

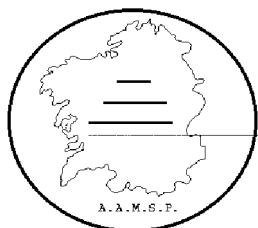
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 10

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Julio 96



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

NUEVOS HORIZONTES

Recientemente y como consecuencia del nombramiento como Ministro de Sanidad y Consumo de D. J.M. Romay Becaría, ha tomado posesión como Conselleiro de Sanidade e Servizos Sociais, el Dr. D. J.M. Hernández Cochón, profesional de reconocido prestigio en el campo de la Salud Pública, que ha desempeñado su labor profesional en diversos campos de la misma y en distintos puestos de responsabilidad política.

Así mismo ha sido nombrado como nuevo Director Xeral de Saúde Pública el profesor Dr. D. Juan Jesús Gestal Otero, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago.

Como Asociación de Alumnos y Master en Salud Pública de Galicia no podemos por menos que congratularnos por sus nombramientos dada su valía y capacidad demostrada a lo largo de sus dilatadas carreras profesionales y muy especialmente en el caso del profesor Gestal, ya que la mayoría de los Masters en Salud Pública y en Administración y Gestión Sanitaria de Galicia se han formado bajo su dirección.

Queremos de nuevo, dados estos cambios a nivel estatal y autonómico, exponer en estas páginas los distintos retos pendientes de resolución desde etapas anteriores, entre los que cabe destacar los siguientes:

-- A nivel Nacional: Financiación, cobertura, catálogo de prestaciones y provisión de servicios.

Hasta este momento, por diversas cuestiones de tipo político-electoralista no ha habido un claro posicionamiento en estos temas, creemos que, dada la situación de endeudamiento progresivo que puede cuestionar al Sistema Sanitario actual, es hora de dar una respuesta a todos esos problemas, por lo que es necesario afrontar la reforma de la Ley General de Sanidad.

En cuanto a la financiación creemos que debe ser pública tipo Sistema Nacional de Salud y la cobertura universal; e n cuanto al catálogo de prestaciones deberían retomarse algunos de los puntos del Informe Abril y con respecto a la provisión de servicios debe ir hacia un tipo mixto, favoreciendo la competencia y la libre elección del usuario.

SUMARIO

EDITORIAL.....pág. 1

Estancia hospitalaria materna Galicia 1989-1991.....pág. 3

Carrera profesional de enfermería (SATSE).....pág. 5

Últimas acciones que nos acercan a un ambiente saludable.....pág. 7

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS. Libros recomendados.....pág. 10

*La satisfacción de los usuarios o...*pág. 11

La profesión quiropráctica (II)...pág.17

CONGRESO Galego-Cubano.....pág. 24

CURSOS/CONGRESOS.....pág. 24

ATENCIÓN PRIMARIA.....pág. 25

Exploración de los pares craneales.....pág. 27

-- A nivel Autonómico:

- En Atención Primaria, nos encontramos con un modelo (EAP) que después de más de 10 años desde su comienzo, hoy por hoy sólo cubre al 25 % de la población y que ha sido cuestionado, incluso en aquellas Comunidades que se han tomado como referencia, ya que encarece el sistema, no supone un incremento en la calidad, no es eficiente y difícilmente podrá ser competitivo con un sistema de provisión mixto o con modelos, como el catalán, que introducen las cooperativas.

- La Atención Especializada, carece de auténtica autonomía económica, la gestión se ve muy reducida, existe una falta de liquidez que permita negociar con los proveedores, hay un desconocimiento real del coste por proceso y falta de jerarquía empresarial profesionalizada. Todo ello ha llevado a una ineficiencia de los hospitales públicos, que unido a un insuficiente número de camas por habitante, ha motivado que se recurra al apoyo de la sanidad privada, principalmente para reducir las listas de espera. Habrá que tener en cuenta, cuando se habla de listas de espera, que no sólo son las de intervención quirúrgica, sino que además hay otras como las de tratamientos no quirúrgicos, las de diagnóstico, y que actualmente, las listas de espera de primera consulta por parte del especialista de los pacientes remitidos desde la Atención Primaria, están sufriendo un importante incremento con la consiguiente inquietud por parte de los usuarios, ante la incertidumbre del diagnóstico y la dilatación del tratamiento.

Y por último, creemos que la Salud Pública debe ocupar el lugar que le corresponde ante la importancia que están volviendo a tomar enfermedades infecto-contagiosas que se consideraban controladas como la tuberculosis, E.T.S., meningitis, difteria, fiebre hemorrágica viral, etc., y la aparición de nuevas patologías como el SIDA, Encefalopatía Espongiforme Bovina, etc.; y que en determinadas zonas del planeta las enfermedades transmisibles aún siguen teniendo unas elevadas tasas de prevalencia e incidencia. Como dijo el Dr. Hiroshi Nakajima (Director General de la OMS), en la XILIX Asamblea Mundial de la Salud, "en la actualidad, una epidemia puede adquirir carácter mundial, en breve plazo pasando de un país a otro y de un continente a otro, debido al flujo enorme y constante de personas y mercancías".

La Salud Pública debe constituir el apoyo científico y técnico de la planificación sanitaria, promover y realizar estudios epidemiológicos, aplicar los principios de la Medicina Preventiva a nivel Primario, Secundario y Terciario. Para todo ello es necesario contar con los recursos materiales y humanos necesarios y unas estructuras coordinadas, tanto a nivel Nacional como Autonómico, por ello creemos que en cada Comunidad Autónoma además de una Dirección General de Salud Pública con responsables en las Direcciones y Delegaciones Provinciales debería existir en cada Área Sanitaria, al menos, un responsable de Salud Pública, dependiendo funcional y jerárquicamente de la misma, todos ellos integrados en una Red de Vigilancia Sanitaria.

Así mismo en cada Comunidad Autónoma debería existir un Laboratorio Epidemiológico de referencia y otros especializados de acuerdo a las necesidades epidemiológicas de dicha Comunidad. Para garantizar una continuidad y futuro en la investigación y formación en Salud Pública, consideramos fundamental contar con un Instituto Gallego de Salud Pública, en el cual participen la Administración Sanitaria y la Universidad.



La ruta de acceso, para los internautas, es: <http://mrsplx2.usc.es>.

APUNTES DE SALUD PÚBLICA®
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.
Julio 1996 N° 10

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA.
COMITE DE REDACCIÓN:
MONTSERRAT GARCÍA SIXTO.
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY.
COMITE ASESOR:
CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN.

EDITA: A.A.M.S.P.
Aptdo. Correos nº 139 -SANTIAGO-
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
Resto: Tórculo S.A.
DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
ISSN: 1134-055X
Tirada: 180 ejemplares

"APUNTES DE SALUD PÚBLICA" no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados, que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. cómo se encuentra después de...?

Maceiras L.¹ / Barros-Dios J.M.^{1,2} / Fernández C.¹ / Fraga JM.³ / Montes A.¹ / Smyth E.¹ / Gestal JJ.^{1,2}

Medir la satisfacción de los usuarios con los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos es uno de los métodos que se pueden utilizar para evaluar la calidad de la atención que ofrecemos. Pero también es una forma de participación de los usuarios en el Sistema Sanitario, al expresar su percepción y valoración de los servicios.

La definición que nos da el *Diccionario de la Lengua Española* de 'satisfacción', palabra que proviene de la latina *satisfactio*, en su acepción 6ª es "cumplimiento del deseo o del gusto", y de 'insatisfacción' es "falta de satisfacción".

Aunque hay diversidad en la conceptualización de la satisfacción, en los ámbitos de aplicación, en las metodologías y, por lo tanto, en los instrumentos de medida, entendemos como *satisfacción* la diferencia entre lo que se espera recibir del sistema sanitario (expectativas existentes antes de utilizarlo) y la percepción del servicio recibido de él (después de su utilización). Si lo que el usuario percibe es igual o mejor de lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor, quedará insatisfecho.

Del conjunto de componentes que constituyen la satisfacción, las expectativas son el aspecto que más influye en ella, de tal manera que, cuando lo que ocurre se percibe como acorde con las expectativas (lo que se esperaba que ocurriese), se produce satisfacción. La diferencia existente entre lo esperado y lo recibido, es lo que nos da el nivel de satisfacción.

El concepto de satisfacción es multidimensional, es decir, el grado de satisfacción es variable con respecto a una serie de dimensiones que componen la atención sanitaria. Los modelos teóricos en los que se sustentan la mayor parte de los estudios sobre la satisfacción, identifican cinco dimensiones, que influyen en las expectativas, y por lo tanto en la satisfacción, de los usuarios: relación médico-paciente, competencia profesional, accesibilidad y organización de los servicios, tiempo de espera para ver al profesional, y tiempo pasado en la consulta¹.

Aunque se han realizado estudios de satisfacción con cuestionarios que pretenden medir la satisfacción global como un todo, lo más usual es que se utilicen instrumentos que contengan ítems referidos a las diferentes dimensiones de la satisfacción que hayan sido definidas en el marco teórico de cada estudio.

Se ha comprobado en numerosos estudios que la satisfacción del paciente se relaciona causalmente con algunas conductas del mismo que afectan a la salud. Los hallazgos más comunes han sido que la satisfacción afecta a la continuidad de los cuidados, de forma que, al decrecer ésta, aumenta la probabilidad de que el paciente decida cambiar de médico. También se ha encontrado que, al aumentar la satisfacción, se produce un incremento de la adherencia de los pacientes a las recomendaciones terapéuticas del médico, entre ellas el tratamiento con fármacos o el mejor seguimiento de las citas dadas por el médico. Algunos autores incluso han señalado que existe una relación positiva entre la satisfacción del paciente y el éxito o fracaso del tratamiento².

Por otra parte, la medida de la satisfacción de los usuarios proporciona una información valiosa sobre la prestación de servicios (difícil de obtener a través de otras fuentes) y útil para mejorar aquellos aspectos de los mismos que deben ser modificados para adaptarlos mejor a las necesidades de los usuarios.

Problemas para medir la satisfacción de los usuarios

A la dificultad para conceptualizar el término satisfacción, aunque ahora hay ya mucho consenso sobre él, hay que añadir la dificultad para hallar los parámetros mediante los cuales podamos medirla. Y a esto, añadir las *prevenciones*, aún existentes, de muchos investigadores ante todo lo que sea *medida cualitativa* y no cuantitativa.

Creemos que, a estas alturas, el binomio cuantitativo/cualitativo no tiene sentido como dicotomía, y nos remitimos a otros autores que lo enuncian muy bien:

"Para enfocar de manera adecuada la disyuntiva entre información cuantitativa y cualitativa, vamos a asumir que la realidad por la cual estamos interesados sólo nos permite una aproximación, más o menos certera, pero no total, a su conocimiento. Asumamos también que cada realidad, por simple que parezca, presenta varias facetas que, en conjunto, pueden ofrecernos una idea de la totalidad. Podemos, por tanto, plantearnos la utilización de distintos métodos de acercamiento a estos distintos aspectos. La diferenciación entre información cuantitativa y cualitativa, en cuanto a paradigmas, metodologías y técnicas, no se entiende así como enfrentamiento, sino como complementariedad en el objetivo común de conocer la realidad. No cabe duda de que ambos acercamientos, cuantitativo y cualitativo, son diferentes. Es precisamente esta distinción la que confiere una mayor potencia a la complementariedad de ambos. Los inconvenientes de uno se fortalecen con las ventajas del otro y viceversa.

Podemos identificar algunas de las características de cada aproximación utilizando un ejemplo. Supongamos que un científico se interesa por conocer el mar. Toma varias muestras de agua marina, en distintas épocas y lugares, y mide la temperatura, separa los diferentes componentes, aísla los elementos químicos de los productos biológicos y determina su composición. Para completar su estudio, lleva a cabo el mismo proceso con muestras de agua dulce, compara los resultados y establece las diferencias. De esta manera, y si ha sido riguroso, nuestro científico dispone de una serie de mediciones exactas, no sesgadas, que le han proporcionado datos numéricos, cuyo análisis estadístico ha dado lugar a resultados generalizables. La comparación con un grupo control confiere una mayor potencia a sus hallazgos. Se podría decir que cualquier otro científico llegaría a los mismos resultados si siguiera los mismos pasos. El investigador ha sido muy cuidadoso en el control de aquellos factores *extraños* que pudieran interferir en sus determinaciones, y especialmente en los que dependen de su propia observación, manteniendo en todo momento la independencia entre el observador y lo observado. En definitiva, consideraría todo un éxito si su estudio pudiera merecer el calificativo de *objetivo*.

Sin embargo, nuestro protagonista sospecha que el mar no es sólo lo que arrojan los resultados de su estudio. Desea conocer otras facetas de esa realidad, cada vez más apasionante. Decide sumergirse en el mar, dispuesto a anotar todas las experiencias que el baño le proporcione. Nota así que el agua moja su piel, que se mueve con las olas, que resulta agradablemente tibia, y que estas sensaciones le parecen placenteras y relajantes. Probablemente esta experiencia, difícil de describir, no sería la misma para otro científico que intentara proceder del mismo modo.

¿Será el hidrógeno o el oxígeno el responsable de esta sensación? Realmente, esa no es la cuestión. La cuestión es que así ha podido comprender mejor lo que es el mar.

Nuestro científico ha accedido a una información rica y detallada, obtenida en las condiciones reales y concretas en las que ocurre el fenómeno. Para comprender mejor sus hallazgos tendríamos que conocer un poco más de cerca a nuestro científico, ya que se encuentra inmerso en el propio objeto de su investigación y nos refiere sus experiencias, con la perspectiva del que está implicado en esa realidad. Necesitaríamos saber algo más de las circunstancias en las que se ha desarrollado su baño, con qué experiencias previas contaba, cuáles eran sus expectativas. En definitiva, elementos del contexto dentro del cual se sitúa su estudio, un contexto al cual no sólo no pretende sustraerse, sino que resulta esencial para comprender el tipo de información cualitativa que nos ofrece"³.

Orientación al cliente

De un tiempo a esta parte, empresarios españoles, pertenecientes a diversos sectores, se han pronunciado públicamente sobre qué es lo que les hace perder el sueño en sus negocios. Sorprendentemente, suelen decir que "mejorar la atención al cliente". De esto nos hablan gestores, administradores, encargados de la mercadotecnia de empresas y servicios, profesionales y todo un compendio de personal que trabaja en eso que se viene llamando *empresas excelentes* o *empresas en busca de la excelencia*.

¿Por qué no nos acercamos a la salud lanzando una visión amplia sobre la importancia que puede tener para los servicios sanitarios el incorporar una mayor sensibilidad en la atención a sus usuarios?

La orientación al cliente debe constituirse en uno de los *puntos fuertes* de la necesaria reorientación de los servicios sanitarios que debe producirse; reorientación de los centros de salud y los hospitales, así como de los programas asistenciales y de la incorporación de atención preventiva y de promoción de salud, a los mismos.

El cambio necesario en la atención al cliente se debe manifestar sobre todo en el hecho de que sea posible establecer relaciones fluidas y próximas entre los profesionales y los pacientes. Pero se debe concretar también en aspectos tales como que las personas conozcan qué servicios se prestan en su hospital y en su centro de salud, o que se encuentren unas áreas de recepción agradables y con un personal que dé una información clara y correcta, con un lenguaje sencillo y un trato amable. Debe evidenciarse igualmente en que, en los centros sanitarios, los procedimientos administrativos sean escasos y simples, los formularios sean sencillos de rellenar o los indicativos orientadores sean claros y faciliten la circulación^{4,5}.

Pero no todo debe acabar en esto. Son diversas las medidas que podemos adoptar para atender mejor a los pacientes y familiares que acuden a los centros sanitarios. Para ello, es necesario conocer las preferencias y expectativas de las personas que acuden, o incluso que no acuden, a nuestros servicios.

Esto nos permitirá adaptar los horarios de las consultas, facilitar el acceso a grupos más desfavorecidos, mejorar la limpieza de los centros, incorporar la información procedente del sistema de sugerencias y reclamaciones para mejorar la gestión, eliminar las barreras, contar con salas de espera confortables y espacios para que los niños puedan jugar, mejorar la relación interpersonal entre el personal y el usuario, empezando por el telefonista y el celador, y terminando por el enfermero, el médico y el director-gerente. Este conjunto de medidas, cuya aplicación dependerá de características tales como recursos humanos y materiales existentes o grado de motivación del personal, deben contribuir a que los usuarios no tengan la sensación de ser pelotas de tenis dentro del centro sanitario y a que todo el personal esté dispuesto a ayudarles con coherencia y sinceridad en la resolución de sus problemas³.

Las formas de participación de los usuarios en los servicios sanitarios pueden ser diversas. Fundamentalmente se dividen en dos grupos⁶:

- a) *activas*: elección de los profesionales por los que desean ser atendidos, quejas y reclamaciones, asociaciones de usuarios y consumidores, Consejos de Salud y otros órganos de participación comunitaria en salud;
- b) *requeridas por el sistema sanitario* encuestas de satisfacción, opinión y expectativas, grupos focales, informadores clave y otras técnicas de investigación cualitativa, e informes de los usuarios.

Todas estas acciones deben tener su reflejo en algo más que en declaraciones de buenas intenciones. Esta orientación debe traducirse en medidas palpables para los usuarios que acuden a nuestros centros de salud u hospitales, en un cambio en las *maneras* en que son atendidos, en la búsqueda de la *excelencia*.

Relación médico-paciente

Hemos dicho al principio que la relación médico-paciente es la primera dimensión (entre las cinco más influyentes) que salta a la vista en prácticamente todos los estudios hechos, como mediadora y medidora de la satisfacción de los usuarios.

¿De qué hablamos cuando hablamos de relación médico-paciente? En su sentido más estricto, nos referimos a un determinado profesional de la medicina, a un paciente y a la relación que se establece entre ambos.

Pero el paciente no tiene por que ser un enfermo, puede ser también un usuario, cliente o consumidor sano, que se va a hacer una prueba o revisión rutinaria, una embarazada, una pareja que solicita consejo contraceptivo, un anciano que necesita que le escuchen, etc.

Un profesional sanitario, tampoco tiene por que serlo de la medicina, puede serlo de la

enfermería, trabajo social, auxiliares, administrativos, etc.

¿Y qué decir de la *relación*? ¿Estamos incluyendo varias, muchas, cosas, aún cuando no seamos capaces de darle un nuevo nombre más adecuado a su actual contenido, y que al mismo tiempo siga evocando la riqueza que se intuye en esa expresión?³ Hablamos de la *comunicación* que se establece entre dos o más personas.

En una ocasión teníamos un examen parcial de unos 350 folios. Después de una breve y anodina introducción nos encontrábamos con un texto así: "El utrículo está adosado a la fosa oval; el sáculo está debajo, es más pequeño y redondo y está adosado a la fosa hemisférica. Entre ambos está la cresta falciforme. Están unidos por unos canales, que se unen a su vez formando un conducto: ductus endolinfático, que asciende al endocráneo y entra por el orificio succiforme hasta la fosita ungueal, en donde forma el saco endolinfático". Y el resto de los folios eran del estilo... Nos hemos acostumbrado a esta terminología como al aire que respiramos y, utilizándola, nos relacionamos con los usuarios, que antes tenían menos conciencia crítica y menos información, y decían: "¡Qué bueno debe de ser este médico, cuánto sabe que no se le entiende nada!", pero hoy miran con mala cara y, o se callan y hacen los comentarios después fuera, o nos sueltan ya directamente algo así como: "¿Y se puede saber *eso* que es?", con aires de "le pago a la S.S. para que Vd. me lo explique".

Así que volvemos a nuestra pregunta: ¿de qué hablamos cuando hablamos de relación médico-paciente?, o, dicho de otra forma, entre los distintos estilos de relación médico-paciente ¿hay algunos que se puedan inscribir más fácilmente que otros en el marco de la promoción de la salud y no sólo de la curación de la enfermedad, y que se ganen más la confianza de los usuarios en el *buen hacer* de los profesionales?

Creemos que sí. Una relación no paternalista, basada en el respeto y la confianza mutuos; con suficiente calidez pero sin intromisiones; que sepa utilizar el *saber* de ambas partes para facilitar al paciente la toma de sus propias decisiones, respetándolas y prestando la ayuda necesaria para su puesta en práctica; que evite tanto la injustificada complacencia como el autoritarismo médico.

Una relación planteada como el encuentro entre dos o más personas, situadas en un mismo nivel, pero con distintos *papeles* que desempeñar, y con el objetivo de mejorar la salud y las circunstancias relacionadas con ella mediante un trabajo en equipo, pactado de mutuo acuerdo³.

Seguramente conseguir todo esto es una difícil hazaña, pero si nuestro ideal de relación médico-paciente es éste, y nos vamos aproximando a él en nuestra actividad cotidiana, estaremos trabajando en la línea de la Carta de Ottawa: "El papel del sector sanitario debe avanzar cada vez más en el sentido de promover la salud, extendiendo su responsabilidad más allá de la mera prestación de servicios clínicos y asistenciales. La función de los servicios sanitarios debe abarcar un campo muy extenso, en el que son imprescindibles la sensibilidad y el respeto hacia las distintas necesidades culturales. Entre sus cometidos debería contarse la defensa de una política sanitaria multisectorial que respalde a individuos y comunidades en la expresión de sus necesidades para adoptar modos de vida sanos...

... La promoción de la salud contribuye al desarrollo individual y colectivo, proporcionando información y educación para la salud y potenciando las habilidades personales. De este modo, incrementa el número de opciones de que dispone la gente para ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre su entorno y para elegir alternativas favorables a la salud.

Es esencial capacitar a las personas para aprender a lo largo de toda la vida, para prepararse a afrontar todas sus etapas y a enfrentarse con enfermedades y lesiones..."⁷.

Además, no hay que perder de vista que la relación médico-paciente es la relación sistema sanitario-usuario.

Es obvio que, para lograr esto, también hay que tener en cuenta a los profesionales, creando con ellos canales de comunicación, dándoles información sobre las decisiones que se toman en la organización, y fomentando sus iniciativas y su mejor formación⁸.

A partir de los años 70 (en España más tarde), los valores de la autonomía y el respeto a las libertades del ciudadano hacen acto de presencia en la relación médico-paciente (o enfermo-sanitario, en general), entrándose en lo que algunos autores han denominado como la época del consentimiento informado^{9,10}.

El enfermo deja de ser parte pasiva en la relación con el médico y exige el respeto a sus derechos como ciudadano autónomo, capacitado para participar en las decisiones clínicas que le afectan. Aparecen en esta época las primeras cartas de derechos del paciente, que consagran el principio de autonomía del enfermo como pilar fundamental en el que debe basarse la relación médico-enfermo¹¹.

El grado de satisfacción del usuario, y también el del personal sanitario, y sus valoraciones, deben ser contempladas como una herramienta útil y evaluativa para toda institución o equipo de salud. Hay que obtener y utilizar estos resultados, aunque sabiendo siempre que sólo son parte de un todo.

Bibliografía

1. Rodríguez C. La satisfacción de los usuarios como producto de salud. *Libro de Ponencias del VI Congreso ESPAS/XIII Reunión Científica SEE: 'Salud, Equidad y Satisfacción: productos de la atención sanitaria'*. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Sociedad Española de Epidemiología, 1995; 38-9.
2. Irigoyen J. Mecanismos de Participación Comunitaria. *Libro de Ponencias de las IV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1989.
3. Escuela Andaluza de Salud Pública (ed). *Nuevas perspectivas en Promoción de Salud*. Granada, 1993.
4. Peters T, Waterman RH. *En busca de la excelencia*. Barcelona: Folio, 1984.
5. March JC. Con vibraciones hacia la incorporación del marketing en los servicios sanitarios. *Rev Sanid Hig Publica* 1992; 66: 177-8.
6. Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la Evaluación y Mejora de la Calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Publica* 1995; 69: 169-75.
7. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: Primer Congreso Internacional de Promoción de la Salud, 1986.
8. Hoffman K, Ingram T. Creating customer-oriented employees: the case in home health care. *J Health Care Marketing* 1991; 11: 24-32.
9. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad, 1989.
10. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 100-2.
11. Latour J. El informe Abril, la ética tradicional y la epidemiología clínica. En: Porta M, Álvarez-Dardet C (eds). *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona: Masson, 1993.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública,³ Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela / ²Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública,³ Departamento de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago



PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

(Apdo. de Correos nº 139. 15701 Santiago)

Requisitos para la publicación:

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