

2 Presentación

3 Red Aragonesa de Vigilancia Epidemiológica

- Actualización de datos
 - Enfermedades de declaración obligatoria
 - Evolución de la incidencia de legionelosis en Aragón

6 Curso del Diplomado en Sanidad 2001-2002

12 Mortalidad en Aragón 1998

20 Tabaco, cine y adolescencia

24 Salud e inmigración en Aragón

29 El derecho de los pacientes a la información

36 Fuentes de Información



Presentación



Páginas de Salud

número 4 • Trimestre 4

Año 2002

COMITÉ DE DIRECCIÓN

Antonio Brun Macipe
Francisco Javier Faló Forniés
Luis Gascón Andreu
Luis Ignacio Gómez López
Rafael Vázquez López
Alfonso Vicente Barra

COMITÉ DE REDACCIÓN

Guillermo Cubero Martín
Dora Félez Minguillón
Juan Carlos García Aísa
Luis Gascón Andreu
María Oliva Ladrero Blasco
Luis Alberto Larrosa Montañés
Nieves Martínez Arguisuelas
Ana Rivasés Aunes
Cruz Tejero Vela

SECRETARÍA

Macarena Bienzobas Marcilla

E-mail:
paginas.de.salud@aragob.es

ISSN: 1579-9654

Depósito Legal: Z-1080/02

Imprime: Artes Gráficas
con otro color

En nuestra comunidad autónoma residen más de 46.000 extranjeros que son titulares de una tarjeta individual sanitaria y que, por tanto, tienen acceso al sistema público sanitario en pie de igualdad con el resto de la población. Más de la mitad de estos documentos se ha expedido en el último año, lo que da una idea de la importancia creciente de la inmigración en nuestra región. De ahí, el interés y la oportunidad del artículo en el que se analiza no solamente su dimensión cuantitativa sino el derecho a la atención sanitaria normalizada de este colectivo, considerando la salud como una expresión de interculturalidad.

La conexión de este informe con el que, en el marco de la Ley de Salud de Aragón, aborda el derecho de los pacientes a la información, permitirá a los lectores de este número profundizar en uno de los aspectos más sensibles de la relación con el paciente. Quién ha de ser el destinatario de esta información, dónde establecer sus límites o cómo trasmitirla formalmente son el quid de una cuestión a menudo controvertida.

La aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sanidad del Plan Nacional para la Prevención del Tabaquismo 2003/2007, que abunda en aspectos ya regulados en nuestra comunidad, ha puesto de nuevo de actualidad el debate sobre este hábito, sus consecuencias y la normativa que pretende evitar su expansión. A propósito de las estrategias no siempre subliminales que, aprovechando el soporte de la producción cinematográfica, despliegan las tabaquerías para ampliar su clientela, incluimos un trabajo sobre la relación tabaco-cine-adolescencia que aporta una visión sociológica diferente sobre este problema sanitario.

El informe de la evolución de la incidencia de la legionelosis en Aragón, nos aproxima a la línea emergente de esta patología en nuestro país, un proceso en el que han influido la mejora de los sistemas de información y su gran repercusión social a través de los medios de comunicación. Finalmente, en este número se incorporan los resúmenes de los seis trabajos prácticos premiados durante el Curso de Diplomado en Sanidad 2001-2002, además de la reseña de las novedades más recientes, tanto en el apartado de bibliografía como de páginas web en Internet.

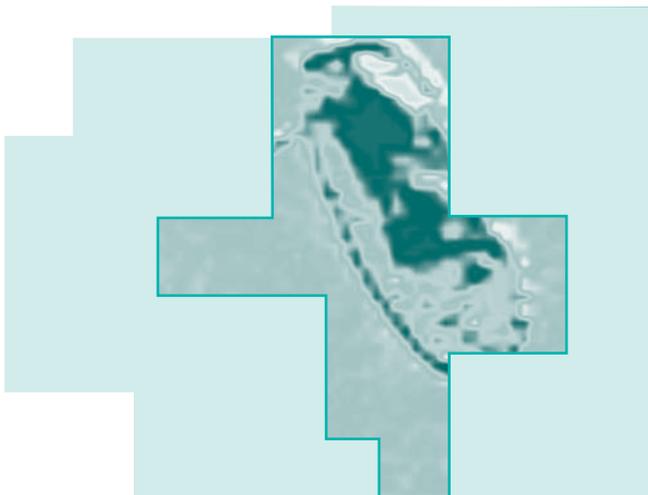


Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en Aragón

Tercer trimestre de 2002 (semanas 27 a 39 de 2002)¹

EDO	casos nuevos			casos acumulados	
	2002	2001	IE ²	2002	2001
Disentería bacilar	1	0	0,00	1	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	4	1,00	3	5
Otros procesos diarreicos	31.537	27.297	1,12	66.220	61.222
Toxoinfección alimentaria	329	298	1,07	636	671
Triquinosis	0	0	0,00	0	0
Botulismo	0	0	0,00	0	0
Varicela	1.107	605	1,52	5.306	4.567
Enfermedad meningocócica	4	2	2,00	14	10
Gripe	546	752	0,21	7.368	4.868
Legionelosis	10	6	2,50	30	13
Meningitis tuberculosa	1	2	1,00	3	2
Otras meningitis	8	17	0,67	32	44
Otras tuberculosis	14	15	1,08	34	31
Tuberculosis respiratoria	40	58	0,69	120	137
Sífilis	10	6	2,50	14	12
Infección gonocócica	9	3	1,00	13	6
Parotiditis	22	21	1,05	59	43
Rubeola	0	3	0,00	1	9
Sarampión	2	0	0,67	2	1
Tétanos	0	0	0,00	0	0
Tos ferina	16	5	2,67	42	14
Hepatitis A	4	4	1,00	8	7
Hepatitis B	7	10	1,17	34	18
Otras hepatitis	12	5	0,92	25	20
Brucelosis	7	10	0,41	23	19
Carbunco	1	1	0,50	4	6
Fiebre exantemática mediterránea	1	0	1,00	2	0
Hidatosis	6	18	0,46	18	35
Leishmaniasis	2	3	1,00	4	11
Paludismo	8	10	1,14	14	21

1. Datos provisionales correspondientes al periodo comprendido entre el 30/06/02 y 29/09/02.
2. Índice Epidémico (IE) es la razón entre los casos observados en el trimestre de estudio y la mediana del quinquenio anterior. Un IE entre 0,76 y 1,24 indica una incidencia normal o esperada; $IE \geq 1,25$ incidencia superior a la esperada; $IE \leq 0,75$ incidencia inferior a la esperada.



Evolución de la incidencia de legionelosis en Aragón

María Oliva LADRERO BLASCO
Servicio de Prevención y Promoción
de la Salud

La legionelosis forma parte de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) desde el año 1997. La modalidad de declaración es nominal y urgente en el momento de sospecha de la enfermedad (Real Decreto 2210/95, de 28 de diciembre, B.O.E de 8 de enero de 1996 y Decreto 222/96, de 23 de diciembre, de la Diputación General de Aragón, B.O.A. del 8 de enero de 1997). Los criterios higienico-sanitarios que es necesario aplicar sistemáticamente para su prevención y control están legislados en el Real Decreto 909/2001, de 27 de julio del Ministerio de Sanidad y Consumo, B.O.E. del 28 de julio de 2001¹.

Las características de la enfermedad, la metodología para su vigilancia y las actuaciones ante casos aislados y brotes fueron publicadas en el número 2 de estas Páginas de Salud². En este informe se presenta la evolución de la incidencia en Aragón desde 1997 a la actualidad así como las principales características epidemiológicas de los casos declarados.

RESULTADOS

En la tabla 1 pueden observarse los casos acumulados de legionelosis por provincias y las tasas para el total de España y Aragón. En conjunto, se observa que el número de casos notificados cada año ha ido aumentando progresivamente aunque debemos tener en cuenta que en los primeros años de notificación de una enfermedad, las variaciones observadas se deben más a una mayor cobertura del sistema de declaración que a verdaderos cambios en

su incidencia. Además, la generalización de la detección del Antígeno en orina como prueba diagnóstica para la *Legionella pneumophila* SG1, que es el serogrupo que más casos produce en nuestro medio, seguramente ha influido en este aumento.

Las tasas de incidencia en Aragón fueron superiores a las del conjunto nacional en los años 1997 a 1999, invirtiéndose esa tendencia a partir de 2000 debido fundamentalmente a la magnitud alcanzada por los brotes comunitarios de Alcoy (Alicante) en el año 2000 con más de 200 casos, o el de Murcia, el mayor brote de legionelosis declarado hasta ahora con más de 800 casos.

Respecto a la forma de presentación, los casos aislados o esporádicos suponen el 86%; el 14% restante formaron parte de 4 brotes de los cuales 2 fueron de origen nosocomial (6% del total de casos), uno de origen poblacional (4% del total de casos) y uno en institución cerrada (4% del total de casos). El método diagnóstico más frecuentemente utilizado fue la detección del Antígeno en orina (50%) seguido de seroconversión (30%) y de aislamiento por cultivo con sólo el 18%. La edad media de los casos fue de 58,5 años con una razón de masculinidad de 2,6. Los fallecimientos en casos aislados fueron 5 con una tasa de letalidad del 4% mientras que en los casos asociados a brotes, la tasa de letalidad ascendió al 38%.

La legionelosis constituye el paradigma de las enfermedades ambientales emergentes en países desarrollados. Cambios en el estilo de vida tales como la concentración de la pobla-

Tabla 1

LEGIONELOSIS EN ESPAÑA Y ARAGÓN
1997-2001

	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ARAGÓN		ESPAÑA	
				casos	tasas *	casos	tasas *
1997	0	0	13	13	1,09	191	0,48
1998	2	1	13	16	1,34	342	0,86
1999	1	0	28	29	2,40	430	1,09
2000	3	0	16	19	1,60	752	1,91
2001	3	1	29	33	2,7	1404	3,55
2002**	7	0	19	26		572	

* Tasa por 100.000 habitantes.

** Datos provisionales hasta el 30/10/2002.

ción en grandes ciudades, aumento del número de viajes y una mayor esperanza de vida, se traduce en la aparición de poblaciones más susceptibles ante esta enfermedad. Resulta pues imprescindible la investigación ambiental y el estudio epidemiológico de los casos para conocer mejor el comportamiento de esta enfermedad ya que son las bases que facilitan las actuaciones para la resolución de este problema de salud³.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 1 Ordoñez JM. La nueva normativa estatal frente a la legionelosis: entre la ambición y la realidad. *Gac Sanit* 2002;16(2):105-8.
- 2 Guimbao J. Actuaciones de vigilancia epidemiológica de la legionelosis. *Boletín Epidemiológico de Aragón. Servicio Aragonés de Salud*. 2001;2:13-17.
- 3 Aboal JL, Fargas P. Legionella: un problema de salud pública y para la salud pública. *Gac Sanit* 2001;15:91-4.



Trabajos prácticos



Curso del Diplomado en Sanidad 2001-2002

Resúmenes de los trabajos prácticos premiados por el tribunal calificador

El curso del Diplomado en Sanidad consta de un total de 200 horas lectivas de las que 50 se dedican a la realización de un trabajo práctico tutorizado por un profesional con experiencia en el área de salud pública elegida. Constituye una parte fundamental del curso ya que permite aplicar los conocimientos de salud pública aprendidos a la investigación de problemas de salud de la comunidad. El tribunal calificador del curso premia los trabajos prácticos que destacan por el esfuerzo que se ha invertido en ellos y el interés y la aplicabilidad práctica de sus resultados y gestiona la publicación de un resumen de los mismos. En estas Páginas de Salud se publican los resúmenes de los seis mejores trabajos prácticos premiados durante el curso 2001-02 presentados por orden alfabético de sus autores.

PERCEPCIÓN DE SALUD DE LA MUJER INMIGRANTE EN ZARAGOZA. UN ESTUDIO CUALITATIVO

Realizado por Pilar ALIAGA TRAIÑ y tutorizado por Mercedes FEBREL BORDEJÉ

INTRODUCCIÓN

Cada cultura construye su propia conceptualización de la salud. En este estudio se aborda la salud de la mujer inmigrante integrada en nuestro contexto social y cultural y pretende conocer a partir de sus discursos su cultura sanitaria, sus experiencias respecto a la salud, cómo ha cambiado la percepción de ésta a lo

largo de su proceso migratorio y su relación con el sistema sanitario. El objetivo de la investigación es conocer la percepción de salud de las mujeres inmigrantes de Zaragoza a partir de su propia concepción cultural, identificando los factores sociales, de género, religiosos, socioeconómicos o de otro tipo que la determinan.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado metodología cualitativa. La técnica empleada ha sido la entrevista en profundidad a una muestra de seis mujeres inmigrantes residentes en Zaragoza y procedentes de distintas áreas geográficas. Las mujeres entrevistadas han sido captadas a partir del proceso de "bola de nieve".

RESULTADOS

A pesar de existir una serie de factores comunes que afectan a toda persona inmigrante (debilitamiento de los lazos familiares, necesidad de adaptación a una sociedad extraña, falta de estabilidad en su situación jurídica), el grupo de inmigrantes no puede ser tomado como un todo homogéneo, sino que existen dentro de él diferencias significativas en función de variables tales como país de procedencia, sexo, edad, religión. El concepto de salud de la mujer inmigrante es fruto de su reinterpretación cultural y va cambiando a medida que se integran en una cultura de salud distinta de la de procedencia.

Este concepto de salud se equipara en primer lugar con la ausencia de enfermedad, sobre

todo de aquellas enfermedades que son habituales en su medio (paludismo, diarreas, cáncer) pero avanzando su discurso aparecen elementos como salud mental, alimentación, relaciones sociales, actividades de ocio, que relacionan directamente con su bienestar. En sus países de procedencia la asistencia sanitaria es cara, y solo se recurre ante situaciones graves, por lo que existe una falta de cultura preventiva. En el país de destino se percibe una importante mejora en la percepción de las condiciones sanitarias, y son conscientes de la necesidad de realizar revisiones preventivas aunque se mantiene una reticencia inconsciente a utilizar los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Del análisis de sus discursos se puede concluir que su concepto de salud es fruto por una parte de la cultura de salud de su país de origen y por otra de la cultura sanitaria de nuestro país. En la primera es habitual una explicación holística de la salud, muy ligada a su entorno y son frecuentes los mitos, la explicación religiosa, la utilización de remedios tradicionales como plantas, cortezas, "agüitas", sanadores, etc. Este modelo les ha sido válido durante mucho tiempo sobre todo en las zonas rurales. En la cultura de destino predomina un concepto más biomédico y su integración en ella les permite acceder a unos recursos de salud que en su país de origen estaban restringidos a las personas con mayores recursos económicos.

Esta particular situación de convivencia de ambas culturas de salud ha supuesto según sus discursos mejoras en unos aspectos relacionados con la salud (asistencia sanitaria gratuita y continuada, medicina preventiva, trabajo), pero también un empeoramiento de otros como son la salud mental, estilo de vida, alimentación, situación familiar, red social, etc.

INTERNET COMO FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LOS LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA

Realizado por Juan Carlos BURILLO GARCÍA y tutorizado por Joaquín GUIMBAO BESCÓS

INTRODUCCIÓN

Internet constituye en nuestros días una fuente de información de primera magnitud, habiéndose revelado como un recurso efectivo en el ámbito de la Salud Pública. El objetivo de este trabajo es realizar una investigación sis-

temática a través de una serie de búsquedas en Internet sobre la situación actual de los Laboratorios de Salud Pública a fin de definir sus características actuales, sus áreas de trabajo, el tipo de muestras que deben procesar, su función social y sus nuevas perspectivas ante la implantación de sistemas de calidad que pudieran desplazar algunas de sus tareas tradicionales.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Internet en la base de datos PubMed y mediante el buscador Google y sus enlaces relacionados.

Variables recogidas: nombre del laboratorio, dirección del laboratorio, país, localización, ámbito funcional-territorial (privado, nacional, regional, local), sistema de calidad, tipos de muestra procesada (ambiente, personas, aguas, alimentos), áreas de trabajo (microbiología clínica, fisico-química, microbiología de los alimentos, educación), otras áreas de trabajo, laboratorio de referencia.

Se realiza un estudio descriptivo de las variables analizadas en las fuentes de información relacionadas, recogiendo la información en una base de datos construida sobre un libro EXCEL. Las variables se analizan de forma aislada, resumiéndose de forma porcentual los valores obtenidos.

RESULTADOS

Las búsquedas en la base Pub Med no aportaron información significativa suficiente sobre la evolución y situación actual de los laboratorios.

Las búsquedas en Google revelaron muchas referencias que recogen información directa sobre organización o servicios prestados por laboratorios o agrupaciones de laboratorios. Las búsquedas a través de enlaces relacionados permitieron encontrar información relativa a laboratorios cuyo nombre no coincide exactamente con la denominación Laboratorio de Salud Pública, y completar la base de datos hasta 50 Laboratorios de Salud Pública, número que consideramos adecuado para dar validez a los resultados del estudio.

DISCUSIÓN

Los Laboratorios de Salud Pública constituyen un campo de trabajo fronterizo entre diversas ciencias: médicas, químicas, microbiológicas,

ambientales, etc, por lo que se obtienen resultados muy reducidos al buscar en una base de datos especializada, ya sea de tipo médico, como de las otras disciplinas citadas.

A diferencia de las publicaciones científicas que se dirigen a un público especializado y se publican, o al menos se resumen, mayoritariamente en idioma inglés, una página web tiene una clara vocación informativa dirigida a su entorno social más próximo, y por ello se publica en la lengua o lenguas de uso habitual en el mismo. Por este motivo, la búsqueda en Internet ha de realizarse introduciendo el término buscado en distintos idiomas de la zona de interés. Dada la ingente cantidad de información que encontramos en la red, se hace necesario utilizar limitadores en la búsqueda.

De acuerdo a los resultados de nuestro estudio podemos describir un Laboratorio de Salud Pública (Public Health Laboratory) como un servicio dependiente de una Administración Pública con competencias en materia de Salud Pública (92 %), que procesa muestra de origen humano (94%), muestras ambientales (90%), aguas (90%), y alimentos (76%) y sobre estas muestras realiza determinaciones de tipo Microbiología Clínica (94%), Microbiología de los Alimentos (74%) y Físico-Químicas (70%). Además realiza actividades formativas (54%) y mantiene todo un abanico de diferentes determinaciones y campos de trabajo en los que se han ido especializando.

En cuanto a la función social de los Laboratorios de Salud Pública, ésta recibe un lugar destacado en muchas de las webs, que podemos resumir en la prestación de servicios concretos de prevención, protección y promoción de la salud.

Atendiendo a estos resultados se constata que Internet es una fuente muy importante para obtener información relativa a la organización y funcionamiento de los Laboratorios de Salud Pública. Dicha información se presenta en calidad y cantidad suficiente como para ser tenida en cuenta en la planificación de las actividades que debe abordar un Laboratorio de Salud Pública.

HEPATITIS VÍRICA C DIAGNOSTICADA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Trabajo realizado por Carmen ESTEBAN ALGORA y tutorizado por M^a José AMORÍN CALZADA

INTRODUCCIÓN

La hepatitis C es la forma más prevalente de hepatitis vírica en el mundo occidental. Su escasa expresividad clínica y su marcada tendencia a evolucionar a la cronicidad hace que sea considerada como un problema de salud pública de creciente interés. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia diagnosticada de hepatitis C y las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes infectados con el virus de la hepatitis C en la zona de salud de Ejea de los Caballeros.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes mayores de 14 años de edad infectados por el virus de la hepatitis C. Se diseñó un cuestionario para la recogida de datos clínicos y epidemiológicos, tomando como principal fuente de información la historia clínica del paciente. Se estimó la prevalencia general y por sexo y su intervalo de confianza al 95%. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, un test de homogeneidad y un test de contraste de hipótesis mediante la prueba del χ^2 .

RESULTADOS

La prevalencia diagnosticada de infección por el VHC fue de un 0,26% entre los mayores de 14 años: 0,32% en varones y 0,20% en mujeres. Más de la mitad de los casos fueron diagnosticados en atención especializada. El aumento aislado de transaminasas fue la forma de presentación más frecuente en el momento del diagnóstico (77,8%) ($p < 0.000$). El 72,2% de los casos evolucionó a una hepatitis crónica. Sólo 2 pacientes recibieron tratamiento antiviral. El 19,4% no mostraba ningún antecedente conocido de riesgo; el factor más frecuente ha sido la transmisión parenteral (72,2%).

CONCLUSIONES

La mayoría de las hepatitis víricas C se diagnostican de forma casual en reconocimientos rutinarios. El papel de la atención primaria en la detección y seguimiento de portadores del

VHC es primordial. La puesta en marcha de guías de práctica clínica puede contribuir a una mejor detección de las personas con un riesgo de infección aumentado y al mejor uso coste-efectividad de las pruebas de detección del VHC.

ACEPTABILIDAD DE LA RED CENTINELA DE ARAGÓN POR SUS INTEGRANTES TRAS SU PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO

Realizado por M^a Pilar LALANA JOSA y tutorizado por Luis Alberto LARROSA MONTAÑÉS

INTRODUCCIÓN

La Red Centinela es un sistema de información de base poblacional orientado a la vigilancia e investigación epidemiológica de problemas complejos y especializados y de los factores de riesgo asociados a los mismos. Esta basado en la colaboración voluntaria y no remunerada de los una muestra representativa de profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Comenzó su actividad en el año 2000-2001 con la participación de 70 profesionales centinelas y con tres procesos a vigilar, gripe, varicela y accidentes infantiles y requiere la cumplimentación de una encuesta epidemiológica de cada caso y para gripe el envío de muestras de frotis faríngeo al laboratorio de referencia con el fin de caracterizar el virus circulante. El objetivo de este trabajo fue valorar las dificultades y limitaciones de la Red y el nivel de motivación y satisfacción de los participantes en el primer año de funcionamiento. Se trata de un trabajo descriptivo con el objetivo de valorar, tras un año de funcionamiento de la Red Centinela de Aragón, una serie de aspectos subjetivos de los participantes mediante la cumplimentación de un cuestionario anónimo.

METODOLOGÍA

A todos los componentes de la Red Centinela de Aragón se entregó un cuestionario de respuestas cerradas que debían cumplimentar de forma anónima. El cuestionario recogía variables relativas a los motivos de participación, esfuerzo añadido a las tareas habituales que supone su participación, idoneidad de los datos solicitados en los tres procesos vigilados, dificultades en el envío de muestras a los laboratorios de referencia, fiabilidad de la información y satisfacción por la participación en la Red. Los datos obtenidos fueron registrados

en una base de datos mediante el programa informático Access y el tratamiento estadístico se realizó mediante el programa EpiInfo 2000.

RESULTADOS

Se consiguió que respondieran a la encuesta el 84,3% de los componentes de la Red. Respecto a los motivos que les llevaron a aceptar la participación, lo hicieron porque les interesaba el tema el 46,4% (IC 95%: 33%-60,3%) y no tenían ninguna motivación especial el 42,9 % (IC 95%: 29,7%-56,8%). Consideraban necesario el funcionamiento de la Red el 90,9% (IC 95%: 80%-97%).

Ningún participante consideró que el rellenar las declaraciones semanales fuera costoso. Les parecía adecuado el sistema de envío de muestras de frotis al 89,6% (IC 95%: 77,3%-96,5%) e inadecuado al 10,4% (IC 95%: 5%-22,4%). Declaran datos fiables el 96,4% (IC 95%: 87,7%-99,6%) y reconocían haber declarado alguna vez "a ojo" el 3,6% (IC 95%: 0,4%-12,3%). El 92,2% (IC 95%: 82,7-98%) lee el resumen que semanalmente le envía la Red. En general están satisfechos con su participación en la Red el 98,2% (IC 95%: 90,3%-100%) y no lo están el 1,8% (IC 95%: 0%-9,7%).

DISCUSIÓN

La mayoría de los encuestados consideraban necesario el funcionamiento de la Red y sólo unos pocos no lo tenían claro. La idoneidad de los datos que se recogen les parece buena, resultándoles en general poco o nada costoso el enviarlos. La información que aportan con las notificaciones se puede afirmar que es rigurosa y de calidad. Los centinelas leen habitualmente la información que genera la Red y además la consideran bastante o muy interesante.

CONCLUSIONES

La mayoría de los médicos de la Red consideran necesario su funcionamiento y la mayoría está satisfecho de haber participado. El grado de satisfacción va muy unido a la facilidad de la notificación y de la recogida y envío de las muestras de frotis faríngeos. Los datos aportados por los centinelas pueden considerarse fiables y de calidad. Es necesario estimular la colaboración de los centinelas haciéndoles partícipes de los procesos a declarar y fomentar el intercambio de información entre la Red y sus componentes.

UTILIZACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIÁCEOS EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Trabajo realizado por M^a Jesús LALLANA ALVAREZ y tutorizado por Mercedes AZA PASCUAL-SALCEDO

INTRODUCCIÓN

Datos de diversas fuentes han evidenciado una infrautilización de los analgésicos opiáceos en España. Estos fármacos son los analgésicos más potentes y los más indicados para el tratamiento del dolor oncológico. A consecuencia del descrédito social, la desconfianza médica y las regulaciones legales, muchos pacientes no han podido beneficiarse de estos fármacos y el dolor en el cáncer no ha recibido un tratamiento adecuado.

El objetivo de este trabajo es conocer en qué medida se utilizan los opioides en el ámbito extrahospitalario de la provincia de Zaragoza y cuál ha sido su evolución durante los últimos cinco años.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de todas las prescripciones realizadas en receta del Sistema Nacional de Salud del subgrupo terapéutico NO2A (analgésicos narcóticos) en la provincia de Zaragoza durante el período 1997-2001. Los datos de consumo farmacéutico se obtienen mediante el proceso de facturación de las recetas médicas de la provincia de Zaragoza, en el que se recoge entre otros datos el código nacional de la especialidad. Estos datos son tratados con un programa informático que permite asignar el principio activo a cada especialidad, y a partir de aquí, el análisis del consumo agregado por principios activos.

Se ha usado como parámetro de medida el número de Dosis Diarias Definidas (DDD) consumidas, y a partir de ellas y considerando como población la distribución de la tarjeta sanitaria individual (TSI) en los diferentes años estudiados, se calcula el número de dosis diarias definidas por 1000 habitantes día (DHD).

RESULTADOS

El consumo de analgésicos opiáceos en Zaragoza se ha multiplicado por 2,38 entre 1997 y 2001. Ha pasado de 1,105 DHD a 2,633 DHD. El principio activo más consumido en 2001 fue el tramadol (1,451 DHD) seguido

del fentanilo transdérmico (0,789) y tras ellos, a mucha distancia, la morfina (0,173). Estos tres principios activos suponen el 91,59% del total de todos los opioides consumidos en 2001, lo que indica una gran concentración de consumo en pocos fármacos.

Respecto a la evolución en este quinquenio, el tramadol ha aumentado un 158% en 2001 respecto a 1997 mientras que el fentanilo transdérmico, que se comercializó en 1998, ha experimentado un incremento del 335% en tres años. Se ha detectado una baja utilización de morfina, que no ha incrementado su consumo en los últimos cinco años, mientras el número de pacientes susceptibles de ser tratados por este fármaco va en aumento.

CONCLUSIONES

La aparición de nuevos fármacos (tramadol y fentanilo transdérmico) ha contribuido al notable aumento del consumo de opioides en la provincia de Zaragoza en los últimos cinco años. A pesar del incremento global, no se ha producido ningún aumento en la utilización de morfina, considerado el mejor fármaco para el tratamiento del dolor oncológico, por lo que debería potenciarse su utilización.

LEISHMANIASIS CANINA: REVISIÓN DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS, PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO Y MEDIDAS DE CONTROL

Realizado por M^a Carmen MARCA ANDRÉS y tutorizado por Roberto GARUZ BELLIDO

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria cuyo agente etiológico en España es *Leishmania infantum*, protozoo parásito transmitido por la picadura de mosquitos del género *Phlebotomus*. En el área mediterránea el principal reservorio de la enfermedad es el perro con una prevalencia variable según los países y las técnicas de diagnóstico utilizadas. El objetivo de esta revisión es actualizar nuestro conocimiento sobre tres aspectos que consideramos clave en el estudio y control de la leishmaniasis canina: diagnóstico, tratamiento y profilaxis.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, CAB y Current

Contents utilizando como descriptores “Leishmania AND dog” y estableciendo unos criterios de selección. El periodo de revisión fue el comprendido entre los años 1995 y 2002. Se localizan en total 110 artículos, de los que 46 corresponden a diagnóstico, 40 a tratamiento y 24 a profilaxis. De entre ellos se seleccionan para su comentario 8, 7 y 4 respectivamente.

DISCUSIÓN

Con relación al diagnóstico de leishmaniasis, son muchos los métodos de los que se dispone actualmente, aunque su interpretación debe hacerse siempre teniendo en cuenta la fase clínica de la enfermedad y la respuesta individual del animal frente a la misma. Por ello consideramos más adecuado la combinación de varias pruebas que nos permitan detectar la totalidad de los animales afectados, sintomáticos y asintomáticos.

Actualmente no se conoce ningún tratamiento capaz de eliminar por completo las leishmanias; aunque se consiguen mejorías clínicas importantes con la terapia convencional (antimonial y alopurinol), los animales continúan siendo portadores y focos de contagio para otros perros y el hombre.

Respecto a las medidas profilácticas, las mayores expectativas las genera la obtención de una vacuna eficaz y segura que proteja del contagio a los animales no infectados, ya que el resto de iniciativas propuestas (control de vectores mediante insecticidas, eliminación de los perros enfermos) no han sido capaces de erradicar la enfermedad ni de evitar su transmisión.

A la vista de estos resultados y teniendo en cuenta que se trata de una zoonosis de interés sanitario y que tenemos un gran número de perros enfermos en nuestra Comunidad, consideramos de gran interés realizar un estudio exhaustivo de prevalencia de leishmaniasis canina en Aragón.



Resultados



Mortalidad en Aragón 1998

Avance de resultados

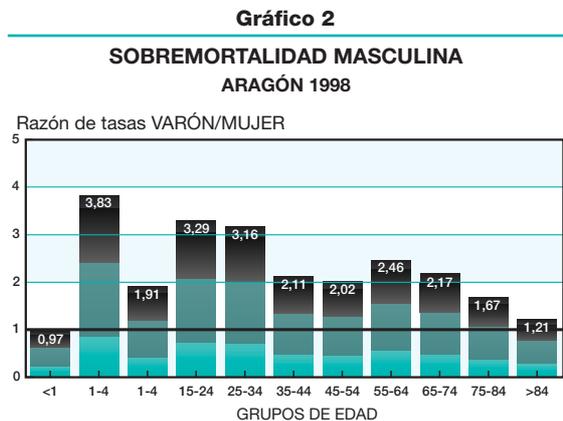
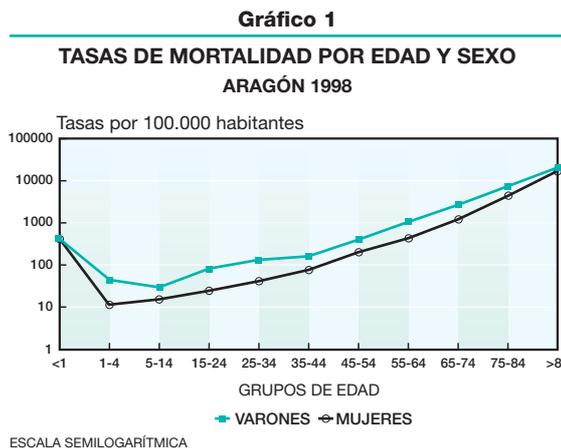
Mariano ESTEBAN PRADAS
Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Los datos básicos para elaborar este avance proceden del Instituto Aragonés de estadística (IAE) utilizando como denominadores la explotación parcial del padrón de 1998.

Mortalidad general y específica por edad y sexo

En el año 1998 fallecieron 12.995 personas residentes en Aragón, lo que supone una tasa bruta de 11 por 1.000 habitantes (11,8 en hombres y 10,2 en mujeres). Del total de fallecidos, 498 personas murieron fuera de la comunidad autónoma (3,8%).

En el gráfico 1 se observan las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo, destacando las menores tasas en el grupo de edad de 5-14 años en los varones y en el grupo de 1-4 años en mujeres. Excepto en el grupo de < 1 año, la sobremortalidad masculina es evidente, presentando la mayor razón de tasas varón/mujer (3,8) el grupo de 1-4 años (gráfico 2).



Mortalidad por causas de defunción y sexo

En la tabla 1 se observa como las siete causas de muerte más frecuentes utilizando los grandes grupos de la CIE 9ª, suponen el 89% de todas las defunciones para el conjunto de los sexos.

Las **enfermedades del aparato circulatorio**, los **tumores** y las **enfermedades del aparato respiratorio** son las causas más frecuentes (72% en conjunto). El mismo orden se mantiene tanto en varones como en mujeres para estas tres causas, pero presentan una mortalidad proporcional muy diferente en función del sexo aproximándose en los varones la mortalidad por tumores a la del aparato circulatorio. Las **causas externas de traumatismos y envenenamientos**, como en años anteriores, presentan grandes diferencias en cuanto a porcentaje y orden de frecuencia en función del sexo: cuarta causa de muerte en varones y décima en mujeres (parte izquierda de los gráficos 3-5).

Tabla 1

NÚMERO DE DEFUNCIONES, TASAS POR 100.000 HABITANTES Y MORTALIDAD PROPORCIONAL
POR SEXO Y CAUSAS MÁS FRECUENTES
ARAGÓN 1998

VARONES					
CIES	GRANDES GRUPOS CAUSA	Nº	TASA	%	
VII.	CIRCULATORIO	2249	386,2	32,8	
II.	TUMORES	2056	353,0	30,0	
VIII.	RESPIRATORIO	826	141,8	12,0	
XVII.	CAUSAS EXTERNAS	374	64,2	5,5	
IX.	DIGESTIVO	364	62,5	5,3	
V.	TRAS. MENTALES	219	37,6	3,2	
III.	ENDOCRINO/INMUNO	159	27,3	2,3	
	RESTO DE CAUSAS	613	105,3	8,9	
	TODAS LAS CAUSAS	6860	1178,0	100,0	
MUJERES					
CIES	GRANDES GRUPOS CAUSA	Nº	TASA	%	
VII.	CIRCULATORIO	2473	411,6	40,3	
II.	TUMORES	1269	211,2	20,7	
VIII.	RESPIRATORIO	526	87,5	8,6	
V.	TRAS. MENTALES	355	59,1	5,8	
IX.	DIGESTIVO	325	54,1	5,3	
III.	ENDOCRINO/INMUNO	257	42,8	4,2	
XVI.	MAL DEFINIDAS	174	29,0	2,8	
	RESTO DE CAUSAS	756	125,8	12,3	
	TODAS LAS CAUSAS	6135	1021,0	100,0	
TOTAL					
CIES	GRANDES GRUPOS CAUSA	Nº	TASA	%	
VII.	CIRCULATORIO	4722	399,1	36,3	
II.	TUMORES	3325	281,0	25,6	
VIII.	RESPIRATORIO	1352	114,3	10,4	
IX.	DIGESTIVO	689	58,2	5,3	
V.	TRAS. MENTALES	574	48,5	4,4	
XVII	CAUSAS EXTERNAS	521	44,0	4,0	
III.	ENDOCRINO/INMUNO	416	35,2	3,2	
	RESTO DE CAUSAS	1396	118,0	10,7	
	TODAS LAS CAUSAS	12995	1098,3	100,0	

Gráfico 3

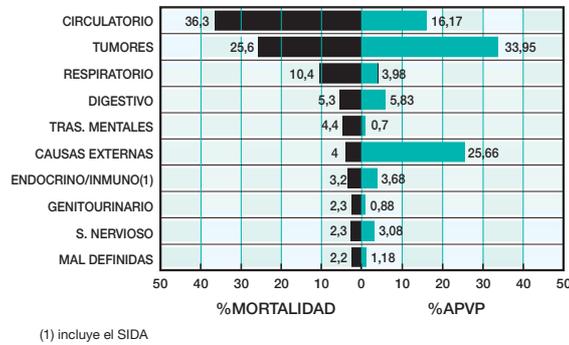
MORTALIDAD PROPORCIONAL Y % APVP.
AMBOS SEXOS. ARAGÓN 1998

Gráfico 4

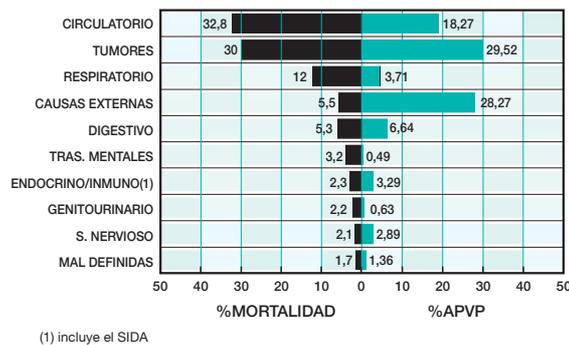
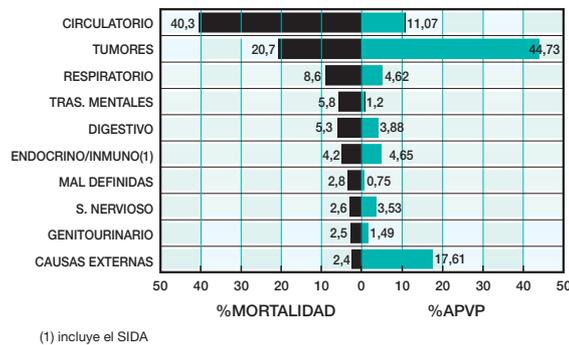
MORTALIDAD PROPORCIONAL Y % APVP.
VARONES. ARAGÓN 1998

Gráfico 5

MORTALIDAD PROPORCIONAL Y % APVP.
MUJERES. ARAGÓN 1998

Mortalidad por causa de defunción y edad

En la tabla 2 se presentan para cada grupo de edad, las cinco causas (grandes grupos CIE) más frecuentes de mortalidad, con su frecuencia absoluta, tasa por 100.000 habitantes-año y mortalidad proporcional sobre el total de defunciones de cada grupo de edad.

En los menores de un año las **enfermedades originadas en el período perinatal** y las **anomalías congénitas** suponen globalmente el 78% de las muertes en esta edad.

En el grupo de 1-4 años se han dado los mismos casos de muerte por anomalías congénitas y por enfermedades del sistema nervioso, dispersándose los pocos casos restantes entre varias causas.

Entre 5 y 34 años las **causas externas** son el principal origen de las muertes, presentando el mayor porcentaje de las mismas en el grupo de 15-24 años (63,5%). La mayoría de estas defunciones se deben a los **accidentes de tráfico** (42%).

En el grupo de 25-34 años las **causas externas** suponen el 58% de las defunciones. Al considerar causas específicas, los **accidentes de tráfico** son la causa más frecuente (27%), seguida de los **suicidios** con el 13% de las mismas. Hay que resaltar el descenso del **SIDA** que ha pasado al cuarto lugar por frecuencia en estas edades, aunque en las mujeres supone la segunda causa.

Entre 35 y 74 años, los **tumores** ocupan el primer lugar. Destaca el **tumor maligno de mama** en la mujer y el **tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón** en los varones.

En los mayores de 75 años las **enfermedades del aparato circulatorio** son las causas más frecuentes de defunción, siendo las **enfermedades cerebrovasculares**, la **insuficiencia cardíaca** y el **infarto agudo de miocardio** las más importantes entre ellas. La importancia relativa de las **enfermedades del aparato respiratorio**, expresada como mortalidad proporcional, es superior a la observada en otros grupos de edad, estando representada fundamentalmente por la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** y las **neumonías**.

Causas específicas de muerte

Utilizando la Lista Reducida de causas del Instituto Nacional de Estadística (más desagregada que los grandes grupos de la CIE 9ª) se han elaborado unas gráficas con las tasas ajustadas a la población europea de las causas más frecuentes (gráficos 6-8) excluyendo los grupos residuales del tipo "otras enfermedades del aparato...". La sobremortalidad masculina se aprecia con claridad en el gráfico 6 y el distinto orden de las causas en función del sexo en los gráficos 7 y 8.

Gráfico 6

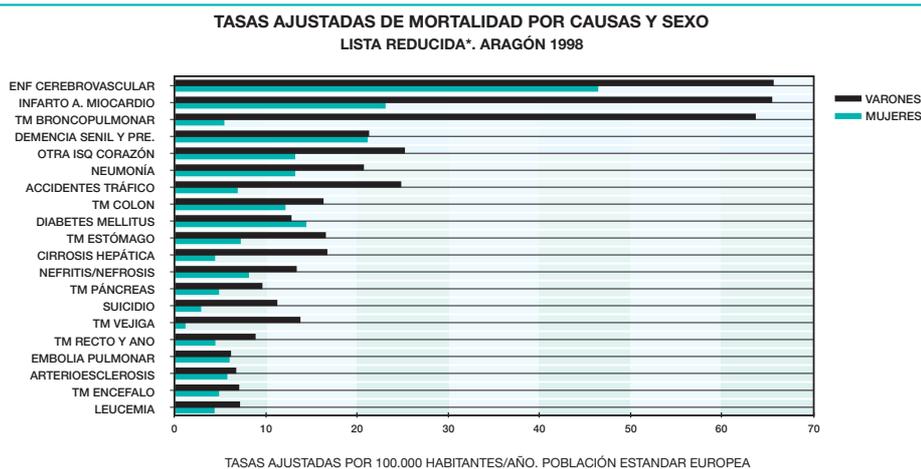


Tabla 2

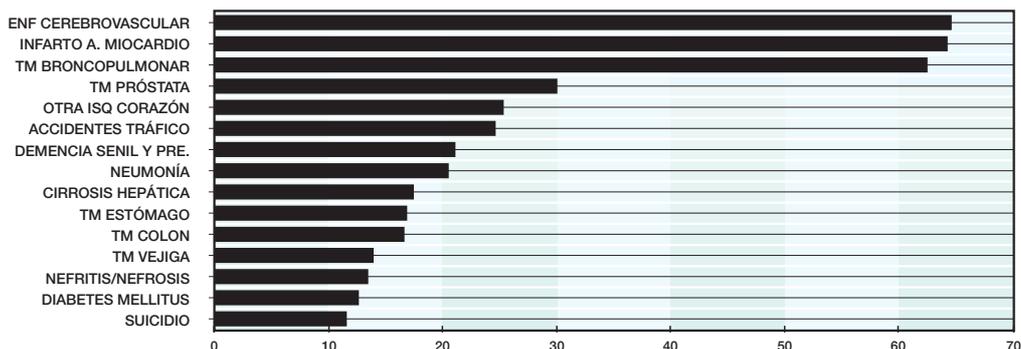
**NÚMERO DE DEFUNCIONES, TASA POR 100.000 HABITANTES Y MORTALIDAD PROPORCIONAL
POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS MÁS FRECUENTES.**
ARAGÓN 1998. TOTAL

EDAD	GRANDES GRUPOS CAUSAS	Nº	TASA	%
<1	XV. PERINATALES	18	215,5	52,9
	XIV. A. CONGÉNITAS	7	83,8	20,6
	IX. DIGESTIVO	3	35,9	8,8
	VI. SISTEMA NERVIOSO	2	23,9	5,9
	I. INFECCIOSAS	1	12,0	2,9
1-4	VI. SISTEMA NERVIOSO	3	8,1	30,0
	XIV. A. CONGÉNITAS	3	8,1	30,0
	I. INFECCIOSAS	1	2,7	10,0
	II. TUMORES	1	2,7	10,0
	VII. CIRCULATORIO	1	2,7	10,0
5-14	XVII. C. EXTERNAS	8	7,4	33,3
	VI. SISTEMA NERVIOSO	4	3,7	16,7
	II. TUMORES	3	2,8	12,5
	VII. CIRCULATORIO	2	1,8	8,3
	I. INFECCIOSAS	1	0,9	4,2
15-24	XVII. C. EXTERNAS	54	33,2	63,5
	II. TUMORES	7	4,3	8,2
	III. CIRCULATORIO	7	4,3	8,2
	IX. INFECCIOSAS	3	1,8	3,5
	VII. SANGRE	3	1,8	3,5
25-34	XVII. C. EXTERNAS	88	49,4	58,3
	II. TUMORES	19	10,7	12,6
	III. ENDOCRINO/INMUNIDAD	10	5,6	6,6
	IX. DIGESTIVO	9	5,1	6,0
	VII. CIRCULATORIO	7	3,9	4,6
35-44	II. TUMORES	64	38,2	33,0
	XVII. C. EXTERNAS	51	30,4	26,3
	VII. CIRCULATORIO	36	21,5	18,6
	IX. DIGESTIVO	12	7,2	6,2
	III. ENDOCRINO/INMUNIDAD	9	5,4	4,6

EDAD	GRANDES GRUPOS CAUSAS	Nº	TASA	%
45-54	II. TUMORES	208	142,1	49,1
	VII. CIRCULATORIO	82	56,0	19,3
	XVII. C. EXTERNAS	53	36,2	12,5
	IX. DIGESTIVO	36	24,6	8,5
	VIII. RESPIRATORIO	12	8,2	2,8
55-64	II. TUMORES	436	339,3	48,6
	VII. CIRCULATORIO	214	166,6	23,9
	VIII. RESPIRATORIO	57	44,4	6,4
	IX. DIGESTIVO	55	42,8	6,1
	XVII. C. EXTERNAS	51	39,7	5,7
65-74	II. TUMORES	1019	735,7	40,9
	VII. CIRCULATORIO	722	521,3	29,0
	VIII. RESPIRATORIO	228	164,6	9,1
	IX. DIGESTIVO	130	93,9	5,2
	III. ENDOCRINO/INMUNIDAD	75	54,1	3,0
75-84	VII. CIRCULATORIO	16,13	1979,6	38,3
	II. TUMORES	1032	1266,6	24,5
	VIII. RESPIRATORIO	499	612,4	11,9
	IX. DIGESTIVO	203	249,1	4,8
	V. MENTALES	197	241,8	4,7
>84	VII. CIRCULATORIO	2037	7713,3	45,5
	VIII. RESPIRATORIO	544	2059,9	12,2
	II. TUMORES	535	2025,8	12,0
	V. MENTALES	318	1204,1	7,1
	IX. DIGESTIVO	240	908,8	5,4
TOTAL	VII. CIRCULATORIO	4722	399,1	36,3
	II. TUMORES	3325	281,0	25,6
	VIII. RESPIRATORIO	1352	114,3	10,4
	IX. DIGESTIVO	689	58,2	5,3
	V. MENTALES	574	48,5	4,4

Gráfico 7

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS
LISTA REDUCIDA*. ARAGÓN 1998. VARONES



TASAS AJUSTADAS POR 100.000 HABITANTES/AÑO. POBLACIÓN ESTANDAR EUROPEA

*Excluidos grupos residuales.

Gráfico 8
TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS
LISTA REDUCIDA*. ARAGÓN 1998. MUJERES



*Excluidos grupos residuales.

Años Potenciales de Vida Perdidos

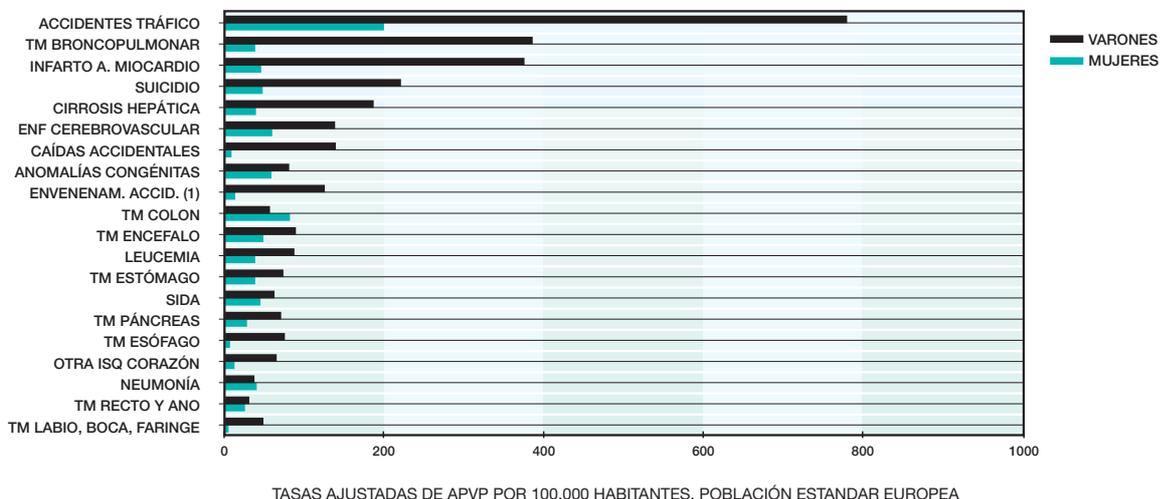
En el intervalo de 1-69 años de edad, se han registrado 2.808 defunciones (22% del total de muertes) lo que representan 36.803 APVP.

- Las diferencias en la importancia relativa de los grandes grupos de causas en función del sexo y tipo de indicador utilizado (mortalidad proporcional ó % de APVP) son claramente apreciables en los gráficos 3-5. Hay que resaltar los tumores como primera causa de APVP en los dos sexos, pero con una importancia relativa muy superior en las mujeres.

- Al utilizar la lista reducida del INE para analizar qué causas específicas suponen un mayor porcentaje de APVP, destacarían los **accidentes de tráfico de vehículo de motor** (14,4%) y el **tumor maligno broncopulmonar** (6,2%). Hay que resaltar por segundo año consecutivo la importante disminución total y porcentual de los APVP por **SIDA**, que pasan del sexto lugar con el 3.9% de los APVP en 1997 al puesto catorce en 1998 con el 1,7 % de los APVP para el conjunto de los sexos (gráficos 9 y 12).

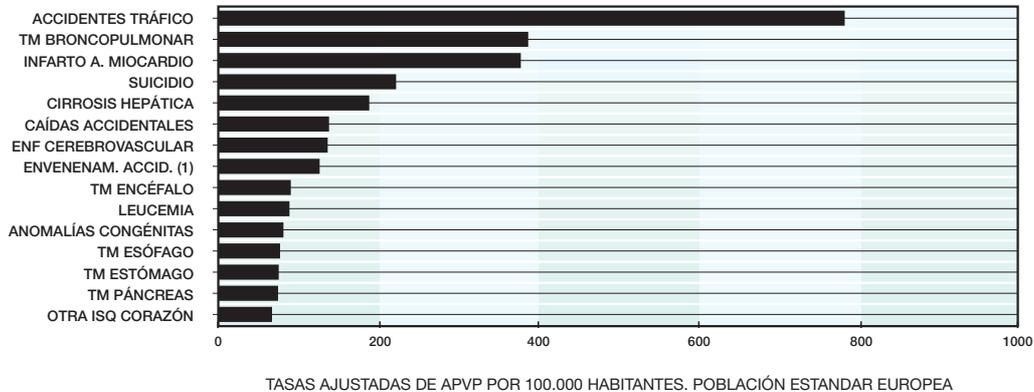
En los varones son también los **accidentes de tráfico de vehículo de motor** (16,3%) y el

Gráfico 9
AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CAUSA Y SEXO
LISTA REDUCIDA*. ARAGÓN 1998



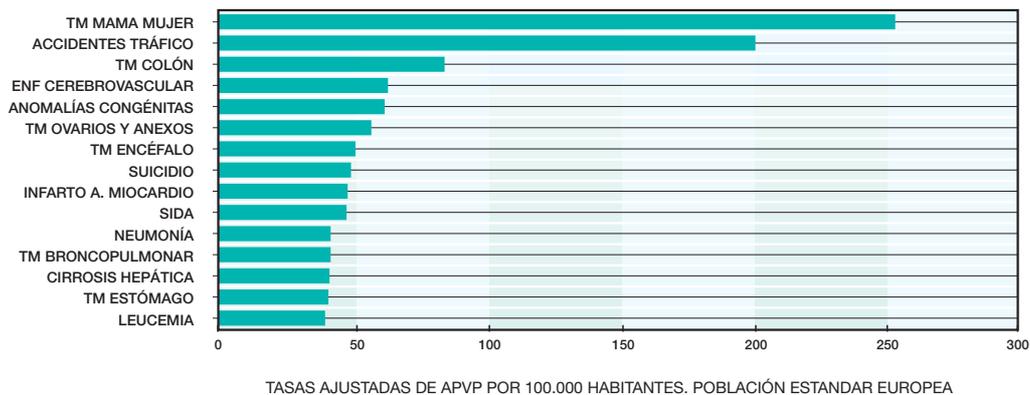
*Excluidos tumores propios de solo sexo.
 (1) Incluye SOBREDOSIS DROGA.

Gráfico 10

**AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS
LISTA REDUCIDA*. ARAGÓN 1998. VARONES**


*Excluidos grupos residuales.
(1) Incluye SOBREDOSIS DROGA.

Gráfico 11

**AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS
LISTA REDUCIDA*. ARAGÓN 1998. MUJERES**


*Excluidos grupos residuales.

tumor maligno broncopulmonar (7,8%) las principales causas de APVP. Le siguen en importancia el **infarto agudo de miocardio** (7,5%) y los **suicidios** (4,8%).

El **tumor maligno de mama** y los **accidentes de tráfico** suponen el 12,4% y 7,8% de los APVP en las mujeres.

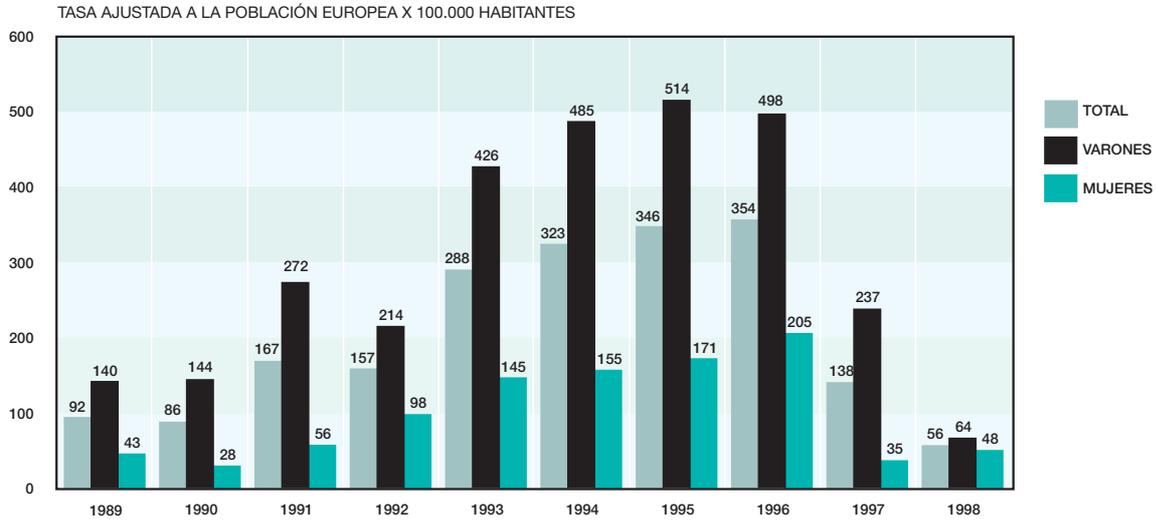
En el gráfico 9 se aprecia la gran sobremortalidad en varones al utilizar las tasas ajustadas de APVP en la mayoría de causas, lo que vuelve a señalar a la mortalidad precoz en los varones como condicionante de estas diferencias para el conjunto de edades.

En los gráficos 10 y 11 se presentan separadamente las tasas ajustadas de APVP (ordenadas de mayor a menor) para cada sexo.

* Como en años anteriores, en la monografía "Mortalidad en Aragón 1998" se podrán consultar las tablas completas para todos los indicadores comentados, presentando como novedad una descripción gráfica de la evolución de la mortalidad en Aragón y España de los años 1975-1998 para las principales causas de muerte.

Gráfico 12

EVOLUCIÓN DE LOS AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR SIDA
ARAGÓN, 1989-1998





Tabaco, cine y adolescencia

Manuel CORTÉS BLANCO

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC). Servicio de Prevención y Promoción de la Salud

La legislación vigente al respecto tanto a nivel nacional como internacional pretende regular de manera exhaustiva todas las actividades relacionadas con la promoción del tabaco. En el caso concreto de la Comunidad de Aragón, la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias prevé una serie de actuaciones tendentes a proteger a los menores de edad, prohibiendo la publicidad dirigida específicamente a ellos. No está permitido que los mensajes publicitarios se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico, al éxito social o sexual y a efectos terapéuticos, así como ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o la sobriedad. Además, esta Ley prohíbe expresamente la publicidad directa e indirecta de tabaco en salas de cine cuando su programación vaya dirigida a esos menores¹.

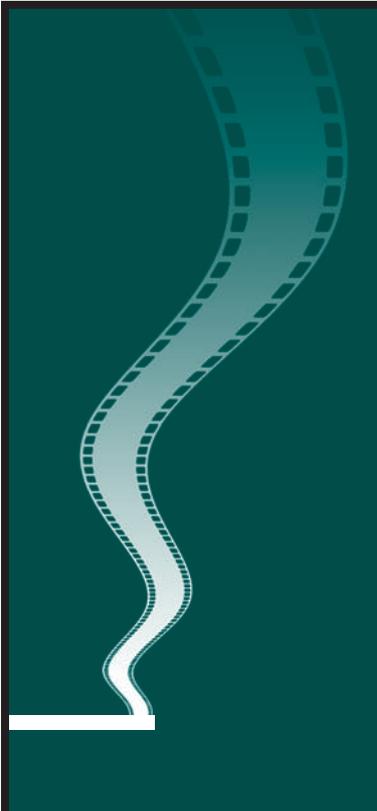
La industria tabaquera es plenamente consciente de dichas limitaciones. Por ello, en los últimos años viene desarrollando una nueva política publicitaria con el fin de sortearlas y poder preservar la promoción de sus productos. En este sentido, sus principales actividades han sido: patrocinar espectáculos (en especial deportivos y musicales) particularmente atractivos para la gente más joven a fin de anunciarse en ellos con total impunidad, desarrollar toda una gama de artículos ajenos al tabaco que comparten el nombre de una marca de cigarrillos (son los denominados "productos de camuflaje") y patrocinar series o películas de cine a condición de que fumen sus protagonistas².

En este contexto y de manera paralela, se ha observado en la década de los noventa un aumento significativo del consumo de tabaco en dichas películas. No en vano, las propias compañías tabaqueras han reconocido la importancia que tiene la promoción del hábito de fumar a través de ellas y la influencia que ejerce al respecto sobre los estratos más jóvenes de la sociedad³. Así, tras haberse analizado los 25 films más taquilleros de la década 1988-1997, se concluye que en un 87% de ellos se fuma y que en un 28% aparecen marcas concretas de cigarrillos. La aparición de estas marcas es más frecuente en aquellas destinadas a adolescentes que a adultos (35% vs. 32%), estando también presentes en un 20% de las realizadas para un público infantil⁴. La mediana de escenas por film en las que se fuma era de cinco, siendo paradójicamente superior en las dirigidas a ese público infantil (mediana=8,5; $p < 0,001$). Los actores encendían preferentemente sus pitillos en situaciones de tensión (20,1%), relax (17,1%), felicidad (15,3%) y tristeza (5,1%), siendo los contextos más predisponentes las relaciones con otras personas (30,7%) y las celebraciones sociales (18,0%). Por el contrario, rara vez se mostraron las consecuencias y reacciones adversas asociadas al consumo de tabaco⁵.

En un trabajo similar, centrado en los largometrajes americanos más taquilleros del período 1985-1995, se ratifican dichos hallazgos, constatándose además lo siguiente: la mayoría muestran escenas positivas hacia el uso de

Tabla 1

Objetivos del Programa "CINE Y SALUD" en el abordaje del tema "TABACO, ALCOHOL Y OTROS CONSUMOS" a través de la película "MÁS PENA QUE GLORIA" (2001), de VÍCTOR GARCÍA LEÓN.

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Reflexionar sobre los rasgos personales de los personajes de la película, diferenciando las características propias de las derivadas de la situación ambiental y social. 2) Aprender a ver una película, descubriendo sus sugerencias, aunque pudiera estar alejada de nuestros gustos cinematográficos. 3) Reconocer, dentro de la película, algunos factores o situaciones de riesgo que favorecen el consumo de cualquier sustancia susceptible de crear dependencia. Compararlos con la realidad que viven los alumnos. 4) Ser conscientes del propio estado de autoestima, tomando como referencia la del personaje de la película. 5) Conocer los factores de protección que podemos tener frente al consumo. 6) Mantener una actitud crítica ante la publicidad, principalmente la que está dirigida a los jóvenes como destinatarios de consumo. 7) Evitar el consumo o, al menos, retrasar la edad de inicio. Reducir el consumo en aquellos que ya sean consumidores.
--	---

Fuente: *Tabaco, alcohol y otros consumos*. Guía didáctica para el profesorado. Gobierno de Aragón, 2002.

tabaco o alcohol (98% y 96% respectivamente), al menos un protagonista suele consumir en ellas estas sustancias (46% y 79%) y sólo en un tercio del total se hace alguna referencia a los importantes problemas sociosanitarios que tales hábitos conllevan⁶.

Se ha estimado que la prevalencia de tabaquismo entre los personajes de las películas americanas es cuatro veces superior a la de los sujetos reales a quienes representan. El 80% de los protagonistas masculinos y el 27% de las femeninas fuma en ellas con asiduidad, habiendo mejorado en la última década su status social y las condiciones en que dicho consumo se produce. En consonancia con la estrategia actual de la industria del sector, el fumador que vemos en la gran pantalla (y que luego llegará a nuestras casas a través del vídeo y la televisión) es una persona joven e inconformista, con un notable atractivo sexual, feliz, vigorosa (en ocasiones amante del riesgo), sana, acostumbrada al poder y al éxito, perteneciente a la clase media, con un alto grado de aceptación personal y un considerable reconocimiento social⁷. Se trata de un modelo con el que muchos adolescentes se

sienten identificados, asociando de manera inconsciente a todas esas virtudes la de ejercer el hábito de fumar. Y así, no es de extrañar que dichos adolescentes vean a sus estrellas de cine fumando en contextos que les resultan particularmente atrayentes: de sexualidad y relación de pareja (Sharon Stone en "Instinto básico"), de superación de las adversidades (John Travolta en "Flecha rota"), de romance y aventura (Charlie Sheen en "La huida"), de rebeldía ante el mundo socialmente impuesto por los adultos (Leonardo DiCaprio en "Romeo y Julieta") o ante situaciones estresantes que empiezan a resolverse a la primera calada (Winona Ryder en "Girl interrupted")⁶. Actrices y actores tan famosos como Meg Ryan, Kate Winslet, Mel Gibson o Nicholas Cage son la cara viva de ese modelo.

Según distintos expertos, existe una importante relación causal entre el hecho de contemplar ese consumo a través de las películas y el aumento de la tasa de tabaquismo en la población adolescente, atribuyéndose al mismo un importante papel en la iniciación de ese hábito^{3,8}. El deseo de imitación de unos roles tan atractivos con los que resulta fácil identi-

carse parece estar también detrás de la asociación existente entre los adolescentes cuyo actor favorito fuma y sus actitudes positivas hacia el tabaco⁹.

A pesar de existir un código ético de autorregulación al respecto adoptado voluntariamente por las propias compañías del sector (destacando el establecido 1989), y un acuerdo alcanzado entre éstas y distintos estados norteamericanos comprometiéndose a no pagar a los cineastas por la inclusión de sus productos en las películas (1998), parece que esta estrategia se sigue realizando actualmente con total impunidad³. No en vano, las marcas de cigarrillos que más gastan en publicidad son precisamente las que más aparecen en el cine, habiéndose observado que sólo cuatro de ellas acaparan el 80% de las apariciones⁴. Para hacernos una idea de la magnitud de este negocio, y según informes filtrados desde la industria del sector, la Philip Morris pagó 350.000 dólares (\$) para que su marca de cigarrillos "Lark" apareciese en la película de James Bond "Licencia para matar", la compañía Liggett promocionó sus cigarrillos "Eve" en "Supergirl" con 30.000 \$, y el actor Sylvester Stallone exigió 500.000 \$ de la Brown & Williamson Tobacco Company por consumir sus productos "en al menos cinco de sus películas"¹⁰.

En la actualidad existen indicios de que esta misma estrategia publicitaria se viene asentando en el cine europeo e independiente (en este sentido, el mercado español no constituye ninguna excepción) y que se extiende de manera notoria a las series más populares de la televisión.

Ante esta realidad, se ha llegado a exigir una regulación específica al respecto planteándose, en caso de incumplimiento, sanciones económicas a los productores implicados y a las compañías de tabaco que les pudieran subvencionar. Desde la dirección de programas de prevención del tabaquismo de la "American Lung Association"¹¹ y la campaña educativa "Smoke Free Movies"¹² se han propuesto además distintas medidas de control:

- Promover la calificación de película "R" (no recomendada para menores de una determinada edad) en aquellas en las que se fume a menos que muestren también las consecuencias negativas que de tal hábito se derivan.
- No permitir la identificación de marcas de tabaco en ninguna de las escenas.
- Mostrar mensajes preventivos con relación al tabaquismo antes de toda película en la que

este consumo se produzca. Esta recomendación debería extenderse a las emitidas en vídeo y televisión.

- Certificar en la ficha técnica del film que nadie de su productora cinematográfica ha recibido incentivo alguno de las compañías tabaqueras o sus agentes.

Desde una perspectiva educativa, el Servicio Aragonés de la Salud en colaboración con la Dirección General de Renovación Pedagógica de la Consejería de Educación, está desarrollando el Programa 'Cine y Salud' con el fin de "tratar desde el lenguaje cinematográfico los aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud más relevantes en la adolescencia"¹³. Este programa se dirige especialmente a adolescentes de los centros educativos aragoneses con edades comprendidas entre 14 y 16 años. En el curso académico 2002-2003 el tabaco, junto al alcohol y el resto de las drogas, es objeto de un análisis especial, a partir de la película "Más pena que gloria" (2001), de Víctor García León. En la tabla 1 se recogen los objetivos propuestos para ello.

En definitiva, se trataría ya no sólo de velar por el cumplimiento de la legislación vigente con la que iniciábamos este trabajo, sino de aprovechar también los recursos que el propio cine puede ofrecer para promocionar la salud en los adolescentes. Y es que, a pesar de la magia que transmite el mundo del celuloide, no debe olvidarse que el tabaquismo constituye en nuestra sociedad un problema de salud pública de primera magnitud.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Toledo Pallarés J. Referencias al tabaco en la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. Páginas de Salud (Bol Epidemiol Aragón) 2001; 0: 24-7.
- ² Elder J, Cortés Blanco M, Sarría Santamera A. Marco legislativo y estrategia de la industria tabaquera en relación a la publicidad del tabaco en España. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 497-506.
- ³ Mekemson C, Glantz SA. How the tobacco industry built its relationship with Hollywood. Tobacco Control 2002; 11 (Suppl. 1): i81-i91.

- 4 Sargent JD, Tickle JJ, Beach ML, Dalton MA, Ahrens MB, Heatherton TF. Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes. *Lancet* 2001; 357: 29-32.
- 5 Dalton MA, Tickle JJ, Sargent JD, Beach ML, Ahrens MB, Heatherton TF. The incidence and context of tobacco use in popular movies from 1988 to 1997. *Prev Med* 2002; 34: 516-23.
- 6 McCool JP, Cameron LD, Petrie KJ. Adolescent perceptions of smoking imagery in film. *Soc Sci Med* 2001; 52, 10: 1577-87.
- 7 Stockwell TF, Glantz SA. Tobacco use is increasing in popular films. *Tobacco Control* 1997; 6: 282-284.
- 8 Sargent JD, Beach ML, Dalton MA, Mott LA, Tickle JJ, Ahrens MB, Heatherton TF. Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *BMJ* 2001; 323: 1394-7.
- 9 Tickle JJ, Sargent JD, Dalton MA, Beach ML, Heatherton T. Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control* 2001; 10: 16-22.
- 10 Chapman S, Davis RM. Smoking in movies: is it a problem?. *Tobacco Control* 1997; 6: 269-271.
- 11 Health groups denounce smoking in films (citado el 25 noviembre de 2002). En: <http://www.arizonarepublic.com/ae/articles/1117moviesmoking17.html>
- 12 Smoke Free Movies. Hollywood stars like these attract millions of moviegoers (citado el 25 noviembre de 2002). En: <http://SmokeFreeMovies.ucsf.edu>
- 13 Gallego Dieguez J, Vicente A. Programa Cine y Salud: por una mirada auténtica. *Páginas de Salud (Bol Epidemiol Aragón)* 2002; 1: 15-9.



Inmigración



La salud e inmigración en Aragón. Una expresión de interculturalidad y de integración

Mercedes FEBREL BORDEJÉ
 Jefa de Servicio de Análisis
 y Atención a la Inmigración

Dibujar un retrato de la inmigración en Aragón no es tarea fácil. Todavía existen lagunas no solo en la perspectiva cuantitativa sino también sobre las apreciaciones cualitativas y sus implicaciones de futuro. Además se trata de un fenómeno relativamente reciente que está produciendo cambios muy acelerados en la estructura y dinámica de la población aragonesa. Algunos hechos a tener en cuenta son:

- Si bien hemos sido tradicionalmente un país de emigración, los avances sociales y económicos han propiciado la llegada de personas extranjeras en los años finales del siglo XX.
- El número de inmigrantes y la proporción que suponen respecto a la población total son aun reducidos pero sabemos que crece muy rápidamente.
- Un rasgo definitorio del fenómeno en nuestro país, en consonancia con lo que ocurre en el sur de Europa, es la elevada proporción de personas que carecen de permiso de residencia y que por lo tanto se encuentran en situación irregular.
- Aunque se trata de una inmigración de carácter económico y laboral, requiere un abordaje global para responder a las necesidades planteadas en materia de educación, vivienda, servicios sociales, jurídicos o sanidad.
- Se suele hablar de inmigrantes en general pero hay que tener en cuenta que los países y culturas de origen confieren a estas personas importantes diferencias.
- Según datos de un estudio realizado en Aragón, los problemas principales con los que se encuentra la población inmigrante

son los relacionados con la vivienda y el trabajo¹. Los problemas de salud aparecen como menos importantes. Sin duda la edad motiva que durante los primeros años de permanencia los inmigrantes tengan pocos problemas de salud en comparación con el conjunto de la población de acogida².

Por tanto, la inmigración es un fenómeno caracterizado por la complejidad donde la disponibilidad y el acceso al sistema sanitario o el mantenimiento de la salud física y mental constituye uno de los prerequisites de cualquier actividad o proceso de integración social exitosa, en tanto que refuerza la capacidad del individuo para tratar los desafíos y tensiones del proceso migratorio.

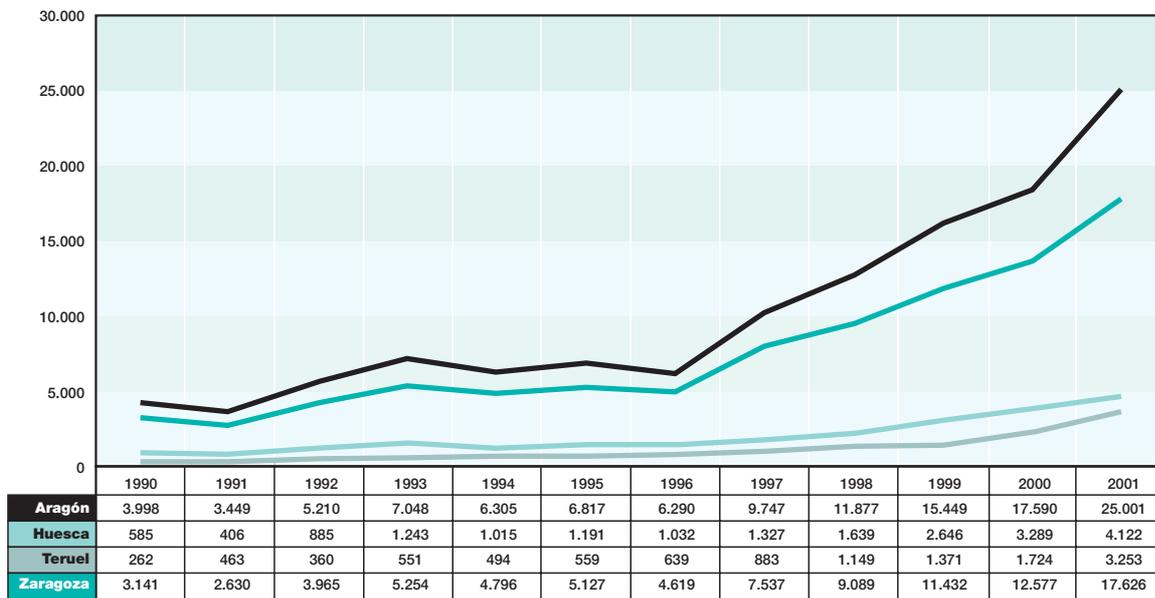
El presente artículo tiene como finalidad sobrevolar la realidad de la inmigración en Aragón y sus vinculaciones con el concepto de bienestar y atención sanitaria. Para ello pueden ser útiles datos sobre cuantos y quienes son, el derecho de las personas extranjeras a la atención sanitaria, los factores relacionados con sus demandas de salud y un breve comentario sobre la publicación *Inmigración y salud* recientemente editada por el Gobierno de Aragón.

I - DIMENSIÓN CUANTITATIVA DEL FENÓMENO

Conocer la dimensión cuantitativa de la inmigración presenta dificultades ya que ninguna de las múltiples fuentes de datos lo recoge en toda su magnitud y la constante llegada de personas extranjeras confiere a las cifras una vigencia efímera.

Figura 1

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA CON PERMISO DE RESIDENCIA EN ARAGÓN
1990-2001



Fuente: Elaboración propia. Servicio de Análisis y Atención a la Inmigración. Gobierno de Aragón.

Figura 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA RESIDENTE EN ARAGÓN POR SEXO
31-12-01

	Total Aragón	%	Huesca	%	Teruel	%	Zaragoza	%	España	%
Mujeres	9.305	37,2	1.432	34,7	1.081	33,2	6.792	38,5	494.843	44,6
Varones	15.674	62,9	2.685	65,1	2.171	66,7	10.818	61,4	606.018	54,6
N.C.	22	0,1	5	0,1	1	0,03	16	0,1	8.199	0,7
TOTAL	25.001	100	4.122	100	3.253	100	17.626	100	1.109.060	100

Fuente: Anuario de Extranjería 2001 . Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración. Ministerio del Interior.

Si hubiera que elegir tres elementos para caracterizar la inmigración en Aragón serían probablemente los siguientes:

- Constante incremento del porcentaje de población inmigrante durante la última década.
- Concentración en la ciudad de Zaragoza de más del 60% de la personas extranjeras que viven en Aragón.
- Presencia de trabajadores temporeros en las diferentes comarcas según la temporada hortofrutícola y que se estima en 10.000-12.000.

Aunque hace diez años eran tan sólo 5.000, en el momento actual se estima que en Aragón viven alrededor de 45.000-50.000 personas extranjeras. De ellas, en diciembre de 2001,

sólo 25.001 contaban con permiso de residencia (Figura 1), por tanto el resto son personas en situación irregular. Durante este periodo la población extranjera ha pasado de suponer el 0,4% de los residentes en Aragón al 2,1% (o el 4% si se incluyen regulares e irregulares).

Las últimas cifras del censo³ a 1 de noviembre de 2001 aporta como datos provisionales para Aragón 38.314 personas extranjeras.

En lo que se refiere al sexo, la inmigración en Aragón se caracteriza por ser mayoritariamente masculina (Figura 2). El 62,7% de los extranjeros/as con permiso de residencia son varones mientras que en España esta cifra sólo representa el 54,6%.

El análisis de la composición por grupos de edad de las personas inmigrantes revela que se trata de personas jóvenes ya que el grupo de edad correspondiente a los mayores de 45 años sólo representa el 13% y el 62,2% pertenecen al grupo de edad comprendido entre los 25 y 44 años. Un indicador de que la inmigración en Aragón es esencialmente económica es que casi el 90 % de hallan en edad laboral.

En relación con el estudio del continente de procedencia, se observan variaciones importantes. Hasta 1996, era la población europea la que con mayor porcentaje residía en la CAA. En 1997 se produjo un descenso y la población africana alcanzó porcentajes del 40,5% pero en 2001 se observa un nuevo cambio con notable incremento de los porcentajes correspondientes a América y Europa, 29 y 29,5% respectivamente y que se puede atribuir a las personas procedentes de América Latina (Ecuador y Colombia principalmente) y de Europa del Este.

En el ámbito laboral, los sectores en los que se emplean los inmigrantes que viven en Aragón son en primer y segundo lugar la agricultura (29,3%) y el servicio doméstico (13,5%) seguidos de la construcción y el sector servicios.

Frente al tópico del escaso y bajo nivel de estudios de los inmigrantes se ha observado que aproximadamente el 37% han cursado estudios de secundaria, un 15 % estudios de primaria y en torno al 21% han terminado ciclos de formación profesional o equivalentes⁴.

En lo referente a la salud, se trata en general de población sana cuyas experiencias con el sistema sanitario son percibidas como muy positivas. El número total de tarjetas sanitarias emitidas a extranjeros hasta el 15 de noviembre de 2002 alcanzaban las 44.391, de las cuales, el 76,3% corresponden a la provincia de Zaragoza, el 14,1% a la de Huesca y el 9,7% a la provincia de Teruel. Aunque estos datos pueden contener duplicidades, (desplazamientos, problemas para dar de baja la TIS o errores en la identificación) constituyen un buen indicador de las personas extranjeras que viven en Aragón ya que para su obtención únicamente se requiere el empadronamiento en la Comunidad Autónoma.

Estudios cualitativos realizados señalan que el principal problema que se percibe en la atención sanitaria a personas extranjeras se relaciona con dificultades en la comunicación en la consulta, esencialmente debidas al desconocimiento del idioma o las diferentes claves culturales⁵.

II - DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA

La protección de la salud es un derecho reconocido en la Constitución y en el artículo 1 de la Ley 14/1986, General de Sanidad. En Aragón, la Ley 6/2002 de 15 de Abril, de Salud de Aragón también lo reconoce y *garantiza el derecho a la protección de la salud de las personas con residencia en los municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón. Las personas que no residan en ella gozarán de los derechos y deberes en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.*

La Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero⁶, modificada por la Ley 8/2000 de 22 de Diciembre, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social reconoce en su artículo 12 el derecho a la asistencia sanitaria para todos los extranjeros que se encuentran en España y están inscritos en el padrón.

Los inmigrantes no empadronados tendrán derecho a la atención sanitaria de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes hasta la situación de alta médica (...). Si se trata de menores de 18 años o mujeres embarazadas, tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones hasta que cesen ambas situaciones.

Por tanto, los ciudadanos de origen extranjero son usuarios de los servicios ofertados desde el sistema en condiciones de igualdad y de acuerdo a los principios de equidad, solidaridad e integración de dichos servicios. La prestación de asistencia sanitaria se realiza bajo el principio de normalización, por lo que a los pacientes extranjeros se les prestará la atención sanitaria y protocolos establecidos en el centro que se le atiende.

III - ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS INMIGRANTES

3.1 Salud y factores de riesgo

Debido a lo reciente del fenómeno todavía son escasos en nuestro país los estudios multicéntricos que aporten un análisis válido de la patología prevalente en personas inmigrantes. Sin embargo existe amplio consenso entre los diferentes autores al afirmar que no constituyen grupos de riesgo específicos ya que en su mayor parte se trata de personas jóvenes, sanas y con un nivel de salud habitualmente superior al existente en su país de origen⁷.

Según el informe sobre inmigración y Salud en Europa⁸ las diferencias en el concepto de salud o en su actitud ante la medicina occidental, su situación regularizada o no, una deficiente alimentación, condiciones de vivienda y de trabajo inapropiadas son junto al proceso de duelo experimentado por la lejanía de la familia, amigos, cultura, idioma, tradiciones o país de origen algunos de los condicionantes de salud de las personas inmigrantes en el país receptor.

En muchas ocasiones el proceso migratorio puede convertirse en un factor de riesgo para la salud en sus dimensiones física, psíquica o social y son las situaciones de marginación, soledad, hacinamiento y pobreza con las que se enfrentan las que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades⁹.

Sus motivos de consulta se pueden clasificar en:

- Patologías adquiridas en la comunidad equiparables a las de la población autóctona con predominio de enfermedades infecciosas, digestivas, patología ocasionada por las condiciones laborales que soportan (lumbalgias y dolores osteomusculares, traumatismos, intoxicaciones por plaguicidas...) y en ocasiones por las malas condiciones en que viven (hacinamiento y pobreza) que pueden facilitar las enfermedades transmisibles. La pluripatología en muchos casos es un fenómeno frecuente.
- Enfermedades reactivas o de adaptación: la emigración supone una ruptura del núcleo familiar en culturas donde a la familia se le otorga un significado preponderante. El desarraigo social y las precarias condiciones en que se desenvuelven explican la alta prevalencia de trastornos psicopatológicos con predominio de ansiedad, depresión y somatizaciones.
- Enfermedades prevalentes en sus países de origen como tuberculosis, hepatitis víricas y SIDA con prevalencias muy elevadas en África Subsahariana y Asia.
- El porcentaje de patología importada es escaso y tiene mínima repercusión en la comunidad. En general las enfermedades tropicales son benignas y autolimitadas. La situación sociosanitaria en España, con sistemas de potabilización de agua, de eliminación eficaz de excretas y ausencia de vectores impiden su transmisión resultando remota la posibilidad de contagio.
- En el ámbito hospitalario¹⁰, los principales motivos de consulta corresponden a los servicios de maternoinfantil (65,8%) seguidos

del servicio de medicina (19,5%) y de cirugía (10,4%). El análisis de la gravedad de los procesos (severidad y complejidad) reveló valores muy inferiores en la población inmigrante en comparación con los de población autóctona.

3.2 Atención sanitaria

La atención a las demandas de salud debe estar presidida por la normalidad y han de seguirse las mismas pautas que para cualquier paciente. Por tanto se hará de forma coordinada entre los miembros del equipo de salud (medicina, enfermería, trabajo social y admisión) y con un abordaje integral.

Pueden existir componentes específicos sobre todo en las primeras consultas que afectan sobre todo a:

- Los problemas en la comunicación ocasionados por el desconocimiento del idioma. Principal problema encontrado en la atención primaria ya que dificulta la relación médico-paciente y puede requerir la asistencia o apoyo de un traductor.
- El acceso y circulación por el sistema sanitario se torna especialmente complejo cuando se desconoce su funcionamiento, prestaciones y existen barreras en la comunicación.
- Las diferencias en las culturas de origen del sanitario y del paciente generan limitaciones añadidas tanto en el diagnóstico como en la comprensión y adherencia al tratamiento.
- La movilidad geográfica por motivos laborales y los desplazamientos frecuentes a sus países de origen son elementos a tener en cuenta en la consulta.

En el marco de la atención primaria y aunque muchos autores proponen la realización de un cribaje amplio, el examen de salud se realizará en base a la historia clínica y la exploración física del paciente, priorizando las pruebas pertinentes. Al igual que con cualquier otro usuario que consulte por primera vez en el centro de salud, se realizará el examen de salud a todas las personas inmigrantes sintomáticas o asintomáticas que acudan al centro incluyéndolo en los programas correspondientes.

Todos estos elementos forman parte de la publicación *Inmigración y Salud*¹¹, editada por el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Dirigida a los profesionales de Atención Primaria trata de integrar los aspectos epidemiológicos, clínicos, legales, sociales

y de salud pública. Su objetivo no es otro que proporcionar orientaciones sobre los elementos más específicos de la atención sanitaria a personas inmigrantes y ayudar a resolver las dificultades con las que más frecuentemente se encuentran los profesionales en un centro de salud. La publicación se configura en cuatro apartados:

- El primero recoge la justificación, objetivos y una breve descripción de la realidad de la inmigración desde el punto de vista cuantitativo.
- En el segundo se incluyen reflexiones sobre componentes específicos de la consulta en atención primaria; Orientaciones para las consultas que componen la atención sanitaria y social del centro de salud (medicina de familia, pediatría, enfermería, trabajo social) y para el área de admisión; así como dos capítulos dedicados a la elaboración de Informes y Certificados y a Promoción de Salud.
- El tercer bloque recopila recursos relacionados con la inmigración existentes en cada provincia clasificados por diferentes áreas.
- La parte final se dedica a aportar información complementaria en forma de Anexos sobre El derecho a la asistencia sanitaria para ciudadanos extranjeros en España; Pautas para las vacunaciones en adultos y niños inmigrantes o niños procedentes de adopción internacional; Respuestas tuberculínicas indicativas de infección tuberculosa; Mutilación genital femenina y actitud de sanitario ante esta práctica;
- Como apartado especial se aportan claves para el diagnóstico de entidades nosológicas prevalentes en este colectivo según los países de procedencia, de acuerdo con los diferentes síndromes bajo los que pueden presentarse. Se dedica un breve apartado a la patología mental motivada en la mayoría de los casos por el proceso migratorio.
- El último anexo corresponde a Información y Vacunación a viajeros internacionales.

Considerando que la atención a las personas inmigrantes debe prestarse de acuerdo con los protocolos y programas establecidos en el centro, la publicación ha omitido deliberadamente los procedimientos habituales en la consulta, comunes a cualquier paciente y se ha tratado de incidir en aquellos elementos importantes a tener en cuenta por su cualidad de extranjero o inmigrante. Tampoco se describen las enfermedades tropicales ya que su diagnóstico y tratamiento supera el nivel de la Atención Primaria y corresponde al ámbito de la atención especializada.

Se trata, en resumen, de un material elaborado a partir de la experiencia de los profesiona-

les de atención primaria y que contiene una visión integral y multidisciplinar de la atención a la salud de las personas inmigrantes. *Disponible en la página web del Gobierno de Aragón (www.aragob.es) en la información que sobre inmigración ofrece el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.*

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Alemany J, Arango J, Malgesini G, Izquierdo A, Pinos M, Cabré A, et al. En: La inmigración, una realidad en España. Seminario de Investigación para la Paz. Zaragoza: Departamento de Cultura y Turismo, 2002.
- ² Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002; 16 (5):376-384.
- ³ Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística (datos provisionales). Censos de población y viviendas 2001. Madrid, 2002. Publicación electrónica. www.ine.es/censo2001/pobcen01menu.htm
- ⁴ Anuario de extranjería 2001. Madrid, 2002. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para la extranjería: 59.
- ⁵ Adiego B. Análisis cualitativo de los problemas de relación entre profesionales e inmigrantes en el sistema sociosanitario. *Boletín Epidemiológico de Aragón* nº 143. Marzo 2000:1283
- ⁶ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero modificada por la ley 8/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.// BOE nº 10 de 12-01-2000.
- ⁷ Jansa JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 5:320-326.
- ⁸ Solas-Gaspar O. Inmigración y salud en España (traducido). En: Huismann A, Weilandt C, Geiger A, (Ed.). En: Country reports on migration and health in Europe. Bonn, September 1999- Ed. Commission of the European Communities.
- ⁹ Jansa JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Publica.* 1998 (72): 165-168.
- ¹⁰ Roca Saumell C, Balanzó Fernández X, Fernández Rouse JL, Pujol Ribera E, Corachan Cuyas M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin* 1999; 112: 215-217.
- ¹¹ Aller A, Arnald S, Barles C, Burro A, Cerezuela C. En: Inmigración y salud. Zaragoza, Noviembre 2002. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

El derecho de los pacientes a la información en el marco de la Ley de Salud de Aragón

Dolores SERRAT MORÉ

Profesora Titular de Medicina Legal.
Universidad de Zaragoza.

Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal y Forense. Licenciada en Derecho



La aprobación por las Cortes de Aragón de la Ley 6/2002 de 15 de Abril, de Salud de Aragón con el objeto de regular en el ámbito de la Comunidad autónoma todas las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, hace necesaria una reflexión sobre cuáles son las disposiciones que los profesionales sanitarios de nuestra comunidad deben tener en cuenta en especial en lo relativo a los derechos del paciente, recogidos de forma expresa en esta Ley en sus títulos II “De los ciudadanos” y III “De los derechos de información sobre la salud y la autonomía del paciente”.

Nos vamos a centrar en esta ocasión en el análisis del derecho a la información, cuya importancia fundamentamos en 2 premisas:

1. Que la información es la base en la que se sustenta toda decisión, de tal forma que se puede decir que quien decide sin información (sin saber) solo expresa una voluntad inconsciente.
2. Que la legitimidad de la actuación médica y sanitaria se basa en la actualidad en el principio de autonomía del paciente, que se manifiesta con el consentimiento. El consentimiento para su validez requiere de 3 condiciones: 1) Competencia o capacidad, lo que significa que el manifestante reúna las condiciones biopsicológicas necesarias para el reconocimiento de su capacidad de obrar; 2) Voluntad, es decir que se preste sin que medie uso de la fuerza, miedo, amenaza o coacción; y 3) información, entendida como el proceso de diálogo que se establece

entre el paciente y el que debe servir al profesional para descubrir las expectativas y preferencias del paciente y que nos permite adaptarnos a ellas con lealtad, poniendo a su disposición nuestros conocimientos y posibilidades, y al paciente para comprender las cuestiones imprescindibles para poder tomar una decisión.

Información, junto al consentimiento informado, se han configurado en la actualidad como derechos del paciente y deberes del profesional, de tal forma que son elementos indispensables para la calidad asistencial, entendida siguiendo a Avedis Donabedian (1980) como *aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar al proceso en todas sus partes*¹, y que sólo con el respeto a estos derechos un ejercicio profesional técnicamente impecable es legalmente irreprochable.

En definitiva la práctica médica de calidad requiere de los profesionales además de competencia técnica, el desarrollo de unas cualidades que favorezcan la relación médico paciente, y de estas sin duda la que marca el punto de partida es la capacidad de diálogo.

Durante muchos años la práctica médica ha sido básicamente visual (el médico observaba y decidía) calificándose como buenos profesionales aquellos que tenían “buen ojo clínico”. Hoy la exploración es incompleta si no se atiende la opinión del paciente, lo que nos permite decir que en muchas ocasiones “el mejor

ojo clínico es el mejor oído”, y por tanto los profesionales tenemos que prepararnos para cultivar el oído, para ser capaces de captar el mensaje que tantas veces lleva el silencio, un suspiro o un quiebro de voz.

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN

Consideramos en este derecho una doble dimensión, por una parte **la dimensión social**, referida a la actuaciones que tiene por objeto fortalecer la posición del usuario en el sistema sanitario y que por tanto va referida a la información al usuario de sus derechos y deberes, a las actuaciones encaminadas a la educación sanitaria, a la información sobre oferta de servicios y requisitos de acceso (sobre prestaciones, servicios, tiempos de espera, libre elección, etc.). Por otra, **la dimensión individual o personal** que afecta de forma fundamental a la relación médico (profesional)-paciente, y que se refiere a la información relativa al propio proceso.

En la dimensión individual cabe aún distinguir en la información dos aspectos fundamentales y diferenciados cuales son: a) la información terapéutica y b) la información para la obtención del consentimiento. En este estudio nos vamos a centrar en el aspecto referido a la **información terapéutica** entendida como *aquella dirigida a asegurar la cooperación óptima del paciente (o de terceros) en el marco del tratamiento médico. O bien como aquella dirigida a instruir al paciente sobre las conductas más apropiadas a las concretas necesidades de la terapia.*

Una buena información requiere conocer bien al paciente desde el punto de vista clínico y también humano, pues precisa de una buena colaboración que permita evitar tanto la abdicación de cualquier responsabilidad por parte del paciente, como la extensión de la autonomía absoluta que puede llevar a la aceptación de actuaciones profesionales inapropiadas. Analizaremos el derecho a la información desde la dimensión individual en 4 apartados:

- 1) Fuentes del derecho a la información
- 2) Clases de información
- 3) Problemas o cuestiones en torno a la información clínica, y
- 4) Otros aspectos relacionados con el derecho a la información

1) Fuentes del derecho a la información en Aragón.

Las normas reguladoras de los derechos del paciente son hoy muy numerosas tanto desde

el punto de vista ético, como legal. Consideramos que entre las **disposiciones de orden ético** hay que tener en cuenta las declaraciones de principios ético y Códigos deontológicos; y dentro de **las normas legales** las que constituyen un marco de referencia básico Ley 14/1986 de 25 de Abril General de Sanidad (LGS) y las modificaciones establecidas por Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBA), el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo; 1997) ratificado por España en el 2000, así como lo dispuesto específicamente por la Ley 6/2002 de Salud de Aragón. A la derecha, recogemos una tabla con las referencias al derecho a la información en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón.

2) Clases de información

Distinguimos entre:

2.1.- La información no clínica o sin fin terapéutico, que incluye todos los aspectos de la información relacionados con la dimensión social del derecho, siendo de destacar el derecho a la **información epidemiológica**, expresamente recogido en el artículo 6 de la LBA: *Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.* En términos similares la Ley de Aragón en su artículo 10 establece que *los ciudadanos de la comunidad autónoma de Aragón tienen derecho a ser informados adecuadamente y en términos comprensibles de los problemas de salud de la colectividad que impliquen un riesgo para la salud individual.*

También se incluye aquí el derecho a ser informado sobre la participación en un proyecto docente o de investigación de acuerdo con lo recogido en el artículo **10.4 de la LGS** (Todos tienen derecho a ser advertidos de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario) y en el **artículo 4 m) de la Ley de Aragón** (A ser informados del uso, en su caso, en proyectos docentes o de investigación de los procesos diagnósticos y terapéuticos que se le apliquen, que, en nin-

REFERENCIAS AL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN LA LEY 6/2002 DE SALUD DE ARAGÓN

<p>Título II, artículo 4 apartados e), k), l) y m)</p>	<p>e) A que se extiendan los informes o certificaciones acreditativas de su estado de salud, cuando se exija mediante una disposición legal o reglamentaria, sin coste adicional alguno por la utilización de medios diagnósticos, de reconocimientos y por la redacción de dichos informes, salvo en aquellas actuaciones que así lo determine la normativa específica.</p> <p>k) A la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.</p> <p>l) A recibir información sobre el proceso asistencial, a la confidencialidad de los datos referentes a su salud y al acceso a la historia clínica en los términos previstos en el Título III de la presente Ley.</p> <p>m) A ser informados del uso, en su caso, en proyectos docentes o de investigación de los procesos diagnósticos y terapéuticos que se le apliquen, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud, según los conocimientos científicos y técnicos actualizados. En estos casos, será imprescindible la previa autorización por escrito de la persona enferma y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente Centro sanitario, teniendo en cuenta la normativa aplicable en materia de investigación y ética.</p>
<p>Título II, Artículo 4 apartado j)</p>	<p>A una segunda opinión médica en los términos que reglamentariamente se determine, que fortalezca la básica relación médico-paciente y complemente las posibilidades de atención.</p>
<p>Título III, Capítulo I Del derecho a la información artículo 8, 9 y 10</p>	<p>Artículo 8: Definición y alcance del derecho a la información clínica.</p> <p>Artículo 9: El titular del derecho a la información clínica</p> <p>Artículo 10: Del derecho a la información epidemiológica.</p>

gún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud, según los conocimientos científicos y técnicos actualizados. En estos casos, será imprescindible la previa autorización por escrito de la persona enferma y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente Centro sanitario, teniendo en cuenta la normativa aplicable en materia de investigación y ética).

2.2.- La información clínica o terapéutica, es decir relativa al propio proceso. El artículo 10.5 de la LGS dice *El paciente tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre*

su proceso incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. El artículo 4 del proyecto de LBA lo recoge como derecho a la información asistencial. La Ley de Aragón reconoce el derecho del paciente a la información, tal como hemos dicho, en sus artículos 8, 9 y 10.

3) Problemas o cuestiones en torno a la información clínica.

La información sanitaria conlleva plantearse una serie de cuestiones tales como ¿quién debe informar? ¿a quién se debe informar?, ¿de qué?, es decir el contenido, ¿cuanta infor-

mación hay que dar?, es decir la extensión, ¿como?, o forma en que se debe dar la información y ¿cuando se debe informar?

En relación a **quién tiene el deber de informar**, esta claro que ésta es una obligación del facultativo que asiste al paciente, si bien siendo ello claro, se plantean una serie de cuestiones tales como. ¿que ocurre cuando el paciente es tratado por un equipo? o ¿cuando se trata de actos muy especializados?. El Comité de Expertos de Navarra propuso ya en 1997² que *la información al paciente debe facilitarla el médico responsable de la asistencia, aunque en intervenciones o procedimientos de especial complejidad por su especialización, es recomendable que la información sea facilitada y se obtenga el consentimiento por el médico que va a practicarla.*

La LBA deja claro que el deber de informar corresponde al médico responsable, es decir el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.

Este deber incluye tanto la información propiamente dicha como el garantizar el cumplimiento de éste derecho, en el caso de que otros profesionales atiendan al paciente durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o procedimiento concreto. La Ley de Aragón en su artículo 8.3 dice: *Corresponde al médico o equipo de médicos responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. Esta responsabilidad es igualmente exigible a los demás profesionales sanitarios que le atiendan o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto.*

En resumen consideramos que el deber de informar corresponde al médico más directamente responsable. En todo caso deben respetarse al máximo las siguientes condiciones³: 1) Que el informador conozca perfectamente el caso clínico. 2) Que el informador pase visita diariamente al enfermo, y 3) que el informador sea siempre el mismo.

A quién debe darse la información es otra cuestión clave e indispensable para hacer efectivo otro derecho del paciente cual es el de respeto a su intimidad y a la confidencialidad. Entendemos que si bien en la LGS se establece que tienen derecho a la información el paciente, sus familiares y allegados, esto no debe interpretarse de un forma estricta, es decir considerando que todos tienen un dere-

cho de igual rango y simultaneo. La doctrina mayoritaria opina que el derecho es básicamente del paciente, teniendo derecho los familiares a conocer aquellos extremos que autorice el paciente y viéndose regulado su derecho en función de la gravedad del proceso, la necesidad de colaborar en la asistencia, etc. lo que ha quedado ya claro en la LBA cuyo artículo 5 establece claramente que el titular del derecho a la información es el paciente, reconociendo a los familiares o allegados un derecho a la información en la medida que el paciente lo permita de forma tácita o expresa.

La ley de Salud de Aragón el artículo 9.1 establece claramente que el titular del derecho es el paciente, reconociendo el derecho de los familiares o persona a él allegadas cuando preste su conformidad de manera expresa o tácita, reconociendo que cuando el paciente es incapaz debe informarse a quien ostente la representación legal y al paciente *en función de su grado de comprensión*, y cuando sin ser incapaz el médico considera que el paciente no se encuentra por su estado físico o psíquico en condiciones de entender la información debe informar a los familiares o personas allegadas que se responsabilicen del paciente.

En resumen, el titular del derecho es el paciente, siendo el derecho de familiares, y en su caso allegados un derecho subsidiario, al que se accede por autorización o falta de capacidad del paciente, siendo tanto mayor el derecho cuanto más importante sea la contribución del familiar o allegado al cuidado del paciente.

EXTENSIÓN Y CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN

La LGS requiere que la información sea **completa** y abarque diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. El Convenido de Derechos Humanos y Biomedicina establece que la información será **la adecuada**. El Código deontológico español establece que la información sea **suficiente y ponderada**, y el Código deontológico catalán dice que el médico debe informar de forma **comprensible, verídica, mesurada, discreta, prudente y esperanzadora**.

El proyecto de LBA dice que como regla general la información se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, y comprenderá como mínimo la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. La Ley de Aragón (artículo 9.2) dice que la información será **lo más amplia** posible, **verídica** y se expresara de forma **comprensible y adecuada** a las necesi-

dades y los requerimientos del paciente, con la finalidad de que éste pueda tomar las decisiones de una manera autónoma.

En relación al **contenido**, la recomendación de los expertos establecía que deben formar parte de la información terapéutica:

- La información sobre los medios precisos para el tratamiento: exploraciones complementarias que deben realizarse para la vigilancia del curso de la enfermedad, controles sucesivos, visitas médicas y espacio temporal entre ellas, posibles complicaciones y su significado.
- El modo o la forma de administrar los medicamentos.
- El régimen de vida: dieta, hábitos beneficiosos o nocivos, actividades que pueden contribuir a perjudicar el tratamiento y consecuencias de la enfermedad y su tratamiento en la dedicación laboral o profesional del paciente.

La ley de Aragón no dice nada respecto al contenido de la información, pero si recoge que en el informe de alta (art. 8.4) debe figurar la información sobre la identificación del establecimiento, del médico o equipo de médicos responsable de la asistencia, del paciente y de los datos del proceso asistencial con especificación de los diagnósticos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos más significativos.

Otra cuestión que ha preocupado es la **extensión** de la información (¿Cuánta información hay que dar?), aspecto sólo tratado en las normas españolas con expresiones generales como "suficiente para que el paciente pueda tomar una decisión".

Para dar respuesta a ello en EEUU se han elaborado tres criterios para determinar el grado de información que el médico debe brindar al paciente⁴: a) **el criterio del médico razonable** usado en 1960 en la causa *Natanson vs Kline*. En este se atiende a lo aceptado por la comunidad médica. Su fundamento es muy paternalista, propio de la medicina de los años 60; b) **el criterio de la persona razonable** utilizado a partir de 1969 en la causa *Berkey vs Anderson* según el cual el médico debe revelar al paciente lo que una hipotética persona razonable desearía conocer en las mismas circunstancias, y en este sentido parece que ello puede concretarse en los riesgos muy graves aunque pocos frecuentes y los muy frecuentes aunque pocos graves⁵, entendiendo como riesgo grave *aquel que implica posibilidad de dañar de forma irreversible el desarrollo y/o función normal de las capacidades biológicas, psicológicas y sociales*; y c) **el criterio subjetivo** según el cual el juez pregunta al paciente que riesgos y que complicaciones desearía

haber conocido. Parece que en el momento actual el criterio predominante a tener en cuenta debe ser el criterio de la persona razonable.

CÓMO DEBE DARSE LA INFORMACIÓN

La LGS recoge en su artículo 10.5 que la información será **verbal y escrita**, generando la duda si todo lo dicho al paciente debía darse por escrito lo que es prácticamente imposible de cumplir. Este extremo ha sido matizado por la doctrina en sus recomendaciones, en el convenio de Oviedo y por último en la LBA, donde se establece la información como un proceso fundamentalmente verbal.

La ley de Aragón (art. 8.2) dice que la información será presentada por regla general de forma verbal, si bien ha de dejarse constancia de la misma en la historia clínica.

En resumen la información terapéutica debe reunir las siguientes características⁶:

1. Ser simple y aproximada. Con estas expresiones queremos decir que no debe aportarse al paciente un tratado de ciencia sino que debe suministrarse al paciente los elementos básicos y los normalmente destacables para propiciar la reflexión del paciente en aras a que tome la mejor decisión acorde con sus intereses.
2. Veraz y leal: No se debe mentir al paciente, sobre todo para que el paciente no se sienta traicionado por su médico. Una cosa es callar algunos aspectos y otra mentir.
3. Prudente: Se debe informar con cautela, buen juicio y en términos ponderados y comprensibles.
4. Inteligible: La mejor norma es que el médico cuando va a informar se coloque en el lugar del paciente, teniendo en cuenta sus específicas condiciones sociales y culturales.
5. Oportuna: En el momento adecuado, y por tanto en general, previa a cualquier acto médico.

A ello nosotros añadimos que es un proceso continuado, progresivo y por regla general verbal del que queda constancia en la historia clínica.

4) Otros aspectos relacionados con el derecho a la información

El derecho a renunciar a la información, es el legítimo ejercicio del derecho "a no saber" reconocido en el artículo 6.2 del Código Civil cuando dice que el derecho a la información es renunciabile, siempre que la renuncia no sea contraria al interés o al orden público, o perjudique a terceros.

Este derecho no está expresamente recogido en la LGS, pero sí en el Convenio de Oviedo (deber de respetar la voluntad de una persona a no ser informada), y en la LBA :art. 9.1: *la renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documental, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.* También en la Ley de Salud de Aragón, en su artículo 8.1: *Igualmente se reconoce el derecho de la persona a no ser informada.*

La limitación de la información por necesidades terapéuticas, el llamado "privilegio terapéutico". Este concepto fue introducido en la jurisprudencia de los EEUU en la causa *Canterbury vs Spencer* diciendo que "el médico tiene el privilegio terapéutico que le capacita para ocultarle información al paciente respecto a los riesgos del procedimiento al que va a ser sometido en el caso de que fuera evidente en un reconocimiento médico por un profesional juicioso que tal revelación supondría una grave amenaza para la integridad psicológica del paciente". Si se recurre a él debe dejarse constancia en la Historia Clínica y dar la información del caso a los familiares.

El privilegio terapéutico queda recogido como una situación excepcional en el Código Deontológico, en el Convenio de Oviedo (art. 10: en casos excepcionales las leyes nacionales pueden fijar restricciones al derecho a saber o a no saber en interés de la salud del paciente), y en la LBA (art. 5.4: *El derecho a la información sanitaria puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda justificar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho*). No se encuentra expresamente recogido en la Ley de Salud de Aragón.

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES

Como hemos visto, en estos casos está previsto que se informe a los representantes legales si la incapacidad es de derecho y si sólo es una incapacidad de hecho, a los fami-

liares o allegados que se responsabilizan del enfermo. En este sentido nos gustaría aclarar que enfermedad mental no es siempre sinónimo de incapacidad, y mucho menos de una falta absoluta de comprensión, por tanto el derecho a la información de los enfermos mentales subsiste aún en aquellos casos en los que el paciente pueda tener limitada o anulada su capacidad de consentir, en la medida de lo posible y para garantizar su participación en el proceso de autorización.

Sí está regulado de forma expresa en la normativa de derechos las situaciones en las que se debe obtener el consentimiento por sustitución por causa de enfermedad o minoría de edad, pero ello no anula el derecho a la información.

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD

En cuanto a los menores de edad la representación de los menores de edad corresponde a sus padres (si no han perdido la patria potestad) o a sus representantes legales, y por tanto a ellos corresponde la información y la autorización de los tratamientos. Sin embargo esta afirmación general plantea problemas en los casos en que la voluntad de los padres puede contrariar la voluntad del menor que se puede considerar autónomo para tomar determinadas decisiones (el llamado menor maduro), o cuando la voluntad de los padres supone un abuso de las facultades de representación, bien por autorizar lo que no pueden por ser el consentimiento insustituible (ejemplo la esterilización del menor, intervenciones de cambio de sexo, donación de un órgano del menor vivo, etc.) o por arriesgar injustificadamente con su decisión uno o varios derechos fundamentales del menor.

En España al menor no emancipado se le considera como una persona limitadamente capaz en interés de su protección (De Castro)⁷. Así las normas civiles le otorgan una capacidad que además de limitada es variable y flexible atendiendo al desarrollo intelectual y personal correspondiente a cada edad. Así a modo de ejemplo vemos como el art. 162.1 del C.C. exceptúa de la representación legal los actos relativos a derechos de la personalidad, en función de las condiciones de madurez; la L.O. 1/1982 en su artículo 3.1 preve que el consentimiento de los menores deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten. También la Ley 1/1996 de protección del menor reconoce que éste tiene derecho a ser oído tanto en el ámbito familiar como en cualquier proceso. Y en concreto en el ámbito sanitario no podemos olvi-

dar que en relación al derecho de información el Convenio de Oviedo señala que *la opinión de un menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de la edad y su grado de madurez.*

Hoy podemos decir que no existen dudas con respecto a los derechos del menor, pero sí sobre que debe entenderse por menor maduro y sobre cual es el criterio de madurez del menor que debe ser apreciado. De Lorenzo opina que la determinación del suficiente juicio del menor debe ponderarse en relación con la circunstancia concreta y con la decisión que vaya a adoptarse. En líneas generales consideramos que un menor es competente para la toma de decisión cuando sea capaz de comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles en cada uno de ellos, y después tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente a su propia escala de valores⁸.

La Ley catalana de autonomía del paciente (Ley 21/ 2000) es mucho más explícita al establecer el concepto de menor maduro en la regulación que hace del consentimiento por sustitución cuando dice que *en el caso de menores, si estos no son competentes, ni intelectual ni emocionalmente, para comprender el alcance de la intervención sobre su salud, el consentimiento debe darlo el representante del menor, después de haber escuchado, en todo caso, su opinión si es mayor de 12 años. En los demás casos, y especialmente en el caso de menores emancipados y adolescentes de más de dieciséis años el menor debe dar personalmente su consentimiento.*

Este ejemplo ha sido seguido por el legislador en la LBA y en varias leyes autonómicas. En Aragón el artículo 14.2 también sigue dicho criterio. Por todo ello consideramos que en relación a la información y minoría de edad podemos decir que:

- Los menores de 12 años tienen derecho a recibir información en la medida de su madurez y capacidad de comprensión.
- Los mayores de 12 años y menores de 16 tienen derecho a ser informados y su opinión debe ser oída en todo caso.
- Los mayores de 16 años además de ser informados tiene derecho a dar personalmente su consentimiento sin más restricciones que las aplicables según la Ley a los mayores de edad.

En resumen y como conclusión final podemos decir que hoy la información es uno de los elementos fundamentales de la relación médico-paciente, un derecho del paciente y el pilar en que se sustenta el ejercicio de la autonomía

personal, que cuando no es respetado supone una vulneración de derechos y una de las causas más frecuentes de responsabilidad profesional, en línea con la máxima de los juristas romanos que dice: *Nihil volitum quem praecognitum* (Nada es querido si antes no es conocido).

BIBLIOGRAFÍA

- Castaño de Restrepo, M.P.: El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Edit Temis. Bogota. Colombia. 1997.
- De Castro, Federico: Derecho Civil de España II, 1: Derecho de la persona: Madrid, 1952, págs 174 y sgs.
- Diario Médico de 15 de Noviembre de 1997.
- La información y el consentimiento informado. El médico interactivo, nº 221. 5 de Enero de 2000.
- Ordóñez Gallego A. y C. Garcia Girón: La información médica al familiar: Un aprendizaje. Med. Clin (Barc) 1987; 88: 719-720.
- Simón Lorda, P y Concheiro Carro, L.El consentimiento informado (I), Med. Clin (Barc) 1993; 100:659-663.
- Turabian, J.L.: Información al paciente y derecho a elegir. Jano.1998. Vol LV, nº 1273.
- Vázquez Ferreira, Roberto A. El consentimiento informado en la práctica médica. www.side-me.org/doctrina/articulos/ci.rauf.pdf

CITAS

- 1 Turabian, J.L.: Información al paciente y derecho a elegir. Jano.1998. Vol LV, nº 1273.
- 2 Diario Médico de 15 de Noviembre de 1997
- 3 A. Ordóñez Gallego y C. Garcia Girón: La información médica al familiar: Un aprendizaje. Med. Clin (Barc) 1987; 88: 719-720.
- 4 Roberto A. Vázquez Ferreira. El consentimiento informado en la práctica médica. www.side-me.org/doctrina/articulos/ci.rauf.pdf
- 5 La información y el consentimiento informado. El médico interactivo, nº 221. 5 de Enero de 2000.
- 6 M.P. Castaño de Restrepo: El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Edit Temis. Bogota. Colombia. 1997.
- 7 Federico de Castro: Derecho Civil de España II, 1: Derecho de la persona: Madrid, 1952, págs 174 y sgs.
- 8 Simón Lorda, P y Concheiro Carro, L.El consentimiento informado (I), Med. Clin (Barc) 1993; 100:659-663.

Documentación



Fuentes de Información en Salud



Sugerimos...

• **Evidencia Clínica:** La fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. — México: Legis, 2002. — 1869p. ISBN: 958-653-314-X ISSN:1657-9070.

Evidencia Clínica es una importante fuente de información, periódicamente actualizada, de la mejor evidencia disponible sobre los efectos de las intervenciones clínicas de la práctica diaria. La obra en inglés fue desarrollada por el BMJ, la división comercial de la Asociación Médica Británica, líder mundial en publicaciones médicas. El producto es el resultado de más de 5 años de investigaciones y de un esfuerzo conjunto en el que han participado instituciones de alto prestigio en el mundo médico, como la colaboración Cochrane (cuyo objetivo es preparar, mantener y difundir revisiones sistemáticas sobre los efectos de la atención en salud), el Colegio Americano de Médicos, la Sociedad Americana de Medicina Interna y el Instituto Nacional de Salud de Inglaterra.

Esta versión en español es el resultado de un esfuerzo conjunto entre la colaboración Cochrane Ibero Americana y Legis editores.

Evidencia Clínica se une a un número creciente de publicaciones basadas en la evidencia

para clínicos, pero presenta características que la diferencian:

- Su contenido está guiado por las preguntas más importantes a las que se enfrentan los médicos, a partir de ellas se ha investigado y resumido la mejor evidencia disponible para responderlas.
- Se identifican y se presentan los vacíos importantes en la evidencia.
- Se amplía y actualiza semestralmente, para una actualización profesional más frecuente.
- Se busca específicamente no hacer recomendaciones. La experiencia ha demostrado que es casi imposible hacer recomendaciones que sean apropiadas a cada situación. Las diferencias en los riesgos y preferencias de cada paciente y en la disponibilidad local de las intervenciones significan que la evidencia debe ser individualmente interpretada en lugar de ser aplicada de manera general.
- Se provee la materia prima para el desarrollo de guías de práctica clínica aplicables localmente y para que clínicos y pacientes se informen y tomen conjuntamente decisiones.



Contenido

Esta publicación incluye: Información sobre la mejor evidencia científica disponible para el manejo de las 145 condiciones clínicas más importantes, agrupadas en 21 especialidades médicas: Desórdenes cardiovasculares, salud infantil, desórdenes del sistema digestivo, problemas de oído, nariz y garganta, desórdenes endocrinológicos, problemas visuales, enfermedades infecciosas, problemas de riñón, salud masculina, salud mental, problemas del sistema músculo esquelético, desórdenes neurológicos, salud oral, problemas de envenenamiento, complicaciones post operatorias, problemas del embarazo y nacimiento, alteraciones respiratorias, salud sexual, problemas dermatológicos, salud femenina y manejo de heridas.

Y además...

- **Guía didáctica: imágenes para la prevención del VIH/Sida.** Madrid: Consejo de la Juventud de España; Ministerio de Sanidad y Consumo, [2002]. 22 p.:il.
- **Consejo para personas hipertensas.** Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud, [2002].
- **La participación en salud.** Manuela Plumed; M^a Victoria Cañada (comp.). Zaragoza: Asocia-

ción Española de Trabajo Social y Salud, 2002. 245 p. Monográfico de Trabajo Social y Salud, n. 41, marzo 2002. ISSN: 1130-2976

- **¿Qué debe hacer una mujer matratada ante una agresión?: Guía para profesionales ante el maltrato e informativa para mujeres maltratadas.** V. Magro Servet. Valencia: Generalitat Valenciana ; Bancaja, 2002. 232 p. ISBN: 84-8471-013-0.
- **Sistemas de información hospitalarios: Organización y gestión de proyectos.** M. Prados del rey; M.C. Peña Yáñez. [Granada]: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002. 288 p. ISBN: 84-87385-63-X
- **Envejecimiento activo: un marco político.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. 114 p.
- **Informe Quiral 2001: Medicina y salud en la prensa diaria.** Medicina, Comunicación y Sociedad. Barcelona: Observatorio de la Comunicación Científica y Médica; UPF. 2002. 143 p. ISBN: 84-497-0112-0
- **Salud mental y trabajo: los profesionales sociosanitarios.** Teruel: Universidad 2002. 128 p. Actas de las Jornadas de Salud. Universidad de Verano de Teruel, XVIII edición.

Las Instituciones en Internet

<p>Ministerio de Sanidad y Consumo</p> <p>http://www.msc.es</p>	<p>Página que ofrece información a los profesionales y al ciudadano en materia de salud. Se puede acceder a información de centros sanitarios, formación y empleo público, Consejo interterritorial, Planificación sanitaria, salud pública, así como publicaciones, algunas de ella a texto completo.</p>
<p>Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Antiguo Insalud)</p> <p>http://msc.es/insalud</p>	<p>El Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del ministerio de Sanidad y Consumo establece la desaparición del Instituto Nacional de la Salud y su adaptación en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.</p>
<p>Instituto de Salud Carlos III</p> <p>http://www.isciii.es</p>	<p>Las funciones de este instituto son entre otras: la investigación, la docencia y la educación sanitaria. En su página podemos encontrar información y documentación relevante y novedosa en estas materias y enlaces clasificados por temas facilitando la búsqueda dinámica en el servidor.</p>
<p>Organización Mundial de la Salud. División Europea</p> <p>http://www.who.int/</p>	<p>Página Principal de la OMS (inglés y francés) desde la que se accede a recursos de información, aspectos de actualidad, estructuras de organización, temas de investigación y políticas de salud. Cuenta con un importante Centro de Documentación especializada.</p>
<p>Organización Panamericana de la Salud</p> <p>http://www.paho.org/</p>	<p>página principal de la OPS (Castellano), con publicaciones, información técnica, servicios de biblioteca, novedades de la Organización y acceso a otros servidores de centros colaboradores, organismos internacionales y servidores de América Latina.</p>
<p>Agencia Europea para la Evaluación del Medicamento (EMA)</p> <p>http://www.eudra.org/</p>	<p>Agencia radicada en Londres que regula la autorización de medicamentos desde 1995, ofrece en su web un amplio abanico de documentos: procedimientos, guías, informes, press releases, programas, calendarios de trabajo, etc.</p>
<p>Agencia Española del Medicamento</p> <p>http://www.msc.es/agemed</p>	<p>Página dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyas actividades son la evaluación, autorización, registro y control de medicamentos de uso humano y veterinario. Cuenta con un apartado de presentación, directorio, documentos (notas de prensa, formularios, artículos científicos, publicaciones, etc), enlaces de interés, eventos, noticias y legislación.</p>
<p>Institutos Nacionales de la Salud (NIH)</p> <p>http://salud.nih.gov/</p>	<p>Página de NIH, una de las ocho agencias afiliadas que forman parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés). Está compuesto por 24 institutos y centros (ICs), y consta de unos 75 edificios en Bethesda, Maryland, EEUU.</p> <p>El objetivo de NIH es descubrir nuevos conocimientos encaminados a mejorar la salud de todos. NIH logra su cometido realizando investigaciones en sus propios laboratorios y apoyando a científicos en diferentes universidades, escuelas de medicina y hospitales a través del mundo para que realicen investigaciones. De igual modo, ofrece programas de capacitación a investigadores y fomenta la comunicación de carácter biomédico.</p>

Las Instituciones en Internet

Organización Nacional de Trasplantes

<http://www.msc.es/ont/esp/home.htm>

La Organización Nacional de Trasplantes es un organismo técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El objetivo principal de la ONT es la promoción de la donación, y el consiguiente incremento de órganos disponibles para trasplantes, tras el cual vienen todo el resto de funciones que la ONT desarrolla. La ONT actúa a modo de agencia de servicios para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En su página web se puede encontrar información para profesionales y para el ciudadano: trayectoria de la organización, funciones, sistema de coordinación autonómica, formación así como un directorio de las asociaciones de pacientes.

Para más información:

Cruz Tejero Vela
Servicio Aragonés de Salud (SALUD)
sares@aragob.es

