

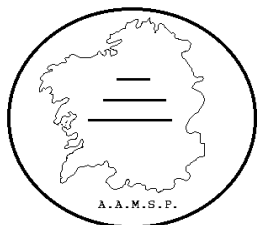
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 13

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Abril 97



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

HOMOLOGACIÓN

Parece que por fin se va a dar solución al conflicto generado por la aparición de la titulación de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y que cuestiona el título de médico general y del resto de especialistas sin titulación oficial, ya que recientemente en el Senado se ha aprobado una moción presentada por el Grupo Popular, basada en un texto del propio Ministerio de Sanidad, en el que se insta tanto al Ministerio de Educación como al de Sanidad a dar una solución a este problema que se viene padeciendo desde hace años en el colectivo médico.

Esta solución afectaría a todos aquellos licenciados que antes de 1995 no pudieron acceder a la titulación de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y resto de especialidades y sin embargo ejercían y/o ejercen como tales en el Sistema Nacional de Salud, con cualificación contrastada por el tiempo que llevan desempeñando su trabajo con plena satisfacción tanto por parte del usuario como por parte de las autoridades sanitarias, que ha llevado al país a alcanzar altas cotas de calidad sanitaria asistencial.

Se calcula que esta medida afectaría a unos 2.000 médicos que están ejerciendo en la Atención Especializada del Sistema Nacional de Salud, y a más de un 80% de los médicos de la Red de Atención Primaria del mismo.

Hay que destacar que la solución al conflicto creado no afectará por igual a los médicos especialistas sin título oficial que a los médicos generalistas de Atención Primaria, pues para los primeros se exigiría una acreditación de tiempo de formación suficiente en plazas de centros sanitarios de alguna de las administraciones públicas, instituciones sanitarias concertadas, u otros centros acreditados para la docencia, y a los médicos generalistas se les exigiría un tiempo de ejercicio en el Sistema Público o bien cursos de formación continuada y tiempo de ejercicio, aún por determinar. Este principio de acuerdo, alcanzado por la mayoría de los grupos parlamentarios, llega sin el consenso entre los representantes de las sociedades médico-científicas más representativas de Atención Primaria (Semfyc, SEMG y Semergen).

SUMARIO

<i>EDITORIAL</i>	pág. 1
<i>Ciudades saludables</i>	pág. 3
<i>Memorias de Río de Janeiro</i> <i>Leishmaniasis en Perú</i>	pág. 9
<i>NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS.</i> <i>Libros recomendados</i>	pág. 11
<i>CURSOS/CONGRESOS</i>	pág. 11
<i>Estudio sobre la caries dental en el</i> <i>municipio de Orense</i>	pág. 13
<i>El hospital nuestro de cada día</i> <i>Calidad percibida</i>	pág. 17
<i>Atención Primaria en Galicia</i> <i>Carta abierta</i>	pág.19
<i>La fiabilidad de un test o prueba</i> <i>diagnóstica</i>	pág. 21
<i>Gerontología Preventiva</i>	pág. 23

Siempre nos hemos preguntado por las razones que impedían que se diera una salida digna a la situación creada desde hace años, y que ha llevado a un enfrentamiento entre los distintos colectivos médicos repercutiendo negativamente en el desarrollo y funcionamiento del modelo de Atención Primaria y en la Medicina Hospitalaria, entre las distintas razones, pueden citarse las siguientes:

- Falta de voluntad y dejadez por parte de los responsables (anteriores y actuales) de los Ministerios de Sanidad y Educación, que se basaron siempre en la falta de consenso entre los distintos colectivos implicados, para no dar una solución al problema.
- Politización del sistema sanitario, donde aún no está claro cual va a ser el modelo de Atención Primaria y Especializada, en definitiva el Sistema Nacional de Salud, ya que sólo parece existir un cierto consenso en que la Ley General de Sanidad hay que modificarla. Mientras tanto todas las miradas se dirigen a Europa, en espera de que se articule una política sanitaria común en toda la Unión Europea.
- Enfrentamientos entre los distintos colectivos del sector sanitario, cuyo principal objetivo fue en muchas ocasiones facilitar el acceso a sus asociados al escaso trabajo en detrimento de otros colectivos, siendo fomentado por las autoridades sanitarias tanto a nivel Ministerial como de los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, para así postergar otras reivindicaciones más importantes tanto para los propios profesionales sanitarios como para los usuarios del Sistema.

La Administración debe asumir su responsabilidad y dar solución a este problema, unificando las titulaciones, ya que no tiene ningún sentido que ante modificaciones posteriores de los planes de estudio y de formación, profesionales que están ejerciendo su profesión, vean cuestionado su título y su futuro profesional. La formación universitaria, en este caso de Medicina, no puede formar licenciados condenados al paro, por lo que debe crear un sistema que posibilite que haya tantas plazas como licenciados y que el acceso a las distintas especialidades no sea global. En una sociedad como en la que vivimos, el Estado no puede permitirse la financiación de futuros parados ni la financiación de las especialidades tal como hoy lo está haciendo a través de la vía MIR, ni tampoco dar soluciones parciales olvidándose de los licenciados posteriores a 1995.

No debemos olvidar, que como consecuencia de los agravios comparativos por parte de la administración han surgido enfrentamientos entre los distintos titulados y esto ha repercutido negativamente, en algunas ocasiones en la atención sanitaria.



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

APUNTES DE SALUD PÚBLICA[®]
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.

Abril 1997

Nº 13

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA
CEPEDA.

REDACTORES-JEFE:
MONTSERRAT GARCÍA SIXTO
LOURDES MACEIRAS GARCÍA

COMITE CIENTÍFICO:
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY
CARLOS FERNÁNDEZ
GONZÁLEZ.
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN.

DIR. INTERNET: AGUSTÍN MONTES

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: 200 ejemplares

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

Con la colaboración de la Dirección Xeral de Saude Pública y
la Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Xunta de Galicia.

CIUDADES SALUDABLES

Un proyecto de la Nueva Salud Pública

Maceiras García¹, L., Barros Dios¹, JM., García Cendán², B., Gestal Otero¹, JJ.

La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició en 1986 un programa, el *Proyecto Ciudades Saludables*^{1,2,3,4}, que constituyó un intento de dinamizar a los gobiernos y habitantes de las ciudades europeas^{5,6} y de países desarrollados (Canadá, EE.UU. y Nueva Zelanda) en torno a objetivos de salud⁷. Hoy en día se está extendiendo ya a países en vías de desarrollo, adoptando en cada país sus propias peculiaridades; en Panamá se llama *'Municipios hacia el siglo XXI'*, en Venezuela *'Municipios hacia la salud'* y en Cuba *'Municipios por la salud'*.

Este proyecto pretendía ser un motor que activase las ideas de la estrategia *'Salud Para Todos en el año 2000'* de la OMS, y que pusiese en marcha lo que se venía llamando *'Nueva Salud Pública'*^{8,9,10,11}.

Al encontrarse en un nivel administrativo descentralizado, la ciudad puede ordenar los recursos necesarios en una amplia gama de responsabilidades y competencias, convirtiéndose en la opción eficaz ideal para apoyar un proceso intersectorial que conduzca a actuaciones creativas, efectivas y eficientes¹².

El marco urbano genera un tipo específico de relaciones personales, familiares, sociales y laborales. Se trata de hacer Promoción de la Salud para alcanzar una alta calidad de vida y salud para todos los vecinos de la ciudad^{13,14}.

"Una ciudad sana debe ofrecer no sólo un ambiente físico sano, sino también un ambiente psicosocial sano. Una ciudad sana no es sólo una ciudad exenta de epidemias infecciosas o crónicas, sino también una ciudad donde se puede vivir bien, donde la violencia y la criminalidad están ausentes, donde las diferentes comunidades sociales, étnicas, religiosas y culturales conviven en armonía, y en la que la base económica es sana y permite a cada uno ganar su vida. Esto representa una situación ideal, probablemente imposible de conseguir, pero hacia la que deben tender los esfuerzos comunitarios"¹⁵.

Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000)

Es una estrategia de la OMS para conseguir que "todos los habitantes de todos los países tengan el nivel de salud suficiente para que trabajen productivamente y participen activamente en la vida social de la comunidad en la que viven"¹⁶.

Principios clave de Salud Para Todos:

- 1.- Requiere la participación conjunta de los profesionales y la población.
- 2.- Depende de colaboraciones intersectoriales.
- 3.- Debe basarse en la Atención Primaria.

El programa europeo está orientado a conseguir un cambio en la concepción de los problemas de salud, desde una visión estrictamente médica hacia una mayor comprensión de los aspectos sociales de la salud, mediante la expansión de cinco áreas:

- 1.- *Autocuidados*: fomentando la capacidad de resolver problemas de forma autónoma sin tener que recurrir a los servicios asistenciales, disminuyendo así la dependencia de las personas hacia éstos.
- 2.- *Intersectorialidad*: integración de la atención médica con otras actividades relacionadas con la salud como educación, ocio, medio ambiente, cultura, servicios sociales, etc.
- 3.- *Integración* de la Promoción de la Salud con la medicina preventiva, la terapéutica y la rehabilitadora.
- 4.- *Cobertura* de las necesidades de los grupos desatendidos, evitando desigualdades.
- 5.- *Participación* de la comunidad.

Desde esta perspectiva, la Promoción de la Salud como medio hacia la Salud Para Todos en el año 2000, se plantea como un proceso de capacitación de la gente para aumentar su grado de control sobre su propia salud y para mejorarla. La salud se considera un recurso más para la vida cotidiana y no el fin último de la vida.

Muchos problemas de salud contemporáneos se ven más como sociales que como individuales; están marcados por opciones concretas de política nacional o local, que pueden modificarse desde los gobiernos municipales, por esto se plantea un programa dirigido a las ciudades¹⁷.

La Nueva Salud Pública

A partir de un informe gubernamental publicado en 1974 en Canadá por el entonces Ministro de Sanidad, Marc Lalonde, titulado *Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses*¹⁸, en el que cuestiona los determinantes de la salud, comienzan los esfuerzos por redescubrir la Sanidad en los países desarrollados. En él se dan los datos de los estudios epidemiológicos sobre las causas de los problemas de salud prevalentes. Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables: la biología humana (genética, envejecimiento...), contribuye a la salud en un 19%, el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), en un 27%, el estilo de vida (conducta de salud), en un 43%, el sistema de asistencia sanitaria, en un 11%. De estas cuatro variables, una apenas puede modificarse (la biología humana). Las otras tres sí son susceptibles de modificación.

Publica también la distribución de los gastos del Sector Sanitario, que, como se ve en los porcentajes adjuntos, no tiene en cuenta las prioridades marcadas por la epidemiología: a los factores biológicos o endógenos se les dedica un 79% de los gastos para la salud, a los factores ligados al entorno, un 16%, a los factores ligados al estilo de vida, un 15%, y a los factores ligados al sistema sanitario, un 89%

La Nueva Salud Pública busca dar un giro a las políticas de salud, actuando con más eficacia sobre los factores de riesgo y las causas desencadenantes de la enfermedad. Por ello:

- 1.- Pretende hacer prevalente la Salud sobre la enfermedad, y, así, a este modelo se le conoce con el nombre de '*Planificación para la Salud*'.
- 2.- Busca crear los mecanismos administrativos adecuados para tener en cuenta las cuestiones de salud en la formulación de las políticas de los sectores que no dependen directamente del

sector sanitario. Esto es, impulsar la intersectorialidad, dentro de un marco de equidad, para la creación de un medio ambiente, físico, social y estilos de vida, que conduzcan a la salud.

3.- Persigue estimular una auténtica política de Promoción de la Salud que haga que la participación ciudadana no se contemple sólo en términos individuales, sino también comunitarios. Para ello es fundamental conjugar los indicadores *objetivos* clásicos con indicadores *blandos*, que nos permitan conocer y responder a los problemas del Medio Interno (sociabilidad, estima, autorrealización...) que constituyen auténticas necesidades de los individuos y que están en la base de la prevalencia de los estilos de vida.

Para ello hay que centrar de forma clara el nivel de actuación y la línea de trabajo a seguir:

A.- Metas para una política de salud: Hacer que las personas puedan llevar una vida sana. Esto implica:

1.- La existencia de un medio ambiente que conduzca a la salud. Este Medio Ambiente se entiende tanto como Medio Físico (natural y construido) exento de riesgos importantes de naturaleza física, química y biológica, como Medio Social, en donde se minimicen los riesgos procedentes de los ambientes económicos, culturales y psicosociales.

2.- Equidad: Es decir, igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos a acceder a los servicios de salud preventivos y curativos.

3.- La política de Salud debe ir más allá de impulsar la intersectorialidad dentro de la administración. También debe construir una coalición de intereses con todos estos sectores, para la consecución de objetivos concretos de Salud a través del consenso y la negociación y, al mismo tiempo, estimular una auténtica política de Promoción de la Salud que faculte a los ciudadanos para tomar sus propias decisiones sobre su propia salud. Esta última tarea es fundamental, ya que poco puede cambiarse si no es con la aceptación y el

soporte de la sociedad.

4.- La Promoción de la Salud a nivel local es un elemento clave de esta política. Para conseguir la intersectorialidad se requiere un nivel importante de análisis previo y de coordinación de actividades, por lo que se hace necesario que los municipios se doten de los recursos suficientes para abordar esta tarea, dado que, como dicen algunos autores, "la asignación de recursos puede ser considerada como una forma concreta de establecimiento de prioridades"¹⁹. Tampoco hay que olvidar encauzar la colaboración con el personal del Servicio de Salud.

B.- Reorientación de los servicios sanitarios: El patrón de morbi-mortalidad ha cambiado de enfermedades infecciosas (a excepción de la situación provocada por el SIDA) a enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes; ante ellas, la asistencia sanitaria se hace ineficaz para mejorar sus tasas de incidencia y prevalencia. Frente a esta situación, se hace necesario reorientar las prioridades hacia la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad, sin descuidar, claro está, la calidad de la asistencia. Hay que incidir en los aspectos que capacitan y dan responsabilidad a los ciudadanos para controlar y mejorar su salud.

¿Tiene sentido un proyecto así?

Podemos encontrar ciudades en muy diferentes estados de desarrollo. En algunos sitios las ciudades recientes están aún estableciéndose y las más antiguas continúan creciendo o remodelándose. En otros, las ciudades que han sido grandes están en crisis y en estado de desintegración aparentemente rápido^{20,21}.

A pesar de las *profecías* de que las ciudades habían acabado su papel, se mantienen en vanguardia de la innovación y el cambio, continúan siendo el foco de las energías de los jóvenes y conforman muchos de nuestros sueños.

Hay ciudades que no están especialmente vapuleadas ni son insanas, como es el caso, por ejemplo, de Santiago de Compostela. Este proyecto, en este tipo de ciudades, tiene el sentido de mantener su buen estado de Salud y mejorarlo en lo posible. Aquí es totalmente aplicable la

definición: "Una ciudad sana es aquella que, de forma continua, está mejorando su ambiente físico y social, y potenciando aquellos recursos comunitarios que permiten a la población realizar todas las funciones de la vida y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo"^{22,23}.

Objetivo General del Proyecto Ciudades Saludables

Aplicar la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000^{24,25}:

- 1.- Fomentando la salud y el bienestar de los residentes en el área urbana.
- 2.- Desarrollando en la ciudad modelos operativos de Promoción de la Salud en la comunidad, que puedan servir como modelos de buena práctica, en lo concerniente a la salud en el contexto urbano.
- 3.- Realizando el seguimiento y planteando propuestas de investigación para evaluar rigurosamente la efectividad de las estrategias de promoción de la salud desarrolladas y las acciones emprendidas a nivel local para el fomento de la Salud Pública.
- 4.- Manteniendo contactos con otros proyectos de ciudades saludables, en el mismo país y en otros países, y con las redes internacionales, para intercambiar experiencias^{26,27,28,29}.

Objetivos Específicos del Proyecto Ciudades Saludables

- 1.- Asumir por consenso en pleno municipal las líneas directrices del programa. Es necesario el compromiso político municipal de adscripción al Proyecto.
- 2.- Elaborar el diagnóstico de situación. Uno de los elementos básicos para la realización de este diagnóstico es la participación comunitaria, por lo tanto la clave del mismo será la Encuesta de Salud que nos permitirá conocer las *necesidades sentidas* por la comunidad.
- 3.- Elaborar el Plan de Salud del municipio. Se dotará a la ciudad de un plan de actuación a la medida, que sirva de base y de marco para la Promoción de la Salud.
- 4.- Llevar a cabo en el municipio la estrategia que dimane del Plan de Salud.

5.- Fomentar en el ayuntamiento la intersectorialidad entre las diversas comisiones sectoriales del mismo (sanidad, educación, consumo, medio ambiente, urbanismo y obras públicas, tráfico y transporte, servicios sociales, juventud, deportes, cultura, participación ciudadana, etc.).

6.- Canalizar las demandas del municipio, fomentando la intersectorialidad entre las diversas instituciones implicadas (universidad, colegios profesionales, centros de salud, hospitales, asociaciones ciudadanas: de vecinos, culturales, juveniles..., organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, etc.). Es necesario crear un amplio debate público.

7.- Realizar el seguimiento y evaluación de las actividades.

8.- Asegurar los recursos económicos necesarios para desarrollar el Proyecto.

9.- Designar un responsable político y un responsable técnico que coordinen y dinamicen todas las actividades del Proyecto en el municipio, garantizando el interés y la viabilidad de sus objetivos.

10.- Crear la estructura de participación comunitaria necesaria, con el fin de dinamizar la resolución de los problemas que existan.

11.- Informar al resto de las ciudades de la Red sobre el desarrollo del Proyecto con el objeto de intercambiar experiencias para elevar el nivel de salud en las ciudades.

Los objetivos específicos se encuentran recogidos en el Programa de Actuación de la OMS, y están agrupados en ejes de trabajo anuales. Cada ciudad los enfoca después hacia un tema concreto^{30,31,32,33}.

Metodología de trabajo^{34,35,36}

1.- Recopilación de información y documentación sobre el Proyecto Ciudades Saludables. Elaboración de un pre-proyecto y cronograma³⁷.

2.- Promoción de la idea hacia dentro (dentro del propio ayuntamiento y personas que lo integran). (Responde a los Objetivos Específicos 1, 5, 8, 9 y 11)

3.- Realización del diagnóstico de salud: se subdivide fundamentalmente en dos grandes bloques: en una primera etapa se trata de conocer el nivel de salud de la ciudad, partiendo de la identificación técnica de los factores de riesgo y el estudio de sus interacciones como posibles

determinantes de enfermedad, es el diagnóstico del medio clásico, se lleva a cabo mediante la recogida de indicadores objetivos (epidemiológicos o duros) y su interpretación (*morbilidad objetiva*); en una segunda etapa se efectúa la encuesta de salud que recoge la percepción y definición que la población hace sobre su salud y la de su ciudad, mediante indicadores subjetivos (psicosociales o blandos), supone la integración de los elementos de *morbilidad sentida* por los ciudadanos. Análisis de datos y conclusiones^{38,39,40,41,42}.

Entendemos como factores de riesgo del medio todas aquellas variables sobre las que se puede actuar para mejorar la calidad de los elementos constituyentes del ámbito, tanto físico como social, y con ello disminuir los problemas de salud y del propio ambiente. (Responde al Objetivo Específico 2).

4.- Promoción de la idea hacia fuera (contactos con los distintos organismos, profesionales, organizaciones, etc., interesadas en el Proyecto). (Responde a los Objetivos Específicos 6 y 10).

5.- Elaboración de planes de actuación, concretados al máximo. Después de realizar la encuesta de salud, se está en condiciones de plantear recomendaciones sectoriales, así como de ofrecer una propuesta de priorización de problemas^{43,44,45,46}. Elaboración provisional de un Plan de Salud para el municipio y discusión del mismo entre las distintas partes implicadas^{47,48,49,50}.

Hay que tener en cuenta que el Plan de Salud se realiza a la medida de los resultados obtenidos en el diagnóstico y depende de las peculiaridades de la propia ciudad. Sin embargo debe de presentar las siguientes características:

a) *Participativo*: debe incluir a los distintos componentes de la vida municipal, así como a las distintas instituciones con capacidad de actuación en el medio.

b) *Dinámico*: en la medida que debe incorporar la nueva información generada y ser posible su adaptación a nuevos problemas.

c) Sometido a *seguimiento*.

d) Proporcionar *criterios de actuación sectoriales* para otros ámbitos municipales. (Responde a los Objetivos Específicos 3 y 4).

6.- Ejecución del Proyecto.

7.- Establecimiento de mecanismos de

seguimiento y criterios de evaluación. Congregar en sesiones de trabajo a los responsables del proyecto es positivo, tanto para el personal técnico como para los responsables municipales. El reunirse cada 15 días proporciona una visión de conjunto para readaptar ciertos contenidos del programa a la realidad diaria que se vive en el municipio. Este trabajo es una buena base para ir montando la estructura del programa.

(Responde al Objetivo Específico 7).

El equipo de trabajo

El equipo base de partida, tiene que ser un comité intersectorial que conste de diversas personas, unas técnicas y otras políticas, encargadas de la coordinación del arranque del Proyecto.

Este equipo debe ofertar especialización técnica. Estar capacitado para: elaborar el diagnóstico de salud de la ciudad y planes de actuación; supervisar y evaluar el programa de actuación; coordinar las actuaciones de los distintos sectores que deben participar en el proyecto, tanto dentro del ayuntamiento, como a nivel municipal interinstitucional y de la población, quién, en último término, tiene la palabra; recopilar información y documentación del 'Healthy Cities Project', de 'Health for All' y de las distintas ciudades integradas en el proyecto; difundir las actividades realizadas, intercambiar experiencias y facilitar la comunicación con las otras ciudades que están llevando a cabo el proyecto; en definitiva, integrar a la ciudad en la Red de Ciudades Saludables.

Pueden irse agregando, poco a poco, otras personas y entidades cuya colaboración sea indispensable para la realización del Proyecto.

Se trata, en suma, de crear el 'efecto piedra en el estanque': "si tiramos una piedra a un estanque provocamos una serie de ondas concéntricas sobre su superficie que se van ampliando y afectan poco a poco a toda la superficie, y también a los objetos y obstáculos que encuentren a su paso (una hierba, una barca, un sedal de pescar...), movilizándolos y obligándolos a entrar en contacto unos con otros o, cuando menos, a oscilar al unísono, y a salir de su soledad y quietud. Otros movimientos invisibles se propagan hacia la profundidad y en todas direcciones. Mientras la piedra sigue bajando, remueve algas, asusta peces, agita moléculas... y cuando por fin toca fondo, remueve el limo, golpea

otros objetos caídos anteriormente y que reposaban olvidados, tapando unos con la arenilla y destapando otros..."⁵¹

Referencias bibliográficas

1. Organisation Mondiale de la Santé. *Le projet Villes-Santé de l'OMS. La Santé pour tous. Stratégies d'action au niveau local*. Copenhague: OMS, 1986.
2. World Health Organization. *Healthy Cities Project: workshop on strategies; 1986 Oct 13-15; Gothenburg. Summary report*. Copenhague: WHO, 1986.
3. World Health Organization. *Healthy Cities Project: workshop on indicators; 1987 Mar 8-12; Barcelona*. Copenhague: WHO, 1987.
4. World Health Organization. *Healthy Cities Project: meeting of WHO project coordinators; 1988 Mar 21-23; Bremen*. Copenhague: WHO, 1988.
5. Declaración de Barcelona sobre la población y el futuro urbano, 1986 [información]. *Gas Sanit (Barc)* 1986; 29: 208-9.
6. Programa Healthy Cities - OMS. Reunión de ciudades españolas; 1986 Oct 26-28; Barcelona [información]. *Gas Sanit (Barc)* 1986; 30: 258-9.
7. Organización Mundial de la Salud. Coloquio sobre la ciudad sana. *Rev Sanid Hig Publica* 1987; 61: 145-8.
8. Ashton J. Una visión global del proyecto Ciudades Saludables. *Gac Sanit* 1989; 3: 433-6.
9. Costa J, Álvarez-Dardet C. Ciudades Saludables: un movimiento para la nueva salud pública [editorial]. *Gac Sanit* 1989; 3: 407-8.
10. Ashton J. *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva salud pública. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva salud pública*. Valencia: Consellería de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana/Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1990.
11. Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson, 1990.
12. Costa J, Colomer C. El Proyecto Healthy Cities en España. *Rev Salud Publica* 1989; 1: 159-73.
13. Comité Intersectorial de Ciudades Sanas. Declaración de Liverpool sobre el Derecho a la Salud. *Gac Sanit* 1989; 3: 585-7.
14. Ashton J. *Ciudades sanas*. Barcelona: Masson, 1993.
15. Giroult E. *Le projet OMS Cités-Santé*. Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé, 1988.
16. World Health Organization. *Global strategy for Health For All by the Year 2000*. Geneva: WHO, 1981.
17. Tsouros A (ed). *El proyecto Ciudades Sanas de la Organización Mundial de la Salud: un proyecto que ha llegado a ser un movimiento*. Valencia: Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública/Consellería de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana, 1991.
18. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
19. Antó JM. El uso de las encuestas de salud por entrevista en la planificación sanitaria. *Libro de ponencias de la V Reunión de la SEE*. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología, 1986.
20. AAVV. Ciudades saludables, municipios habitables. *Bando* 1991; 38-40.
21. Núñez A, Álvarez-Dardet C. Ciudades sanas, el futuro preferible. *Clin Rural* 1993; 397: 4-6.
22. Hancock T. *WHO Healthy Cities project. Five-year planning framework*. Copenhague: World Health Organization, 1988.
23. Duhl L. *A guide to assessing Healthy Cities*. Copenhague: World Health Organization, 1988.
24. Villalbí JR, Costa J, Ashton J, Cuervo JI. El proyecto internacional de Ciudades Saludables: bases conceptuales y perspectivas para su desarrollo en España. *Rev Sanid Hig Publica* 1989; 63: 15-24.
25. Álvarez-Dardet C, Colomer C. El movimiento de ciudades sanas. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 139-41.
26. Thebault P, Poligné J et al. *Rennes Ville Santé*. Rennes: Hôtel de

Ville, s.d.

27. Bassett WH. *Environmental health handbook. Exeter*. Exeter: City Council, s.d.
28. Gentle PH. *Better Health 1990. A Report on the health of people living in the Exeter Health District, and ways in which it can be improved*. Exeter: City Council, 1990.
29. Pereira A, Godinho F et al. *Seixal, Cidade Saudavel*. Seixal: Câmara Municipal, 1991.
30. Institut d'Ecologia Urbana de Barcelona. *Barcelona funciona. Ecologia d'una Ciutat*. Barcelona: Área de Sanitat, Salut Pública i Medi Ambient del Ajuntament de Barcelona, 1987.
31. Ayuntamiento de Sevilla. *Ciudades Saludables. Estrategias para la Promoción de la Salud*. Sevilla: Ayuntamiento, 1988.
32. Iglesias R. *Madrid Ciudad Saludable*. Madrid: Área de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, 1991.
33. Iglesias R. *Madrid Ciudad Saludable, 2*. Madrid: Área de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, 1991.
34. Federación Española de Municipios y Provincias. *Convenio de Ciudades Saludables (12 de diciembre de 1990)*. Madrid: FEMP, 1990.
35. Federación Española de Municipios y Provincias. *Reglamento de Régimen Interior de la Comisión de Seguimiento de la Red Española de Ciudades Saludables*. Madrid: FEMP, 1990.
36. Federación Española de Municipios y Provincias. *Normas de organización y funcionamiento de la sección de la red española de ciudades saludables*. Madrid: FEMP/M. de Sanidad y Consumo, 1991.
37. Maceiras L, Barros JM, Toxo L. El Proyecto Ciudades Saludables. *A tu salud* 1994; 5: 20-3.
38. Instituto de Salud Pública de Navarra. *Ciudades Saludables para Navarra: Comarca de Pamplona*. Pamplona: Servicio Regional de Salud del Departamento de Sanidad y Bienestar Social del Gobierno de Navarra, 1987.
39. Carbonell MC, Gascón ME. *Prioridades sanitarias en la Comunidad Valenciana: Un Estudio Delphi*. Valencia: Consellería de

Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana/Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1989.

40. García R, Astray J, Cambra K, Figuera M, Lezaun B, Zapata E et al. *Ciudades saludables. Margen izquierda*. Vitoria: Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco/Servicio Vasco de Salud, 1990.
41. Área de Sanidad y Acción Social. *Encuesta de Salud de Zaragoza. (Población mayor de 16 años)*. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza, 1991.
42. Forcada J, Casado MC, Corpas MT, Lapuerta P, Magaña A, Martínez R, Ros A, Urizar I. *Diagnóstico del medio de la Zona Básica de Cascante*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 1991.
43. Torres JP, Sánchez J, Arias A, Villán A. *Planes Municipales de Salud*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
44. Área de Sanitat, Salut Pública i Medi Ambient. *Programes d'Actuació*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1987.
45. García R, Astray J, et al. *Las ciudades saludables en Euskadi*. Vitoria: Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco/Servicio Vasco de Salud, 1990.
46. Colomer C, Núñez A. Ciudades Sanas. *Jano* 1994; XLVII: 52-9.
47. García C. *España Saludable*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
48. López JM, Aristegui JJ, Pares M, García C. *Entornos Saludables (Reto para los 90)*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
49. Red Andaluza de Ciudades Saludables. *Documento-Marco. Proyecto Ciudades Saludables. Andalucía*. Sevilla: RACS/Federación Andaluza de Municipios y Provincias, 1992.
50. AAVV. *Entornos saludables en el medio urbano. 2º Congreso de la Red Española de Ciudades Saludables*. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona/Federación Española de Municipios y Provincias/Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
51. Rodari G. *Gramática de la Fantasía*. Barcelona: Argos Vergara, 1983.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Odontología; ²Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; Universidad de Santiago de Compostela.



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.