GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

n.º 0
IV Trimestre
2001

Páginas de Salud

Boletín Epidemiológico de Aragón
SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

2 Editorial

3 Red Aragonesa de Vigilancia Epidemiológica

- Actualización de datos
  - Enfermedades de declaración obligatoria
  - Registro de casos de Sida en Aragón
- La eliminación del sarampión en Aragón

11 Líneas estratégicas. Atención Primaria

14 Mortalidad 1997. Avance de resultados

19 Unidades de Media Estancia en Psiquiatría

24 Referencias al tabaco en la ley 3/2001

Editorial

Páginas de Salud

número 0•Trimestre 4

Año 2001

COMITÉ DE DIRECCIÓN

José María Arnal Alonso
Antonio Brun Macipe
Mariano Burriel Martínez
Rosario Cabezudo Vallés
Roberto Garuz Bellido
Luis Gascón Andreu
Luis Ignacio Gómez López
Francisco Muñoz Rodrigo
Juan Blas Pérez Lorenz
Rafael Vázquez López
Alfonso Vicente Barra
José Lorenzo Vivó Lázaro

COMITÉ DE REDACCIÓN

Dora Félez Minguillón
Juan Carlos García Aísa
Luis Gascón Andreu
María Oliva Ladrero Blasco
Eva Lamote de Grignon Alifonso
Luis Alberto Larrosa Montañés
Nieves Martínez Arguisuelas
Ana Rivasés Aunes

Desde una concepción holística, podemos definir la salud como el resultado de un estado de equilibrio entre las aspiraciones de desarrollo individual, la distribución equitativa de los recursos y el bienestar físico y psíquico de las personas. En este sentido, la salud no sólo va a depender de factores genéticos individuales y del desarrollo de los sistemas de atención sanitaria, sino que aparece condicionada también, tanto por los hábitos de vida personales como por sus circunstancias ambientales, económicas, sociales y culturales. De aquí se desprende que una de las responsabilidades de los gestores sanitarios debe ser la orientación de los recursos desde una perspectiva de promoción de la salud.

En este empeño se aplican un buen número de medios, dentro de los cuales cobran especial importancia los diferentes sistemas de información. Tratar de mejorar el funcionamiento de la red dedicada a recabar información, aumentar la fiabilidad de los datos obtenidos, así como su correcto tratamiento y análisis, tanto desde el punto de vista técnico como estadístico, son y seguirán siendo objetivos fundamentales.

Pero también es un reto permanente la adaptación a nuevas formas y fórmulas de divulgación de la información generada a través de estos sistemas. El contexto de cambio en el que nos hallamos, con el proceso de transferencia de las competencias del Insalud en su recta final, así como las posibilidades que brindan los nuevos soportes de información para la red sanitaria, exigen una adaptación tanto de las estructuras de gestión como de los mecanismos de información interna y externa.

Conscientes de estos desafíos, así como de la necesidad de revitalizar los cauces de comunicación, se han introducido nuevos planteamientos en la presentación y contenidos del Boletín Epidemiológico de Aragón, instrumento tradicional de comunicación con los profesionales de la salud, ampliando el espectro de los temas habitualmente tratados en sus páginas para hacerse eco no sólo de la actividad epidemiológica como tal, sino del resto de los ámbitos de salud pública y de atención sanitaria y sociosanitaria.

Pretendemos asimismo que la etapa que ahora se inicia cuente con la participación activa y la opinión de las voces más acreditadas en cualquiera de los campos profesionales relacionados con la salud. De igual modo queremos que, sin perder su componente técnico, el Boletín permita también su traslación a soporte informático y el acceso al mismo a través de Internet. Todo ello con el deseo de poner en vuestras manos unas páginas de salud.

EDO

Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en Aragón. Tercer trimestre de 2001 (semanas 27 a 39 de 2001)[1]

EDO	Casos nuevos 2001	Casos nuevos 2000	IE[2]	Casos acumulados 2001	Casos acumulados 2000
Disentería bacilar	0	2	0,00	0	1
Fiebres tifoidea y paratif.	1	3	0,50	4	6
Otros proc. diarreicos	24.387	33.255	0,82	72.090	90.944
Toxinfección alimentaria	240	258	0,70	643	533
Triquinosis	0	0	–	0	0
Botulismo	0	1	–	0	1
Varicela	547	983	0,71	5.441	6.545
Enfermedad meningocócica	2	2	0,50	12	21
Gripe	486	1.470	0,14	13.088	68.610
Legionelosis	6	2	2,00	16	7
Meningitis tuberculosa	1	0	–	3	2
Otras meningitis	15	8	1,67	48	74
Otras tuberculosis	15	25	1,15	65	74
Tuberculosis respiratoria	52	45	0,87	166	172
Sífilis	5	3	1,67	13	11
Infección gonocócica	3	9	0,33	6	24
Parotiditis	20	24	0,83	53	85
Rubéola	3	1	0,75	12	10
Sarampión	0	0	0,00	1	1
Tétanos	0	0	–	0	2
Tos ferina	5	52	0,20	17	66
Hepatitis A	4	3	1,33	7	11
Hepatitis B	10	3	2,00	21	13
Otras hepatitis	5	7	0,38	24	22
Brucelosis	8	16	0,31	25	48
Carbunco	1	3	0,50	11	11
Fiebre exantemática medit.	0	2	0,00	0	5
Hidatidosis	15	13	1,15	36	37
Leishmaniasis	3	2	3,00	9	6
Paludismo	4	12	0,80	23	19

1. Datos provisionales correspondientes al periodo comprendido entre el 01/07/01 y 29/09/01.

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 ≥ 1,25 incidencia superior a la esperada; IE ≤ 0,75 incidencia inferior a la esperada.

Vigilancia Epidemiológica

SIDA

Registro de casos de SIDA en Aragón

Situación a 30 de junio de 2001

Con las notificaciones recibidas durante el primer semestre de 2001 han sido confirmados 1175 casos de sida acumulados desde 1985 con residencia habitual en Aragón (172 casos en Huesca, 89 en Teruel y 914 en Zaragoza) que suponen una tasa de incidencia acumulada para el conjunto regional de 98,4 casos por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia para el año 2000 en Aragón con 63 casos declarados fue de 5,3 casos por 10^5 habitantes. La media nacional se situó en 5,9 por 10^5 habitantes[1].

La tendencia en la incidencia anual es descendente desde el año 1995 (tabla 1). El número de casos nuevos ha ido disminuyendo debido al conjunto de los avances de la lucha contra el sida, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria, pero fundamentalmente debido a los nuevos tratamientos antiretrovirales.

La incidencia actual de casos de sida no refleja necesariamente la evolución de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En cualquier caso, el descenso en la incidencia de sida es un dato positivo que indica una mejoría importante en el pronóstico y calidad de vida de las personas infectadas por el VIH.

El número de casos en los que se conoció el fallecimiento por notificación al Registro de Casos de sida de Aragón, fueron 493 (42% de letalidad) aunque consideramos que esta letalidad podría estar infraestimada al no conocerse el fallecimiento en todos los casos en que haya ocurrido.

El 77,4% de los casos incluidos en el registro son varones con una razón varón/mujer de 3,43. La tasa específica por grupos de edad muestra una mayor incidencia en el grupo 25-39 años, seguida del grupo de edad 40-59 años y de 13 a 24 años.

En el conjunto de casos notificados desde 1985 las categorías de transmisión más frecuentemente declaradas son los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) con porcentajes del 57,4% y transmisión sexual (20% para transmisión heterosexual y 7% para la transmisión homo/bisexual en varones). En el gráfico 1 podemos ver la evolución anual de estas tres categorías de transmisión en el periodo de estudio. En el año 2000, por primera vez, los casos declarados por transmisión heterosexual superaron a los casos en UDVP.

Desde el año 1994 en que comenzó a aplicarse la nueva definición de caso, las enfermedades indicativas de sida notificadas con mayor frecuencia han sido la tuberculosis extrapulmonar o diseminada (21,35%), seguida de tuberculosis pulmonar (13,8%) y la neumonía por *Pneumocystis carinii* (12,3%). En los casos infantiles (menores de 13 años) el síndrome caquéctico por VIH, las múltiples infecciones bacterianas recurrentes y la neumonitis intersticial linfoide han supuesto cada una de ellas un 21,7% de los casos.

1. Vigilancia del sida en España. Situación a 30 de junio de 2001. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Boletín Epidemiológico de Aragón
número 0 Trimestre 4. Año 2001

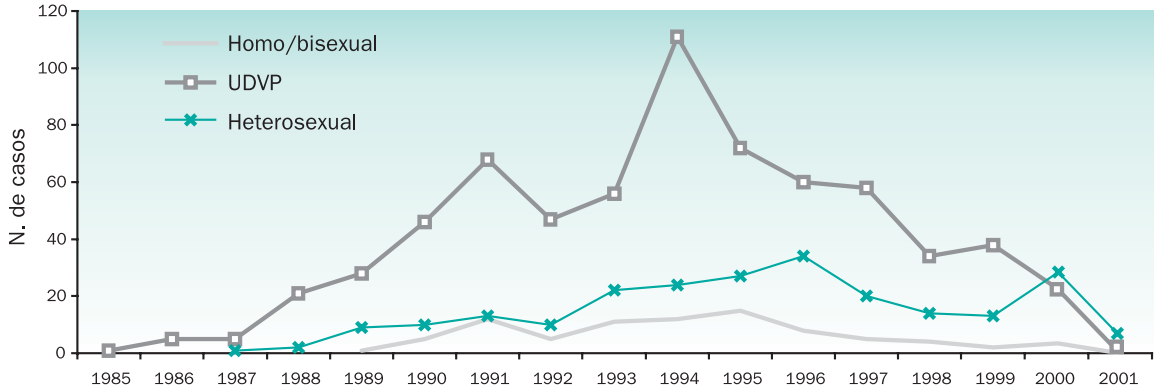
Tabla 1.

Casos y tasa por 100 mil habitantes de SIDA en España y Aragón, según año de diagnóstico. Actualización de 30-06-2001

Año	Huesca		Teruel		Zaragoza		Aragón		España	
de Diagnóstico	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1985	0	0,0	0	0,0	4	0,5	4	**0,3**	175	0,4
1986	1	0,5	1	0,7	8	1,0	10	**0,8**	493	1,3
1987	1	0,5	1	0,7	8	1,0	10	**0,8**	1086	2,8
1988	7	3,2	3	2,0	26	3,1	36	**3,0**	2258	5,9
1989	4	1,9	5	3,3	41	5,0	50	**4,2**	3152	8,1
1990	8	3,7	5	3,3	54	6,5	67	**5,6**	3898	10,0
1991	14	6,5	11	7,3	77	9,3	102	**8,5**	4555	11,7
1992	15	7,0	3	2,0	52	6,3	70	**5,9**	5053	12,9
1993	19	8,8	9	6,0	81	9,8	109	**9,1**	5463	14,0
1994	26	12,1	11	7,3	126	15,2	163	**13,7**	7359	18,7
1995	21	9,7	11	7,3	96	11,6	128	**10,7**	7060	17,9
1996	18	8,3	10	6,7	97	11,7	125	**10,5**	6538	16,6
1997	9	4,2	7	4,7	84	10,1	100	**8,4**	4683	11,8
1998	6	2,8	3	2,0	55	6,6	64	**5,4**	3536	8,6
1999	7	3,2	4	2,7	53	6,4	64	**5,4**	2962	7,2
2000	12	5,6	4	2,7	47	5,7	63	**5,3**	2745	5,9
2001	4		1		5		10			
Total	172	79,7	89	59,3	914	110,4	1175	**98,4**		

Gráfico 1.

Casos de SIDA por categoría de transmisión según año de diagnóstico en Aragón. Actualización a 30 de junio de 2001



Vigilancia Epidemiológica

SARAMPIÓN

La eliminación del sarampión en Aragón

María Oliva Ladrero Blasco
Médico de Administración Sanitaria
Servicio de Prevención y Promoción de la Salud

La posibilidad de erradicar una enfermedad depende de sus características epidemiológicas y de la disponibilidad de medidas de control eficaces que permitan disminuir el número de susceptibles hasta conseguir interrumpir la circulación del agente causal[1, 2].

El sarampión es una de las enfermedades de mayor infecciosidad y patogenicidad por lo que produce enfermedad en prácticamente todos los infectados. La elevadísima transmisibilidad dificulta la erradicación en un territorio si no son inmunes al menos el 95% de su población.

La posibilidad de erradicar el sarampión se basa en que afecta exclusivamente a los humanos, no hay reservorio animal ni portadores crónicos y produce una inmunidad duradera que no sólo evita que los casos vuelvan a padecer la enfermedad sino que tambien impiden la transmisión del virus.

Sin embargo, aún con una eficacia vacunal del 95% y altas coberturas de vacunación cada cierto tiempo se produce un acúmulo de susceptibles suficiente para mantener la transmisión del virus. Por esta razón, se vienen reforzando los programas de vacunación con una segunda dosis.

El punto de partida para la erradicación del sarampión surgió en la 42ª Asamblea Mundial de la Salud de 1989 que acordó dos metas mundiales para el año 1995: reducir en un 90% la morbilidad y en un 95% la mortalidad. En 1990 la Cumbre Mundial a favor de la infancia adoptó, además, como objetivo, alcanzar coberturas de vacunación superiores al 90% en niños menores de un año en todos los países.

En el momento actual tres regiones sanitarias de la OMS han puesto en marcha planes de acción para eliminar[1] el sarampión de su territorio. En 1994 la Región Americana (AMR) aprobó el objetivo de eliminación para el año 2000[3]; en 1997 la Región del Mediterráneo Oriental (EMR) aprobó el objetivo de eliminación para el año 2010 y en 1998 la Región Europea (EUR) aprobó alcanzar la eliminación en el año 2007.

La OMS estimó que para interrumpir la transmisión del virus del sarampión, la proporción de población susceptible recomendada no deberá superar, en cada grupo de edad, los siguientes porcentajes: 15% en niños de 1-4 años; 10% en niños de 5-9 años; 5% en niños de 10-14 años y 5% en cada cohorte de adultos por encima de esta edad.

De acuerdo con las recomendaciones establecidas por la OMS, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, como centro Coordinador del Plan Nacional de Eliminación[4], se planificaron las actividades a realizar por las diferentes Redes de Vigilancia de las Comunidades Autónomas.

En Aragón ha comenzado a desarrollarse un Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión que tiene como objetivo general **eliminar el sarampión autóctono en el año 2005**. Este objetivo general se concreta en dos objetivos específicos:

- Reducir la proporción de individuos susceptibles en cada grupo de edad hasta

1. Cuando en un país o región sanitaria determinada se demuestra la interrupción de la circulación del virus del sarampión hablamos de *eliminación* y va seguida de la emisión por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la correspondiente certificación de país libre de sarampión. El concepto de *erradicación* hace referencia a la suma de esfuerzos exitosos en todos los países del mundo para interrumpir la transmisión humana del virus. Una vez conseguida la erradicación podrá suprimirse la vacunación, mientras tanto y ante la amenaza de reintroducción del virus la vacunación deberá continuar en todos los países del mundo.

Boletín Epidemiológico de Aragón
número 0 Trimestre 4. Año 2001

conseguir los niveles recomendados por la OMS.

- Mantener bajos niveles de susceptibilidad hasta la erradicación mundial del sarampión.

Las estrategias para alcanzar los objetivos planteados son:

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica reforzando el sistema actual.
- Potenciar el papel del laboratorio en la vigilancia del sarampión.
- Definir estrategias de vacunación que aceleren el control de la infección y que, posteriormente, mantengan su cobertura hasta la consecución de la erradicación mundial de la enfermedad.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE LA VACUNA EN ARAGÓN

La vacunación contra el sarampión comenzó en nuestra Comunidad Autónoma en la década de los 80 con vacuna monovalente, a los 15 meses de edad, de una forma esporádica no incluida en calendario de vacunaciones.

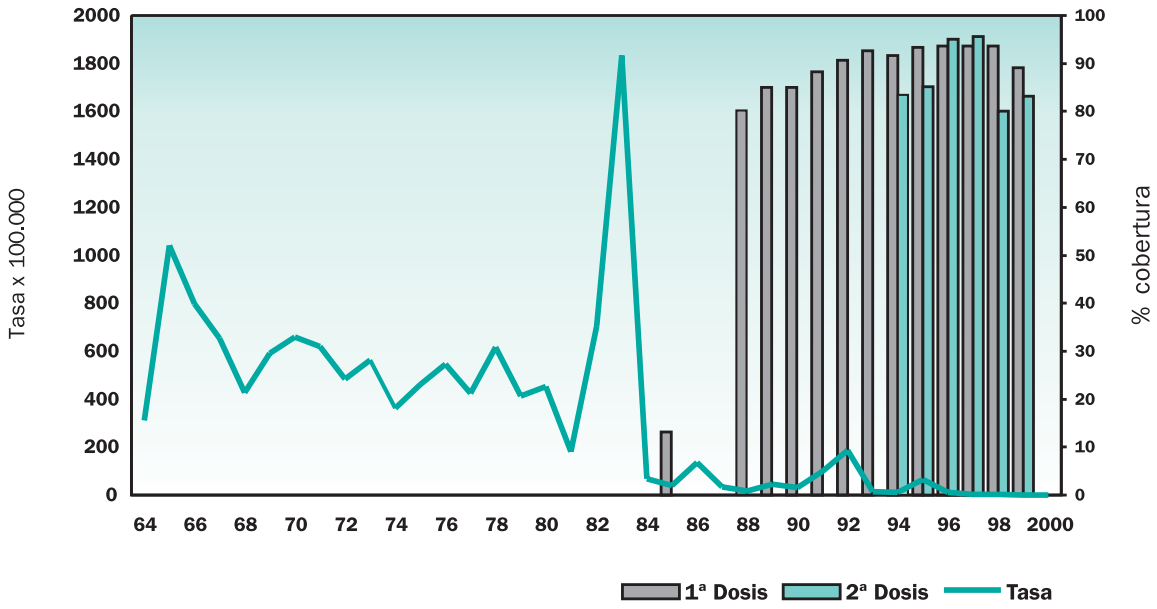
En el año 1982 los centros de vacunación de los antiguos Servicios Provinciales de Sanidad comenzaron a administrar vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) y en 1984 se publicó el calendario de vacunación infantil de Aragón en el que se introdujo una dosis de vacuna triple vírica a los 15 meses de edad.

En 1986 comenzó la vacunación con vacuna triple vírica en Atención Primaria, generalizándose en el año 1987.

En el año 1994 se incorporó la segunda dosis de vacuna triple vírica a los 11 años de edad al calendario de vacunación infantil de Aragón. En septiembre de 1999 se adelantó a la edad de seis años manteniendo la dosis de los 11 años hasta ser alcanzada esa edad por la cohorte de los niños vacunados a los seis años. En el gráfico 1 podemos observar las coberturas de vacunación alcanzadas en los últimos años y la incidencia de la enfermedad, y en el gráfico 2 el patrón epidemiológico en la época anterior y posterior a la vacunación.

Gráfico 1

Sarampión en Aragón 1964-2000.
Incidencia anual y cobertura de vacunación



El comportamiento del sarampión en la época anterior a la vacunación se caracterizaba por una tendencia casi constante (gráfico 2a), con ciclos epidémicos bianuales (gráfico 2b) y un marcado componente estacional (gráfico 2c) con acumulo de casos en primavera siendo el periodo estival el de más baja incidencia. Tras la consolidación del programa de vacunación infantil y el mantenimiento de altas coberturas de vacunación, la incidencia del sarampión experimentó una disminución significativa (gráfico 2d), al mismo tiempo que manifestó un cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad. Los principales cambios observados son la desestructuración del componente cíclico (gráfico 2e) y el alargamiento de los períodos interepidémicos, manteniéndose el componente estacional a pesar de la baja incidencia.

Páginas de Salud
número 0 Trimestre 4. Año 2001

Gráfico 2

Serie temporal del sarampión en Aragón 1964-1984 y 1985-2000

Gráfico 2a

Sarampión en Aragón 1964-1984
Casos notificados y tendencia

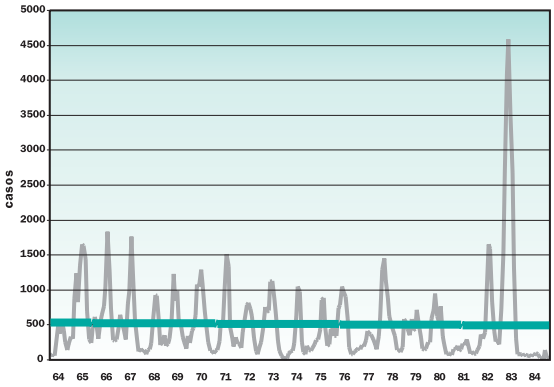


Gráfico 2d

Sarampión en Aragón 1985-1999
Casos notificados y tendencia

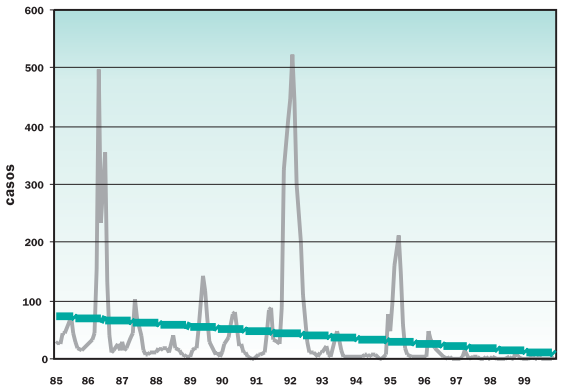


Gráfico 2 b

Sarampión en Aragón 1964-1984
Componente cíclico

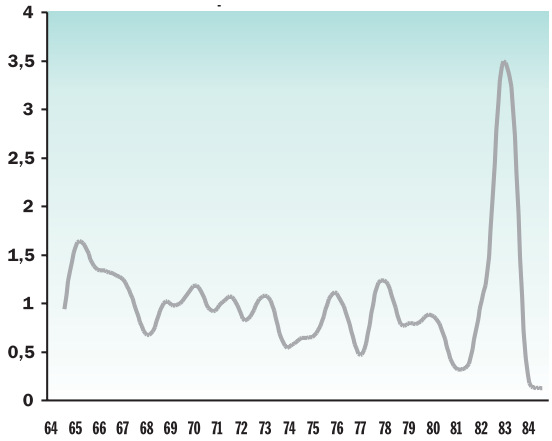


Gráfico 2e

Sarampión en Aragón 1985-1999
Componente cíclico

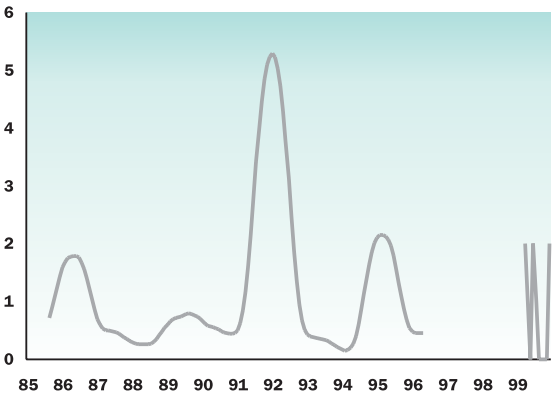


Gráfico 2c

Sarampión en Aragón 1964-1984
Coeficientes estacionales

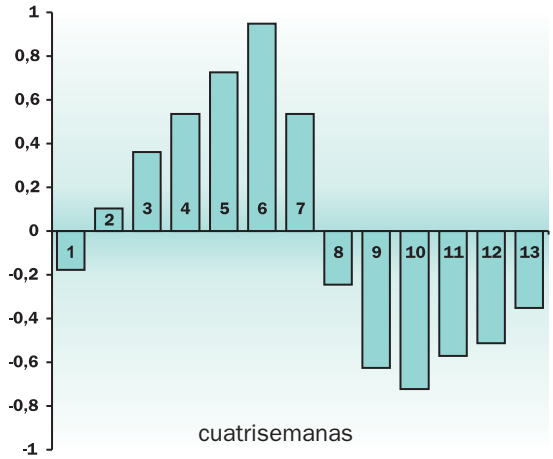
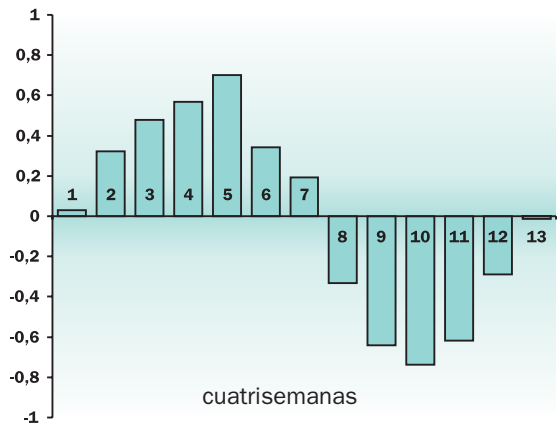


Gráfico 2f

Sarampión en Aragón 1985-1999
Coeficientes estacionales



Boletín Epidemiológico de Aragón
número 0 Trimestre 4. Año 2001

ESTRATEGIAS DEFINIDAS PARA EL CONTROL DEL SARAMPIÓN

Primera: Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión

En un Plan de eliminación es imprescindible detectar la circulación del virus en la población. Esto implica la investigación rápida de todos los casos sospechosos, su confirmación mediante pruebas de laboratorio, la detección urgente de brotes y la adopción de medidas adecuadas de control en cada situación.

El fortalecimiento de la vigilancia para conseguir este propósito se basa en:

a) *Aplicar una definición más sensible de caso:* "Caso caracterizado por exantema máculopapular generalizado de duración ≥ 3 días, con fiebre ≥ 38º C y tos o coriza o conjuntivitis".

b) *Notificar de forma urgente e investigar todos los casos sospechosos:* Una vez detectado un caso sospechoso se notificará de forma urgente, mediante fax o teléfono, en un plazo no superior a 24 horas a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de las Gerencias de Área del Servicio Aragonés de Salud (Anexo 1). Esto requiere un cambio en la modalidad de declaración del sarampión al Sistema EDO pasando de ser una enfermedad de declaración individualizada semanal no urgente a ser de declaración urgente, incluida en el Anexo III del Decreto 222/96 que regula la vigilancia epidemiológica en Aragón. Esta modificación en la declaración ha sido regulada por la correspondiente Orden de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social publicada en el B.O.A del 20 de julio de 2001.

El comienzo de la investigación no ha de ser superior a las 48 horas tras ser notificado el caso y se llevará a cabo conjuntamente por los Equipos de Atención Primaria y por las correspondientes Secciones de Vigilancia Epidemiológica de la Gerencias de Área del SAS.

Las fases a seguir en la investigación de un caso sospechoso de sarampión están esquematizadas en el Anexo 2. Una vez que el caso haya sido confirmado por laboratorio se completará su investigación mediante los siguientes pasos:

- Búsqueda de la fuente de infección: Se investigarán todos los posibles contactos con casos *sospechosos o confirmados* de sarampión en los 7-18 días precedentes al inicio del exantema. Si no se descubren contactos previos, investigar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión lúdicos o deportivos y viajes.
- Localización y seguimiento de los contactos del enfermo (personas que han estado expuestas a un enfermo confirmado, por laboratorio o por vínculo epidemiológico, durante el periodo de transmisibilidad: 4 días antes y 4 días después del inicio del exantema).
- Investigar los antecedentes de vacunación de dichos contactos y realizar seguimiento de los potencialmente susceptibles durante el periodo máximo de incubación, es decir, hasta 18 días después del inicio del exantema.

Segunda: Potenciar el papel del laboratorio en la vigilancia del sarampión

Así como en la fase de control del sarampión el papel del laboratorio era fundamental para confirmar brotes, a medida que la incidencia de enfermedad desciende a niveles bajos, y nos encontramos en fase de eliminación es imprescindible realizar la confirmación por laboratorio de todos los casos sospechosos mediante diagnóstico serológico y, además, tipificar la cepa circulante mediante el aislamiento del virus por cultivo[5].

Diagnóstico serológico

La técnica más común es la detección de anticuerpos IgM contra el sarampión, que son los primeros en aparecer y pueden detectarse poco después del inicio del exantema mediante una sola toma de muestra de sangre. Se recogerá entre el 4-8 día de iniciado el exantema y nunca en un tiempo superior a 28 días.

Aislamiento del virus circulante

Las muestras de orina y exudado orofaríngeo o nasofaríngeo son las más adecuadas para aislar el virus por cultivo. Es conveniente tomar muestras para aislamiento en todos los casos confirmados de presentación aislada y al menos en un caso de cada cadena de transmisión. Las muestras serán recogidas tan pronto como sea posible después del inicio del exantema y en un tiempo no superior a 8 días.

Tercera: Disminuir la población susceptible

- Mantener el calendario de vacunaciones de Aragón con administración de 2 dosis de vacuna frente a sarampión, en forma de triple vírica junto a rubéola y parotiditis (SRP), adelantando la segunda dosis de los 11 a los 6 años.
- Mantener la segunda dosis de triple vírica a los 11 años de edad hasta que las cohortes de vacunados a los seis años lleguen a esa edad.
- Alcanzar y mantener coberturas superiores al 95% de la primera dosis de triple vírica a los 15 meses de edad en todas las Zonas Básicas de Salud de Aragón.
- Captar de forma activa grupos susceptibles en los que se sospeche una baja cobertura de vacunación y que no acudan a los centros de atención sanitaria.
- Vacunar a grupos de riesgo: adultos nacidos después de 1970, que no acrediten estar

Páginas de Salud
número 0 Trimestre 4. Año 2001

inmunizados, en los que la valoración de sus circunstancias personales y epidemiológicas lo requiera; adultos que viajen a países con casos autóctonos de sarampión valorando sus antecedentes de enfermedad y vacunaciones anteriores; mujeres en edad fértil en las que esté indicada la vacuna antirubéola, sustituirla por vacuna SRP e inmigrantes extranjeros menores de 19 años no vacunados.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Centers for Disease Control. Global Measles Control and Regional Elimination, 1998-1999. Morb Mortal Wkly Rep. 1999; 48: 1124-1130.
2. A eliminación do sarampelo a Galicia. Boletín Epidemiolóxico de Galicia: 1998; vol. XI, nº 2.
3. Organización Panamericana de la Salud, La erradicación del sarampión. Cuaderno técnico nº 41. 1999.
4. AMELA C, PACHÓN I., La vigilancia epidemiológica del sarampión en el contexto del "Plan de acción para la eliminación del sarampión en España". Boletín Epidemiológico Semanal. Instituto de Salud Carlos III: 2000; 8: vol. 8, nº 16.
5. ECHEVARRÍA J.E., Estrategias de diagnóstico en España. Papel del laboratorio en la erradicación del sarampión. Rev. Esp. Salud Pública 1999; Vol. 7.

Anexo 1

Unidades de vigilancia epidemiológica de Aragón

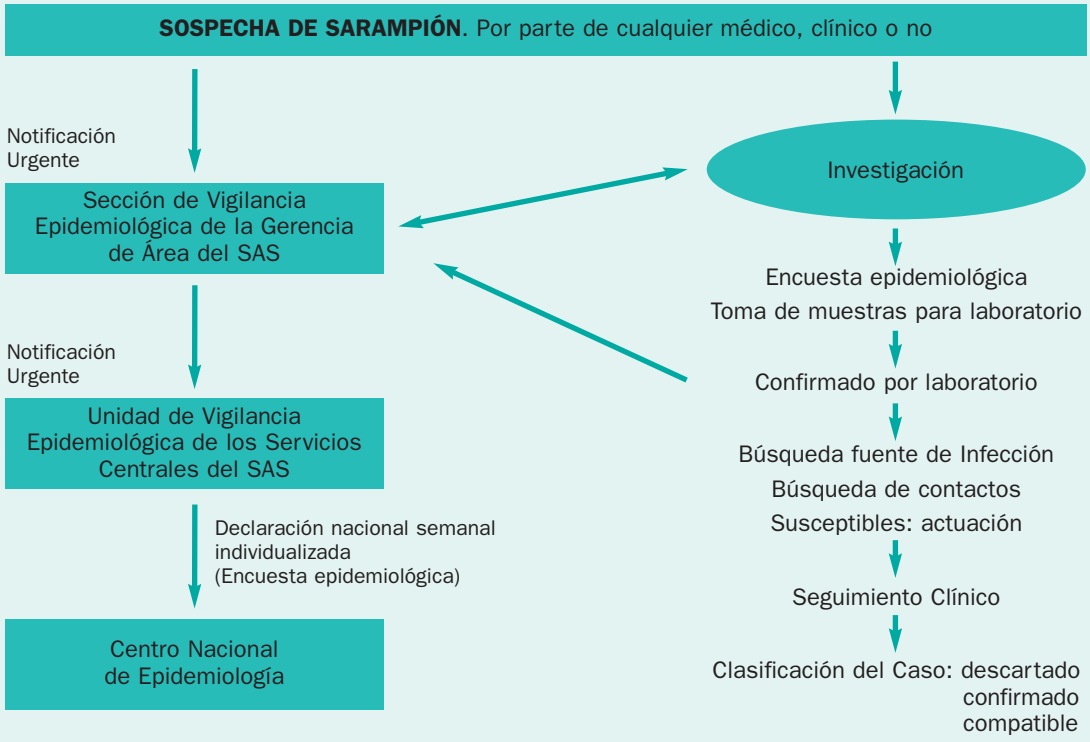
Huesca
C/. Parque, 30
22003 Huesca
Tfno.: 974 29 32 28
974 29 32 00
Fax: 974 29 33 53

Teruel
C/. José Torán, 2
44002 Teruel
Tfnos.: 978 64 11 61 - 978 64 11 57
Fax: 978 64 12 19

Zaragoza
C/. Ramón y Cajal, 68
50004 Zaragoza
Tfnos.: 976 71 53 50 - 976 71 50 00
Fax. : 976 71 50 76

ALERTA SANITARIA (CECOP)
Tels.: 112 ó 976 28 1234

Anexo 2



Líneas estratégicas para la Atención Primaria ante las transferencias del Insalud

Roberto Garuz Bellido
Director de Atención Primaria
del Servicio Aragonés de Salud

El primer número de este nuevo boletín del Servicio Aragonés de Salud "Páginas de Salud" es, sin duda, un buen lugar para proponer las líneas estratégicas que deberán marcar los primeros pasos de la Atención Primaria, en lo que será un hito para la sanidad aragonesa: las transferencias sanitarias del Insalud para el año 2002.

El sistema sanitario autonómico seguirá disfrutando, y así queda reflejado en el nuevo proyecto de Ley de Salud, de algunos de los valores consolidados durante las últimas décadas, equidad, solidaridad e integración de los servicios sanitarios. El Servicio Aragonés de Salud, el SAS, se configura como un órgano proveedor de servicios sanitarios de carácter integral y que integrará los niveles de atención primaria, especializada, salud mental y la atención socio-sanitaria.

En este contexto, la Dirección de Atención Primaria del SAS, como responsable de un producto sanitario con características específicas, tiene como misión diseñar, desarrollar, apoyar, evaluar y mejorar de forma continuada un modelo de producción, organización y gestión de servicios sanitarios, que sirva de marco común al conjunto de los profesionales pertenecientes a este nivel de atención, de manera que éstos puedan realizar una práctica clínica excelente de acuerdo a las necesidades de los ciudadanos y a las directrices marcadas en el Plan de Salud.

Por otra parte, recientemente, el Observatorio Europeo de Sistemas de Cuidados de la Salud perteneciente a la Oficina Europea de la OMS presentó un informe que resalta algunos aspectos sobre la atención primaria de nuestro país[1]. La demanda de los usuarios es atendida por los servicios de atención primaria, en un 92% de los casos, en el día. A cambio, un tercio de los usuarios acuden directamente a los especialistas sin haber acudido a su médico y un buen número acuden directamente a los servicios de urgencia hospitalarios[2]. La frecuentación media por paciente y año en medio ambulatorio se sitúa en 6,2, una décima por encima de la media europea. Sin embargo, la dedicación al paciente en cada consulta, en términos medios, es baja, particularmente en medio urbano, en comparación con otros países. Igualmente, la atención domiciliaria, tanto para médicos como para enfermería, presenta unos índices más bajos que la media europea. En otro orden, las encuestas muestran niveles altos de satisfacción por parte de los usuarios de los servicios de atención primaria.

Para seguir progresando, proponemos unos servicios orientados claramente a los usuarios, ampliar la accesibilidad, adecuar los recursos humanos y materiales, mejorar la capacidad de filtro y el nivel de resolución de problemas de salud por parte de los equipos de atención primaria y garantizar la continuidad de los cuidados. Estas propuestas se traducen en una firme apuesta por un sistema de calidad total que se soporte en un modelo de gestión clínica.

Uno de los principales valores y componente principal de la calidad en Atención Primaria es la accesibilidad. En el medio rural, con los turnos de atención continuada que cubren las 24 horas del día, los 365 días de año, la accesibilidad está garantizada. Sin embargo, en el medio urbano, particularmente en la ciudad de Zaragoza, la cobertura asistencial de casi la mitad de los equipos acaba a las 17 h. con lo que una parte importante de la tarde queda sin cubrir por parte de esos equipos. Para paliar dicha situación, se propone una *ampliación del tramo horario de atención de los equipos de Zaragoza hasta las 20 h.* por medio de fórmulas organizativas pactadas con los profesionales y apoyados con la adecuada cobertura de pruebas diagnósticas para las urgencias.

Los puntos de atención continuada actuales no parecen adecuados para dar respuesta a la demanda planteada en el tramo horario vespertino y nocturno. Se propone *un sistema de*

Boletín Epidemiológico de Aragón
número 0 Trimestre 4. Año 2001

atención continuada con cuatro puntos ubicados en los hospitales "Royo Villanova", "Nuestra Señora de Gracia", "Clínico" y "Miguel Servet" cubierto con profesionales de primaria que garantice la atención durante las doce horas restantes con el apoyo logístico y diagnóstico suficiente.

Es necesario seguir avanzando en la equidad territorial entre las distintas áreas de salud de la Comunidad Autónoma y en la *mejora progresiva de la eficiencia en la distribución y utilización de los recursos*, tanto humanos como tecnológicos. Los primeros corrigiendo desequilibrios dentro de las propias áreas y los segundos implicando a los profesionales en la utilización de criterios de evidencia científica para sus tomas de decisiones. En Aragón, salvo casos concretos, disponemos de aceptables índices de habitantes por profesional en Atención Primaria, aunque la importante dispersión hace necesaria una interpretación cautelosa. Son necesarias medidas de ajuste redistributivas, en algunos casos (médicos de familia), y aumento de recursos, en otros (pediatría de área, enfermería, fisioterapia).

Asi mismo, nos encontramos con un progresivo envejecimiento de nuestra población y un mayor número de individuos que presentan múltiples problemas de salud que con frecuencia van a requerir atención domiciliaria. Son pacientes inmovilizados, pacientes en situación terminal y personas ancianas. Se trata de una población numerosa que conlleva una carga de trabajo importante, no solo para los sanitarios, sino para sus familiares y grupos de apoyo. En la propuesta de cobertura, por parte de los EAP para el año 2001 de los servicios de atención domiciliaria a inmovilizados y terminales, se cubrían escasamente el 42% y el 63% de la población diana estimada, a lo que habría que añadir un número no calculado de población anciana con necesidad de este tipo de servicios. *Es necesario mejorar la productividad y concentrar la acción de los nuevos recursos de enfermería en este servicio*.

Otro tema, tradicionalmente pendiente, es la situación por la que atraviesa la coordinación entre los niveles asistenciales. Garantizar la continuidad de los cuidados es un elemento fundamental de la calidad de la atención prestada a nuestros ciudadanos.

Ahora bien, para mejorar la eficiencia debemos insistir en la necesidad de que la atención primaria sea la puerta de entrada ordinaria al sistema y asumiendo su función de filtro[3], se dirija a la resolución del mayor número de problemas cuya complejidad (con acceso protocolizado a todo tipo de pruebas diagnósticas por parte de los médicos de familia), y sólo esto, hace necesaria la intervención de la atención especializada. En esta línea, debemos llegar a un acuerdo en la responsabilidad de cada nivel sobre los pacientes, el médico de familia debería ser el responsable durante la atención ambulatoria y el especialista del paciente ingresado.

La atención especializada debe realizar una oferta de interconsultas acorde con la demanda de los médicos de familia y sobre la base de estándares de tiempos de espera definidos. Hay que establecer mecanismos que agilicen las primeras citas, eviten la duplicidad de pruebas, penalicen las revisiones realizadas por especialistas que no aporten valor añadido y la derivación o petición innecesaria por parte de los médicos de familia.

La cooperación y coordinación entre los niveles asistenciales se debe articular sobre la base de la efectividad, calidad e incentivos[4,5]. De lo que se trata es de elaborar alternativas organizativas que determinen con claridad de quién es la responsabilidad y a quién hay que pedir cuentas de la ausencia de coordinación entre ambos niveles asistenciales. *El establecimiento de objetivos de salud y de asistencia que vinculen a ambos niveles, y de cuyo cumplimiento se deriven incentivos financieros o de otro tipo para los profesionales y los servicios de ambos niveles, es algo que tiene sentido*.

La propuesta de Gerencias únicas de área que integren hospital, equipos de atención primaria, salud mental y dispositivos socio-sanitarios puede imponer mejoras en la cooperación y coordinación entre los niveles asistenciales y producir ahorros en los costes de transacción.

A pesar de que las primeras normas para regular la atención médica se remontan más de treinta siglos, la implantación de técnicas de evaluación y de mejora de la calidad en el sector sanitario es mucho más reciente. El concepto actual de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma. Por ello, la definición de una atención sanitaria de calidad de acuerdo con los principios de la mejora continua abarca diferentes aspectos de la asistencia sanitaria: reducir variabilidad, satisfacer las necesidades de los clientes, mejorar permanentemente, y cambiar la cultura de toda la organización para conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles. Nuestra organización debe procurar satisfacer no solo las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación, etc.) sino también otros aspectos relativos a la calidad percibida como: seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta, o empatía.

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management: EFQM) ofrece un modelo de excelencia en la gestión, basado en los principios de la Gestión de Calidad Total, que permite llevar a cabo un ejercicio de autoevaluación en cualquier tipo de organización, entre ellas, las relacionadas con el sector sanitario[6]. Para ello, identifica los puntos fuertes de las mismas, que deben mantenerse y potenciarse y las

áreas de mejora que es necesario abordar. Este modelo europeo ha tenido una enorme difusión y la cultura que lo sustenta puede considerarse asumida por un gran número de organizaciones. *Este tipo de herramientas para mejorar la calidad, junto a una inversión decidida para implementar las nuevas tecnologías de información y comunicación, son las condiciones necesarias para poder acceder a un modelo de gestión clínica que ofrezca mayor autonomía a los profesionales a cambio de mayor responsabilidad.*

Es inevitable, al hablar de líneas estratégicas en Atención Primaria, hablar del gasto farmacéutico. Este representa el 25% del gasto sanitario público. Para hacernos una idea esto supone, en Aragón, un 90% más que el presupuesto actual del SAS. *La contención del gasto farmacéutico no debería ser nunca el objetivo exclusivo de cualquier política pública*[7]. Las medidas de contención ensayadas en España, en la última década, se ha centrado en un sistema de control de precios, el mantenimiento de un sistema de copago, el control presupuestario mediante restricciones débiles, la exclusión de medicamentos de la financiación pública, los acuerdos con farmacias y laboratorios y los precios de referencia, medidas todas ellas que seguirán en manos del Ministerio de Sanidad.

Recientemente, en Cataluña y en el territorio de Insalud, se han ensayado los incentivos económicos a prescriptores. No tenemos en nuestro medio mucha experiencia en los efectos de este tipo de medidas. En cualquier caso, parece prudente antes de cualquier propuesta, hacer algunas consideraciones: en la prescripción farmacéutica, como en el resto de la gestión clínica, hay que dotar a los médicos con la información e infraestructura que precisan para que tomen las decisiones más adecuadas en cada caso (información válida, formación específica, apoyo farmacéutico para las toma de decisiones eficaces y eficientes sobre fármacos). Utilizar incentivos no estrictamente financieros (facilidades para la formación, investigación, estabilidad laboral, posibilidad de movilidad territorial, sentimiento de pertenencia a la organización, autonomía en el trabajo...). Por último, si se opta por un incentivo financiero, los presupuestos para prescripción deberían estar incluidos en presupuestos clínicos globales (costes de diagnóstico, derivaciones a especializada, etc.) y ligados inevitablemente a la prescripción de calidad[8].

La Reforma que comenzó hace años no puede acabar, la sociedad cambia y consecuentemente un servicio, como el sanitario, tiene que adaptarse a esos cambios. Envejecimiento de la población y necesidades cambiantes (atención al inmigrante, nuevas patologías emergentes), recursos limitados, nuevas tecnologías, nos imponen una actitud de cambio y mejora. Estas propuestas iniciales persiguen respuestas a problemas que están ahí y que son un reto para nuestra atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Health care systems in transition (Spain 2000). European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe.
2. GARCÍA ENCABO M, ALONSO DURAN B, MARTÍN ACERA S., Relación entre niveles asistenciales. Libro del año, 1996 (Ed. Saned). Medicina Familiar y Comunitaria.
3. GENÉ J., Escaso futuro para el gatekeeping en España. Atención Primaria 1995; 15(7): 418-420.
4. MARTÍNEZ C, REGATO P, GOGORCENA M.A., La coordinación socio-sanitaria en la atención al anciano. Cuadernos de gestión 1996; 2: 86-94.
5. MARTÍNEZ J., Coordinación e integración de niveles asistenciales.Los retos directivos ante la gestión de la efectividad. Serie: Documentos técnicos, 16. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
6. Autoevaluación de centros sanitarios. Adaptación del Modelo de Excelencia de la EFQM al sector sanitario. Proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (98/0214).
7. PUIG-JUNOY J., Por una política del medicamento integrada y de calidad. Gestión Sanitaria, 2001; 3(1): 3-4.
8. CABIEDES L, ORTÚN V., Incentivos a prescriptores. XXI Jornadas de Economía de la Salud, 2000.

MORTALIDAD

Mortalidad en Aragón 1997. Avance de resultados

Mariano Esteban Pradas
Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación.

Este avance de resultados sobre las causas de muerte en Aragón se ha elaborado con los datos originarios del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). Las pirámides de población empleadas para el cálculo de indicadores proceden de la explotación parcial del padrón de 1998.

MORTALIDAD GENERAL Y ESPECÍFICA POR EDAD Y SEXO

En el año 1997 fallecieron 12.721 personas residentes en Aragón, de las cuales 494 (4%) fallecieron fuera de la comunidad autónoma.

Estas defunciones suponen una tasa bruta de 10,8 por 1.000 habitantes (11,5 en hombres y 10 en mujeres).

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. A partir de este grupo, la sobremortalidad masculina se hace muy evidente, presentando la razón de tasas varón/mujer más elevada (3,5) en el grupo de 15-24 años.

MORTALIDAD POR CAUSA DE DEFUNCIÓN Y SEXO

Las siete causas de muerte más frecuentes, utilizando los grandes grupos de la CIE 9ª, suponen el 90% de todas las defunciones (cuadro 1).

Cuadro 1

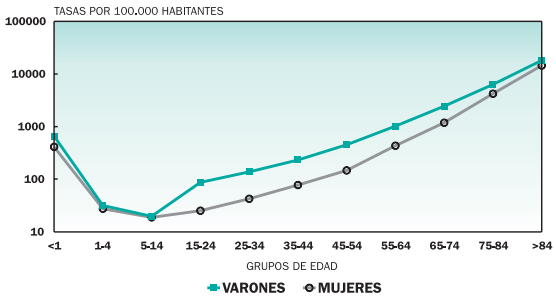
Número de defunciones, tasas por 100.000 habitantes y mortalidad proporcional por sexo y causas más frecuentes. Aragón 1997

VARONES					MUJERES					TOTAL				
CIE9	GRANDES GRUPOS CAUSA	Nº	TASA	%	CIE9	GRANDES GRUPOS CAUSA	Nº	TASA	%	CIE9	GRANDES GRUPOS CAUSA	Nº	TASA	%
VII.	CIRCULATORIO	2.176	373,6	32,4	VII.	CIRCULATORIO	2.454	408,4	40,9	VII.	CIRCULATORIO	4.630	391,3	36,4
II.	TUMORES	2.069	355,3	30,8	II.	TUMORES	1.284	213,7	21,4	II.	TUMORES	3.353	283,4	26,4
VIII.	RESPIRATORIO	791	135,8	11,8	VIII.	RESPIRATORIO	496	82,5	8,3	VIII.	RESPIRATORIO	1.287	108,8	10,1
IX.	DIGESTIVO	369	63,4	5,5	V.	TRAST. MENTALES	353	58,7	5,9	IX.	DIGESTIVO	651	55,0	5,1
XVII.	CAUSAS EXTERNAS	369	63,4	5,5	IX.	DIGESTIVO	282	46,9	4,7	V.	TRAST. MENTALES	541	45,7	4,3
III.	ENDOCRINO/INMUNI	203	34,9	3,0	III.	ENDOCRINO/INMUNI	246	40,9	4,1	XVII.	CAUSAS EXTERNAS	505	42,7	4,0
V.	TRAST. MENTALES	188	32,3	2,8	XVI.	MAL DEFINIDAS	189	31,5	3,2	III.	ENDOCRINO/INMUNI	449	37,9	3,5
	RESTO DE CAUSAS	561	96,3	8,3		RESTO DE CAUSAS	691	115,0	11,5		RESTO DE CAUSAS	1.305	110,3	10,3
	TODAS LAS CAUSAS	6.726	1.154,9	100,0		TODAS LAS CAUSAS	5.995	997,7	100,0		TODAS LAS CAUSAS	12.721	1.075,1	100,0

Las **enfermedades del aparato circulatorio,** los **tumores** y las **enfermedades del aparato respiratorio** son las causas más frecuentes, manteniendo el mismo orden tanto en varones como en mujeres, pero presentan una mortalidad proporcional muy diferente en función del sexo. Las **causas externas de traumatismos y envenenamientos** también presentan grandes diferencias en cuanto a porcentaje y orden de frecuencia en función del sexo: cuarta causa de muerte en varones y novena en mujeres (gráficos 2-4).

Gráfico 1

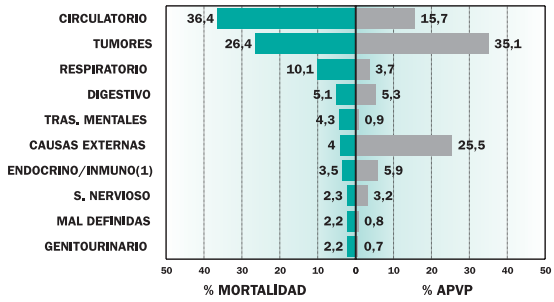
Tasas de mortalidad por edad y sexo Aragón 1997



ESCALA SEMILOGARITMICA

Gráfico 2

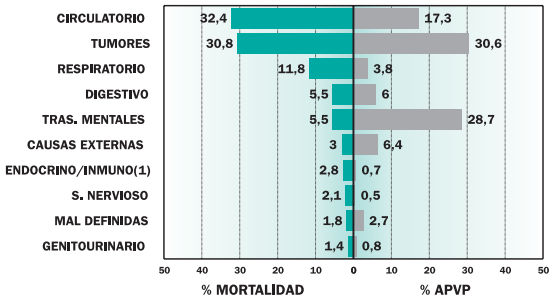
Mortalidad proporcional y % APVP. Ambos sexos. Aragón



(1) Incluye el SIDA

Gráfico 3

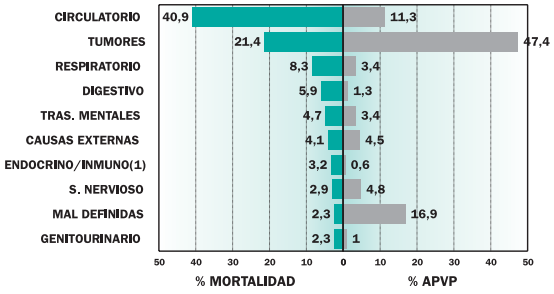
Mortalidad proporcional y % APVP. Varones. Aragón 1997



(1) Incluye el SIDA

Gráfico 4

Mortalidad proporcional y % APVP. Mujeres. Aragón 1997



(1) Incluye el SIDA

MORTALIDAD POR CAUSA DE DEFUNCIÓN Y EDAD

En el cuadro 2 se muestran para cada grupo de edad, las frecuencias absolutas de los cinco grandes grupos de causas más frecuentes, así como las tasas por 100.000 habitantes-año y la mortalidad proporcional sobre el total de defunciones de cada grupo de edad.

Cuadro 2

Número de defunciones, tasas y mortalidad proporcional por grupos de edad y causas más frecuentes. Aragón 1997. Ambos sexos

EDAD	GRUPO	CAUSA CIE 9ª	NUMERO	TASA	%	EDAD	GRUPO	CAUSA CIE 9ª	NUMERO	TASA	%
<1	XV.	PERINATALES	20	239,4	44,4	45-54	II.	TUMORES	229	156,5	51,9
	XIV.	A. CONGENITAS	16	191,5	35,6		VII.	CIRCULATORIO	91	62,2	20,6
	XVI.	MAL DEFINIDAS	4	47,9	8,9		XVII.	C.EXTERNAS	37	25,3	8,4
	I.	INFECCIOSAS	3	35,9	6,7		IX.	DIGESTIVO	31	21,2	7,0
	VI.	S.NERVIOSO	1	12,0	2,2		III.	ENDOCRINO/INMUNI	15	10,2	3,4
1-4	XVII.	C.EXTERNAS	4	10,8	36,4	55-64	II.	TUMORES	468	364,2	50,4
	XIV.	A. CONGENITAS	3	8,1	27,3		VII.	CIRCULATORIO	223	173,6	24,0
	II.	TUMORES	2	5,4	18,2		IX.	DIGESTIVO	60	46,7	6,5
	VI.	S.NERVIOSO	1	2,7	9,1		XVII.	C.EXTERNAS	52	40,5	5,6
	VII.	CIRCULATORIO	1	2,7	9,1		VIII.	RESPIRATORIO	43	33,5	4,6
5-14	XVII.	C.EXTERNAS	7	6,5	33,3	65-74	II.	TUMORES	994	717,6	40,3
	II.	TUMORES	4	3,7	19,0		VII.	CIRCULATORIO	774	558,8	31,4
	XIV.	A. CONGENITAS	4	3,7	19,0		VIII.	RESPIRATORIO	201	145,1	8,2
	VI.	S.NERVIOSO	3	2,8	14,3		IX.	DIGESTIVO	127	91,7	5,2
	VII.	CIRCULATORIO	1	0,9	4,8		III.	ENDOCRINO/INMUNI	79	57,0	3,2

EDAD	GRUPO	CAUSA CIE 9ª	NUMERO	TASA	%
15-24	XVII.	C.EXTERNAS	63	38,7	67,7
	II.	TUMORES	8	4,9	8,6
	VI.	S.NERVIOSO	7	4,3	7,5
	VII.	CIRCULATORIO	4	2,5	4,3
	III.	ENDOCRINO/INMUNI	3	1,8	3,2
25-34	XVII.	C.EXTERNAS	76	42,7	46,6
	III.	ENDOCRINO/INMUNI	24	13,5	14,7
	II.	TUMORES	21	11,8	12,9
	VII.	CIRCULATORIO	14	7,9	8,6
	VIII.	RESPIRATORIO	8	4,5	4,9
35-44	II.	TUMORES	91	54,3	34,7
	XVII.	C.EXTERNAS	74	44,2	28,2
	VII.	CIRCULATORIO	35	20,9	13,4
	III.	ENDOCRINO/INMUNI	20	11,9	7,6
	IX.	DIGESTIVO	17	10,1	6,5
75-84	VII.	CIRCULATORIO	1.555	1.908,4	37,6
	II.	TUMORES	1.033	1.267,8	24,9
	VIII.	RESPIRATORIO	493	605,1	11,9
	IX.	DIGESTIVO	211	259,0	5,1
	V.	MENTALES	210	257,7	5,1
>84	VII.	CIRCULATORIO	1.932	7.315,7	46,6
	VIII.	RESPIRATORIO	519	1.965,2	12,5
	II.	TUMORES	503	1.904,7	12,1
	V.	MENTALES	272	1.030,0	6,6
	IX.	DIGESTIVO	197	746,0	4,7
TOTAL	VII.	CIRCULATORIO	4.630	391,3	36,4
	II.	TUMORES	3.353	283,4	26,4
	VIII.	RESPIRATORIO	1.287	108,8	10,1
	IX.	DIGESTIVO	651	55,0	5,1
	V.	MENTALES	541	45,7	4,3

Tasa x 100.000 habitantes.

En los menores de un año las **enfermedades originadas en el período perinatal** y las **anomalías congénitas** suponen globalmente el 80% de las muertes en esta edad.

Entre 1 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 (68%). La mayoría de estas defunciones se deben a los **accidentes de tráfico**

En el grupo de 25-34 años las **causas externas** suponen el 46% de las defunciones. Al considerar causas específicas, los accidentes de tráfico son la causa más frecuente, seguida del **SIDA** con el 14% de las mismas.

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.

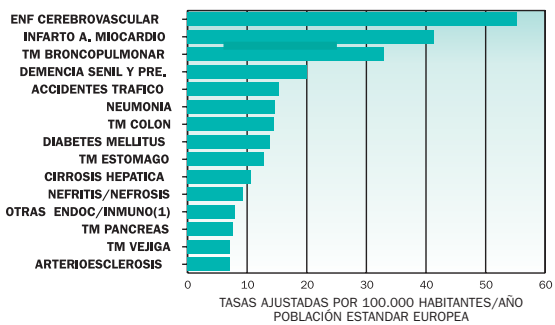
Las **enfermedades del aparato circulatorio** son las causas más frecuentes de defunción en los mayores de 74 años, siendo las **enfermedades cerebrovasculares,** la **insuficiencia cardiaca** y el **infarto agudo de miocardio** las más importantes. La mortalidad proporcional de las **enfermedades del aparato respiratorio** 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 (INE) se han elaborado unas gráficas con las tasas ajustadas a la población europea de las causas más frecuentes (gráficos 5-8). Con el fin de resaltar las causas más específicas, se han excluido de las gráficas las agrupaciones residuales del tipo "otras enfermedades del aparato…". La sobremortalidad masculina queda claramente reflejada en el gráfico 8, a excepción de la demencia senil.

Gráfico 5

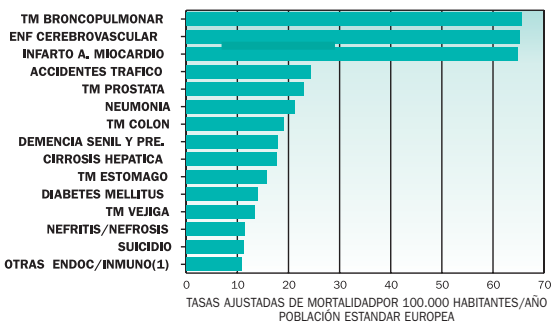
Tasas ajustadas de mortalidad por causas. Lista reducida. Aragón 1997. Ambos sexos



* Excluidos tumores propios de un sexo y grupos residuales

Gráfico 6

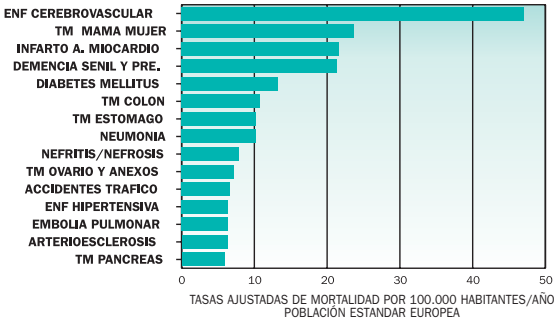
Tasas ajustadas de mortalidad por causas. Lista reducida. Aragón 1997. Varones



* Excluidos grupos residuales. Incluye el SIDA

Gráfico 7

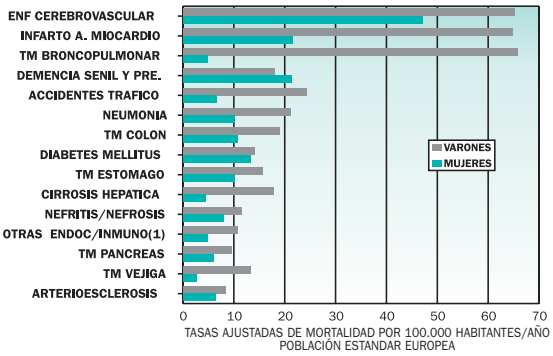
Tasas ajustadas de mortalidad por causas. Lista reducida. Aragón 1997. Mujeres



* Excluidos grupos residuales

Gráfico 8

Tasas ajustadas de mortalidad por causas y sexo. Lista reducida. Aragón 1997.



* Excluidos tumores de un sexo y grupos residuales. (1) Incluye el SIDA

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS

Para el cálculo de los años potenciales de vida perdidos (APVP) se ha considerado el intervalo de edad de 1-69 años. En este intervalo se han registrado 2.942 defunciones (23% del total de muertes) lo que representa un total de 40.176 APVP

- Los grupos de causa con un mayor número de APVP (gráfico 2), son los **tumores** (35%), las **causas externas de traumatismos y envenenamientos** (25,5%) y las **enfermedades del aparato circulatorio** (16%). En las mujeres (gráfico 4) cerca de la mitad de los APVP se deben a los **tumores** (47%) y en los varones (gráfico 3) destaca la proximidad entre el porcentaje de **tumores** (30,6) y **causas externas** (28,7).

En los gráficos 2-4 se muestran las diferencias en la importancia relativa de los distintos grupos de causas según el sexo y tipo de indicador utilizado: mortalidad proporcional o% de APVP.

- Si utilizamos 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** (12,9%) y el **tumor maligno broncopulmonar** (6,2%). Habría que resaltar la importante disminución total y porcentual de los APVP por **SIDA** en este año**,** que pasan del segundo lugar en el año 1996 con el 9,7%, al sexto lugar con el 3.9% de los APVP en 1997.

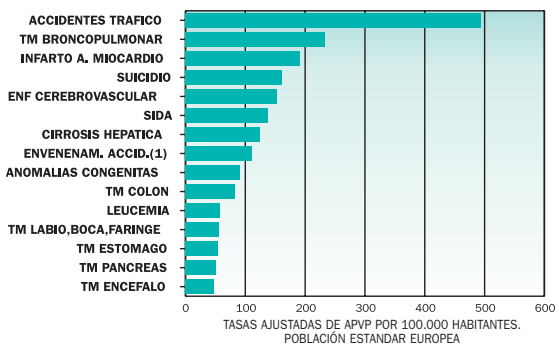
En los varones son también los **accidentes de tráfico de vehículo de motor** (14,4%) y el **tumor maligno broncopulmonar** (7,8%) las principales causas de APVP. Le siguen en importancia el **infarto agudo de miocardio** (6,3%), **suicidios** (4,6%) y el **SIDA** (4,6%).

El **tumor maligno de mama** y los **accidentes de tráfico** suponen el 12,5% y 8,9% de los APVP en las mujeres. El **SIDA** que en 1996 ocupaba el segundo puesto con el 9,7%, pasa al puesto catorce con el 1,8% en 1997.

Las tasas ajustadas de APVP para las principales causas específicas de muerte se presentan en los gráficos 9 a 11 para el total, varones y mujeres. Al representar las tasas para varones y mujeres en un mismo gráfico (gráfico 12), se observa la gran sobremortalidad en varones, sugiriendo que son las muertes precoces las responsables de esta diferencia.

Gráfico 9

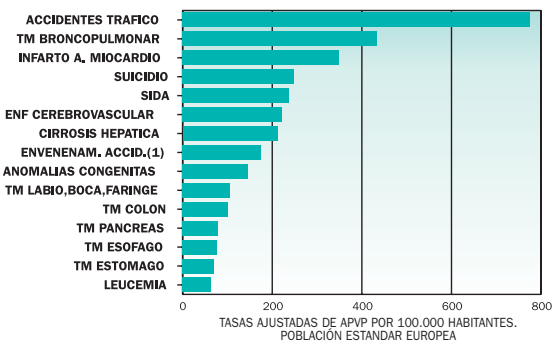
Años potenciales de vida perdidos. Lista reducida. Aragón 1997. Ambos sexos



* Excluidos tumores de un solo sexo y grupos residuales. (1) Incluye SOBREDOSIS DROGA

Gráfico 10

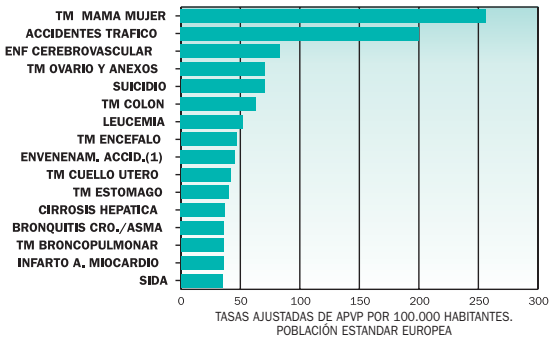
Años potenciales de vida perdidos. Lista reducida. Aragón 1997. Varones



Excluidos grupos residuales. (1) Incluye el SOBREDOSIS DROGA

Gráfico 11

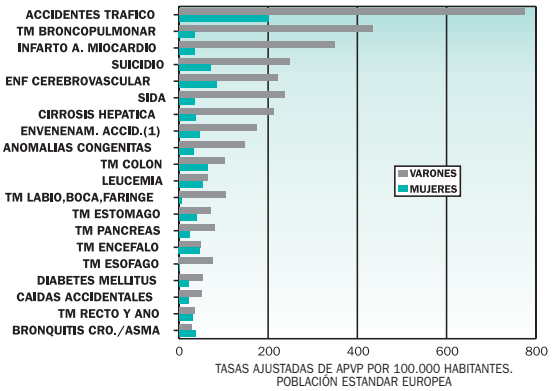
Años potenciales de vida perdidos. Lista reducida. Aragón 1997. Mujeres



* Excluidos grupos residuales. (1) Incluye SOBREDOSIS DROGA

Gráfico 12

Años potenciales de vida perdidos por causa y sexo. Lista reducida. Aragón 1997.



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

MORTALIDAD INFANTIL

En 1997 fallecieron 45 niños menores de un año, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 4,8 por 1.000 nacidos vivos. Las frecuencias absolutas y tasas para los principales indicadores de la mortalidad infantil, figuran en el cuadro 5.

Cuadro 5

Mortalidad infantil. Número de defunciones y tasa por mil nacidos vivos. Aragón 1997

	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
INFANTIL	28	5,8	17	3,7	45	4,8
NEONATAL	21	4,4	11	2,4	32	3,4
NEONATAL PRECOZ	13	2,7	5	1,1	18	1,9
NEONATAL TARDIA	8	1,7	6	1,3	14	1,5
POSTNEONATAL	7	1,5	6	1,3	13	1,4
PERINATAL*	25	5,2	18	3,9	43	4,6

* Por mil nacidos, vivos o muertos.

En la monografía “Mortalidad en Aragón 1997” se puede consultar las tablas completas para todos los indicadores contemplados en este avance, con datos desagregados para las tres provincias y capitales de Aragón y con numerosos gráficos comparativos del conjunto de Aragón con las provincias. Esperamos que esta información siga siendo utilizada como hasta la fecha por los profesionales sanitarios y personas interesadas en el conocimiento de las causas de muerte en nuestra comunidad.

Las UNIDADES de MEDIA ESTANCIA, un recurso intermedio de rehabilitación psiquiátrica

Francisco Caro Rebollo
UME Residencia Profesor Rey Ardid.
Psiquiatra
Miguel Martínez Roig
UME H. Psiquiátrico Nª Sª del Pilar.
Psiquiatra

INTRODUCCION: INSTITUCIONALIZACION Y DESINSTITUCIONALIZACION

En 1978, la Oficina Regional Europea de la OMS recomendó que, de forma paralela al cierre de grandes hospitales, se iniciaran servicios alternativos comunitarios, recomendándose además un sistema de financiación plural con subvenciones para asegurar cuidados duraderos y servicios de rehabilitación, más difícilmente encuadrables en los sistemas de salud tradicionales[1]. En 1985 la OMS advirtió que la gente con problemas de salud mental crónicos con necesidades de atención continuada planteaban una de las mayores dificultades para los planificadores y especialistas de salud mental

El concepto de institucionalización, desarrollado en el contexto de la aparición de los neurolépticos y de los cambios sociales consecutivos a la Segunda Guerra Mundial sugiere que los problemas de los pacientes son causados por el ambiente del Hospital Psiquiátrico más que por su enfermedad[2]. Los fenómenos que la institucionalización produce en el internado y en la institución se desarrollan a través de una "degradación" del individuo con una ruptura de sus rasgos habituales (vestimenta, intimidad, etc.), una regulación uniforme de la vida del individuo por parte de la institución, una aglutinación de distintas actividades (ocupacionales, lúdicas, etc) en un mismo lugar y una instauración de reglas normativas. Estos fenómenos se incluyen en dos categorías básicas: por una parte, la agravación de síntomas pre-existentes, y por otra el desarrollo de nuevos trastornos[3].

La desinstitucionalización puede equivaler en un primer escalón a la "deshospitalización", es decir al paso de los pacientes desde el hospital psiquiátrico a la comunidad. Este proceso se puede enfrentar a la insuficiencia de los sistemas de apoyo comunitario y redes sociales y a la inadecuación de los programas de tratamiento comunitario. Una segunda concepción de la desinstitucionalización correspondería al doble proceso que supone tanto el vaciamiento de los hospitales como la expansión simultánea de dispositivos terapéuticos en la comunidad[4]. Para ello se ha aconsejado la selección discriminativa de pacientes, la evaluación de la comunidad y del medio del paciente, la satisfacción de las necesidades básicas, una ocupación significativa del tiempo y un apoyo a las familias[5].

Las críticas a la desinstitucionalización se centran en el abandono de los pacientes externalizados en algunas regiones, el fenómeno de puerta giratoria, la insuficiencia de cobertura a la nueva cronicidad, el deterioro de los hospitales psiquiátricos y la persistencia del denominado "núcleo duro" de pacientes. De nuevo son las insuficiencias de recursos en los programas comunitarios, la falta de planificación y las deficiencias en la integración de los mismos y la carencia de prestaciones sociales las señaladas como culpables de dichos fracasos. Siguiendo estos argumentos algunos autores opinan que no es que la desinstitucionalización haya fracasado sino que simplemente no se le ha dado una autentica oportunidad[1].

La evidencia de que el proceso de desinstitucionalización no ha hecho descender el número de pacientes psiquiátricos y de que parece haber un incremento en algunos países de las estancias de más de 1 año y menos de 5 y de las de 1 a 12 meses hace destacar la necesidad de establecer programas de rehabilitación psicosocial para pacientes de estancias largas e intermedias. Estos programas deben de ubicarse dentro de lo que se vienen a denominar estructuras intermedias. Estas estructuras intentan cubrir el vacío en servicios que puedan ser utilizados por pacientes crónicos cuyas necesidades no pueden ser adecuadamente cubiertas por las Unidades de Salud Mental (USM) ni por las Unidades de Corta Estancia de Hospital General (UCE). Las Estructuras Intermedias son espacios comunitarios a

Boletín Epidemiológico de Aragón
número 0 Trimestre 4. Año 2001

pequeña escala, insertados al máximo en la vida social y han de servir de intermediarios en situaciones de ruptura (institucionalización, desarraigo original, invalidación social o psiquiátrica o situación de abandono); tienen como principales objetivos la total readaptación del paciente al entorno de origen, para lo cual se ha de hacer uso de la práctica de la rehabilitación.

DEFINICION Y OBJETIVOS DE LAS UMEs

Las Unidades de Media Estancia, en adelante UME, son dispositivos específicos de rehabilitación psicosocial, que cubren las necesidades de rehabilitación de aquellas personas afectas de un Trastorno Mental Grave (TMG) en las que los programas de rehabilitación comunitarios o no pueden ser aplicados o no son suficientes, ya sea por la escasa autonomía y capacidades del paciente, ya sea por una grave situación sociofamiliar, constituyéndose por tanto en una estructura intermedia. Entre sus características se destacaría:

- Por su carácter y vocación sería conveniente se configurasen como unidades de asistencia voluntaria y de régimen abierto.
- Específicas de rehabilitación de nivel terciario, implicando un régimen de estancia a tiempo completo con asistencia y supervisión psiquiátrica de 24 horas al día durante los 7 días de la semana.
- El tiempo de ingreso debería ser limitado (6-12 meses o 6-24 meses según los casos), intentando optimizar la utilización de recursos específicos, lo que dependerá de una adecuada derivación, corresponsabilización de todo el personal de rehabilitación de área y de la existencia de recursos sanitarios, rehabilitadores y residenciales alternativos y a disposición real de los equipos.

La Unidad de Media Estancia (UME) debe de adaptar los objetivos citados a su ubicación en la red sanitaria y a su condición de estructura intermedia, por lo que se pueden establecer distintos tipos de objetivos. El objetivo fundamental de las UME está en ayudar a los enfermos mentales crónicos con graves discapacidades psicosociales, el así llamado TMG, a mejorar sus habilidades y recursos personales para un mejor y más exitoso funcionamiento en la comunidad, incrementar su autonomía personal y su calidad de vida.

De forma más específica diferenciaríamos:

Objetivos clínicos

a) Evaluar las necesidades rehabilitadoras de cada paciente.

b) Evaluar el entorno y contexto en el que vive cada paciente.

c) Elaborar Planes Individualizados de Rehabilitación, de forma coordinada con otros dispositivos implicados en la atención de cada paciente (USM, recursos sociales y comunitarios).

d) Valorar el rendimiento de cada paciente dentro de los Programas propuestos.

Objetivos Docentes

a) Celebración de sesiones clínicas en las que se aborden aspectos relacionados con la rehabilitación.

b) Mantener actividades de formación continuada del personal.

c) Colaborar en actividades docentes externas.

Objetivos Investigadores

a) Instaurar y mantener una dinámica de recogida y registro de datos que permita elaborar hipótesis de investigación acerca de la cronicidad, las necesidades de los pacientes y la rehabilitación.

b) Evaluar el rendimiento y los cambios operados por los distintos programas instaurados.

Objetivos Administrativos

Ligados a la ubicación de la UME en una red de dispositivos rehabilitadores, residenciales y de reinserción sociolaboral.

POBLACION DESTINATARIA

Las características de los pacientes a derivar (criterios de inclusión) son las de pacientes psiquiátricos crónicos, es decir, personas que padecen enfermedades psiquiátricas graves (en la mayor parte de los casos pertenecientes al grupo de las psicosis) y que como consecuencia de dicha enfermedad presentan discapacidades importantes en distintas áreas de su vida. Dentro de este amplio grupo de personas, la UME ha de atender a aquellas en las que exista un mínimo de capacidades conservadas como para emprender el proceso rehabilitador a medio plazo y en las que la situación personal, familiar, laboral o social hacen que no puedan ser adecuadamente atendidos desde su USM. La edad de los pacientes debe de ser de 18 a 55 años

Se considerarán como criterios de exclusión para la aceptación del ingreso (o en su caso para la interrupción del contrato terapéutico):

a) Personas con psicopatología aguda, que deben ser tratadas en Unidades de Hospitalización en Hospitales Generales.

b) Personas con diagnóstico principal de toxicomanía o drogodependencia. Este criterio se basa en la existencia de dispositivos específicos, con recursos más adecuados al tratamiento de estas patologías.

c) Personas con procesos orgánicos cerebrales progresivos e irreversibles.

d) Incumplimiento de las pautas de la UME (consumo de tóxicos, conductas disruptivas, incumplimiento de normas, entre otros).

El acceso de los pacientes a las UMEs debe de proceder preferentemente desde las Unidades de Salud Mental (USM) y debe de filtrarse adecuadamente la idoneidad de cada caso en comisiones establecidas a tal fin. De la claridad con que se mantengan los criterios establecidos, de la existencia de otros soportes intermedios que permitan derivar a la población que no sea adecuada a estas unidades y de la evaluación protocolizada de entrada desde la USM depende en buena parte el éxito de la derivación.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Las Áreas de intervención de la UME se pueden agrupar en:

- Área de Intervención Personal. Dentro de esta área debemos de diferenciar dos apartados:
  - Área Terapéutica, en la que se encuadran básicamente las intervenciones psicoterapéuticas encaminadas a potenciar estrategias de afrontamiento y farmacológicas.
  - Áreas rehabilitadoras, donde las intervenciones van destinadas a la recuperación de capacidades y habilidades.
- Área de Intervención Socio-Comunitaria en la que se interviene en el paciente y en el medio para dotar de una red social y un apoyo que facilite las labores de reintegración a la comunidad.
- Área de Intervención Familiar que permite la intervención desde el plano más estrictamente terapéutico (v.g. terapia familiar) hasta el plano de apoyo externo a los programas iniciados en la UME

Los dos pilares básicos en el funcionamiento de la UME son la elaboración de un Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) y el sistema de tutorías.

El **PIR** es un plan individualizado, expuesto de forma operativa por áreas de intervención y actividades y/o programas a realizar que es ofrecido al paciente, a ser posible en forma de contrato.

El **sistema de tutorías** se estructura desde enfermería para dispensar cuidados individualizados y supervisar la ejecución del PIR. De este modo, el tutor es un auxiliar que se convierte en el encargado de supervisar que su tutelado recibe los cuidados adecuados, más que de proporcionarlos él mismo. Los aspectos clave en los que el tutor debe de basar su supervisión son:

- Elaboración y comunicación del PIR.
- Actividades de la vida diaria.
- Ocio y tiempo libre.
- Relaciones interpersonales.
- Relaciones familiares.
- Integración comunitaria.

En la práctica existe un conjunto protocolizado de intervenciones (programas) que pueden incidir en una o varias de las áreas de intervención citadas:

- Acogida y seguimiento.
- Actividades de Vida Diaria (AVDs).
- Ocio y tiempo libre.
- Orientación a la realidad (Integración comunitaria, formación...).
- Psicoeducación (individual y de familias).
- Habilidades Sociales.
- Rehabilitación Cognitiva.
- Integración laboral.
- Psicomotricidad.

La puesta en marcha de un PIR y la ejecución de un plan de rehabilitación pasa forzosamente por la adecuada coordinación de la UME con las USM que derivan al caso.

PERSPECTIVA ACTUAL EN ARAGÓN

La primera UME en iniciar su actividad en Aragón es la Residencia Profesor Rey Ardid (RPRA), en 1991. En junio de 2001 se puso en marcha la UME ubicada en el Hospital Psiquiátrico Ntra Sra del Pilar, y en el futuro han de abrirse las de Huesca y Teruel.

De la experiencia acumulada a lo largo de los 10 años de actividad de la RPRA se pueden extraer conclusiones. En la Tabla I[6] se presentan las características de los pacientes ingresados en el mes de febrero del año 2000; en ella se observa claramente el patrón de cronicidad y gravedad de los usuarios de este tipo de recursos. Los tiempos de estancia muestran como existe un porcentaje significativo de pacientes susceptibles de estancias más prolongadas. La Figura 1 muestra la gravedad de la discapacidad de los usuarios medida mediante el Cuestionario de Valoración de Discapacidad de la OMS (Disability Assessment Schedule) (DAS), adaptado a nuestro medio[8], en la que no se observa diferencias entre

esquizofrénicos y no esquizofrénicos. En la Figura 2 se observa el patrón de dependencia y supervisión para las diferentes áreas de autonomía, observándose una mayor dependencia, y por tanto nivel de supervisión necesario y de intervención, en los pacientes esquizofrénicos comparados con los no esquizofrénicos.

En estudios previos[7] se ha demostrado como la creación de dispositivos que mantengan un nivel de cuidados y atención intensivo tras el alta (Centros de Día, Pisos asistidos, seguimiento intensivo) es determinante a la hora de favorecer la estabilidad tras el alta y evitar nuevos reingresos.

La necesidad de recursos intermedios y unidades de rehabilitación en forma de UMEs es patente pero los esfuerzos y las inversiones realizadas pueden no dar todo su fruto si no se acompañan de otras medidas que favorezcan la estabilidad del paciente en la comunidad.

Tabla I

Perfil usuario UME. Residencia profesor Rey Ardid, año 2000

- EDAD = 36.5 ± 9.5 años (21 - 58)
- SEXO = 22 hombres y 16 mujeres (3:2)
- INICIO ENFERMEDAD = 20.5 ± 7.1 a. (12 - 41)
- AÑOS EVOLUCIÓN ENFERMEDAD. = 15.9 ± 9.3 a. (1 - 41)
- Ingresos UCE (Unidad de Corta Estancia) año previo= 3.3 ± 2.7 (0 - 14)
- Nº ingresos RPRA = 1.24 ± 0.5 (1- 3) // 1º = 78.4%; 2º = 18.9%; 3º = 2.7%
- DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRINCIPAL: 64% Tr. Esquizofrénico; 10% Tr. Bipolar; 10% Tr. Personalidad; 2.6% otros
- RESPUESTA TTO: 45% bastante/mucho mejor; 44,7% algo mejor; 10,5% sin cambios
- ACTIVIDAD LABORAL PREVIA: cualificada 15,8%; semicualificada 13,2%; sin cualificar 26,3%; sin actividad laboral previa 44,7%
- VIVIENDA: 71% familia origen; otros familiares 5,3%; propia 13,2%; pensión 7,9; no fija 2,6%
- CONVIVENCIA: 29% solos, 59% fam, 13% otros
- CUIDADOR: 57,9% padre y/o madre, 26% hno/a, 15,8% otros
- APOYO FAMILIAR EFECTIVO: SI=90%; NO 10%
- APOYO SOCIAL EFECTIVO: NO = 86,8%; protegido= 2,6%; normalizado= 10,5%
- ACTIVIDAD REGLADA: año previa = 8%; año actual = 20%

Figura 1

DAS. Adaptación Global

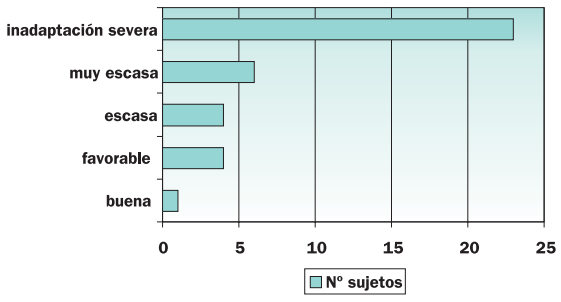
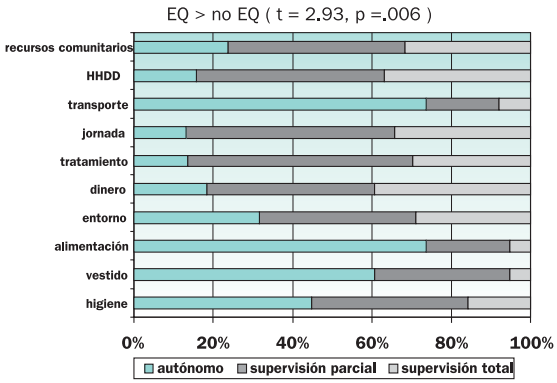


Figura 2

Evaluación autonomía por áreas



BIBLIOGRAFÍA

1. EICHHORN, H., MITZLAFF, S., Long stay instituctions in psychiatric care. En "European Handbook of Psychiatry" (Ed A. Seva) pp:1881-1888. Barcelona-Zaragoza, Anthropos-Prensa Universitaria de Zaragoza, 1991.
2. O'DRISCOLL, C., The TAPS project: Mental Hospital closure - A Literature review of outcome studies and evaluative techniques. Br J Psychiatry 1993; 162 (Suppl 19), 7-17.
3. GOFFMAN, E., Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu, 1970.
4. SAEZ AGUADO, A., Las estructuras intermedias en la red de Servicios de Salud Mental. En Jornadas sobre estructuras inrtermedias psiquiátricas de rehabilitación y reinserción social. Excma Diputación Provincial. Salamanca, 1987: 15-44.
5. WALLOT, H., La problematique de la desinstitucionalisation aux USA. L'nformation psychiatrique 1980. 56.
6. OKIN, R.L., PEARSALL, D.; ATHERAN, T.: Predictions about new long stay patients. Were they valid? Am J Psychiatry 1990; 147:1596-1601.
7. CARO REBOLLO, F.J., Perspectivas y necesidades futuras en la rehabilitación psiquiátrica. II Jornadas de la SARP. Huesca, 11 y 12 de Febrero de 2000.
8. MARTINEZ ROIG, M., ARILLA AGUILELLA, A., SARASOLA, A. et al., Las estructuras intermedias en Psiquiatría como factor modificador de los ingresos en Unidades de corta estancia. XII Reunión Científica Anual Ordinaria de la Sociedad Castellano Leonesa de Psiquiatría. León, 30 de Septiembre y 1 de Octubre de 1994.
9. PINILLA BUDRIA, M.A. Disability Assessment Schedule (DAS-III), adaptación a nuestro medio. Tesina.

TABACO

Referencias al tabaco en la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias

Javier Toledo Pallarés
Médico de Administración Sanitaria.
Servicio de Prevención y Promoción de la Salud.

La prevención y el control del tabaquismo se considera una de las medidas más efectivas que se pueden adoptar para elevar el nivel de salud de la población, evitando patologías crónicas de diversa índole y muertes prematuras. Así lo recoge en nuestra Comunidad Autónoma la **Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias** en su preámbulo: "*El tabaquismo es uno de los más importantes problemas de salud pública, siendo la causa prevenible más importante de mortalidad, y provoca, además, una notable pérdida de calidad de vida*". Un aspecto clave con relación al consumo de tabaco es que no sólo afecta a la salud de los fumadores sino a la de las personas que están en ambientes contaminados por humo de tabaco. Las medidas legislativas constituyen uno de los pilares básicos del control del tabaquismo. Necesitan incluir normas que regulen aspectos que puedan contribuir por un lado a disminuir la incidencia y prevalencia de esta dependencia y por otro lado a proteger la salud de los no fumadores de los riesgos inherentes al humo de tabaco en los lugares cerrados. Las medidas legislativas deben, en consecuencia, conllevar medidas que regulen la publicidad, la venta y el consumo de tabaco así como la necesidad de ofrecer un tratamiento adecuado a las personas que padecen esta dependencia.

La Unión Europea ha regulado algunos aspectos sobre etiquetado y contenidos de los productos del tabaco y está preparando una nueva Directiva sobre publicidad. En el conjunto del Estado Español, la normativa básica viene recogida en el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población (B.O.E. 9 de marzo de 1988) modificado por el RD 1293/1999 de 23 de julio (B.O.E. de 7 de agosto de 1999). Otras normas regulan aspectos de etiquetado y publicidad, pero sería muy prolijo analizarlas en este artículo.

Muchas Comunidades Autónomas han regulado aspectos sobre tabaco en el ámbito de sus competencias. Además de la normativa estatal, la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias es la norma de referencia para la Comunidad Autónoma de Aragón (BOA nº 43 11/04/2001).

La Ley 3/2001 define el tabaco como una droga, considerando a éstas como aquellas sustancias que, administradas al organismo, son capaces de alterar de alguna manera el sistema nervioso central de un individuo y pueden generar dependencia, sea física, psíquica o ambas. El conjunto de medidas que contiene, y que deberán ser mejoradas en el futuro, suponen un primer paso para promover una cada vez menor aceptabilidad del tabaco, contrarrestando parte de la estrategia de la industria tabaquera por mantener su mercado. La Ley contempla por un lado actuaciones preventivas generales: información, educación para la salud y participación ciudadana y por otro lado, medidas específicas que regulan aspectos relativos a publicidad, venta y consumo de tabaco.

Con relación a la **publicidad**, la norma prevé una serie de actuaciones tendentes a proteger a los menores, prohibiendo la publicidad dirigida específicamente a ellos. Prohibe así el patrocinio de actividades deportivas, culturales o de cualquier otro tipo dirigidas a menores, si ello lleva implícita la aparición de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionados con tabaco. 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. Asimismo, queda prohibido ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad.

Se prohibe expresamente la publicidad directa e indirecta de tabaco en:

a) Centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y de atención social.

b) Centros docentes, incluidos los de enseñanza deportiva.

c) Salas de cine, teatro o espectáculos e instalaciones deportivas, cuando su programación vaya dirigida a menores de 18 años.

d) Medios de transporte público.

e) Lugares donde esté prohibida su venta y consumo.

Como novedad, ya que en la normativa estatal el límite estaba en 16 años, la ley recoge la prohibición de la **venta y suministro** de tabaco, de sus productos, labores o imitaciones que introduzcan el hábito de fumar a personas menores de 18 años en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

En todos los establecimientos donde se venda o suministre tabaco o sus labores, deberá colocarse, de forma visible al público y en las inmediaciones de estos productos, carteles que adviertan de la prohibición de vender tabaco a menores. Asimismo, se prohibe la venta y el suministro de tabaco a través de máquinas automáticas, a no ser que se encuentren en establecimientos cerrados y siempre a la vista de una persona responsable del establecimiento, que responderá del cumplimiento de la citada prohibición. En la superficie frontal de estas máquinas, en lugar visible, se hará constar la prohibición que tienen los menores de 18 años de adquirir tabaco. Las características de la **señalización** para puntos de venta y máquinas expendedoras se recoge en desarrollo posterior de la ley mediante el Decreto 152/2001 (BOA nº 93 de 6 de agosto de 2001) y en la Corrección de errores del Decreto citado 152/2001 (BOA nº 94 de 8 de agosto de 2001).

Se prohibe la venta y suministro de tabaco en:

a) Los centros y dependencias de la administración pública.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.

c) Los centros docentes de cualquier nivel.

d) Instalaciones deportivas.

e) Centros de atención o esparcimiento de menores.

f) En la vía pública.

La creación de **espacios sin humo** es una de las medidas más efectivas para disminuir la aceptabilidad social del tabaco, a la vez que favorece su menor consumo e incluso el abandono por parte de los fumadores. Al objeto de prevenir la salud de los no fumadores o por tratarse de centros con características especiales (asistenciales, de enseñanza o para menores), la Ley 3/2001 recoge la **prohibición de fumar** en:

a) Los centros, servicios o establecimientos sanitarios y sociosanitarios, salvo en aquellas zonas que expresamente se habiliten al efecto, que en todo caso serán independientes para los usuarios de los servicios y visitantes, y para el personal del centro, servicio o establecimiento.

b) Los centros de servicios sociales, salvo en aquellas zonas que expresamente se habiliten al efecto.

c) Los centros de atención social destinados a menores de 18 años.

d) Los espacios cerrados de esparcimiento y ocio para uso infantil y juvenil.

e) Los centros docentes no universitarios.

f) Los centros universitarios o de enseñanza dirigida a mayores de edad, salvo en las zonas expresamente habilitadas al efecto.

g) Los centros e instalaciones deportivas cerrados.

h) Las salas de uso público general destinadas a lectura, biblioteca, conferencias, exposiciones, museos o similares.

i) Las salas de teatro, cine y otros espectáculos públicos en locales cerrados.

j) Las oficinas y dependencias laborales de la Administración pública, y todas las destinadas a la atención directa al público, salvo en aquellas zonas expresamente habilitadas al efecto.

k) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

l) Los centros comerciales cerrados y entidades financieras, salvo en las zonas especialmente reservadas y señalizadas al efecto por la dirección de los mismos, que en ningún caso podrán ser zonas destinadas a la venta.

m) Los lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.

n) Las salas de espera de accesos de embarque en estaciones de autobuses, trenes o aeropuertos, salvo en aquellas zonas que expresamente se habiliten al efecto.

ñ) Cualquier medio de transporte colectivo, urbano e interurbano, en trayectos que recorran exclusivamente el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

o) Los vehículos de transporte escolar y todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de 18 años o de enfermos.

p) Los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto aquellos que estén destinados principalmente al consumo de los mismos, donde se diferenciarán los espacios destinados a fumadores y no fumadores. En todo

caso, se mantendrá la prohibición de fumar a los manipuladores de alimentos.

q) Los ascensores y otros recintos pequeños de escasa ventilación, destinados al uso de varias personas, tanto en instalaciones públicas como privadas.

r) Los lugares similares a los mencionados en este apartado que se determinen legalmente.

En todos los lugares, locales o zonas donde se limite el consumo de tabaco estará visible y convenientemente **señalizada** la prohibición de fumar.

A los efectos de lo expuesto en las limitaciones al consumo, en la Ley 3/2001 se consideran **zonas habilitadas para fumadores** aquellas que cumplan los siguientes requisitos: a) estar nítidamente separadas y contar con sistemas de ventilación adecuados, b) no estar ubicadas en zonas de paso obligado para no fumadores o salas de espera y c) encontrarse su ubicación claramente señalizada. En el caso de que no pudieran cumplirse los anteriores requisitos, se entenderá que todo el local deberá ser libre de humos.

La Ley 3/2001 da preferencia al **derecho a la salud de los no fumadores**, el cual prevalecerá sobre el derecho a fumar en aquellas circunstancias en las que aquél pueda verse afectado por el consumo de tabaco.

Con relación a la **asistencia**, la Ley 3/2001 recoge que la atención a los problemas de salud de los drogodependientes se realizará preferentemente en el ámbito comunitario y quedará garantizada, con carácter de gratuidad, en cualesquiera de los niveles de atención de la red pública sociosanitaria. Llevado esto al ámbito del tabaco, plantea la necesidad de una mayor implicación de los servicios sanitarios y más recursos en la atención al fumador, pero eso puede ser tema para otra colaboración en esta revista.

La norma prevé la necesidad de velar por el **cumplimiento** de la misma mediante actividades de inspección y control que deberán ser llevadas a cabo por autoridades y agentes a los que se les encomiende dicha labor. Los responsables de las infracciones serán las personas físicas o jurídicas titulares de las entidades, establecimientos, empresas o servicios donde se compruebe la infracción. Las posibles **infracciones** vienen detalladas en el apartado correspondiente. Así en relación al tabaco, los incumplimientos de lo relativo a señalización o al consumo constituyen, excepto reincidencia, infracciones leves sancionables con 100.000 a 500.000 pesetas. Los incumplimientos de las disposiciones relativas a publicidad y venta, se tipifican como infracciones graves a las que les corresponden sanciones que oscilan, salvo reincidencia, de 500.000 a 2.500.000.

Los **órganos competentes** para imponer este tipo de sanciones pueden ser los alcaldes (en función del tamaño de la población y de la cuantía de la sanción), o los directores de los Servicios Provinciales de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. La norma prevé desarrollar mediante reglamento un procedimiento específico para sancionar las infracciones recogidas en ella. La Ley, que entró en vigor el 1 de mayo de 2001, otorgaba a las entidades, establecimientos, empresas y servicios un **plazo de adecuación** de seis meses (1 de noviembre de 2001) para adecuarse a sus prescripciones, a partir del cual son plenamente aplicables.

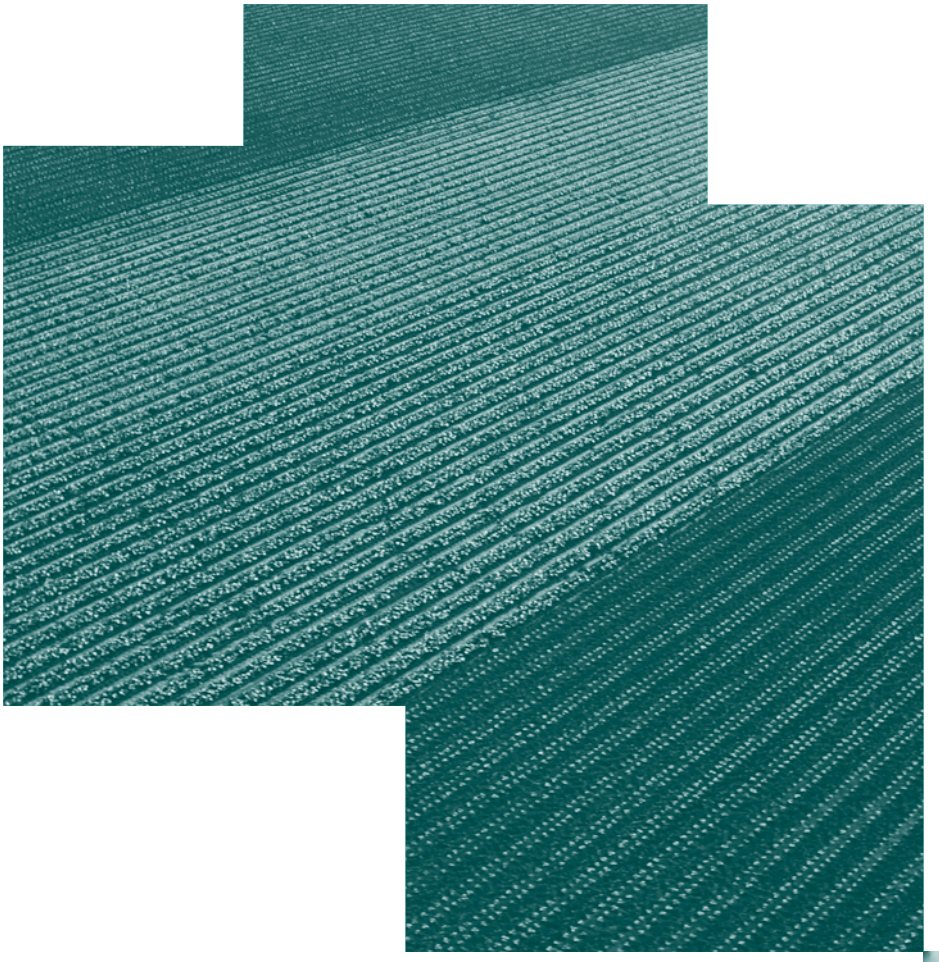
Las medidas legislativas que han demostrado ser más efectivas en el control de esta epidemia son la prohibición de la publicidad, la elevación de precio y las medidas que prohiben el consumo de tabaco en los espacios públicos. Hay competencias compartidas con el Estado y que, por lo tanto no son abordables completamente mediante legislación de las Comunidades Autónomas, por ejemplo algunos aspectos de la publicidad o de la política fiscal. Aun así, la Ley 3/2001 supone la introducción de algunos cambios importantes en la Comunidad Autónoma de Aragón con respecto a la normativa nacional Baste como ejemplo la prohibición de venta a menores de 18 años, la retirada de la venta de centros docentes, sociales y sanitarios, la prohibición de fumar en algunos espacios como centros de ocio infantil o la necesidad de disponer de zonas separadas en restaurantes. Asimismo, en esta norma se aborda, cómo deben ser las zonas de fumadores, aspecto que no se había recogido en normativa nacional, dando unos criterios mínimos, que a todas luces deberían ser considerados insuficientes, pero que suponen un paso adelante.

Aun así, la norma, presenta **carencias** que, a la luz de los conocimientos actuales, deberán, incorporarse en desarrollo posterior. Por ejemplo, ya nadie pone en duda que el humo de tabaco ambiental es un agente que perjudica a la salud y el bienestar de los no fumadores, y por eso regula el consumo en determinados **espacios públicos**. Sin embargo, la Ley olvida el único espacio público que fumadores y no fumadores están obligados a compartir: el lugar de trabajo. A pesar de que la norma recoja el hecho general del derecho a la salud de los no fumadores, es fuente de conflictos y problemas derivados para la salud de estos.

La legislación debería ser explícita respecto al consumo de tabaco en el lugar de trabajo. Ya en 1988 se celebró en Madrid la Primera Conferencia Europea sobre Políticas Antitabáquicas. En esta conferencia se estableció la "Carta de Derechos para una Vida Libre de Tabaco". Uno de sus puntos contempla que *"Todos los trabajadores tienen el derecho a respirar en el lugar de trabajo sin que el aire esté contaminado por el humo de tabaco"*.

Ningún trabajador debería estar expuesto al humo de tabaco ambiental de forma involuntaria. Esto supondría la práctica eliminación del consumo en todos los espacios cerrados compartidos, restringiendo el consumo a los espacios habilitados al efecto o espacios abiertos, lo cual no debe ser considerado una medida que atenta al derecho de los fumadores a fumar, sino una medida de protección efectiva de la salud frente a un carcinógeno ambiental que no está ligado a ningún proceso de producción. Frente a otros contaminantes industriales o derivados de actividades de la vida diaria, el nivel mínimo alcanzable de humo de tabaco ambiental puede ser cero. La tendencia legislativa va en ese sentido y el Ministerio de Sanidad y Consumo ya ha anunciado la propuesta de hacer una normativa nacional que proteja a los trabajadores del humo de los demás.

La norma está ahí, ahora compete, por un lado a la sociedad en su conjunto su cumplimiento y el proponer los cambios que sean necesarios y por otro, a las autoridades públicas la vigilancia para que aquella se cumpla, mediante actividades de inspección y control, imponiendo llegado el caso las sanciones correspondientes.

Nota:

El texto completo de la Ley 3/2001 se puede descargar en formato pdf de http://www.aragob.es/sid/boa/20010411.pdf.