

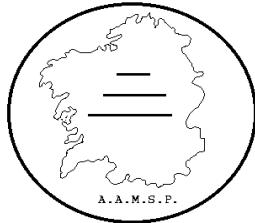
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

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 Serviciós Sociais. Xunta de Galicia.

El hospital nuestro de cada día: la información dada → la calidad percibida

Maceiras¹, L., Barros^{1,4}, J., Cadarso², C., Fernández¹, C., Tato^{3,4}, F., Smyth¹, E., Montes¹, A., Aguiar¹, MR., Quintas^{1,5}, C., Gestal^{1,4}, JJ.

Entre los datos que proporcionan las diversas encuestas llevadas a cabo entre los usuarios de los servicios sanitarios, creemos importante destacar los que nos permiten conocer hasta qué punto estos usuarios son informados de los riesgos a los que están sometidos y cómo perciben ellos esa información.

En 1996 el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) realizó una encuesta entre las personas ingresadas en los hospitales públicos más grandes de Galicia¹.

En ella se indica que, a nivel gallego, el porcentaje global de personas que fueron informadas de riesgos quirúrgicos o de las pruebas a las que podían ser sometidas fue del 27,1%, sobre otro tipo de riesgos se informó al 12,2%, no se informó al 54,4% y no sabía o no contestó (NS/NC) el 6,3%. Por hospitales, podemos ver los datos de la información suministrada a los enfermos sobre los riesgos quirúrgicos, de pruebas, o de otro tipo, en la tabla siguiente.

Información sobre riesgos quirúrgicos, de pruebas, u otro tipo de riesgos, en los hospitales más grandes de Galicia del (SERGAS).

Hospitales	Información a personas		N
	operadas (%)	no operadas (%)	
Arquitecto Marcide (Ferrol)	70,0	15,6	251
Xeral-Cies (Vigo)	67,3	22,3	240
Meixoeiro (Vigo)	64,0	42,1	253
Xeral-Calde (Lugo)	61,4	23,1	274
Cristal-Piñor (Ourense)	57,4	43,6	239
Montecelo (Pontevedra)	57,0	17,1	222
Monforte	54,9	29,0	147
Juan Canalejo (A Coruña)	53,2	29,0	264
Da Costa (Burela)	40,9	39,0	170
Dr.Cabaleiro-S.M.Madre (Ourense)	36,8	23,8	167
Xeral Galicia (S. Compostela)	33,6	25,5	288
Valdeorras	21,0	11,0	126

Fuente: SERGAS.

Discusión

Los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad² recogen la *Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos*. En el punto 5 del artículo 10^o podemos leer que *todo* enfermo 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". Otras leyes^{3,4}, decretos y órdenes refuerzan este enfoque.

¿Qué información se da?

Habitualmente menos de la que los enfermos y sus familiares desean^{5,6}. Los profesionales sanitarios suele infraestimar las necesidades de información de los enfermos en cantidad y en calidad^{7,8}, dejando, generalmente, insatisfechas las expectativas de los usuarios de los servicios sanitarios en este aspecto^{9,10}; incluso, a veces, se aduce falta de tiempo para esta información, no tanto en la atención a las personas hospitalizadas, como en las consultas cotidianas¹¹.

Es obvio que no es justificable alegar falta de tiempo. Y no vendría mal tener en cuenta que el estar informado es un *derecho* de *todo* enfermo,

sin pensar por ello que es una obligación por parte del personal sanitario, sino una forma de relacionarse más profesionalmente con esas personas que se tienen delante y a las que, por supuesto, se quiere atender lo mejor posible. Si observamos con detenimiento los datos de la tabla comprobamos que en nuestra comunidad autónoma es alarmante la falta de información existente en algunos hospitales, mientras que en otros, sin llegar aún al deseable "información para todos" (ya, no en el año 2000, aunque falte poco para él) es importante el nivel conseguido; conviene, de todas formas, reseñar que no sólo hay que informar a las personas que van a pasar por la cirugía o pruebas que necesiten de una información, es una norma de *buena práctica clínica* con cualquier usuario de los servicios sanitarios y la *calidad* de estos servicios depende también de esta información.

¿Cómo se da la información?

En teoría habría que darla "en términos comprensibles", en la práctica... frecuentemente no es así. En la encuesta del CIS que abordó este tema^{12,13} un 42% de los encuestados hospitalizados decían que entendían la información que se les daba "bien o muy bien" y un 41% "regular, mal o muy mal"; en atención primaria subía a un 45% los que creían que entendían "bien o muy bien", pero también subían a 43% quienes entendían "regular, mal o muy mal"; y en los servicios de urgencias un 44% estimaba la información como "buena o muy buena" y un 31% como "regular, mala o muy mala". Los porcentajes, como vemos, están bastante igualados, y ese es el problema: no hay diferencia suficiente entre quienes entienden la información dentro de la gama de los '*bien*' y quienes lo hacen dentro de la de los '*mal*'.

Por otro lado, en la encuesta nacional de post-hospitalización del INSALUD¹⁴, a la pregunta "¿Cómo cree que le informaron sobre su enfermedad?" respondieron "muy bien" el 30,1%, "bien" el 44,1%, "normal" el 17,3%, "mal" el 6% y "muy mal" el 2,5% (n=863). Nuestros datos de la encuesta de post-hospitalización sobre satisfacción de usuarios en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo¹⁷, son que, a la pregunta "¿Qué tal entendió Vd. y su familia lo que su médico le explicó sobre su enfermedad?", las respuestas

dadas por los pacientes han sido de "muy bien" el 41,9%, "bien" el 38,7%, "normal" el 16,1%, "mal" el 1,7% y "muy mal" el 1,6% (n=744). Con respecto a la encuesta nacional vemos que aumenta el porcentaje de personas que entienden "muy bien" o "bien" y disminuye el de las que entienden "normal", "mal" o "muy mal", pero entre las dos encuestas ha pasado un tiempo que ha podido dar lugar a una evolución en las formas de *relación médico-enfermo*¹⁵.

El *índice de satisfacción con la información recibida*, medido en una escala de 0 a 5, en la encuesta del INSALUD¹⁴ fue de 3,89 a nivel nacional (el índice medio); por comunidades autónomas, el de Galicia se situó en 3,93, con lo que fue superior al índice medio nacional; siendo el más bajo el de Canarias (3,53) y el más alto el del país Vasco (4,11). En Estados Unidos, el estudio piloto del *Patient Judgments of Hospital Quality*¹⁶, encuesta también de post-hospitalización, encontró un índice medio de satisfacción con la información de 3,25, obteniéndose en el Hospital que dio el índice más bajo un 2,34 y en el Hospital del más alto un 4,17. En la encuesta del C.H. Juan Canalejo¹⁷ el *índice de satisfacción con la información recibida* es 4,17.

Los datos son esperanzadores, aumentan las explicaciones dadas por el personal sanitario y la comprensión de ellas por parte de los usuarios, aunque también hay que tener en cuenta que no son datos de toda Galicia, sino sólo de un Complejo Hospitalario; a pesar de ello, todo parece indicar que estos aspectos cobran importancia para nuestros profesionales, y tampoco conviene perder de vista que los usuarios son cada vez más exigentes con la *calidad total* de los servicios que se les prestan.

De todos modos en todo estudio de opiniones de usuarios es peligroso hacer comparaciones de datos e índices, dado que una población más crítica puede dar resultados más bajos con una información y práctica clínica mejores, que otras poblaciones con peor información y práctica clínica, pero menos exigentes.

Referencias bibliográficas

1. Servicio Galego de Saúde. *Avaliación da calidade percibida polos pacientes ingresados nos hospitais do SERGAS*. Santiago de Compostela: SERGAS, 1996.
2. Cortes Españolas. *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril)*. *Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública (Ley 3/1986 de 14 de abril)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
3. Cortes Españolas. *Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE 24-7-1984)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
4. Parlamento de Galicia. *Estatuto Galego do Consumidor e Usuario. E normativa complementaria*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, 1987.
5. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad, 1989.
6. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
7. Simpson M, Buckman R, Stewart M *et al*. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991;303: 1385-7.
8. Marcos J. La relación médico-enfermo. *Quad Caps* 1992; 18: 27-33.
9. Sánchez M. La comunicación de la verdad al enfermo canceroso.

Oncología (Madr) 1992; 16: 366-9.

10. Astudillo W, Mendinueta C. Principios generales de los cuidados paliativos. *Cent Salud* 1994; julio: 541-8.
11. García-Olmos L, Villegas V, Martínez M, León M, Ballesteros A. Actitud del médico en la entrevista clínica. *Aten Primaria* 1991; 8: 510.
12. Centro de Investigaciones Sociológicas. La asistencia sanitaria en España (I). *Rev Esp Invest Soc* 1991; 53: 267-303.
13. Centro de Investigaciones Sociológicas. La asistencia sanitaria en España (y II). *Rev Esp Invest Soc* 1991; 54: 245-67.
14. Hernández JF. *Encuesta nacional de post-hospitalización. Estudio sobre la satisfacción de los usuarios de la hospitalización en la red del INSALUD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
15. Maceiras L, Barros JM, Fernández C, Fraga JM, Montes A, Smyth E, Gestal JJ. La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. cómo se encuentra después de...? *Apuntes de Salud Pública* 1996; 10: 11-6.
16. Meterko M, Nelson EC, Rubin HR *et al*. Patient Judgments of Hospital Quality. Report of a pilot study. *Med Care* 1990; 28 (supl).
17. Maceiras L. *Satisfacción de los usuarios ante la atención a la salud recibida en un hospital: el caso del Complejo Hospitalario 'Juan Canalejo' (A Coruña)* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1996.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, ²Departamento de Estadística e Investigación Operativa, ³Departamento de Farmacología; Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ⁵Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.



Atención Primaria en Galicia

Carta abierta

En relación a como está estructurada la Atención Primaria en Galicia, nos surgen una serie de preguntas, que vamos a plantear en esta carta abierta esperando que alguna vez alguien conteste.

A.- De política, gestión y administración sanitaria:

- 1.- ¿Sobre que mapa se estructura la futura planificación de la red asistencial sanitaria, cuales serán los centros de gasto y cuales serán sus competencias?.
- 2.- ¿Está prevista una articulación entre Atención Primaria y Atención Especializada?.
- 3.- ¿Para cuando la informatización y comunicación inter e intracentros?.
- 4.- ¿Quién tiene competencias en Salud Pública?.
- 5.- ¿Cual es el modelo de Centro de Atención Primaria y como será su funcionamiento?.
- 6.- ¿De verdad se sigue creyendo en “el médico orquesta”?.
- 7.- ¿Cual es la cobertura legal del personal sanitario?.
- 8.- ¿ILTs, gasto farmacéutico, pruebas complementarias, libre elección de médico, cobro per capita, calidad asistencial, confidencialidad, SE PUEDE HACER TODO ESTO A LA VEZ?.
- 9.- ¿Para cuando unos protocolos diagnósticos y terapéuticos avalados por los Colegios Profesionales, Administración Sanitaria y Jurídica, que eviten la Medicina defensiva?.
- 10.- Calidad, equidad y eficiencia ¿serán algún día compatibles en el Sistema Sanitario?.