitarias.

PAPOZ, L. y cols.: *Un modelo sencillo importante para toxoplamosis aplicado a resultados epidemiológicos en Francia,* pp. 154-161.

Un modelo matemático sencillo se aplicó a los resultados de un estudio seroepidemiológico de toxoplasmosis realizado en Francia en 1982-1983. Se obtuvo un ajuste adecuado a los datos de prevalencia observada en 7.605 mujeres de edad fértil. Así, los datos se usaron para estimar la tasa de seroconversión permitiendo el enfoque y la discusión de los conocimientos obtenidos del modelo, tales como el riesgo de infección por toxoplasma durante el embarazo, los riesgos esperados de seroconversión materna relacionados con la edad, así como una predicción global del número anual de niños infectados congénitamente en la población total. Además el modelo confirmó la elevada prevalencia de la toxoplasmosis congénita en Francia y el exceso de riesgo encontrado por mujeres jóvenes emigrantes de zonas con menor prevalencia. El modelo podría, por tanto, ser útil con fines sanitarios en otros países.

Febrero de 1986.

PARKINSON, D. K. y cols.: *Estudio epidemiológico psiquiátrico de exposición ocupacional al plomo,* pp. 261-269.

La asociación de exposición ocupacional al plomo con el funcionamiento neuropsiquiátrico se evaluó usando datos recogidos en 1982 en el este de Pensilvania de 288 trabajadores expuestos al plomo y 181 personas no expuestas. Se usaron índices de exposición tanto normal como acumulada. Tras controlar edad, educación e ingresos, se encontraron pocas diferencias significativas entre los trabajadores expuestos y los controles en variables neuropsicológicas o psicosociales. Los análisïs dosis-respuesta indicaron que entre los trabajadores expuestos al plomo la exposición acumulada y la normal no estaban relacionadas con la actuación neuropsicológica. La única asociación significativa se produjo entre exposición y nivel de conflicto en relaciones interpersonales. Los resultados, pues, proporcionan evidencia contra las hipótesis que sugieren que se producen efectos neuropsicológicos adversos.

LITTLE, R. E. y cols.: *Desarrollo fetal y bebida moderada al comienzo del embarazo,* pp. 270-278.

El gran consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo se ha ligado constantemente con una disminución del desarrollo intrauterino, pero el efecto de pequeñas cantidades de alcohol es menos claro. En este estudio se explora la relación entre desarrollo fetal y la bebida «moderada» por pacientes no fumadoras de bajo riesgo antes del parto. La muestra consistió en 144 mujeres vistas por primera vez en la clínica prenatal del Hospital Obstétrico del Colegio Universitario, Londres (Inglaterra), entre julio de 1979 y mayo de 1980, y que cumplían los siguientes criterios: Blanca, de diecinueve a treinta y cinco años, con ocho-dieciséis semanas de gestación en la primera visita prenatal, no fumadora, no alcohólica, de clase media baja o superior y en buen estado de salud. El consumo medio diario de 10 gramos de etanol (aproximadamente una bebida) en la semana antes del reconocimiento del embarazo se relaciona con una reducción del peso del niño al nacer de 225 gramos, tras ajustar por edad de gestación, sexo del niño y edad, peso, altura de la madre, ganancia de peso en el embarazo, clase social, gravidez y número de hijos. Además, el consumo de esta cantidad en la semana antes de la visita prenatal se relaciona con una disminución comparable del peso al nacer para los niños varones, pero no para las hembras. Estos hallazgos sugieren que el riesgo de la reducción del crecimiento intrauterino empieza muy pronto y que la respuesta fetal al uso posterior del alcohol varía con el sexo del niño.

ZUNZUNEGUI, M. V. y cols.: *Influencias masculinas en el riesgo de cáncer cervical,* pp. 302-307.

Se estudiaron los factores de riesgo del carcinoma de células escamosas del cuello uterino entre mujeres hispánicas casadas, de escasos ingresos, y sus maridos, usando un diseño de caso-control. Se identificó un total de 45 casos elegibles en hospitales públicos y clínicas comunitarias en la zona de la bahía de San Francisco. Para cada caso se seleccionó un control con dos años de diferencia de edad como máximo de entre las mujeres hispánicas vistas en la misma institución. Se entrevistaron 39 pares ajustados

de parejas para establecer la historia de la conducta sexual y otros factores posibles de riesgo. Los casos y los controles diferían notablemente en el número de compañeros sexuales anteriores de sus maridos. Los casos eran 5.3 más probable que estuvieran casadas con maridos que habían tenido 20 o más compañeras sexuales que los controles. Los casos y los controles no diferían en el número de compañeros sexuales, pero los casos eran más jóvenes que los controles en su primer coito. La asociación con la historia sexual del marido persistió después de ajustar por el número de compañeros sexuales de la mujer o la edad en la primera relación. Estos resultados apoyan la transmisión infecciosa y venérea del cáncer cervical e indican el importante papel de los maridos en la población con tasas de alta incidencia.

POOLE, C.: *Oportunidad de exposición en estudios caso-control,* pp. 352-358.

El eficiente control de los factores de confusión está reconocido como motivo legítimo de restricción, ajuste y análisis de condiciones en estudios caso-control. Sin embargo, algunos investigadores han aconsejado usar las mismas técnicas con otro fin: Alcanzar un equilibrio de «oportunidad» o «posibilidad» de exposición anterior entre casos y controles. Este trabajo muestra que las diferencias de oportunidad de exposición entre casos y controles no representan sesgo en las estimaciones de la ratio de tasa de incidencia. La precisión de la ratio de base disminuye cuando se reduce el tamaño de los estudios caso-control por exclusión de la gente que no tenía oportunidad de exposición. El apareamiento y el análisis condicional con respecto a indicadores de oportunidad de exposición también reducen la precisión sin aumentar la validez. Estos indicadores, que son correlativos de exposición pero no determinantes de enfermedad, no son factores de confusión, por tanto, no necesitan ser controlados en el diseño o análisis de estudios caso-control.

Marzo de 1986.

STROBINO, B., Y COLS.: *Espermicidas vaginales y aborto espontáneo de cariotipo conocido,* pp. 431-443.

La relación entre uso de espermicidas y aborto espontáneo se examinó en un estudio caso-control en la ciudad de Nueva York durante 1974-1982. En una serie de análisis de muestras emparejadas, los grupos de casos categorizados por cariotipo del aborto se compararon con un grupo control de pacientes prenatales con respecto al uso de espermicidas. El uso de espermicidas se definió en términos de proximidad a la fecha de la concepción del embarazo en estudio y de la duración del episodio de uso más reciente al embarazo estudiado. No hubo asociación entre uso de espermicidas definida ni en términos de proximidad ni de duración del uso y abortos normales cromosómicamente, que representan un 60 por 100 de todos los abortos espontáneos. Del mismo modo no hubo asociación entre uso de espermicidas y los diversos tipos de abortos con anomalías cromosómicas, con excepción del aborto trisómico. El uso de espermicidas durante más de un año en cualquier momento antes de la concepción fue más frecuente en los casos de concepciones trisómicas que abortaron que en el grupo de control (tasa = 1,9, límites de confianza = 1,2, 3,0). Había pruebas para sugerir que la asociación variaba con la edad de la madre y la fase de entrada en el estudio.

SISCOVICK, D. S., WEISS, N. S. Y FOX, N.: *Consumo moderado de alcohol y paro cardíaco primario,* pp. 499-503.

Para determinar si el consumo ligero de alcohol influye sobre el riesgo de paro cardíaco primario, los autores investigaron 152 casos de veinticinco a setenta y cinco años de edad, sin enfermedad cardíaca previa u otra enfermedad, en los que se produjo un paro cardíaco primario durante un período de catorce meses en King County, Estado de Washington, de diciembre de 1979 a enero de 1981. Las esposas de los casos y las de 152 residentes demográficamente similares del King County fueron entrevistadas para cuantificar el consumo medio de alcohol durante el año anterior para cerveza, vino y licores combinados. Tras ajuste por hipertensión, tabaquismo y actividad física, el consumo ligero o moderado de alcohol estuvo asociado con un riesgo reducido de paro cardíaco primario. Comparadas con personas no bebedoras (< 1 bebida/mes), el riesgo relativo estimado para los bebedores ligeros ($\geqslant 1$ bebida/mes pero < 1 bebida/día) fue 0,7 (95 por 100 intervalo de confianza, 0,5-1,0) y para los moderados (1-3 bebidas/día) 0,5 (95 por 100 intervalo de confianza, 0,3-1,0). Estos datos están de acuerdo con la hipótesis de que el consumo ligero a moderado de alcohol reduce el riesgo de paro cardíaco primario.

WYSOWSKI, D. K. y cols.: *Estudio de una posible asociación entre cáncer de mama y enfermedad de la vesícula biliar,* pp. 532-543.

Como se había declarado que los cálculos biliares y el cáncer de mama tenían varios factores de riesgo similares, se realizó un estudio en el Condado de Washington, Maryland, para determinar si las mujeres con cáncer de mama tenían más riesgo de enfermedad anterior de la vesícula. Se identificaron casos de cáncer de mama en mujeres blancas vivas (n = 133) que hubieran sido diagnosticadas de 1973 a 1983 a partir del registro de cáncer del Condado y fueron entrevistados, junto con un número igual de controles ajustados por sexo, raza y edad, respecto a antecedentes de enfermedad de vesícula y otros factores de riesgo. Se usaron historias clínicas para comprobar la historia de enfermedad vesicular en los entrevistados y los controles y para buscar el diagnóstico de enfermedad biliar en 52 casos de cáncer de mama en mujeres blancas que fueron diagnosticadas y murieron entre 1974 y 1983, y 52 controles ajustados. No se encontró diferencia en la frecuencia de enfermedades de vesícula entre los casos vivos y muertos ni en sus controles ajustados. Los resultados confirman la asociación conocida de varios factores de riesgo para el cáncer de mama y para la enfermedad de la vesícula, pero la mayoría de los factores de riesgo que se suponen iguales para ambas enfermedades no son los mismos. Sin embargo, se encontró una inesperada asociación fuerte entre enfermedad biliar y el antecedente de infarto de miocardio; este resultado merece nuevos estudios.

Junio de 1986.

KOK, F. J. y cols.: *Sodio, calcio y potasio en la dieta y presión sanguínea,* pp. 1043-8.

La asociación transversal de la presión sistólica con sodio, calcio y potasio de la dieta, estimada a partir de historias sobre dietas, se investigó mediante análisis por regresión múltiple de datos recogidos en Holanda a comienzos de los años cincuenta en un examen clínico general de 2.291 funcionarios de edad media y esposas de

funcionarios. Se vio una tendencia negativa estadísticamente significativa con la presión sistólica para la ingestión de calcio tanto en hombres como en mujeres, incluso tras ajuste de covariables. Para la ingestión de sodio y potasio, las tendencias negativas observadas no fueron significativas tras análisis multivariables. Además no se encontraron asociaciones estables entre presión sistólica y los micronutrientes tras análisis multivariables, excepto por una asociación negativa significativa con la ingestión de calcio en mujeres. En la población de este estudio, la presión sanguínea fue un importante factor de riesgo independiente de la mortalidad total: La mortalidad de quince a veinticinco años fue unas dos veces superior en los hipertensos ($\geqslant$ 160 mmHg) que en los normotensos ($<$ 160 mmHg). Estos hallazgos apoyan la conclusión de estudios epidemiológicos recientes de que las grandes ingestiones de calcio están asociadas con presión sistólica más baja y amplían la evidencia a un período más precoz.

Julio de 1986.

SIDNEY, S., TRIEDMAN, G. D. Y HIAT, R. A.: *Colesterol sérico y cáncer de intestino grueso. Estudio caso-control,* pp. 33-38.

Un estudio caso-control de la relación del colesterol sérico y la incidencia de cáncer de intestino grueso se realizó en 245 miembros del Programa de Asistencia Médica de Kaiser Permanente, en el norte de California. Se obtuvieron cinco controles para cada caso, ajustados por edad, sexto, raza y tiempo del examen. Los niveles medios de colesterol sérico de los casos no diferían significativamente de los controles para todos los cánceres colorrectales, cáncer del colon derecho y cánceres del colon izquierdo. El análisis por cuartiles del nivel de colesterol sérico no sugirió una relación directa ni inversa entre colesterol sérico y cáncer del intestino grueso y no había evidencia de un valor umbral por debajo del cual aumentara el riesgo de cáncer. El estudio no confirma los hallazgos de otros de que exista una relación inversa entre colesterol sérico y cáncer del intestino grueso.

ZAGRANISKI, R. T.; KELSEY, J. L., Y WALTER, S. D.: *Factores de riesgo ocupacional del carcinoma laríngeo. Conneticut, 1975-1980,* pp. 67-76.

Un estudio caso-control de posibles factores de riesgo ocupacional del carcinoma laríngeo en hombres blancos en la zona de New Haven, Connecticut, comprendió 92 casos diagnosticados entre 1975 y 1980 y 181 controles hospitalarios ajustados individualmente con los casos por edad, año y hospital de admisión, condado de residencia, tabaquismo (habitual frente a ex fumador), y tipo de tabaco usado en el momento de la admisión. Se incluyen sólo casos y controles que estaban vivos en el momento del estudio. Estando controlados los efectos de tabaco y alcohol en un modelo logístico lineal, se encontraron altas tasas brutas en los hombres que siempre trabajaron en la fabricación de productos de goma o en la de equipo de transporte distinto a la construcción de barcos y en los hombres que siempre habían sido maquinistas, camareros, labradores, albañiles o fundidores de metal. Sin embargo, sólo una ocupación, maquinistas, tenía una tasa bruta estadísticamente significativa (2,5, 95 por 100 intervalo de confianza = 1,2 – 5,2) en estos análisis multivariables. No se encontró que el amianto o el níquel fueran factores de riesgo para el carcinoma laríngeo. La

cantidad de tabaco fumada y el alcohol consumido estuvieron positivamente asociados con el riesgo de cáncer laríngeo.

Agosto de 1986.

FREEDMAN D. S. y cols. *Iniciación al hábito de fumar y cambios longitudinales de los lípidos y lipoproteínas séricos al comienzo de la edad adulta: Estudio cardiológico de Bogalusa.* pp. 207-19.

Para examinar la influencia de la iniciación del consumo de cigarrillos sobre las alteraciones de lípidos y lipoproteínas al comienzo de la vida, 747 no fumadores de nueve a dicisiete años de edad de la comunidad birracial de Bogalusa, Louisiana, se reexaminaron a los cinco o seis años después de un examen inicial. En el reexamen de 1981-1983, se declararon 147 fumadores de cigarrillos (duración media tres años y medio y número medio de cigarrillos por semana, 20). En comparación con los no fumadores, las personas que empezaron a fumar tenían alteraciones más desfavorables de los niveles en suero de triglicéridos y colesterol lipoproteínico durante el seguimiento, con independencia de edad, maduración sexual, obesidad, consumo de alcohol y uso de contraceptivos orales en las mujeres. La iniciación del hábito de fumar no estaba asociada con aumento de los niveles de colesterol total en suero pero en comparación con los no fumadores los hombres y mujeres blancos que fumaban tres o más paquetes por semana tenían aumentos medios adicionales de 13,2 y 11,6 mg/dl del colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad, aumentos adicionales de 5,9 y 2,4 mg/dl de colesterol ligado a lipoproteínas de muy baja densidad (VLDC-C) y disminuciones adicionales de 15,6 y 9,2 mg/dl de los niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad, respectivamente. Los fumadores negros tenían mayores aumentos de triglicéridos séricos y niveles de VLDC-C que los no fumadores negros. Estos hallazgos indican que el comienzo del hábito de fumar cigarrillos incluso modesto puede tener posibles efectos aterogénicos a largo plazo. La prevención del hábito de fumar al comienzo de la vida debería ser, por tanto, un aspecto importante de intervención de cardiovascular.

JULIUS M. y cols. *Tipos de formas de afrontar la ira, presión sanguínea y mortalidad por todas las causas: un seguimiento en Tecumseh, Michigan (1971-1983).* pp. 220-33.

Este estudio examinó prospectivamente (1971-1983) la relación entre formas de hacer frente a la ira, presión sanguínea y mortalidad por todas las causas en una muestra de hombres y mujeres de treinta-sesenta y nueve años de edad (n = 696) del Estudio de Salud Comunitaria de Tecumseh. Las personas que indicaron que solían suprimir su ira en respuesta a dos situaciones hipotéticas provocadoras de la misma tenían 1,7 veces más riesgo de muerte que las que expresaban su ira [95 por 100 intervalo de confianza (IC) = 1,03 - 3,05]. Las personas que reprimían su furia cuando se enfrentaban injustificadamente con su esposo tenían dos veces más riesgo de muerte que los que

expresaban su ira (95 por 100 IC = 1,13 - 3,38). El riesgo de mortalidad fue 1,24 (95 por 100 IC = 0,72 - 2,14) para los que reprimían mucho su ira hacia un policía en comparación con los que la reprimían poco. Estas relaciones no variaban con la edad, el sexo y la educación, incluso cuando se ajustaban factores de riesgo médico como tabaquismo, peso relativo, presión sanguínea, cardiopatía coronaria, volumen en espiración forzada a un segundo (FEV1) y bronquitis crónica. Sin embargo, las medidas para reprimir la ira interactuaban significativamente con la hipertensión para predecir el mayor riesgo de mortalidad. Estos resultados sugieren que las personas con gran riesgo de mortalidad pueden identificarse en parte por su modo de hacer frente a la ira y por el efecto conjunto del tipo de afrontar la ira (rasgo de conducta) y presión sanguínea elevada (rasgo biológico).

ARCHIVES FRANÇAISES DE PEDIATRIE. Noviembre de 1986.

FREYMUTH F. y cols.: *Rinovirus e infecciones respiratorias agudas en el recién nacido,* pp. 677-679.

El crecimiento de nueve cepas de Rhinovirus (RV) sobre células MRC5 fue inhibido por 2.000 UL/ml de interferon leucocitario (IFN) humano. La multiplicación viral se obtuvo después de añadir suero anti-IFN. Sobre 256 aspiraciones nasales negativas para los otros virus respiratorios, 40 RV se han aislado por medio del suelo anti-IFN (SAIF) frente a 19 sin él. La frecuencia de la infección por RV y algunos elementos clínicos en niños se señalan: se observa un 43 por 100 de bronquiolitis, no diferenciables de las clásicas afecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) y el terreno atópico es frecuente.

ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD, febrero de 1986.

HERBER S. M. Y MILNER R. D.: *¿Cuándo diagnosticamos deficiencia de hormona de crecimiento?,* pp. 110-112.

Se analizan retrospectivamente la altura y edad al presentarse a estudio de 458 niños que empezaron el tratamiento con hormona del crecimiento entre enero de 1980 y junio de 1984, 309 niños con deficiencia aislada de hormona del crecimiento tenían una edad media (DS) de diez (4.1) años al comenzar el tratamiento y una desviación media de la altura normal (DM) de -3,73 (DS = 0,93) 109 pacientes con tumores hipotalamohipofisarios empezaron tratamiento con hormona del crecimiento 3,3 años, como término medio, después del diagnóstico del tumor con una desviación de la altura media de -2,42 (1,49). En estas dos categorías la DM de altura mostró una mejora considerable cuando se comparó con informes previos. Cuarenta y dos pacientes con deficiencia de hormona del crecimiento secundaria a irradiación craneal comenzaron el tratamiento con hormona del crecimiento 6.1 años, como término medio, después del tratamiento

de sus tumores y tenían una DM de la altura de -2,45 (1,02) en comparación con la de -2,45 (0,98) observada en nueve pacientes semejantes del Reino Unido que comenzaron el tratamiento con hormonas del crecimiento entre 1975 y 1978. Aunque la mejor vigilancia de los niños bajos en la comunidad lleva a un diagnóstico más precoz de la deficiencia de hormona del crecimiento, esta podría diagnosticarse antes si se realizara un cribado rutinario de la altura a la entrada en la escuela. Además, los pacientes que hayan recibido irradiación craneal deberían ser medidos regularmente e investigados cuando la velocidad de su crecimiento está por debajo de lo normal.

ALLISON M. E. Y WALKER V.: *La ingestión de sodio y potasio de los niños de tres a cinco años,* pp. 159-163.

La ingestión de sodio de los preescolares en su ambiente familiar se investigó identificándose las fuentes más importantes de sodio aparte de la sal que se añade en la mesa. Se estudiaron 35 niños de una consulta general de Southampton. Se midió la excreción de sodio en orina de veinticuatro horas como un factor fiable de la ingestión total de sodio diario. La ingestión diaria de sodio fuera de la sal añadida en la mesa y la de potasio y otros nutrientes se calculó también a partir de diarios de la dieta de tres días recogidos usando el método casero de medida. La excreción media de sodio fue 62 mmol/24 h. (amplitud 28-105, 28 orinas recogidas) y la de potasio fue 25 mmol/24 h. (amplitud 14-46). La ratio sodio/potasio fue 2,7 (1.4-5.2). Según los diarios, la ingestión media diaria de sodio fue 68 mmol (32-98) y la de potasio fue 47 mmol (24-95) y la ratio sodio/potasio fue 1.4 (0,5-2,7) (media y extremos en 35 niños). Los alimentos que aportaban más de 30 mmol de sodio a la ingestión diaria fueron principalmente alimentos preparados.

Marzo de 1986.

STEPHENS E.: *Desarrollo de inmunidad secretoria en niños alimentados a pecho y con biberón,* pp. 263-269.

Se recogieron secuencialmente muestras de saliva y secreciones nasales de 15 niños alimentados a pecho y 15 con biberón en cinco ocasiones entre seis días y nueve meses de edad. Se midieron las concentraciones totales de inmunoglobulinas G, M y A y anticuerpos específicos de clase al toxoide tetánico y un conjunto de cepas comensales de *Escherichia coli* mediante radioinmunoensayo en fase sólida y se expresaron por miligramo de proteína total. Hubo diferencias significativas entre los grupos que cambiaron con la edad. Las concentraciones totales de IgM e IgA y los anticuerpos IgA al *E. coli* fueron mayores en la saliva y secreciones nasales de los niños alimentados a pecho a los seis días. Siguió un rápido descenso de las concentraciones de IgM e IgA en las secrecciones de todos los niños y entre seis semanas y nueve meses las concentraciones fueron superiores en la saliva (pero no en las secreciones nasales) del grupo alimentado a biberón. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos para IgG total, anticuerpos específicos G, M y A frente a toxoide tetánico y anticuerpos

G y M frente a *E. coli*. Estos resultados sugieren que la alimentación al pecho estimula la inmunidad secretoria sólo en el período neonatal. A partir de las seis semanas, los antígenos locales son la principal fuente de estimulación para la producción de inmonoglobulinas en la mucosa respiratoria y así pueden hacer que pase inadvertido un estímulo adicional por los factores de crecimiento de la leche materna.

BULLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, noviembre-diciembre de 1986.

OMS.: *Memorandum de una reunión «Posibilidades de prevención y de detección precoz de las miocardiopatías»*, pp. 809-819.

Se celebró en Ginebra del 25 al 27 de marzo de 1985 una reunión sobre miocardiopatías para analizar la situación de los conocimientos sobre estas enfermedades y para poner al día las informaciones y las recomendaciones contenidas en el informe publicado del comité de expertos de la OMS sobre las miocardiopatías, que se celebró en 1983. Un lugar especial fue reservado a las discusiones de nuevos datos científicos, a las prioridades referentes a la investigación etiológica, a las propuestas de cooperación entre centros de investigación en los países desarrollados y en desarrollo, a la detección precoz de las miocardiopatías y a los posibles estudios de población sobre la enfermedad.

COURSAGET P. y cols.: *Ensayo clínico de la vacuna anti-hepatitis B en el marco de un programa simplificado de vacunación*, pp. 867-871.

La respuesta inmunitaria anti-HBS fue estudiada en niños senegaleses que recibieron dos dosis de vacuna antihepatitis B con seis meses de intervalo. Una dosis de recuerdo fue inyectada seis meses después. Los resultados obtenidos fueron comparados con los obtenidos en dos estudios anteriores que utilizaron protocolos con dos dosis inyectadas con dos meses de intervalo y tres dosis inyectadas con un mes de intervalo. Se detectaron anticuerpos anti HBs en 65,8 por 100 de los niños seis meses después de la primera inyección de vacuna (el día de la segunda inyección). El título medio geométrico de los anticuerpos fue de 6,1 m UI/ml. El día de la inyección 89,7 por 100 de los niños fueron anti HBs positivos y el título medio geométrico de los anticuerpos fue de 83,7 m UI/ml. Estos resultados son comparables a los observados con los otros dos protocolos de vacunación. Después de la inyección de recuerdo, 95,5 por 100 de los niños fueron antiHBs positivos, con un título medio geométrico de los anticuerpos de 348 m UI/ml. Esta cifra es más baja que la observada en los otros dos protocolos de vacunación (670 y 1.500 m UI/ml). Los resultados muestran igualmente que la protección es débil durante los seis primeros meses, es decir, antes de la segunda inyección y que la tercera inyección actúa en niños relativamente mayores. Es, pues, un poco tarde para asociar esta tercera inyección a las vacunas anti-amarílica y antisarampión. Un protocolo de tres inyecciones con tres meses de intervalo debería ser más apropiado a las condiciones del terreno, aportando una mejor protección.

EDUCAZIONE SANITARIA E MEDICINA PREVENTIVA, octubre-diciembre de 1986.

BRIZIARELLI, L.: *La evaluación en educación sanitaria*, pp. 201-208.

La evaluación de las actividades de los servicios sanitarios es difícil y más aún cuando se aplica al sector específico de la educación sanitaria. Particularmente en este campo parece más compleja la evaluación de la eficacia mientras que la evaluación de la eficiencia llega a tener la misma garantía de éxito que otras actividades de educación sanitaria. Se proponen algunos indicadores como instrumento para la evaluación, partiendo de un sistema integrado que se aplica a la evaluación de la acción sanitaria.

FRINTINO, A., y GABRIELLE, A.: *El papel de los coetáneos en la modificación del hábito de fumar, en los preadolescentes: una contribución experimental*, pp. 208-220.

El presente artículo estudia la conducta de 225 sujetos de uno y otro sexos en edades comprendidas entre los once y quince años ($\times$ = 12,5, D.S = 0,95) en la escuela secundaria de Arezzo. El objetivo fue investigar la eficacia de un vídeo sobre la modificación de la actitud respecto al uso del tabaco por los adolescentes, hecho ex profeso. Los resultados indicaron que, independientemente del sexo y la edad, los sujetos de la muestra han modificado de un modo estadísticamente significativo el hábito de fumar después de la visión del vídeo.

FERRARI MORI, A., y cols.: *La implantación de la educación sanitaria en las prestaciones de las consultas: evaluación de las transformaciones*, pp. 221-242.

Los autores presentan un modelo de la formación en el servicio destinado a un grupo de trabajadores socio-sanitarios de una consulta y destinado a producir efectos inmediatos. Las prestaciones por la formación apoyadas se refieren a la educación sanitaria, insertada de forma continuada en el módulo organizativo del servicio y prevén la adopción de una metodología de intervención en educación sanitaria basada en la revelación de las necesidades y de los riesgos para prevenir soluciones comunes individualizadas en el grupo de trabajadores y usuarios. La investigación ha implicado a los docentes y a los alumnos del primer bienio de un instituto experimental dedicado a la biología sanitaria y la lingüística. Se describen las fases relativas a los objetivos y métodos de formación de los trabajadores socio-sanitarios, proponiéndose un modelo de colaboración entre el grupo de los trabajadores y de docentes basado en la investigación y en el trabajo de equipo, describiéndose criterios, modelos e instrumentos de evaluación de los cambios acaecidos en el estilo profesional de los trabajadores socio-sanitarios de los consultorios, en la organización y en los instrumentos del servicio y, en fin, en la modalidad de la colaboración con la escuela.

FORO MUNDIAL DE LA SALUD, julio-septiembre de 1986.

BALL KEITH: *Tabaco o salud. El tabaquismo: epidemia mortal,* pp. 229-234.

Es probable que el tabaco sea la principal causa de enfermedades no transmisibles. Todo parece indicar que provocará una pandemia a escala mundial si no se toman con urgencia medidas preventivas. No pasa un año sin que se descubran nuevos riesgos del tabaco. Las nuevas investigaciones ponen de manifiesto el peligro que corren los no fumadores expuestos a un ambiente con humo, las escasas ventajas de los cigarrillos pobres en alquitrán respecto a los corrientes y los efectos del tabaco en el sistema reproductor. En algunos países occidentales comienza a disminuir la mortalidad por cáncer de pulmón, pero en China, Europa oriental, la Unión Soviética y seguramente también en el subcontinente indio se asiste a un rápido aumento de la enfermedad. A comienzos del siglo próximo es probable que en las regiones citadas estalle un gran brote epidémico que deje pequeñas a todas las anteriores epidemias de cáncer y que luego se extienda a otros muchos países en desarrollo en los cuales se empieza a fumar ahora. Las enfermedades cardiovasculares y las afecciones pulmonares crónicas de carácter obstructivo provocadas por el tabaco se convertirán en un lastre adicional. Evidentemente, es preciso mejorar la educación sanitaria, pero lo más importante es emprender una acción política para poner coto a las actividades de los fabricantes de cigarrillos, sobre todo en los países en desarrollo.

CHANDLER WILLIAM, U.: *Tabaco: Alzar la voz no es suficiente,* pp. 235-242.

El tabaco sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad. Aunque esto es sabido desde hace muchos años, nuestra respuesta es de una falta de vigor asombrosa. Las campañas de información sobre las terribles consecuencias del tabaquismo y las restricciones publicitarias no bastan para inducir al abandono o evitación del hábito de fumar en la magnitud requerida. Deben ser completadas con medidas mucho más firmes, incluidas la prohibición total del tabaco en los países donde esto sea factible de inmediato, la prohibición de fumar en todos los lugares públicos donde haya riesgo para los no fumadores y una gravación fiscal de los productos del tabaco lo bastante elevada para inhibir a la gente de comprarlos.

EVERETT KOOP, C.: *¿Una sociedad sin tabaquismo para el año 2000?,* pp. 243-250.

El hábito de fumar destruye a las personas y supone un despilfarro de dinero en proporciones monstruosas. Las sociedades civilizadas no tienen otra alternativa que la de luchar contra el tabaco con la máxima energía. Se están registrando avances en este sentido en los Estados Unidos de América, donde la meta oficial es acabar con el hábito de fumar en menos de una generación.

SUBHASH K. HIRA: *Las enfermedades de transmisión sexual: una amenaza para madres y niños,* pp. 263-267.

En Zambia, las enfermedades de transmisión sexual no afectan sólo a los hombres sino también a las madres y niños. Se calcula que sólo la sífilis es causa del 20 al 30 por 100 de los fallecimientos perinatales en hospitales y clínicas. La forma más eficaz de utilizar los escasos recursos disponibles es reducir los trastornos inflamatorios de la pelvis por gonococia, la oftalmía del neonato y la sífilis congénita, mediante la vigilancia y la atención a las embarazadas y los recién nacidos, llevar a cabo campañas intensivas de educación y realizar una distribución de preservativos lo más amplia posible. Se proyecta que la vigilancia de la situación epidemiológica, la formación y el apoyo técnico estén a cargo de dispensarios especializados.

CRAWFORD, L.: *Las zoonosis transmitidas por los alimentos todavía causan víctimas,* pp. 268-271.

La salmonelosis y otras zoonosis transmitidas por los alimentos siguen siendo un problema importante de salud pública tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Con el fin de combatirlas es necesario evitar la contaminación de los alimentos y adoptar medidas de descontaminación. Es para ello esencial la colaboración entre los sectores agrícola y de salud pública.

GASETA SANITARIA DE BARCELONA, noviembre-diciembre de 1986.

MUÑOZ, N., y cols.: *Epidemiología del hepatocarcinoma,* pp. 221-231.

En el Africa subsahariana y en el sudeste asiático el hepatocarcinoma (CHC) es uno de los tumores malignos más frecuentes. También es relativamente frecuente en algunos países europeos como Suiza, España, Francia y Grecia. Se ha producido un avance importante en el conocimiento de la etiología de este tumor maligno. Diferentes estudios han establecido una asociación fuerte y específica entre el virus de la hepatitis B- (VHB) y el CHC con las aflatoxinas, la hepatopatía crónica enólica y el tabaco. También se han relacionado con el CHC el thorotrast, las hormonas sexuales y el cloruro de vinilo. Los datos de incidencia y mortalidad por CHC en España sugieren que algunas regiones constituyen zonas de riesgo. La posibilidad hoy de una inmunización activa y pasiva frente al VHB puede prevenir una fracción importante de hepatopatías crónicas y hepatocarcinomas.

RODRÍGUEZ, M.: *La eficacia del «ticket moderador». Entre el ahorro y la equidad,* pp. 232-236.

Un objetivo generalizado en la mayoría de los países es la contención del gasto sanitario. El propósito de este artículo es discutir la efectividad de las políticas basadas

en el «ticket moderador» para conseguir dicho objetivo. Ello nos servirá, asimismo, para ilustrar el uso de conceptos económicos en el análisis de problemas de política sanitaria. En concreto, se repasará el concepto de elasticidad de demanda (elasticidad-precio) y se destacará su utilidad en el diseño de medidas de contención de costes.

GARCÍA BENAVIDES, F., y cols.: *Complementariedad de la encuesta de morbilidad hospitalaria y el sistema de enfermedades de declaración obligatoria,* pp. 243-246.

Hemos explorado la conveniencia de integrar la información que suministra la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) en las actividades de Vigilancia Epidemiológica que actualmente se basa casi exclusivamente en el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Comparamos las tendencias temporales de las series de datos obtenidos a partir de estas dos fuentes desde 1977 a 1982, para la tuberculosis respiratoria y la infección meningocócica. Se emplea un modelo de regresión lineal simple en el caso de la tuberculosis, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las pendientes de las series comparadas, aunque sí se manifiesta diferencia entre las alturas ($p < 0{,}001$). Para la infección meningocócica se usa un modelo de regresión polinómica de segundo grado, comprobando que los intervalos de confianza de los distintos coeficientes del modelo se superponen. Concluimos que la EMH, para las dos enfermedades estudiadas, refleja tendencias temporales equivalentes a las obtenidas a partir de las EDO.

JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH, enero-marzo de 1986

MCMICHAEL, A. J., y cols.: *El estudio de cohorte Port Pirie: plomo en sangre materna y resultados del embarazo,* pp. 18-25.

Durante un período de tres años, 831 embarazadas de Port Pirie y sus alrededores (Australia del Sur) fueron afectadas a un estudio de cohorte para examinar prospectivamente la relación entre carga corporal de plomo y resultados del embarazo. Tres cuartas partes de las mujeres estudiadas residían en la municipalidad de Port Pirie, las otras mujeres vivían en ciudades y el campo adyacentes. A las catorce-veinte semanas de gestación, las mujeres residentes en Port Pirie tenían una concentración media de plomo en sangre de 10,6 µg/dl, mientras que la media en las otras mujeres (no de Port Pirie) era de 7,6 µg/dl. Diferencias similares se observaron en muestras de sangre materna tomadas a las treinta-treinta y seis semanas, al parto y del cordón umbilical. Estas medidas de plomo en sangre, junto con información recogida sobre otros factores de riesgo, fueron examinadas entonces en relación con el resultado del embarazo. Entre 749 embarazos seguidos hasta el final, el parto antes de término estuvo asociado significativamente, en una forma de dosis-respuesta, con la concentración de plomo en la sangre materna en el parto. Las madres de muertes fetales tardías (nacidos muertos) tenían concentraciones de plomo en sangre a las catorce-veinte semanas de gestación semejantes a las de todas las demás mujeres pero tenían concentraciones menores al

parto que las otras mujeres. Los resultados del embarazo para los que no se detectó ninguna asociación con el plomo en sangre fueron el aborto espontáneo, el bajo peso al nacer (para nacidos a término), el retraso del crecimiento intrauterino, la ruptura prematura de las membranas y las anomalías congénitas.

PEACH, H., y CHARLTON, J. R. H.: *Enfermedad, incapacidad y drogas entre personas de veinticinco a setenta y cinco años de edad que viven en su casa,* pp. 59-66.

Una encuesta en un barrio de Londres mostró que el 15 por 100 de los adultos que vivían en su casa estaban limitados en uno o más campos de sus vidas a causa de enfermedad. Una muestra de estos adultos entre veinticinco y setenta y cinco años de edad fue entrevistada usando un cuestionario médico convalidado y la gravedad de sus limitaciones también se valoró usando un instrumento separado. Se encontraron muchos síntomas que no se habían declarado al médico y muchos que no se estaban tratando. Cuando las puntuaciones por incapacidad se retrogradaron a síntomas clasificados y declarados a un médico, no declarados o ausentes, con algunas pocas excepciones fueron los síntomas declarados los que estaban significativamente asociados con incapacidad. Del mismo modo, cuando los síntomas se clasificaron como tratados (por médico o correspondiente), no tratados, o ausentes, los síntomas tratados estaban asociados con incapacidad. Algunos síntomas incapacitantes eran semejantes a los efectos, principalmente adversos, de drogas corrientemente prescritas, y estos síntomas se declaraban más frecuentemente por los que respondían que tomaban la droga posiblemente nociva que por los que no la tomaban. Parece que hacer conocer a los médicos generales los síntomas no declarados y no tratados de sus pacientes de veinticinco a setenta y cinco años de edad no reduciría el nivel general de incapacidad de la comunidad. Sin embargo, el componente iatrogénico de incapacidad necesita ser estudiado de nuevo.

FLAHERTY, C., y cols.: *Clínica de cribado de mama frente a sesión de educación sanitaria como solución para educación en autoexamen de la mama,* pp. 67-70.

Un programa basado en la población para educar a las mujeres sobre la autoexploración de la mama (AEM) se organizó como parte del Ensayo del RU de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Las mujeres que respondieron a una invitación para una reunión fueron educadas en grupos y no fueron examinadas de forma rutinaria. Clínicas de acceso libre ofrecieron exámenes radiológicos y clínicos a todas las mujeres en el grupo de estudio, de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro. Las mujeres que se presentaron a examen sin educación sobre AEM anterior recibieron enseñanza individual por el personal de la clínica. Las mujeres que recibieron enseñanza por los dos métodos fueron entrevistadas por correo y se comparó su práctica sobre AEM desde su educación. Se hizo la hipótesis de que las mujeres enseñadas en las clínicas que habían sido tranquilizadas respecto a la normalidad de su mama, practicarían la AEM más regular y correctamente. Los resultados no confirmaron esta hipótesis. Se encontraron peores prácticas y un mayor nivel de ansiedad en el momento de la encuesta en el grupo que se presentó en las clínicas de acceso libre y que habían recibido enseñanza individual en el momento del reconocimiento.

DEAN, C., y cols.: *Morbilidad psiquiátrica tras cribado por cáncer de mama,* pp. 71-75.

Se entrevistó a 132 mujeres con resultados normales en la exploración de mama seis meses después de su asistencia a la Clínica de Exploración de Mama de Edimburgo. El 8 por 100 de las mujeres dijo que la exploración había despertado su ansiedad de desarrollar cáncer de mama. El 38 por 100 dijeron que eran más conscientes de la enfermedad desde el examen, pero que consideraban esto ventajoso. El 70 por 100 de las mujeres aún practicaban la autoexploración de la mama. No hubo diferencia de la morbilidad psiquiátrica de la muestra examinada cuando se la comparó con una muestra ajustada al azar de un grupo control de la comunidad. Tampoco hubo ninguna diferencia en las tasas de casos del Cuestionario General de Salud antes y después del reconocimiento. Este no parece aumentar la prevalencia de morbilidad psiquiátrica. 29 por 100 de la muestra entrevistada examinaban sus mamas más de una vez al mes –21 por 100 una vez por semana o más. Sin embargo, estas autoexploradoras frecuentes no tenían una mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica que sus controles ajustados.

LABORATORIO, agosto de 1986.

LÓPEZ, R., y cols.: *Estudio microbiológico de la placa dental,* pp. 87-93.

Se realiza un estudio sobre los microorganismos presentes en la placa cariosa, intentando valorar la importancia de cada uno de ellos, tanto cuantitativa como cualitativamente. Para ello se estudian 144 muestras procedentes de placas bacterianas y los resultados se clasifican en cinco grupos: Grupo 1 para el género *Streptococcus,* Grupo 2 para el género *Lactobacillus,* Grupo 3 para bacilos Gram negativos; Grupo 4 para cocos Gram positivos catalasa positiva, y Grupo 5 para hongos levaduriformes. Del estudio de todos ellos se observa que son los géneros *Streptococcus* y *Lactobacillus* los verdaderamente importantes en la placa bacteriana, sobre todo la especie *S. mutans.*

GALÁN, I. y cols.: *Diagnóstico inmunológico de la hepatitis no-A no-B en un medio hospitalario,* pp. 105-119.

Nuestro estudio se ha centrado en 878 pacientes con afectación hepática cuyas muestras de suero han sido enviadas al laboratorio de Microbiología para el estudio de marcadores serológicos del virus B o del virus A. El número de hepatitis agudas encontradas ha sido de 435, de las cuales 181 son hepatitis B y 90 hepatitis A. A todos ellos los sometimos a diversos tests serológicos para descartar la presencia de otros agentes responsables de cuadros hepáticos, tales como Citomegalovirus, Herpes simple tipo 1, Epstein-Barr, Delta, rubéola, Enterovirus, *Cosiella burnetti, Toxoplasma gondii* y *Treponema pallidum.* Obtuvimos tres casos debidos al virus de Epstein-Barr y una hepatitis producida por el virus del Herpes simple tipo 1. A las 96 hepatitis no-A no-B detectadas se les realizaron estudios clínicos-epidemiológocos e inmunológicos, obteniéndose

dose una mayor frecuencia de casos anictéricos en los enfermos transfundidos. La tasa de transaminasas séricas en la hepatitis no-A no-B es inferior a los niveles alcanzados en casos debidos al virus B o al virus A. En lo que se refiere al estado inmunitario de los pacientes con hepatitis no-A no-B, frente a los diversos microorganismos estudiados, nuestro trabajo demuestra que nuestra población no difiere en absoluto de la población general.

MEMÓRIAS DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, abril-junio de 1986.

FALQUETO, A. y cols.: *Participación del perro en el ciclo de transmisión de la leishmaniosis cutánea en el municipio de Viana, Estado del Espíritu Santo, Brasil*, pp. 155-163.

En una área endémica de leishmaniosis tegumentaria en el municipio de Viana, Estado del Espíritu Santo, se investigó la incidencia de infección natural por *Leishmania* en animales domésticos, procurando relacionar la presencia de los animales infectados con la aparición de la enfermedad humana. En un período de tres semanas se examinaron 156 perros, de los que 32 (17,2 por 100) estaban parasitados. Durante un año surgieron entre los habitantes de la zona, 11 nuevos casos de leishmaniosis tegumentaria. Tres muestras humanas de *Leishmania* y 27 muestras aisladas de perros se identificaron como *L. brasiliensis brasiliensis*. Se observó una clara relación entre la presencia de perros infectados y la aparición de nuevos casos humanos de la enfermedad. Se supone que ésta se está comportando en la zona como una zoonosis mantenida por los perros domésticos.

NUTRITION RESEARCH, agosto de 1986.

KAUL, L., NIDIRY J. J. and col.: *Dieta y cáncer de esófago: un estudio caso-control*, pp. 905-912.

Se llevó a cabo un estudio caso-control de cáncer de esófago entre hombres y mujeres negras residentes en Washington D. C. para determinar la influencia de la ingesta de los grupos de alimentos, alcohol y tabaco sobre el cáncer de esófago: 23 pares (23 casos y 23 controles) fueron entrevistados. Los casos comían más cerdo ($p < 0,005$), panceta, perritos calientes, salchichas ($p < 0,025$) y bebían más cerveza Champala, licor de malta ($p < 0,01$) y latas de cerveza ($p < 0,01$). También fumaban más frecuentemente ($p < 0,05$). El consumo de cerdo es más alto entre los negros y esta puede ser una de las razones de la alta incidencia de carcinoma esofágico en esta población. El procesado del cerdo y de los productos del mismo puede estar asociados con cáncer de esófago más que el cerdo en sí mismo. Aunque se han hecho algunas observaciones preliminares observando la relación de nutrición con cáncer de esófago en la población

negra se necesita poner en marcha estudios complementarios para identificar la deficiencia de nutrientes específicos si existen en cualquiera de estos casos.

OLUBASO, O., MARSHALL, M. y col.: *Efectos en hombres adultos de las dietas altas y bajas en grasa sobre la biodisponibilidad de ácidos grasos seleccionados que incluyen el ácido linoleico,* pp. 931-955.

Treinta hombres, entre treinta y cuatro y sesenta y un años, fueron alimentados con cuatro dietas de la forma siguiente: dieta I-43 por 100 de calorías procedentes de las grasas (porcentaje FC) con un cociente de ácidos grasos poliinsaturados a saturados de 0,3; dieta II-25 por 100 FC, P/S 0,3; dieta III-43 por 100 FC, P/S 1,0; dieta IV 25 por 100 FC, P/S 1,0 para estudiar los efectos del nivel y tipo de grasa y de la ingesta de fibra sobre la excreción de ácidos grasos seleccionados, que inducían el ácido linoleico (LOA). Cada una de las cuatro dietas fue consumida durante períodos de seis semanas (después de un período de siete días preestudio y veintiún días de período de estabilización) con una desviación al azar al final del primer período de las seis semanas. Dietas, orina y heces fueron analizadas durante los últimos siete días de cada período. De entre los ácidos grasos saturados el ácido esteárico tuvo la menor digestibilidad aparente de todas las dietas. La digestibilidad del ácido oleico fue alta y similar para todos los grupos de dieta a pesar de las diferencias en las ingestas. La excreción del LOA fue ligeramente superior (0,81 y 0,86 gramos/día) con las dietas I y II (0,46 y 0,56 gramos por día) en que los hombres comieron 20 y 12 gramos de LOA por día, respectivamente, con las dietas III y IV en las que los hombres ingirieron 44 y 24 gramos LOA/día. Aquellas cantidades de LOA excretado representaron, sin embargo, solamente una pequeña porción del comido. El LOA fue ligeramente menos digerible en las dietas II y IV (95,5 por 100 y 96,5 por 100), en las que los hombres comían más fibra (11,4 gramos/día) que en las dietas I y III (97,7 por 100 y 98,2 por 100) en las que los hombres comían menos fibra. La digestibilidad del LOA fue reducida por la disminución del contenido de grasa de la dieta en ambas dietas, las de alto y bajo P/S. El que esas pequeñas diferencias tengan importancia fisiológica está todavía por comprobarse. Por otra parte estos hallazgos estimulan la necesidad de más estudios para investigar si se requieren mayores cantidades absolutas de LOA cuando se consumen dietas bajas en grasa.

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, octubre-diciembre de 1986.

MARCHENA GÓMEZ, M.: *Planificación territorial y gestión de la asistencia psiquiátrica,* pp. 578-586.

La reflexión clave del trabajo es destacar las mutuas e importantes relaciones que existen en el proceso de Reforma Psiquiátrica, entre la implícita gestión a seguir y el dominio del territorio donde se aplican los cambios. Si se trata de acercarse a la comunidad, es necesario conocerla y planificarla, entendiendo que ello es factor

inherente en el proceso de Reforma. Las claves de interpretación de la propuesta parten de asumir que los recursos son limitados y que la finalidad es primar la asistencia primaria. Los instrumentos para la implementación: la sectorización, la construcción de los circuitos asistenciales y la distinción entre áreas rurales y urbanas.

COMELLES, J. M.: *La crisis de la psiquiatría española durante el Tardofranquismo y la Transición. El caso del Institut Mental de la Santa Creu (1971-1986),* pp 619-635.

Se analiza el proceso de cambio seguido por una institución psiquiátrica española entre 1971 y 1986 con el objeto de explorar las actitudes de los médicos y del personal sanitario en torno a la reforma de la estructura custodial del mismo. Se analiza la existencia de dos modelos de reforma en la institución que se corresponden con el dualismo existente actualmente en la profesión psiquiátrica en España.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE, noviembre-diciembre de 1986.

JULIÁN C. y cols.: *Difusión del consejo genético y del diagnóstico prenatal: impacto de los conocimientos médicos,* pp. 365-372.

Este artículo presenta una encuesta realizada a 2.549 médicos (generales, obstetras, ginecólogos y pediatras) de dos departamentos del sur de Francia: Bouches-du Rhône y Hautes-Alpes. La influencia de las características socio-demográficas y profesionales de los médicos sobre sus conocimientos de las indicaciones de diagnóstico prenatal se estudia aquí según su especialidad. Los conocimientos de los médicos generales parecen ligados con la enseñanza seguida, contrariamente a los obstetras y ginecólogos para los que la práctica profesional parece el factor más importante. El médico general es en Francia un actor esencial de la difusión y de la adopción del consejo genético y del diagnóstico prenatal lo que acentúa el interés por mejorar su formación y su información.

LEBOUCHER, L. y cols.: *Impacto de la mortalidad por «alcoholismo» sobre el conjunto de la población y sobre la población activa francesa,* pp. 382-386.

Partiendo de estimaciones del número total de fallecimientos atribuibles al alcohol en las diferentes rúbricas de la clasificación internacional de los fallecimientos (CIM, 8.ª revisión) medimos el impacto del alcoholismo sobre la población activa y el conjunto de la población francesa asistida por dos indicadores demográficos aplicados a los datos de 1978: la esperanza de vida y la esperanza de vida activa. Nuestros resultados muestran que este impacto, superior en los hombres al doble del obtenido no considerando los fallecimientos referenciados bajo las rúbricas «Psicosis alcohólica y alcoholismo» y «Cirrosis del hígado», es de una magnitud comparable al de los accidentes.

LE GALES, C. y col.: *La prevención de los cancerígenos profesionales, las perspectivas abiertas por la evaluación de los riesgos y de acciones de prevención,* pp. 387-399.

La primera parte de esta revisión general concierne a la situación actual en materia de prevención de las sustancias potencialmente cancerígenas en Francia. Debería hacerse un esfuerzo prioritario sobre el desarrollo de campañas de toma de muestras y de análisis de sustancias tóxicas principalmente cancerígenas, con el fin de dotar de indicadores de riesgo potencial. Lagunas de amplitud variable existen según el tamaño de las empresas, en la definición técnica concreta de los medios de prevención. Estas constataciones ponen en evidencia la necesidad y la urgencia del desarrollo de la función de «higienista industrial» en Francia. La segunda parte trata del contenido metodológico de la evaluación de los riesgos y de las acciones de prevención. La evaluación de los riesgos tiene por objeto desarrollar y estructurar los medios de identificación de las sustancias potencialmente cancerígenas para el hombre, lo que necesita los aportes combinados de la epidemiología, de la experimentación animal y de los ensayos a corto plazo y los medios de cuantificar la importancia del riesgo de cánceres profesionales en el seno de poblaciones de trabajadores expuestos. Un inventario sistemático de los efectivos expuestos y de los niveles de exposición, se hace necesario. Esta acción de evaluación ha sido ilustrada a propósito de cinco sustancias: la BCME, la MOCA, el acrynitrilo, el cromo, el níquel y algunos compuestos de estos metales. La estimación cuantitativa del número de cánceres potenciales susceptibles de ser imputados a una exposición ha sido intentada para algunos compuestos de níquel con ayuda de relaciones exposición-respuesta cuyo análisis crítico ha sido desarrollado en esta ocasión. La evaluación de las acciones de prevención tiene como fin el orientar la elección de prevención primaria. Se trata aquí de los medios de prevención técnica destinada a reducir o suprimir las exposiciones. La metodología consiste en la identificación de los medios alternativos en una estimación cuantitativa de su eficacia, se procede a una discusión de los indicadores previos y los costes que representan para la empresa. La elección de los medios implica eventualmente el recurso a un análisis coste/eficacia. Esta acción ha sido ilustrada a propósito de un taller que trabaja con el acrynitrilo.

SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS, enero-marzo de 1986.

BASHER, E.: *El control natural de la fertilidad,* pp. 3-25.

Se resume aquí el análisis de la conducta reproductiva de las mujeres judías casadas que solicitan abortos en un hospital en Israel, lo que indica que la fertilidad y su control, para estas mujeres y sus maridos se ha considerado con frecuencia desde la dimensión de «natural»-«artificial», donde «lo natural» ha sido el valor medido. Los representantes de las profesionales médicas, que de hecho, controlaban el acceso a los medios contraceptivos a menudo intencionalmente no desanimaban los intentos de las parejas para controlar efectivamente su fertilidad y apoyaban las sospechas relacionadas con los peligros en la contracepción médica «artificial». El resultado para estas mujeres fue un

embarazo no deseado e intolerable y una demanda de aborto. El aborto, por intervención médica, reforzó el sentido de que el completo control de fertilidad era imposible; contribuyendo además a su sensación de impotencia, pudo también haber desanimado a las parejas a cambiar su conducta contraceptiva.

Julio-septiembre de 1986.

AMSTRONG, D.: *La invención de la mortalidad infantil,* pp. 211-232.

Este trabajo señala la emergencia inicial de la mortalidad infantil como un problema socio-médico y el desarrollo de sus diversas formas –desde la atrofia y debilidad a «muerte infantil súbita»– en Gran Bretaña durante el siglo XX. A partir de los informes anuales del Registro General, se identificaron varios sistemas analíticos que fueron usados en la investigación de la mortalidad infantil. Se argumentó que el niño, en todas sus formas cambiantes, era tanto objeto como efecto de estos sistemas.

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, agosto de 1986.

HOLLAND, J. C., y cols.: *Trastornos psicológicos comparativos en pacientes con cánceres pancreático y gástrico,* pp. 982-6.

Se evaluaron 107 pacientes con cáncer avanzado de páncreas y 111 pacientes con cáncer avanzado de estómago, estratificados según variables médicas y sociodemográficas clave, con los Estados de Perfil de Humor antes de empezar la quimioterapia de combinación en un grupo nacional de ensayos clínicos de cáncer. Los pacientes de cáncer de páncreas se autopuntuaban más altos en depresión, tensión-ansiedad, fatiga, confusión-perplejidad y trastorno total del humor, no se encontraron diferencias en vigor o ira-hostilidad. Estos datos apoyan observaciones anteriores de que los pacientes con cáncer avanzado de páncreas experimentan trastornos psicológicos significativamente mayores que los pacientes con otro tipo de neoplasia abdominal avanzada.

HUGUES, J. R., y cols.: *Prevalencia del tabaquismo en pacientes psiquiátricos ambulatorios,* pp. 993-997.

La prevalencia del tabaquismo entre pacientes psiquiátricos ambulatorios (N = 277) fue significativamente superior que las muestras de población representativas a nivel local o nacional (N = 1.440 y 17.000) (52 por 100 frente a 30 y 33 por 100). La mayor prevalencia no estaba asociada con la edad, el sexo, el estado civil, la situación socioeconómica, el consumo de alcohol, el uso de café o la institucionalización de los pacientes psiquiátricos. El tabaquismo era especialmente prevelante en los pacientes

con esquizofrenia (88 por 100) o manía (70 por 100) y entre los más graves. Se presentan hipótesis sobre las razones por las que es más probable que fumen los pacientes psiquiátricos y por qué no tienen una elevada tasa de enfermedades relacionadas con el tabaco.

THE JOURNAL OF HYGIENE, enero-febrero de 1986.

WOOLAWAY, M. C., y cols.: *Brote internacional de toxiinfección alimentaria estafilocócica causado por lasaña contaminada*, pp. 67-73.

Un brote de toxiinfección alimentaria por estafilococos en Europa causado por lasaña contaminada se detectó y vigiló por los sistemas de vigilancia, tanto nacionales como internacionales. La fuente común fue una fábrica productora de pasta en Italia y se detectaron altos niveles de *Staphylococcus aureus* en paquetes de lasaña desecada distribuidos en Luxemburgo, Reino Unido, Francia e Italia. Se declararón 47 casos en el Reino Unido. Los brotes de intoxicación alimentaria por estafilococos atribuidos a mala manipulación durante el procesado de alimentos son poco frecuentes y la pasta es raramente vehículo de infección. El reconocimiento precoz del brote y la rápida identificación del alimento vehículo permitió que la mayor parte del lote fuera retirada del mercado.

STALLBAUMER, M. F., y cols.: *Epidemiología de la hidatidosis en Inglaterra y Gales*, pp. 121-127.

Se presenta la epidemiología de la hidatidosis humana en Inglaterra y Gales basada en los datos recogidos entre 1981 y 1983 en el Laboratorio de Referencia de Hidatidosis del Servicio de Laboratorios de Sanidad. La incidencia de hidatidosis fue 42 casos por año, con dos casos por millón de habitantes en Gales y 0,2 por millón en Inglaterra. La mayor prevalencia se dio en Londres entre la población inmigrante. La incidencia en la población indígena fue de 15,5 casos por año, con 5,6 casos por millón en South Powys, partes del sur de Gales, y Herefordshire. La población con mayor riesgo es la comunidad granjera rural, pero también los West Midlands son un foco aparente de la enfermedad.

Mayo-junio de 1986.

CHUKWU, C. C.: *Comparación de la prueba cutánea con brucelina con la prueba de transformación de linfocitos en la brucelosis bovina*, pp. 403-413.

La prueba cutánea con brucelina y la prueba de transformación de linfocitos se compararon en novillas infectadas con *Brucella abortus* cepa 544 virulenta, novillas vacunadas contra la brucelosis y ganado no expuesto. Los resultados de la prueba de transformación de linfocitos *in vitro* fueron constantemente positivos en todas las

nueve novillas infectadas con *Brucella*, mientras que la prueba cutánea fue constantemente positiva en seis de las nueve novillas. En siete novillas repetidamente vacunadas con vacuna con *B. abortus* cepa-19 la prueba *in vitro* clasificó a tres animales como positivos, mientras que la prueba cutánea identificó a todos los animales como infectados durante la mayor parte del período experimental. Cuatro novillas inyectadas con una dosis única de *B. abortus* cepa-19 fueron constantemente negativas a la prueba de transformación de linfocitos, mientras que la prueba cutánea clasificó a todos los animales como infectados durante la mayor parte del período experimental. La prueba cutánea dio fuertes reacciones indicativas de infección brucelósica en novillas vacunadas con las vacunas «Duphavoc» y «Abortox», mientras que la prueba de transformación de linfocitos fue constantemente negativa con estas vacunas. Las dos pruebas fueron negativas en ganado no expuesto. Se llega a la conclusión de que la prueba *in vitro* se correlaciona mejor con el aislamiento de *Brucella* que la prueba *in vitro* y que la falta de acuerdo entre los resultados de las dos pruebas es probable que se deba a los diferentes antígenos usados en los ensayos.

ARITA, I.; WICKETT, J., Y FENNER, F.: *Impacto de la densidad de población en los programas de vacunación*, pp. 459-466.

La erradicación de la viruela se logró por vigilancia y vacunación restringida después del fracaso de las campañas masivas de inmunización. Las razones de este fracaso se analizan en este trabajo. La comparación de las densidades de población en el subcontinente indio y en Africa muestran que en las zonas muy pobladas incluso una cobertura vacunal del 50 por 100 dejará aún una densidad de susceptibles suficientemente elevada como para mantener la enfermedad, dato que tiene importantes consecuencias para otras campañas de vacunación.

YEOH, E. K., y cols.: *Comparación de la inmunogeneidad, eficacia y seguridad de 10 μg y 20 μg de una vacuna de hepatitis B, ensayo prospectivo randomizado*, pp. 491-499.

Cuatro mil un trabajadores hospitalarios fueron cribados buscando marcadores del virus de la hepatitis B (HBV) en un programa de vacunación en Hong Kong. Las tasas de seropositividad para HBsAg, anti-HBs y anti-HBc fueron significativamente superiores en los 3.160 trabajadores existentes que en 841 recién reclutados. De los sujetos negativos para los marcadores de HBV, 605 fueron distribuidos al azar para recibir tres dosis de 10 ó 20 μg de la vacuna del Instituto Merck (HB-VAX). En comparación con la dosis de 20 μg, la vacunación con la dosis de 10 μg produce igual inmunogenicidad y eficacia al completar las tres inyecciones pero induce una tasa de respuesta más lenta e inferior de títulos anti-HBs con las dos primeras dosis. El efecto colateral más común de dolor local fue menor con la dosis de 10 μg. Llegamos a la conclusión de que (1) el personal de hospital que trabaja en zonas muy endémicas debería ser vacunado al comenzar su trabajo y (2) la dosis de 10 μg de HB-VAX puede reemplazar a la dosis recomendada de 20 μg para adultos, siendo más barata e igualmente eficaz.

Septiembre-octubre de 1986.

HUMPHREY, T. J., Y GAWLER, A. H. L.: *Un método rápido y sencillo para detectar y enumerar* Escherichia coli *en mariscos depurados,* pp. 273-280.

Una técnica en múltiples tubos basada en agua de peptona incubada a 44°C durante veinticuatro horas seguida por detección de indol se vio que era sensible y específica para detectar *Escherichia coli* en ostras y mejillones. El método tiene la ventaja de proporcionar resultados rápidos y es menos caro y exige menos tiempo que otras técnicas MPN.

GRAY, M. A., y cols.: *Observaciones sobre vacunas experimentales inactivadas para la pleuroneumonía contagiosa bovina,* pp. 305-315.

En dos ensayos se probó la eficacia de vacunas inactivadas contra la pleuroneumonía contagiosa bovina exponiendo ganado vacuno a infección por gotitas a través del contacto estrecho con «donantes» experimentalmente infectados. Completa protección proporcionó una forma extrema de vacunación en que se daba en dos grandes dosis una fuerte suspensión de *Mycoplasma mycoides* salsop. *mycoides* muerto emulsificado con adyuvante completo de Freund. También se produjo «anticuerpo protecctor del ratón» (MPA), es decir, el suero transferido a ratones dos-cuatro horas antes de una inyección intraperitoneal evitó el desarrollo del micoplasmemia. Sin embargo, el estudio no contestó la cuestión ¿Es el MPA protector para el ganado? No dio protección una forma más ligera de vacunación en que se daba una suspensión ligera de micoplasmas muertos emulsificada con adyuvante incompleto de Freund en una dosis comparativamente pequeña en una única dosis.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 9 de enero de 1986.

HAYDEN, F. G., y cols.: *Prevención de catarros por profilaxis por contacto con interferon alfa$_2$ intranasal,* pp. 71-5.

Realizamos un estudio al azar, controlado con placebo, doble ciego para determinar si el alfa$_2$-interferon intranasal podía prevenir las enfermedades respiratorias en contactos sanos de miembros enfermos de la familia. Empezando a las cuarenta y ocho horas del comienzo de la enfermedad en un miembro de la familia, los contactos se administraron interferon (5×106 IU) o un aerosol de placebo diariamente durante siete días. Se desarrollaron enfermedades respiratorias durante el período de ocho días comenzando al segundo día de la aplicación en 52 de 222 personas del grupo placebo en comparación con 32 de 226 del grupo con interferon ($P = 0,02$, eficacia 39 por 100).

Entre las personas expuestas a catarros por rinovirus con estudio de laboratorio se produjo enfermedad en 2 de 27 receptores de interferon en comparación con 12 de 34 receptores de placebo (P = 0,02, eficacia 79 por 100. Durante el período de dos semanas durante y después de la aplicación, se produjeron catarros por rinovirus en el 1,3 por 100 de los que se aplicaron interferon y en el 15,1 por 100 de los que recibieron placebo (P = 0,003, eficacia 88 por 100). Se encontró moco manchado de sangre o hemorragia de la mucosa nasal o ambos en el 7,7 por 100 de los placebo y en el 13,6 por 100 de los usuarios de interferon (P = 0,04), pero no se encontraron pruebas de toxicidad nasal acumulativa. Llegamos a la conclusión de que la profilaxis después de la exposición con interferon intranasal puede proporcionar en algunos casos una estrategia eficaz para controlar la diseminación de catarros, especialmente los causados por rinovirus.

HOFSTETTER, A., y cols.: *Aumento del gasto de energía en veinticuatro horas en fumadores de cigarrillos,* pp. 79-82.

Estudiamos el efecto del tabaquismo sobre el gasto de energía en ocho fumadores de cigarrillos que pasaron veinticuatro horas en una cámara metabólica en dos ocasiones, una sin fumar y otra fumando 24 cigarrillos por día. La dieta y el ejercicio físico (treinta minutos caminando en el rodillo giratorio) se normalizaron en ambas ocasiones. La actividad física en la cámara se midió usando un sistema de radar. El fumar causó un aumento del total de gasto de energía en veinticuatro horas [de un valor medio ($\pm$ SEM) de 2.230 $\pm$ 115 a 2.455 $\pm$ 120 kilocalorías por veinticuatro horas, $P < 0,001$], aunque no se observaron cambios en la actividad física o en la tasa media del metabolismo basal (1.545 $\pm$ 80 frente a 1.570 $\pm$ 70 kilocalorías por veinticuatro horas). Durante el período en que se fumó, la excreción media de norepinefrina en orina por día ($\pm$ SEM) aumentó de 1,25 $\pm$ 0,14 a 1,82 $\pm$ 0,28 µg por hora ($P < 0,025$) y la excreción media nocturna aumentó de 0,73 $\pm$ 0,07 a 0,91 $\pm$ 0,08 µg por hora ($P < 0,001$). Estas observaciones a corto plazo demuestran que fumar cigarrillos aumenta el gasto de energía en veinticuatro horas, en un 10 por 100, aproximadamente, y que este efecto puede estar mediado en parte por el sistema nervioso simpático. Los hallazgos también indican que puede esperarse que el gasto de energía disminuya cuando la gente deje de fumar, favoreciendo, por tanto, la ganancia de peso que acompaña a menudo el dejar de fumar.

23 de enero de 1986.

STUNKARD, A. J., y cols.: *Un estudio de la adopción en la obesidad humana,* pp. 193-8.

Examinamos las contribuciones de los factores genéticos y del ambiente familiar a la obesidad humana en una muestra de 540 adoptados daneses adultos que se seleccionaron de una población de 3.580 y se dividieron en cuatro clases por peso: delgados, con peso medio, con sobrepeso y obesos. Hubo una fuerte relación entre el grupo de peso de los adoptados y el índice de masa corporal de sus padres biológicos –para las madres $P < 0,0001$, para los padres $P < 0,02$–. No hubo relación entre el

grupo por peso de los adoptados y el índice de masa corporal de sus padres adoptivos. Las distribuciones acumuladas del índice de masa corporal de los padres mostró resultados similares, hubo una fuerte relación entre el índice de masa corporal de los padres biológicos y el grupo de peso del adoptado y ninguna relación entre el índice de grupo de peso de los padres de adopción y el adoptado. Además, la relación entre padres biológicos y adoptados no se redujo al grupo de peso sino que estuvo presente en toda la gama de gordura desde los muy delgados a los muy gordos. Llegamos a la conclusión de que las influencias genéticas tienen un papel importante en la determinación de la obesidad humana en adultos, mientras que el ambiente familiar solo no tiene efecto aparente.

28 de agosto de 1986.

ADAMI, H. O., y cols.: *La relación entre supervivencia y edad al diagnosticar un cáncer de mama,* pp. 559-63.

Analizamos la relación entre edad en el momento del diagnóstico y supervivencia relativa (tasa de supervivencia observada a esperada) en 57.068 mujeres en Suecia en las que se había diagnosticado cáncer de mama de 1960 a 1978 (cerca del 98 por 100 de todos los casos). Las mujeres que tenían de cuarenta y cinco a cuarenta y nueve años de edad tuvieron el mejor pronóstico, con una supervivencia relativa que excedía a la de las pacientes más jóvenes (< 30 años) en 7,6 a 12,9 por 100 a diferentes períodos de observación. La supervivencia relativa declinó marcadamente después de los cuarenta y nueve años de edad –especialmente en mujeres de cincuenta a cincuenta y nueve años– y las mujeres más viejas (> 75) tenían la peor tasa. La diferencia de supervivencia relativa entre las mayores de setenta y cinco y las de cuarenta y cinco a cuarenta y nueve aumentó de 8,6 por 100 a los dos años a 12,2, 20,3 y 27,5 por 100 después de cinco, diez y quince años de seguimiento, respectivamente. La tasa de mortalidad a largo plazo debida al cáncer de mama se aproximó a 1 a 2 por 100 a la edad premenopáusica pero excedió el 5 por 100 durante el período de observación en el grupo de más edad. Una comprensión de la base biológica de la compleja relación entre edad y pronóstico puede proporcionar una mejor comprensión de la historia natural del cáncer de mama en mujeres.

30 de abril de 1987.

COLDITZ, G. A., y cols.: *Menopausia y riesgo de cardiopatía coronaria en mujeres,* pp. 1105-10.

Para determinar la relación entre menopausia y riesgo de cardiopatía coronaria analizamos datos de una cohorte prospectiva de 121.700 mujeres de Estados Unidos de treinta a cincuenta y cinco años de edad que fueron seguidas desde 1976 a 1982. La

información sobre estado menopáusico, tipo de menopausia y otros factores de riesgo se obtuvo en 1976 y se puso al día cada dos años mediante cuestionarios por correo. Durante 1982 la tasa de seguimiento fue de 98,3 por 100 para la mortalidad y 95,4 por 100 para acontecimientos no fatales. Tras controlar por edad y consumo de cigarrillos, las mujeres que habían tenido una menopausia natural y que no habían recibido nunca estrógenos de sustitución no tenían aumento apreciable del riesgo de cardiopatía coronaria en comparación con mujeres premenopaúsicas (tasa ajustada 1.2, 95 por 100 límites de confianza, 0.8 y 1.8). También en comparación con mujeres premenopáusicas, la menopausia natural con el uso de estrógenos no afectó el riesgo (tasa 0,8, 95 por 100 límites de confianza, 0.4 y 1.3). Las mujeres que habían sufrido ooforectomía bilateral y que nunca habían tomado estrógenos tras la menopausia tenían un riesgo aumentado (tasa 2.2 límites de confianza al 95 por 100, 1.2 y 4.2). Sin embargo, el uso de estrógenos en el período postmenopáusico parecía eliminar este aumento de riesgo entre estas mujeres en comparación con mujeres premenopáusicas (tasa 0,9, límites de confianza al 95 por 100, 0.6 y 1.6). Estos datos sugieren que, en contraste con la menopausia natural, la ooforectomía bilateral aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria. Este aumento parece prevenirse con terapia de reemplazo con estrógenos.

7 de mayo de 1987.

SCHATZKIN, A, y cols.: *Consumo de alcohol y cáncer de mama en el Estudio Epidemiológico de Seguimiento de la I Encuesta Nacional por Examen de Salud y Nutrición,* pp. 1.169-73.

Investigamos la relación entre consumo de alcohol y cáncer de mama en el Estudio Epidemiológico de Seguimiento de la I Encuesta Nacional por Examen de Salud y Nutrición, un estudio de cohorte basado en una muestra de población de EE. UU. Se incluyó en el análisis un total de 7.188 mujeres de veinticinco a setenta y cuatro años de edad que fueron examinadas durante el período de 1971 a 1975. La información sobre consumo de alcohol se obtuvo durante la entrevista preliminar. El período medio de seguimiento de esta cohorte fue de diez años, 121 casos de cáncer de mama desarrollados después del examen preliminar se identificaron a través de historias clínicas hospitalarias o certificados de defunción. El riesgo relativo estimado para cualquier cantidad de bebida en relación con ninguna bebida fue 1,5 (95 por 100 intervalo de confianza, 1.1 a 2.2). Las estimaciones para tres niveles de consumo, del menor al mayor, fueron 1.4 (IC, 0.9 a 2.3) 1.5 (0.9 a 2.6) y 1.6 (1.0 a 2.7) en comparación con no beber en absoluto. Estas estimaciones de riesgo relativo no se afectaron materialmente por ajuste de los factores de riesgo conocidos para el cáncer de mama o de varios factores dietéticos. Los resultados de este estudio, consistente con los de otros dos estudios de cohortes y una serie de estudios caso-control, sugieren que el consumo moderado de alcohol está asociado con una elevación del riesgo de cáncer de mama del 50 al 100 por 100.

WILLET, M. C., y cols.: *Consumo moderado de alcohol y riesgo de cáncer de mama,* pp. 1.174-80.

En 1980, 89.538 mujeres de EE UU de treinta y cuatro a cincuenta y nueve años de edad sin historia de cáncer, completaron un cuestionario sobre dieta evaluado independientemente que incluía el uso de cerveza, vino y licores. Durante los cuatro siguientes se diagnosticaron 601 casos de cáncer de mama entre miembros de la cohorte. Entre las mujeres que consumían de 5-14 gramos de alcohol por día (unos 3-9 bebidas por semana) el riesgo relativo ajustado por edad de cáncer de mama fue del 1.3 (95 por 100 límites de confianza, 1.1 y 1.7). El consumo de 15 gramos de alcohol o más por día estuvo asociado con un riesgo relativo de 1.6 (95 por 100 límites de confianza, 1.3 y 2.0, extensión de Mantel X para tendencia lineal = + 4.2, P. 0,0001). El ajuste por factores conocidos de riesgo de cáncer de mama y una variedad de variables nutricionales no alteró materialmente esta relación. Se observaron asociaciones significativas por cerveza y licores cuando se consideraron por separado. Entre las mujeres sin factores de riesgo de cáncer de mama con menos de cincuenta y cinco años de edad, el riesgo relativo asociado al consumo de 15 gramos de alcohol o más por día fue 2.5 (límites de confianza al 95 por 100, 1.5 y 4.2). Estos datos prospectivos derivados de medidas de ingestión de alcohol registradas antes del diagnóstico de cáncer de mama confirman los hallazgos de varios estudios previos caso-control. Observados en conjunto, sugieren que la ingestión de alcohol puede contribuir al riesgo de cáncer de mama.

OMS.–*Medida del comportamiento frente a la salud.*
OMS.–*Promoción de la salud.*
OMS.–*SIDA entre los toxicómanos.*
OMS.–*Investigación sobre el comportamiento en materia de salud.*
OMS.–*Fibras minerales artificiales en los lugares de trabajo.*
OMS.–*Información para atención primaria de salud.*
OMS.–*Influencia de los intereses económicos y otros sobre el consumo de alcohol.*
OMS.–*Aspectos económicos de la prevención de la enfermedad e incapacidad.*

PRENSA • LIBROS • REVISTA DE REVISTAS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Servicio de Publicaciones