

Quién es quién

Florence Nightingale (Florencia 1820- Londres 1910)

Nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia, Italia, aunque se crió en Derbyshire, Inglaterra. Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente con una educación muy estricta. Su padre William Nightingale era un unionista que luchaba por la abolición de la esclavitud y creía firmemente en que las mujeres debían de recibir una educación integral y amplia incluyendo latín, griego, geografía y matemáticas entre otras. La madre de Florence, Fanny Nightingale era una mujer dominante que estaba ocupada principalmente con la búsqueda de un buen marido para su hija. Por ello, se molestó ante la decisión de Florence de rechazar varias proposiciones de matrimonio.

En 1850 inició estudios de enfermería en el Instituto San Vicente de Paúl en Alejandría, Egipto, posteriormente estudió en el Instituto para Diáconas Protestantes de Kaiserswerth, Alemania. En 1853 dirigió el Hospital para Damas Inválidas de Londres. Durante la guerra de Crimea, supo de las deficientes condiciones sanitarias y la falta de medios en el gran hospital de barracones de Üsküdar (Turquía), por lo que envió una carta al secretario de la Guerra británico, ofreciendo sus servicios. A Nightingale se le dio permiso para que llevara a treinta y ocho enfermeras a cuidar a los soldados británicos en la guerra. En el hospital militar de Scutari encontró unas condiciones alarmantes; los hombres se ubicaban en cuartos sin sábanas ni comida decente, sin poder lavarse y manteniendo puestos sus uniformes, lo que hacía que las heridas de guerra fueran la sexta causa de muerte, mientras que enfermedades como el tifus, cólera y disentería eran las tres causas principales de la alta tasa de defunción en los hospitales militares.

Esta etapa le sirvió a Nightingale para recoger datos y sistematizar los registros de control. Ella inventó el gráfico radial, donde las estadísticas representadas son proporcionales al área de una sección en un gráfico circular. La información recogida fue su herramienta para promover la reforma; sus cálculos sobre la tasa de mortalidad mostraron que con una mejoría en los métodos de sanidad, las muertes bajarían. Y así fue, en febrero de 1855 la tasa de mortalidad era del 42,7% de los casos tratados y mediante cuidados sistematizados de enfermería logró reducirla al 2%.

Publicó dos libros que le servirían para la posterior reforma hospitalaria: *Notas de Hospital* (1859) y *Notas de Enfermería* (1859). Con el apoyo de amigos de "The Times", Nightingale pudo reunir 59.000 libras para mejorar la calidad de la enfermería y con las que fundó en

1860 la Escuela y Casa para Enfermeras Nightingale en el Hospital St. Thomas. Ella también se involucró en el entrenamiento de enfermeras que trabajaban en "casas de trabajo", como resultado de una ley en protección de los pobres, de 1834.

Fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, y puede llevar a avances en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes. Nightingale ayudó a promover lo que era entonces una idea revolucionaria, que los fenómenos sociales podían ser objetivamente medidos y expuestos al análisis matemático. Su trabajo con estadística médica fue tan impresionante que fue elegida como miembro de la *Sociedad Estadística de Inglaterra* (1858) siendo la primera mujer en entrar en dicha institución. En 1883, la reina Victoria le otorgó la *Royal Red Cross* y en 1907, fue la primera mujer condecorada con la *Orden al Mérito*. A pesar de que otros métodos habían fallado, su acercamiento estadístico convenció a las autoridades militares, al parlamento y a la Reina Victoria, para llevar a cabo la reforma hospitalaria.

Durante la Guerra Civil, Nightingale fue consultora sobre salud de la armada para el gobierno de los Estados Unidos de América. Ella también respondió a la solicitud de consejo de la Oficina de Guerra Británica, sobre cuidados médicos en Canadá. Sus actividades matemáticas incluyeron estimar sobre el "promedio de velocidad de transporte en trineo" y calcular "el tiempo requerido para el transporte de los enfermos sobre grandes distancias en Canadá".

Florence Nightingale defendió a ultranza los derechos de las mujeres. Ella luchó por el privilegio de estudiar matemáticas, por el derecho de ser una enfermera, y por el derecho de cada mujer de "traer lo mejor que tiene, independientemente de lo que sea, al servicio del Mundo de Dios...hacer lo que sea bueno, aunque esto no sea admisible en una mujer". Aunque como reflejan sus palabras a continuación, no le gustaban los extremismos: "...que llevan a la mujer a imitar al hombre en todo lo que hace, simplemente porque ellos lo hacen y sin ninguna consideración sobre si es esto lo mejor que pueden hacer las mujeres". Ella era una verdadera matemática en su amor por el razonamiento, siempre cuestionando las creencias y cuidando el proceso para alcanzar conclusiones. Falleció en Londres el 13 de agosto de 1910.

Dámaso Rodríguez



Se ralentiza el crecimiento de los costes laborales

La Encuesta Anual de Coste Laboral (EACL) y la Encuesta Trimestral de Coste Laboral (ETCL), permiten conocer los niveles anuales de coste medio por trabajador y los principales componentes de este gasto.

Los resultados obtenidos de dichas Encuestas muestran que desde 2002 el coste laboral ha aumentado cada año, pero el incremento interanual es cada vez más suave. En 2005 el coste laboral bruto por trabajador fue de 25.737 euros, que tras deducir las subvenciones y deducciones, suponen un coste laboral neto de 25.501,8 euros. El principal componente del coste laboral es el relativo a sueldos y salarios, que representan tres cuartas partes del gasto laboral de las empresas.

La industria incurre en un gasto laboral mayor que el resto de los sectores, aunque hay grandes diferencias si se desciende a niveles más detallados de actividad. Así, en actividades como la intermediación financiera o la energía, la suma de sueldos y salarios más los costes no salariales supera los 50.000 euros por trabajador, mientras que en las actividades de hostelería, comercio, actividades sociales y servicios a la comunidad, inmobiliarias y alquiler, educación y construcción el coste por trabajador es menor a la media.

Este folleto de la serie Cifras Ine se encuentra disponible en:

www.ine.es/revistas/cifraine/0506.pdf

Próximos cursos que organiza la Escuela de Estadística de las Administraciones Públicas



La Escuela de Estadística de las Administraciones Públicas (EEAP), dependiente del INE, tiene por objetivo la formación en Estadística del personal de las Administraciones Públicas y otros colectivos sociales que así lo requieran. Los cursos que imparte la EEAP versan sobre encuestas y estadísticas que realiza el INE, sobre técnicas estadísticas, sobre el marco legal de la función estadística pública, y otros temas de interés.

El programa para los meses de febrero y marzo es el siguiente:

Sistema de Cuentas Regionales, curso a realizar los días 6, 7 y 8 de febrero.

Tratamiento de la falta de respuesta por imputación y reponderación (dos módulos), curso a realizar los días 6, 7 y 8 (módulo I) y 21, 22 y 23 (módulo II) de marzo.

Seminario Informativo para preparar oposiciones al Cuerpo Superior de Estadísticos del Estado, día 27 de marzo.

Seminario Informativo para preparar oposiciones al Cuerpo de Diplomados en Estadística del Estado, día 28 de marzo.

Toda la información sobre la Escuela de Estadística en:

www.ine.es/ine/eeaapp/escuela.htm

En el año 2006 se matricularon 220.954 alumnos en las Pruebas de Acceso a la Universidad

En el año 2006 un total de 220.954 alumnos se matricularon para presentarse a las Pruebas de Acceso a la Universidad. El 82,7% de los matriculados aprobaron, lo que supone un 1% más que en 2005. El 58,1% de los aspirantes a ingresar en la Universidad son mujeres, y aprueban el 83,5% de las que se presentan. En el caso de los hombres, el porcentaje de aprobados es del 81,6%.

En la convocatoria de junio se matricularon 158.520 alumnos y superaron las pruebas el 89,9%, mientras que en la convocatoria de septiembre se matricularon 43.185 alumnos y superaron las pruebas el 68,2%.

Por su parte, en las pruebas de acceso para mayores de 25 años se matricularon 19.249 alumnos, un 3,2% menos que en

el año anterior. De ellos, el 56% superó estas pruebas, un 1,4% más que en 2005.

Excluyendo las pruebas para mayores de 25 años, la opción más elegida es la de Ciencias Sociales (con un 30,2% del alumnado matriculado), seguida por la opción de Ciencias de la Salud (24,1%) y la Científico-Técnica (23,4%).

Las dos opciones con menor peso entre los alumnos son las opciones Combinadas (alumnos que se presentan por más de una opción), con un 7,1% del alumnado matriculado, y la de Artes, con un 2,6% de los alumnos.

Las cifras proceden de las Pruebas de Acceso a la Universidad 2006, publicadas por el INE el 22 de enero de 2007. Más información en: www.ine.es

Se ralentiza el crecimiento de los costes laborales

La Encuesta Anual de Coste Laboral (EACL) y la Encuesta Trimestral de Coste Laboral (ETCL), permiten conocer los niveles anuales de coste medio por trabajador y los principales componentes de este gasto.

Los resultados obtenidos de dichas Encuestas muestran que desde 2002 el coste laboral ha aumentado cada año, pero el incremento interanual es cada vez más suave. En 2005 el coste laboral bruto por trabajador fue de 25.737 euros, que tras deducir las subvenciones y deducciones, suponen un coste laboral neto de 25.501,8 euros. El principal componente del coste laboral es el relativo a sueldos y salarios, que representan tres cuartas partes del gasto laboral de las empresas.

La industria incurre en un gasto laboral mayor que el resto de los sectores, aunque hay grandes diferencias si se desciende a niveles más detallados de actividad. Así, en actividades como la intermediación financiera o la energía, la suma de sueldos y salarios más los costes no salariales supera los 50.000 euros por trabajador, mientras que en las actividades de hostelería, comercio, actividades sociales y servicios a la comunidad, inmobiliarias y alquiler, educación y construcción el coste por trabajador es menor a la media.

Este folleto de la serie Cifras Ine se encuentra disponible en:

www.ine.es/revistas/cifraine/0506.pdf

Próximos cursos que organiza la Escuela de Estadística de las Administraciones Públicas



La Escuela de Estadística de las Administraciones Públicas (EEAP), dependiente del INE, tiene por objetivo la formación en Estadística del personal de las Administraciones Públicas y otros colectivos sociales que así lo requieran. Los cursos que imparte la EEAP versan sobre encuestas y estadísticas que realiza el INE, sobre técnicas estadísticas, sobre el marco legal de la función estadística pública, y otros temas de interés.

El programa para los meses de febrero y marzo es el siguiente:

Sistema de Cuentas Regionales, curso a realizar los días 6, 7 y 8 de febrero.

Tratamiento de la falta de respuesta por imputación y reponderación (dos módulos), curso a realizar los días 6, 7 y 8 (módulo I) y 21, 22 y 23 (módulo II) de marzo.

Seminario Informativo para preparar oposiciones al Cuerpo Superior de Estadísticos del Estado, día 27 de marzo.

Seminario Informativo para preparar oposiciones al Cuerpo de Diplomados en Estadística del Estado, día 28 de marzo.

Toda la información sobre la Escuela de Estadística en:

www.ine.es/ine/eeaapp/escuela.htm

En el año 2006 se matricularon 220.954 alumnos en las Pruebas de Acceso a la Universidad

En el año 2006 un total de 220.954 alumnos se matricularon para presentarse a las Pruebas de Acceso a la Universidad. El 82,7% de los matriculados aprobaron, lo que supone un 1% más que en 2005. El 58,1% de los aspirantes a ingresar en la Universidad son mujeres, y aprueban el 83,5% de las que se presentan. En el caso de los hombres, el porcentaje de aprobados es del 81,6%.

En la convocatoria de junio se matricularon 158.520 alumnos y superaron las pruebas el 89,9%, mientras que en la convocatoria de septiembre se matricularon 43.185 alumnos y superaron las pruebas el 68,2%.

Por su parte, en las pruebas de acceso para mayores de 25 años se matricularon 19.249 alumnos, un 3,2% menos que en

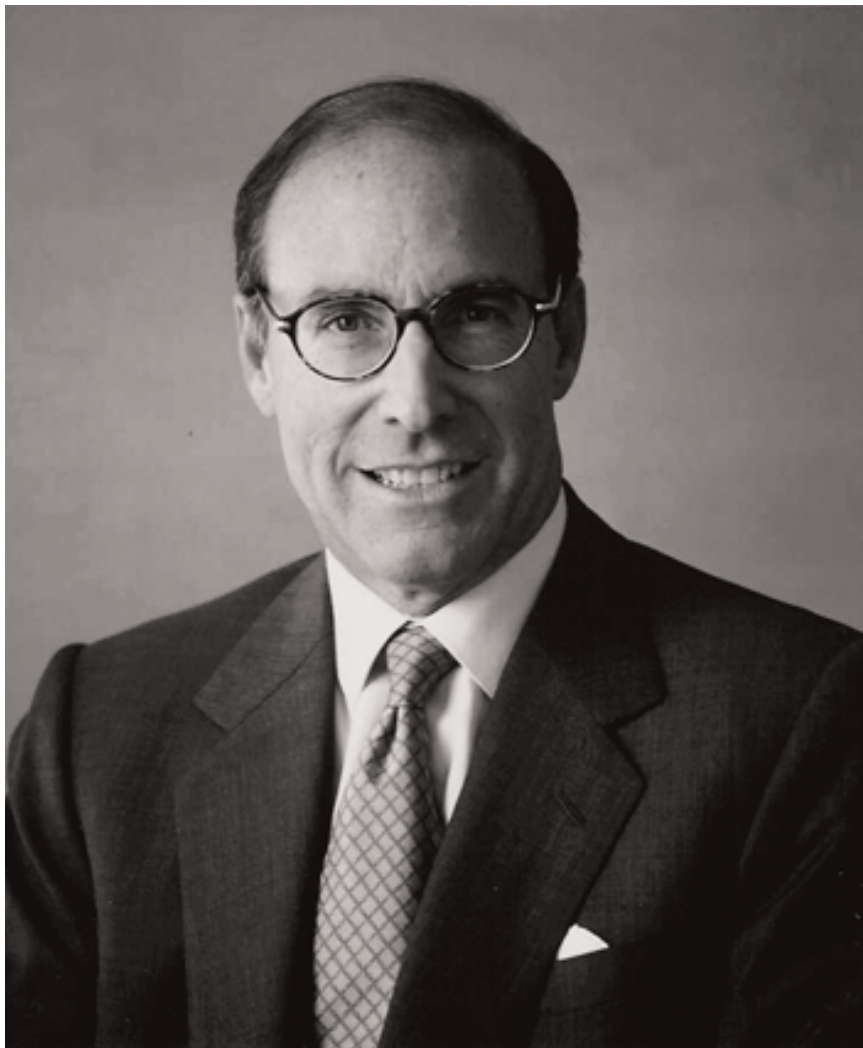
el año anterior. De ellos, el 56% superó estas pruebas, un 1,4% más que en 2005.

Excluyendo las pruebas para mayores de 25 años, la opción más elegida es la de Ciencias Sociales (con un 30,2% del alumnado matriculado), seguida por la opción de Ciencias de la Salud (24,1%) y la Científico-Técnica (23,4%).

Las dos opciones con menor peso entre los alumnos son las opciones Combinadas (alumnos que se presentan por más de una opción), con un 7,1% del alumnado matriculado, y la de Artes, con un 2,6% de los alumnos.

Las cifras proceden de las Pruebas de Acceso a la Universidad 2006, publicadas por el INE el 22 de enero de 2007. Más información en: www.ine.es

“La medicina eficiente es barata”



John de Zulueta, Presidente de Sanitas, Lázaro Villada, Consejero de la Revista Índice y Diego Cano, Director de la Revista, se reúnen para charlar sobre salud y estadísticas. Este es un extracto de su conversación, que empieza con el titular propuesto en los primeros minutos de charla...

Lázaro Villada, Hombre, John, siempre se ha asociado eficiencia en la medicina a mayor gasto sanitario, o al menos, elevado nivel de prestaciones a elevado nivel de gasto. Me gustaría que desarrollases tu tesis.

John de Zulueta, Pues sí, eso que dices es cierto, pero yo tengo la experiencia de que los buenos médicos gastan menos, porque cometen menos

errores y no tienen que realizar tantas pruebas. Además, el desarrollo de nuestro sistema de gestión permite que compartamos información médica mediante sistemas informáticos, historial clínico informatizado y gestión de proveedores.

Diego Cano: Supongo que hacéis un esfuerzo elevado en mantener la confidencialidad...

JZ: Sí, sí, claro. Manteniendo la confidencialidad, pero permitiendo que los diversos especialistas compartan los resultados de las pruebas de forma que no haya que repetirlas en cada consulta.

El gasto excesivo suele derivarse de errores y gracias a nuestros sistemas de medición podemos calibrar no sólo el éxito o fracaso del tratamiento según el resultado sobre el paciente sino también la capacidad de diagnóstico de los médicos según el gasto que generan. Esto es calidad; acertar rápidamente con el diagnóstico correcto.

LV: ¿Y la prevención?

JZ: Sí, la prevención es una de las medidas que estamos desarrollando, la atención primaria, la cultura de la salud, la alimentación saludable, la actividad física moderada, el evitar hábitos perniciosos... lo que se denomina el wellness, la medicina preventiva, el cuidado de la salud frente a la resolución de la enfermedad, evitándola antes de que se produzca.

LZ: Aún así, hay elementos que presionan al alza el gasto médico. Estoy pensando en enfermedades raras o en las segundas opiniones.

JZ: Sobre los casos raros te diré que, a pesar de que haya series en televisión centradas en éstos, en la realidad la mayor parte de los casos son normales. Los médicos buscan, por poner un símil que se utiliza mucho en la profesión, un caballo, que es lo normal, y no una cebra, que resulta más extraordinaria. Cuando el caballo no aparece tenemos un servicio de segunda opinión concertado con médicos externos para buscar la cebra o lo que sea.

DC: ¿Cómo son las relaciones entre la medicina pública y privada? Me da la sensación que en alguna medida la medicina pública está emulando a la privada en posibilidad de elección de especialista y reducción de las listas de espera.

JZ: Como dices, los sistemas sanitarios públicos y privados se comple-

mentan, más que compiten. Así, la sanidad privada busca fórmulas de atención personalizada y de elección de especialista que la pública acaba imitando con el tiempo. Eso es bueno, pues genera incentivos de búsqueda de calidad en ambos sectores. Nosotros buscamos los huecos que el sistema público sanitario no puede atender, y alternativas a lo que el sistema público ofrece.

LV: ¿A qué huecos te refieres? ¿cómo tratáis las intervenciones voluntarias como cirugía estética o fertilización in vitro?

JZ: Nosotros ofrecemos primas que cubren contingencias universales con una calidad diferenciada y en lo que se refiere a los productos de “no seguro”, por su carácter voluntario, como el láser, la cirugía estética o la fecundación in vitro, nuestro compromiso con los clientes es ofrecer precios de mayorista y supervisar la calidad. Tenemos un extraordinario éxito en cobertura dental, en parte, gracias a nuestra gestión y, en parte, por el vacío del sistema público, de ahí la complementariedad que antes comentaba. Sin embargo, hay campos como los trasplantes de órganos, en los que no podemos competir con el sistema público que en España tiene articulado un magnífico sistema de recogida de órganos. Si lo público funciona, o no podemos mejorarlo, no tiene sentido intervenir.

LV: ¿Y la dependencia? Comentábamos antes, como uno de los riesgos ciertos a los que se enfrenta nuestra sociedad, el envejecimiento de la población y el incremento asociado que conlleva en gasto sanitario.

JZ: Pues en la dependencia tenemos un producto con éxito muy relativo, dada una cierta resistencia a asegurarse en los tramos de edad jóvenes, lo que hace que las primas cuando se asegura el individuo se eleven porque prácticamente significan el coste. Hay una cierta miopía del consumidor que necesita de beneficios fiscales para vencerse. De todas formas, estamos apostando por residencias fundamentalmente en Cataluña, País Vasco, Madrid y Levante, descu-

biendo que el patrón de comportamiento del español es algo diferenciado con respecto al de nuestros clientes en el resto de Europa o en Estados Unidos.

DC: Volviendo al tema de la vejez y el gasto asociado... Imagino que las herramientas estadísticas derivadas del cálculo actuarial serán fundamentales para afrontar el incremento del gasto.

JZ: En 1991, Sanitas, rompe el esquema del sector de prima única, dejando de subvencionar a los mayores a costa de los jóvenes y tarifando por bandas de edad y sexo, tarificación que hoy es anual. Incluso hemos sacado una tarjeta específica destinada a franjas superiores de edad con especialistas gerontólogos como médico de cabecera, lo que permite afrontar un incremento del gasto con una reducción de costes derivada de una mayor eficiencia en la administración de los recursos.

LV: ¿La tarificación por sexo no os plantea problemas legales?

JZ: Como bien conocéis, la nueva normativa europea nos va a obligar a suprimir diferencias en las primas según el sexo. Hasta ahora, circunstancias como la edad y el sexo servían para compensar los gastos de unos con la ausencia de gastos de otros. Actualmente se están adecuando las primas a las circunstancias concretas de cada individuo.

DC: ¿Por qué no ofrecéis a la comunidad científica vuestra producción estadística?

JZ: Porque son en realidad el núcleo del negocio, lo que nos permite un diferencial de valor añadido. Los actuarios son de la casa y el cálculo correcto de riesgos y primas es lo que nos permite gestionar bien nuestra actividad. Te pongo el ejemplo de los funcionarios; la prima no cubre el riesgo estadístico por lo que es un sector del que salimos en 1990 y en el que, de momento, no hemos vuelto a entrar más que de manera parcial, por la descompensación entre prestaciones y la prima fija. No obstante, lo reconsideramos cada año, conforme se vienen elevando las primas que ofrecen las mutuas.



John de Zulueta

PRESIDENTE DE SANITAS

Nacido en Boston (EE.UU.) el 23 de febrero de 1947. Licenciado en Historia Contemporánea por la Universidad de Stanford (California) (1968), M.B.A. en la Escuela de Negocios de la Universidad de Columbia (Nueva York) (1976).

Comenzó su trayectoria profesional en The Boston Consulting Group. En 1978 se incorpora a PepsiCo Inc., siendo nombrado más adelante Presidente y Director General de Productos PepsiCo, S.A. En 1985 entró a formar parte del Grupo Cadbury-Schweppes Plc., siendo nombrado Consejero Delegado de Schweppes, S.A. y más adelante Presidente de Cadbury-Schweppes España, S.A. y Vicepresidente de Sur de Europa. En 1991 es nombrado Consejero Delegado de Sanitas S.A. de Seguros (BUPA Group), Sociedad que preside en la actualidad.

Consejero de Bankinter, Consejero Asesor de 3i Europe, Consejero de Everis, Consejero de la Universidad Europea de Madrid, Miembro del Consejo Asesor de Saint Louis University (Madrid), Consejero de A.P.D. (Asociación para el Progreso de la Dirección), Vicepresidente de la Fundación Sanitas y Patrono de la Fundación de la Innovación (Bankinter) y de la Fundación Everis.

Presidente del Comité de Sanidad del Circulo de Empresarios. Vocal del Jurado del Premio a las Buenas Prácticas de Gestión Interna (Ministerio de Administraciones Públicas). Ha sido miembro de la Comisión de Seguimiento y anteriormente Vocal de la Comisión Especial de Estudio para el Desarrollo de la Sociedad de la Información (2002-2003) Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Publicaciones: Columnista en “Expansión” y anteriormente en “El Mundo” (Nueva Economía), y autor de *Buscando El Dorado: Reflexiones sobre los negocios en España 1980-1996*. Editorial Noesis. Madrid, 1997.

Condecoraciones: Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil.

Sistema de información del Sistema Nacional de Salud

Santiago Esteban Gonzalo

Instituto de Información Sanitaria. Secretaría General de Sanidad/Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo

El Sistema Nacional de Salud

La Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, a la vez que diseña una nueva organización territorial de Estado que posibilita la asunción por las comunidades autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para el Estado la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud como el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las comunidades autónomas que integran todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos y hacen efectivo el derecho a la protección de la salud.

“**El Ministerio de Sanidad y Consumo es el encargado de establecer el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud**”

El Sistema Nacional de Salud extiende sus servicios a toda la población, se financia públicamente, integra promoción, prevención y asistencia sanitaria con garantía de acceso equitativo a los servicios sanitarios públicos, y se gestiona de manera descentralizada.

La Ley General de Sanidad creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador, de comunicación y cooperación entre la Administración de las comunidades autónomas y la Administración del Estado. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, lo ha reforzado como instrumento base para promover

la cohesión del Sistema Nacional de Salud mediante la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio nacional.

Este órgano de máximo nivel es donde se toman los principales acuerdos para el Sistema Nacional de Salud, está presidido por la Ministra de Sanidad y Consumo e integrado por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas y de la ciudad con estatuto de autonomía de Ceuta. A todas las reuniones asiste como invitada la ciudad con estatuto de autonomía de Melilla.

El Consejo funciona en Pleno, en Comisión Delegada, Comisiones, Subcomisiones y Grupos de Trabajo.

El Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud

En el marco de competencias descentralizadas, el Sistema Nacional de Salud debe funcionar de manera armónica y cohesionada, para garantizar que el acceso y las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos se realicen en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud esté orientada a la superación de desequilibrios territoriales y sociales

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud estableció, como pilar fundamental para el funcionamiento cohesionado y con marchamo de calidad del Sistema Nacional de Salud, la existencia de un Sistema de Información Sanitaria que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre administraciones y reduzca la incertidumbre para la toma de decisiones.

El Ministerio de Sanidad y Consumo es el encargado de establecer el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, estando su desarrollo encomendado al Instituto de Información Sanitaria, unidad dependiente, en la actualidad, de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Los contenidos del Sistema de Información Sanitaria incluyen información sobre las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, e incorpora, como datos básicos, los relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de los ciudadanos, todo ello desde un enfoque de atención integral a la salud.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establece la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información con la máxima fiabilidad posible. Las comunidades autónomas aportan a este Sistema de Información Sanitaria los datos necesarios para su mantenimiento y desarrollo.

En reciprocidad, el Sistema de Información Sanitaria está a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias así como del resto de sus usuarios: los gestores y profesionales de la sanidad y los ciudadanos, en los términos de acceso y difusión que se establecen en el Consejo Interterritorial.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: "Mayor Transparencia"

Con el objetivo de dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha presentado en marzo de 2006 el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, estructurado en 6 grandes áreas de actuación: Salud y Prevención, Equidad, Recursos Humanos, Excelencia Clínica, Tecnologías de la Información y Transparencia.

El área de Transparencia se sustenta en el diseño y puesta en marcha de un Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud fiable, oportuno y accesible. La estrategia se concreta en cuatro proyectos: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, Banco de Datos del Sistema Nacional de Salud, Mejora e integración de los Subsistemas de Información existentes y Plan de acceso a datos y difusión de la información obtenida.

Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud

Los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud constituyen un conjunto priorizado de información, seleccionada por consenso en el Sistema Nacional de Salud, que abarca los aspectos considerados como información más relevantes referida a la salud y al sistema sanitario.

En la actualidad se está llevando a cabo su desarrollo que se realiza con la participación de las comunidades autónomas a través de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano técnico de participación y decisión en materia de información sanitaria.

El conjunto de los indicadores podrá adoptar diferentes agrupaciones en función de la dimensión que se quiera analizar, entre las que obligatoriamente se encontrarán la equidad, la accesibilidad, la calidad y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

Banco de Datos del Sistema Nacional del Salud

La recopilación de datos procedentes de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas, del Ministerio de Sanidad y Consumo y de otras fuentes, tanto nacionales como interna-

cionales, realizada con un almacenamiento lógico y estructurado, permite constituir un Banco de Datos para el ámbito sanitario de gran utilidad potencial para la investigación y el análisis.

Mejora e integración de los Subsistemas de Información existentes

La creación de un verdadero Sistema de Información Sanitaria es algo más que la mera integración y explotación de los datos existentes, siendo necesario identificar el tipo de información que se desea obtener y cuales son las necesidades no satisfechas. Las estadísticas están sometidas a un proceso de adaptación continuo en función de la evolución del propio sistema sanitario, atendiendo a su vigencia, utilidad y demanda. En la actualidad, y con carácter general, se está trabajando en los aspectos siguientes:

- Introducción de criterios básicos de calidad de la información
- Normalización con el ámbito internacional (Eurostat, OMS, OECD)
- Desarrollo de nuevos subsistemas relacionados con prioridades de actuación
- Introducción del enfoque de género
- Mejora en la identificación de desigualdades en salud

TABLA 1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DESARROLLADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO INCLUIDOS EN EL PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD OBJETO DE ANÁLISIS, PARA SU ADECUACIÓN Y MEJORA DURANTE 2007

- Base de datos de Población Protegida por el Sistema Nacional de Salud
- Registro Nacional de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
- Encuesta Nacional de Salud^(*)
- Sistema de Información de Atención Primaria^(*)
- Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias^(*)
- Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado^(*)
- Sistema de Información de Listas de Espera
- Barómetro Sanitario^(*)
- Índice Nacional de Defunciones

^(*) Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2005-2008. Programa anual 2007

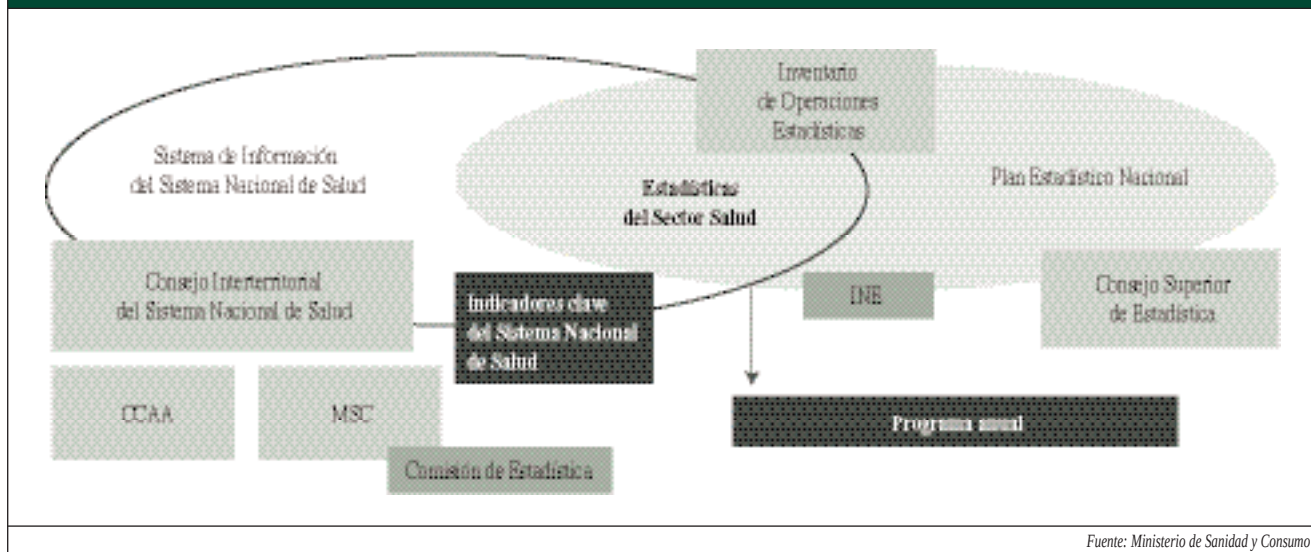
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Plan de difusión

La aplicación de los principios de transparencia, accesibilidad y calidad al Sistema de Información Sanitaria supone que los datos e información que lo integran deben encontrarse permanentemente accesibles y disponibles para sus diferentes usuarios: autoridades sanitarias, profesionales, ciudadanos y organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario, y más cuando su propósito fundamental es contribuir a aumentar el conocimiento y facilitar la toma de decisiones.

El desarrollo y mantenimiento del sitio electrónico de Estadísticas Sanitarias accesible desde la página principal del por-

GRÁFICO 1



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

tal del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es), concentra los esfuerzos de difusión y concreta para algunas de las estadísticas la fecha de difusión de las mismas.

Las publicaciones estadísticas del Instituto de Información Sanitaria no contienen todos los datos que se pueden ofrecer, por eso de forma gratuita y previa solicitud, se facilitan mi-

crodatos y metadatos para el desarrollo de investigaciones más específicas.

Sistema Estadístico Nacional: Estadísticas de Sector Salud

Dentro de los componentes del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud se encuentran las Estadísticas del Sector Salud integrantes del Sistema Estadístico Nacional que tienen en el Plan Estadístico Nacional (PEN) y sus correspondientes programas anuales, el principal instrumento de planificación, ordenación y difusión de la actividad estadística de la Administración del Estado.

El punto de partida para la formulación del PEN es el Inventario de Operaciones Estadísticas.

La coordinación de las estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo incluidas en el Sistema Estadístico Nacional se realiza a través de la Comisión Ministerial de Estadística en la que participan todas las unidades del Departamento que tienen actividad estadística.

TABLA 2. PLAN ESTADÍSTICO NACIONAL 2005-2008. PROGRAMA ANUAL 2007

Nº de programa	Nombre de la operación estadística en el programa
4371	Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud
4372	Encuesta de Morbilidad Hospitalaria
4373	Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
4375	Explotación Estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios
4376	Enfermedades de Declaración Obligatoria
4377	Estadística Estatal de Sida
4378	Sistema de Información Microbiológica
4379	Estadística Estatal de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas
4380	Defunciones según Causa de Muerte
4382	Encuesta Nacional de Salud
4383	Interrupciones Voluntarias del Embarazo
4384	Programa de Lesiones: Red de Accidentes Domésticos y de Ocio
4385	Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud
4386	Indicadores Hospitalarios
4387	Indicadores de Salud
4388	Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público
4389	Barómetro Sanitario
4390	Indicador de Admisiones a Tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas
4391	Indicador de Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas (RASUPSI) del Observatorio Español sobre Drogas
4392	Indicador de Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas del Observatorio Español sobre Drogas
4393	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)
4394	Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)
4395	Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia
4396	Encuesta Europea de Salud

Fuente: Real Decreto 1.575/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Programa anual 2007 del Plan Estadístico Nacional 2005-2008 (B.O.E. nº 310 de 28 de diciembre 2006)

Para saber más...

- Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es
- Sistema Nacional de Salud: <http://www.msc.es/organizacion/sns/home.htm>
- Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- Instituto Nacional de Estadística: www.ine.es

Encuesta Nacional de Salud

Carmen Rodríguez Blas

*Instituto de Información Sanitaria. Secretaría General de Sanidad /
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo*

Encuestas de salud como sistema de información sanitaria

Las encuestas de salud por entrevista son el instrumento de elección para obtener información de la población sobre los fenómenos subjetivos en relación con la salud y morbilidad percibida, las conductas relacionadas con la salud (incluyendo las prácticas preventivas) y la utilización de servicios sanitarios (tanto públicos como privados). Además, son útiles para conocer aspectos del entorno ambiental (físico y social) en el que viven e interactúan las personas.

Una de las principales ventajas de las encuestas de salud es que proporcionan información del total de la población, utilicen o no los servicios sanitarios. Por tanto, ofrecen una visión complementaria a la obtenida con los sistemas de información basados en los datos de utilización de servicios sanitarios, que aportan una información limitada a los usuarios de dichos servicios y desde la perspectiva de los profesionales sanitarios.

Aunque en un principio las encuestas de salud se incluyeron entre las fuentes de datos de morbilidad de base poblacional, en la actualidad se consideran investigaciones polivalentes para la recogida de datos relacionados con la salud. Concretamente, los objetivos de las encuestas de salud de carácter general son estimar en la población las características y distribución de la morbilidad percibida, la utilización de los servicios sanitarios y las características y distribución de ciertos comportamientos o hábitos de vida.

Respecto al estado de salud, estas encuestas ofrecen un enfoque multidimensional del fenómeno salud, ya que, generalmente, recogen información sobre la autovaloración de la salud (indicador global del estado de salud), la incapacidad (indicador del impacto de la enfermedad en la población) y la calidad de vida relacionada con la salud (indicador de las consecuencias de la enfermedad sobre la movilidad física, la función social, el bienestar emocional, la salud mental y el bienestar general).

En resumen, las encuestas de salud permiten obtener información del estado de salud de la población y relacionar morbilidad, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida entre sí y con determinadas características sociodemográficas y geográficas, por lo que son útiles para poner en evidencia diferencias y desigualdades en el estado de salud y/o asistencia sanitaria entre grupos sociales. Además, la in-

formación obtenida mediante una encuesta de salud proporciona elementos de apoyo para la toma de decisiones sanitarias, tanto en lo que se refiere a la planificación sanitaria como a la gestión de servicios sanitarios y al establecimiento de programas de salud.

Encuesta Nacional de Salud de España

En España, la primera Encuesta Nacional de Salud se realizó en 1987, y tuvo su continuación en los años 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003. Actualmente se está llevando a cabo el trabajo de campo de la séptima edición.

El Ministerio de Sanidad y Consumo es el organismo responsable de realizar la Encuesta Nacional de Salud de España, operación estadística de periodicidad bienal incluida en el Plan Estadístico Nacional y que, como instrumento básico para ampliar el conocimiento de la salud de los ciudadanos y elemento primordial para la planificación sanitaria y adopción de medidas de salud pública, forma parte del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

“Una de las principales ventajas de las encuestas de salud es que proporcionan información del total de la población, utilicen o no los servicios sanitarios”

La Encuesta Nacional de Salud es una investigación dirigida a una muestra de unos 28.000 individuos, representativa de la población no institucionalizada residente en España. Desde su inicio y hasta 2001, la selección de las personas a entrevistar se realizó mediante técnicas de muestreo no probabilístico (cuotas de edad y sexo); sin embargo, dado que las exigencias de calidad y rigor en los datos de la encuesta hacen necesario utilizar una muestra probabilística, desde 2003 la selección se realiza de manera aleatoria a partir de un marco de población definido: el Censo de Población, gestionado por el Instituto Nacional de Estadística.

Con la finalidad de tener en cuenta las posibles variaciones estacionales que pueden afectar a los datos de morbilidad, hábitos de vida y utilización de servicios de salud, desde 1995, la información se recoge a lo largo de cuatro trimestres. Por tanto, los resultados obtenidos a partir de entonces están desestacionalizados, lo que debe tenerse en cuenta si se comparan con los de la encuesta de 1987 (realizada en el verano) o los de la encuesta de 1993 (realizada en el invierno).

A diferencia de las cinco primeras encuestas de salud, cuyo diseño muestral y trabajo de campo realizó el Centro de Investigaciones Sociológicas, organismo autónomo dependiente del Ministerio de la Presidencia, las encuestas de 2003 y 2006 se realizan mediante un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Estadística.

La Encuesta Nacional de Salud de España se realiza mediante entrevista personal en el domicilio de la persona seleccionada. Para la recogida de información se utilizan tres tipos de cuestionarios precodificados: cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionario de menores. El cuestionario de hogar, introducido en 2003, recoge información sociodemográfica básica de todos los miembros del hogar y permite la selección aleatoria del adulto y del menor, en su caso, a entrevistar. El cuestionario de adultos contiene la información específica sobre estado de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios proporcionada de manera directa por la población de 16 y más años. El cuestionario de menores, que se dirige a la población de 0 a 15 años, está concebido para ser contestado por un informador indirecto, esto es, la persona que se ocupa habitualmente del menor.



Con el fin de poder disponer de información comparable a lo largo del tiempo que permita elaborar indicadores para evaluar la tendencia de la situación de salud en España, el contenido principal de la Encuesta Nacional de Salud se mantiene inalterable desde 1987, aunque en las sucesivas ediciones se han ido incorporando (o modificando, en algún caso) diversas preguntas, adaptando, así, el contenido de la encuesta a las nuevas necesidades de información.

TABLA 1. PRINCIPALES MATERIAS RECOGIDAS EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA 2006

Estado de salud	Conductas relacionadas con la salud	Medio ambiente	Utilización de servicios sanitarios
– Autovaloración del estado de salud – Morbilidad crónica – Salud mental – Salud bucodental – Accidentes – Incapacidad – Dependencia funcional	– Consumo de tabaco – Consumo de alcohol – Actividad física – Descanso – Alimentación – Seguridad vial Prácticas preventivas – Vacunación antigripal – Control de tensión arterial y colesterol – Control ginecológico – Higiene dental	– Físico • Vivienda • Medio laboral – Social • Apoyo social funcional • Discriminación	– Consulta médica – Consulta al dentista – Asistencia urgente – Hospitalización – Accesibilidad a la atención médica Consumo de productos de farmacia y parafarmacia – Consumo de medicamentos – Consumo de productos de medicina alternativa
Características sociodemográficas		Características geográficas	
– Sexo – Edad – Nacionalidad – Estado civil – Nivel de estudios – Clase social basada en la ocupación – Ingresos económicos del hogar – Situación laboral – Trabajo productivo (o remunerado) – Trabajo reproductivo (o no remunerado)		– Comunidad autónoma – Tamaño del municipio de residencia	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Actualmente, las materias que recoge la Encuesta Nacional de Salud se agrupan en cuatro grandes bloques: el estado de salud percibida por los ciudadanos, sus estilos de vida o conductas relacionadas con la salud, las características del medio ambiente en el que se desenvuelven y la utilización que hacen estos ciudadanos de los servicios sanitarios; además, se obtiene información sobre diversas características sociodemográficas y geográficas de la población, que permiten analizar los datos sobre el estado de salud y sus determinantes en función de estas variables de clasificación o control.

Entre las novedades introducidas en la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 es importante destacar la posibilidad de obtención de un índice de salud mental

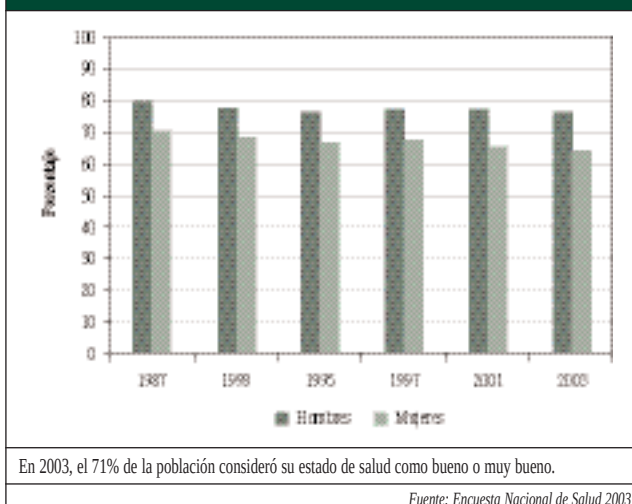
Entre las novedades introducidas en la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 es importante destacar la posibilidad de obtención de un índice de salud mental (a partir de los resultados del cuestionario GHQ-12, instrumento validado y aceptado internacionalmente). Además, se ha incorporado la perspectiva de género, tanto en el diseño como en el análisis de la encuesta.



Principales resultados

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, en España se observa una tendencia más o menos estable en el porcentaje de población que considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, tanto en hombres como en mujeres; así, en 1987 el 73,9% de la población (77,9% de los hombres y 70,0% de las mujeres) consideró que su estado de salud era positivo, en 1993 este porcentaje fue del 73,0% (76,6% de los hombres y 69,5% de las mujeres), en 2001, del 72,9% (78,0% de los hombres y 68,1% de las mujeres) y en 2003 descendió ligeramente al 71,3% (75,7% de los hombres y 67,1% de las mujeres).

GRÁFICO 1. VALORACIÓN POSITIVA DEL ESTADO DE SALUD



En 2003, el 28,1% de la población de 16 y más años afirma que fuma a diario, el 2,9% es fumador ocasional, el 17,3% se declara ex-fumador y el 51,7% dice que nunca ha fumado. Con respecto al consumo de alcohol, el 38,8% de la población de 16 y más años afirma que no ha bebido nunca, el 5,1% se declara ex-bebedor, el 15,3% bebe ocasionalmente y el 40,8% consume bebidas alcohólicas habitualmente.

Según los últimos datos disponibles, correspondientes a la Encuesta Nacional de Salud 2003, en ese año en España, un 83,4% de la población (78,4% de los hombres y 88,3% de las mujeres) realizó alguna consulta médica, a un 28,2% de la población (27,9% de los hombres y 28,4% de las mujeres) se le prestó asistencia urgente y un 9,2% de la población (8,9% de los hombres y 9,6% de las mujeres) fue hospitalizada.

Para saber más...

- Ministerio de Sanidad y Consumo:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
- Instituto Nacional de Estadística:
<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419&O=inebase&N=&L>

La discapacidad y las clasificaciones, las encuestas y las leyes

Montserrat López Cobo

Jefa de Área. Subdirección General de Estadísticas y Análisis Sociales. Instituto Nacional de Estadística

La visión que la sociedad tiene de la discapacidad, de las personas con discapacidad y del papel que ha de tener el entorno ha evolucionado profundamente en las últimas décadas. De la postura estigmatizante del pasado se ha llegado a una situación de compromiso y lucha por los derechos, la igualdad y la integración de las personas con discapacidad. Según palabras de Harlan Hahn¹, “el problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”.

Este cambio de perspectiva ha evolucionado paralelamente al concepto de discapacidad medido por las distintas clasificaciones internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló y publicó en 1980 la CIDDM (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías), basada en la relación causal que existe entre la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía. Si la deficiencia es la enfermedad o disfunción que afecta a un órgano o sistema del cuerpo, la discapacidad es la consecuencia que dicha enfermedad tiene sobre la persona, es decir, la incapacidad para realizar actividades. La minusvalía es el nivel social del fenómeno, el que relaciona a la persona con el medio en el que vive. La minusvalía representa, por tanto, la dificultad de una persona para participar en la vida social.

La CIDDM evolucionó hasta convertirse en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud), la nueva clasificación de la OMS, publicada en 2001. Ésta define la discapacidad como un término amplio que engloba a la deficiencias, las discapacidades (ahora limitaciones en la actividad) y las minusvalías (ahora restricciones en la participación). La CIF presenta la discapacidad como la repercusión del estado de salud de un individuo sobre su funcionamiento a nivel individual y social. Ha pasado de ser una clasificación de las consecuencias de las enfermedades a ser una clasificación de los componentes de la salud, ya que establece un continuo –desde el funcionamiento completo a la discapacidad total– en el que pueden ser clasificadas todas las personas.

Una de las aportaciones más importantes de la CIF es que proporciona un lenguaje común de aplicación universal en torno a la discapacidad, y uno de los principales usos es su utilización como marco conceptual en procesos de medición de la discapacidad. Estos procesos pueden ser objetivos, como la evaluación a través de un instrumento de valoración médica, o subjetivos, como es el caso de las encuestas dirigidas a la población. La CIF, como lenguaje común, permite que las encuestas que la utilicen en diferentes países del mundo puedan ser comparables. En esta línea existen en la actualidad varios proyectos internacionales que tienen como objetivo el desarrollo de cuestionarios de discapacidad, basados en la CIF, para su uso en países de todo el mundo. Ejemplos de ello son el Grupo de Washington para la Medición de la Discapacidad, promovido por Naciones Unidas, o los módulos de Estado de salud y de Discapacidad e integración social que formarán parte de la Encuesta Europea de Salud, impulsada por Eurostat y que tendrá lugar en los próximos años en todos los países de la UE.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha llevado a cabo dos encuestas de discapacidades de ámbito nacional y una tercera se encuentra en fase de desarrollo. La primera, en 1986, siguió la filosofía de la CIDDM, la primera clasificación de la OMS. La segunda, la conocida y masivamente explotada Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES), sirvió de base para muchas de las estimaciones aportadas en el Libro Blanco de la Dependencia². Este libro, publicado en 2004 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), a su vez ha sido clave en el desarrollo de la *Ley de promoción de la autonomía personal y atención*

¹ Harlan Hahn es Doctor en Ciencias Políticas por la Universidad de Harvard. Utiliza una silla de ruedas desde que sufrió la polio a los seis años, es un conocido experto internacional en política de discapacidad y escribe sobre problemas de discapacidad tanto en la prensa académica como en la convencional.

² Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Diciembre 2004

a las personas en situación de dependencia³, aprobada el pasado mes de diciembre. La ley define la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. La dependencia se puede considerar como la presencia de discapacidades graves en las actividades más básicas de la vida diaria. Esta ley garantiza a las personas dependientes el derecho a recibir la asistencia personal o técnica que necesiten para realizar tareas cotidianas como vestirse, comer, desplazarse dentro del hogar, etc. Para acceder a tal derecho, las personas que así lo soliciten serán evaluadas por un equipo médico que, basándose en el Instrumento para la Valoración de la Dependencia desarrollado expresamente para esta ley, otorgarán a quien corresponda el reconocimiento de la situación de dependencia.

La tercera de las encuestas de discapacidad a nivel nacional es la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2007 (EDAD), que actualmente se encuentra en fase de desarrollo. Para ello se ha creado un equipo multidisciplinar en el que participan técnicos del INE y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, así como representantes de varias organizaciones de personas con discapacidad: Fundación Once, CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y FEAPS (Confederación española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual). Esta encuesta se realizará a más de 80.000 hogares españoles en el último trimestre de este año 2007 y ofrecerá resultados a lo largo del año 2008. Las principales novedades metodológicas a destacar con respecto a sus predecesoras son el uso de la CIF como marco conceptual y la inclusión entre la población objetivo de las personas que viven en residencias de personas mayores, en residencias de personas con discapacidad y en hospitales de larga estancia. Este segundo punto es especialmente interesante debido al alto porcentaje de personas con discapacidad que residen en dichos establecimientos. Dado que el número de personas con discapacidad en la población que reside en viviendas familiares se estima según datos de la EDDS 1999 en 3,5 millones de personas, la contabilización de este colectivo relativamente pequeño, estimado en aproximadamente 200.000 personas⁴, no supondrá un aumento significativo de la tasa nacional de discapacidad. Sin embargo, si se verifica la estimación del Libro Blanco de la Dependencia de que 100.000 de estas personas son dependientes, sí será mayor su efecto en el cálculo de la tasa de dependencia, pues supondrían algo más del 10% del total de personas en esta situación. Por tanto, el incluir las residencias antes mencionadas en el marco poblacional permitirá conocer cuan-

titativa y cualitativamente la necesidad de apoyos de este importante colectivo.

En la elaboración del cuestionario de la EDAD se han incluido las actividades básicas de la vida diaria que se tienen en cuenta para reconocer el derecho de asistencia que prevé la ley. Sin embargo, existe una diferencia crucial entre la encuesta y el instrumento desarrollado para la ley: la primera, como toda encuesta de salud dirigida a la población, mide la percepción subjetiva que tiene la persona de su capacidad para realizar actividades; el segundo consiste en una evaluación médica objetiva de dichas capacidades. De este modo, la encuesta no proporcionará el número de personas dependientes según el criterio de la ley, pero sí permitirá establecer un puente entre la percepción subjetiva y la medición objetiva del fenómeno. La encuesta nos proporcionará información sobre las necesidades de las personas en materia de ayudas técnicas y asistencia personal y sobre las personas que les prestan ayuda, conoceremos las barreras de accesibilidad que encuentran en el entorno, las dificultades en su relación con el mercado laboral y un largo etcétera que permitirá conocer más y mejor las características y necesidades de las personas con discapacidad y de aquellas en situación de dependencia.

“ La dependencia se puede considerar como la presencia de discapacidades graves en las actividades más básicas de la vida diaria ”

En suma, vemos que en los distintos ámbitos mencionados —clasificaciones internacionales, encuestas poblacionales y legislación nacional— la tendencia apunta hacia un mejor conocimiento del fenómeno y al desarrollo de los derechos y la defensa de la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

Para saber más...

- Inebase: www.ine.es
- Libro Blanco de la Dependencia. IMSERSO <http://www.imersomayores.csic.es/>
- OMS / CIF <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- Grupo de Washington para la Medición de la Discapacidad (Washington Group on Disability Measurement) <http://www.cdc.gov/nchs/citygroup.htm>
- Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LEY 39/2006, de 14 de diciembre, B.O.E. de 15 de diciembre)

³ LEY 39/2006, de 14 de diciembre, B.O.E. de 15 de diciembre

⁴ Libro Blanco de la Dependencia. IMSERSO 2004, Pág. 81.

Estadísticas de Salud: 360°

1. ¿CUÁL ES LA ESTADÍSTICA QUE USTED CONSIDERA COMO FUNDAMENTAL PARA ENTENDER EL SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA?

2. ¿CUÁL ES SU ESTADÍSTICA FAVORITA Y POR QUÉ RAZÓN?

3. ¿QUÉ ASPECTO DEL SISTEMA DE SALUD CONSIDERA QUE SERÍA MERECEDOR DE UN MAYOR ESFUERZO ESTADÍSTICO?

Daniel Bernabeu Taboada

Médico adjunto radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Paz

1. Es difícil visualizar el sistema de salud español bajo un único prisma estadístico. Los indicadores de Prestación de salud o de actividad (indicadores de cobertura, indicadores de accesibilidad, indicadores de calidad asistencial,...) y los de Mortalidad por enfermedad son en mi opinión los que mejor reflejan la evolución del sistema de salud en nuestro país.

2. Los indicadores complejos de salud, que involucran más de un indicador simple, como los "Años de vida perdidos ajustados por incapacidad" (DALY's), suponen una visión más

global de la calidad de la salud en la población y pueden ser un reflejo indirecto del funcionamiento de las políticas de salud.

3. En un sistema sanitario maduro como el nuestro con alta capacidad tecnológica y de inversión, los esfuerzos económicos en inversión sanitaria no se traducen linealmente en mejoras de la salud global. Un mayor esfuerzo en elementos de prevención (indicadores de hábitos y estilos de vida, indicadores de morbilidad e indicadores de salud subjetivos) permitirían una mejor optimización de los recursos sanitarios.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

1. Creemos que son estadísticas de carácter general como la evolución de los presupuestos generales del Estado, del gasto sanitario por comunidades autónomas o el porcentaje del PIB destinado a salud.

2. La Encuesta Nacional de Salud, porque informa sobre la salud percibida por los ciudadanos.

3. Sería bueno disponer de un monitoraje de los principales problemas de salud de la población, pero previamente tendríamos que disponer de estadísticas sobre la calidad de los servicios de atención al paciente, o de datos de la atención primaria, así como de los proyectos de investigación sanitaria.

Dámaso Rodríguez

Enfermero del SAR de Mejorada-Velilla

1. La verdad es que no sabría que responder, me resulta complicado establecer una estadística que prevalezca sobre las demás sin tener un conjunto de ellas que cobren sentido entre sí.

2. Como enfermero me interesarían estadísticas relacionadas con la puesta en marcha de planes de cuidados de forma sistemática y estadísticas relacionadas con educación para la salud comunitaria como forma de prevención.

3. Una estadística que me parece merecedora de esfuerzo es toda aquella relacionada con el uso y abuso del sistema

público tanto a nivel de consulta como de urgencias, en el uso de pruebas diagnósticas ver en cuantos casos están realmente justificadas así como mayor esfuerzo en la revisión de los criterios de derivación a especialistas, en fin, todas aquellas relacionadas con una sobresaturación del sistema y que tal vez no sea la tecnificación la solución del problema si no la educación de la población y el control de la gestión de los recursos, más que mayores inversiones. Todo ello, claro está, para buscar que sea sostenible el sistema público de salud.

John de Zulueta

Presidente de Sanitas

1 y 3. Las estadísticas de gasto per cápita, más que en relación al PIB, y por supuesto, los días hospitalizados en promedio, que es un medidor de la medicina moderna. Las estancias largas en el hospital se corresponden con una medicina anticuada. Hoy prima el servicio ambulatorio y las visi-

tas a domicilio en la recuperación que debe realizarse en un entorno familiar.

2. A mi me gustan mucho las de la OCDE, aunque desgraciadamente tienen muchos huecos por la falta de información autonómica en el caso español.

Helen Rose

Asociación de Estudiantes y Licenciados de Farmacia. Universidad de Alcalá de Henares

1. Me parece fundamental para entender la situación general de la salud en España la consideración de los enfermos por número de habitantes, pues resulta una estadística sencilla y fácilmente comparable con otros países del entorno. Se dispone además de otras estadísticas más específicas como enfermedades raras o de larga estancia en hospitales que pueden ser inicio de interesantes investigaciones farmacológicas. Por fin, la incidencia de las enfermedades en la población también es básica a la hora de diseñar la política de investigación en farmacia.

2. Como estudiante de farmacia y viajante, personalmente me parecen muy buenas las estadísticas de qué medicamentos se usan en cada país y si se fabrican en la propia farmacia, ya

que me permite ver cómo esta desarrollada la industria farmacéutica, que a su vez me indica el estado de la economía en general; además, también me permite ver algunas formas de vida, costumbres o higiene del país mencionado (por los fármacos que usan). Todos esos datos no son un fiel reflejo de la sociedad, pero sí que nos puede dar una idea del estado general del país.

3. Como comentaba anteriormente, creo que hay que hacer un mayor esfuerzo en la consideración del éxito relativo y resultados de estudios clínicos de fármacos, con especial énfasis en la consideración metodológica para que sean comparables.

Gema Cano Mesta

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

1. La cobertura sanitaria, es decir, el acceso de toda la población a un diagnóstico y un tratamiento adecuado de una enfermedad tumoral.

El sistema de salud debería cubrir las medidas preventivas y de diagnóstico precoz de las enfermedades neoplásicas. Refiriéndonos a patologías en concreto podríamos hablar de cómo se realizan las medidas de screening del cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de cérvix, cáncer de pulmón. Qué grado de cobertura poblacional existe y cómo se cumple con los programas.

Respecto a la patología tumoral, es importante los datos estadísticos de incidencia, prevalencia, supervivencia y mortalidad de cada uno de los tumores, y en función de la edad, género y distribución geográfica.

2. Respecto a la accesibilidad a un diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tumorales me parecería muy importante medir el tiempo que transcurre desde que el paciente consulta por primera vez a un médico por un síntoma hasta que se le diagnostica. Los tiempos de espera en la realización de exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico. Los

tiempos que transcurren desde que se obtiene un diagnóstico hasta que se instaura el tratamiento idóneo.

También son importantes las tablas de supervivencia a lo largo de los años de cada uno de los tumores, fundamentalmente los más incidentes como son el cáncer de mama, el cáncer de colon, el cáncer de pulmón y el cáncer de próstata. Si vemos las diferencias en la supervivencia a lo largo de los años, y las comparamos con la de otros países de nuestro entorno, podemos sacar a conocer cuáles son los aspectos en los que sobresalimos y en los que deberíamos prestar más dedicación.

3. Morbilidad de las enfermedades neoplásicas, no sólo incidencia ó mortalidad.

- Actualización más periódica y moderna de los datos estadísticos referentes al cáncer.
- Distribución geográfica de estos datos en España.
- Datos contrastados de la Sanidad Pública y de la Sanidad Privada.
- Costes y efectividad de los métodos preventivos, diagnósticos, terapéuticos.

La Asociación Española Contra el Cáncer es una ONG con más de 50 años de historia. Muchos años y numerosas experiencias avalan toda una trayectoria de dedicación a la lucha contra el cáncer.

La AECC trabaja cada día para disminuir las tasas de mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares. Potencian la investigación, la formación y la educación para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer.

Para mejorar la calidad de vida de los enfermos adultos y su familia desarrolla servicios de atención psicológica y social. Ayudar a los pacientes a afrontar las consecuencias emocionales, económicas, laborales derivadas de la enfermedad y los tratamientos es uno de los principales retos de la AECC.

La mejor forma de vencer el cáncer es estar bien informado. Para ello la AECC ofrece a todos los ciudadanos dos servicios de información; su página Web www.todocancer.org y el teléfono gratuito Infocáncer 900.100.036.

Ninguno de estos programas y servicios podría realizarse de una forma completa si la AECC no dispusiera de 14.000 voluntarios que son el motor y el alma de la entidad. Su sensibilidad, solidaridad y compromiso llega a numerosos enfermos y familias.

Causas de Muerte, una estadística clásica en continua evolución

Margarita García Ferruelo

*Subdirectora Adjunta. Subdirección de Estadísticas y Análisis Sociales.
Instituto Nacional de Estadística*

“La información estadística mejora la salud”. Éste es uno de los mensajes que se desprende de la primera comparecencia en el Congreso de la Ministra de Sanidad en la que describió las líneas relevantes del Ministerio y entre ellas incluyó a los sistemas de información, equiparándolos a otros ‘pesos pesados’ del sistema de salud, como la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la atención a enfermedades de gran impacto en la sociedad, la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos, los planes de alimentación y nutrición, la prevención del tabaquismo, el fomento de la actividad física o la reducción de los accidentes de tráfico.

Desde hace años, los sistemas estadísticos europeos, y desde luego el español, han apostado por impulsar la información estadística sobre salud, vinculando los datos tradicionales sobre la incidencia y gravedad de las enfermedades a otras fuentes, propias o ajenas al sector sanitario, que permiten tener una visión de la salud desde su perspectiva más amplia.

Algunos ejemplos son la Encuesta Nacional de Salud, que juega un papel fundamental a la hora de conocer el estado de salud de los ciudadanos y sus factores determinantes; la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, que ha supuesto un importante impulso para las políticas preventivas de la extensión del VIH; o la próxima Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2007), que será sin duda una inversión en información altamente rentable a la hora de articular la progresiva implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que acaba de ver la luz.

Pero esta variada oferta de información estadística sobre los componentes de salud, algunos de ellos todavía emergentes –salud mental, hábitos de vida o dependencia/discapacidad– no debe empañar la utilidad de los datos tradicionales como la mortalidad y la morbilidad hospitalaria.

En concreto, la información sobre causas de muerte sigue teniendo un enorme potencial como instrumento para la toma de decisiones en salud pública. La Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte es la operación clásica que ha servido para acercarnos a la realidad sanitaria desde el siglo XIX.

Los primeros intentos de creación de estadísticas de carácter demográfico-sanitario surgieron en 1813, pero hubo que esperar hasta 1879, una vez que el Registro Civil se consolidó, para que las estadísticas demográfico-sanitarias llegasen a ser una realidad. A partir de ese momento, los datos sobre la causa principal (básica) de las defunciones fueron clasificados según

una lista de 5 enfermedades. Más tarde, la causa de muerte se clasificó según la lista de 99 diagnósticos del Dr. Bertillón, origen de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y hoy se cuenta con la décima revisión de esta clasificación (CIE-10), que contiene más de 12.000 diagnósticos, lo que permite conocer las causas de la mortalidad con un elevado grado de especificación clínica.

“La información sobre causas de muerte sigue teniendo un enorme potencial como instrumento para la toma de decisiones en salud pública”

Lo que se pretende con los datos sobre causas de muerte es conocer el patrón de mortalidad asociado a cada sexo, edad y áreas geográficas, así como su evolución en el tiempo. La variable fundamental que se investiga es la causa básica de muerte, que se selecciona, siguiendo los criterios establecidos en la CIE-10, a partir del conjunto de enfermedades que describe el médico certificador de la defunción en el boletín estadístico.

El estudio de la mortalidad basado en la causa básica de muerte constituye por sí mismo una herramienta de gran valor; de hecho, ha permitido detectar cambios en las pautas de ciertas enfermedades. Las enfermedades cardiovasculares, que en 1980 eran la causa principal de casi la mitad de las defunciones, en los últimos años han ido reduciendo su peso relativo y,

aunque se mantienen como primera causa de muerte (en 2005 representaron el 33% del total de defunciones), han ido cediendo importancia a otras causas como los tumores o las demencias y enfermedad de Alzheimer. Estas últimas han sido la causa principal de más de 18.000 defunciones en 2005 frente a las escasas 350 del año 1980.

“La utilidad de los datos de causas de muerte está ligada a la capacidad de responder a las nuevas necesidades, así como a la mejora continua de la calidad”

Otra aportación importante, de gran impacto social y económico, es que permite identificar las causas “culpables” de las muertes prematuras y cuantificar los años de vida que se pierden por estas causas. Las muertes violentas —es decir, los accidentes de tráfico, envenenamientos, caídas u otros accidentes, suicidios u homicidios— son las causas que se apoderan de más años de vida. Una persona que fallece por una causa violenta vive por término medio 29 años menos de lo que teóricamente le tocaría vivir. Y si nos referimos a los tumores, estaríamos hablando de 12 años de vida perdidos.

Pero indudablemente, la utilidad de los datos de causas de muerte está ligada a la capacidad de responder a las nuevas necesidades, así como a la mejora continua de la calidad. Por eso, cabe preguntarse si la información que ofrece la estadística satisface estos requisitos.

En cuanto a las nuevas necesidades de información, dos cuestiones deben ser resueltas para poder afirmar que la estadística disfruta de buena salud.

En primer lugar, es evidente que el envejecimiento de la población ha tenido un fuerte impacto en las pautas de enfermedad. Se ha producido un importante incremento de enfermedades crónicas en las que suelen confluir varias patologías que si bien por sí solas no producen la muerte, sí pueden interactuar precipitándola. Este es el caso, por ejemplo, de la diabetes, una de las enfermedades que están en el punto de mira de las instituciones sanitarias. Cuando la diabetes aparece informada en el boletín de defunción no significa que en todos los casos vaya a ser seleccionada como causa básica, ya que dependerá del resto de enfermedades que también hayan sido mencionadas. Por ejemplo, si la diabetes aparece conjuntamente con un cáncer de pulmón, dependiendo del orden en que se describan ambas enfermedades, las reglas de selección de causa básica pueden penalizar la diabetes desplazándola a favor del cáncer de pulmón. De este modo, se pierde la oportunidad de conocer la verdadera dimensión de la diabetes en la mortalidad, de identificar las asociaciones más frecuentes con otras patologías y, como consecuencia, de adoptar medidas de actuación aún más eficientes.

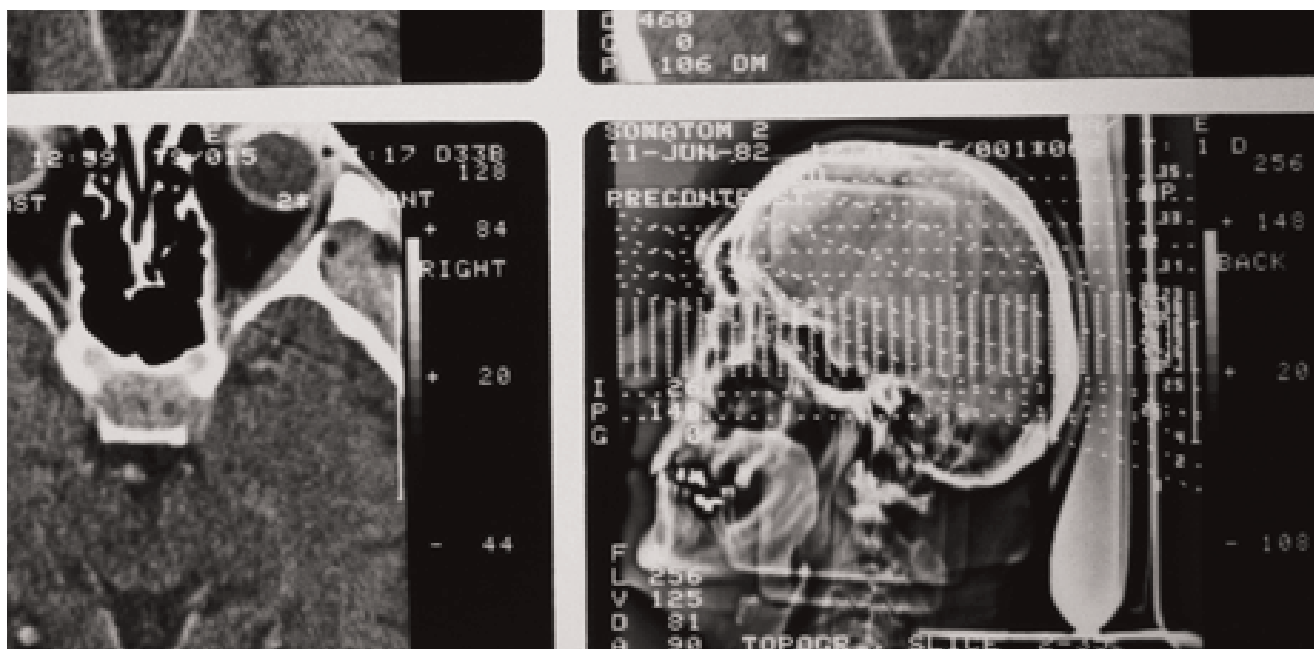
Por tanto, el análisis multicausal, basado en todas las enfermedades que han sido informadas en el boletín estadístico, supondrá un valor añadido esencial a la estadística de causas de muerte. El momento de incorporar la información de todas las enfermedades que aparecen en el boletín estadístico a los ficheros de resultados no está muy lejos. Será una realidad cuando se ponga en marcha el proyecto de selección y codificación automática de la causa básica (basado en el prototipo europeo IRIS) que está desarrollando el INE en colaboración con las comunidades de Cataluña, Madrid y Valencia, el cual contiene un módulo de codificación de causas múltiples.

La otra cuestión, que no debe dejarse en el tintero, tiene que ver con una demanda “histórica” sobre la magnitud de las principales causas de muerte en los diferentes estratos socioeconómicos. La respuesta hay que buscarla en el Estudio Demográfico Longitudinal (EDL), proyecto por el que el INE ha apostado de forma decidida. En esencia el EDL consiste en acumular información longitudinal sobre todas las personas utilizando el Padrón Continuo como pivote y asociando la información de los censos de población, de registros administrativos e incluso de encuestas a hogares. De este modo se podrá relacionar las causas de muerte con indicadores sociodemográficos como el nivel de estudios, la ocupación o la actividad, y la riqueza analítica será muy superior a medida que pasen los años y se vaya incorporando más información de sucesivos censos.

El otro reto que debe afrontarse es el de la mejora continua de la calidad. El principal esfuerzo debe dirigirse hacia la fuente de información: el médico certificador y los familiares de la persona fallecida.

Los médicos juegan un papel doble en la estadística: como informante y como usuario final. Por eso, sorprende que algunos médicos certificadores concedan más importancia al cer-





tificado médico de defunción que al boletín estadístico, sin tener en cuenta que el primero, de finalidad meramente administrativa, queda archivado en el Registro Civil sin que prácticamente nadie lo utilice, mientras que el boletín estadístico constituye la base para la investigación y toma de decisiones. Por otra parte, el modelo actual de certificado médico, que todavía corresponde al aprobado en el año 1957, no se adapta a las recomendaciones de la OMS, así que cuando un médico certificador no cumplimenta el boletín, y los datos se obtienen a partir del certificado médico, se produce una merma de calidad importantísima. Se trata pues, por una parte, de concienciar a los médicos de que el papel que juegan en la estadística de causas de muerte es determinante y, por otra, de facilitarles la labor con instrumentos adecuados que garanticen la calidad de la certificación.

“El papel que juegan los médicos y los familiares en la estadística de causas de muerte es determinante”

Una regla básica para los estadísticos es que un cuestionario debe “animar” al informante a proporcionar los datos y no “disuadirle”. Por eso, el desafío es llegar a unificar el certificado médico de defunción y el boletín estadístico, evitando el doble esfuerzo que ahora se exige a los médicos al solicitarles la misma información en dos documentos diferentes.

Y si el papel de los médicos es importante, no lo es menos el de los familiares. Éstos tienen que cumplimentar el resto del boletín estadístico en un momento muy delicado, que no favorece en absoluto la calidad de los datos. De hecho, no es infrecuente, por ejemplo, que la fecha de nacimiento, en ocasiones difícil de recordar, acabe siendo sustituida por la edad o por una fecha aproximada; o, en el peor de los casos, que el familiar dé una mezcla de sus propios datos y de los de la persona fallecida.

Si consideramos que la Administración debe estar al servicio de los ciudadanos y no éstos al servicio de la Administración, resulta inexcusable no utilizar una vía alternativa para obtener los datos: la unidad informante debería ser el Registro Civil. Esta solución se basa en tres premisas: por una parte, la práctica totalidad de variables demográficas que se recogen en el boletín estadístico coinciden con las que los familiares proporcionan al Registro Civil para llevar a cabo la inscripción del fallecimiento y lo hacen con un mayor grado de exactitud; por otra, el grado de informatización del Registro Civil se puede considerar un hecho y, por último, el “Anteproyecto de Ley para el acceso electrónico de los ciudadanos a las administraciones públicas”, que será una realidad en breve plazo, reconoce “el derecho de los ciudadanos a no aportar datos que obren en poder de la administración pública en soporte informático” y contempla, además, la “transmisión de los datos entre las administraciones públicas”. Del trío de premisas, la tercera es esencial porque de ella depende que se consiga el compromiso de los Registros Civiles de facilitar los datos al INE con el nivel de calidad exigido.

Como conclusión, podemos afirmar que la Estadística de causas de muerte es una operación clásica en continua evolución y que se mantiene como uno de los pilares fundamentales del diseño de políticas de salud pública.

Encuesta de Salud de Catalunya 2006

Un instrumento de planificación sanitaria

Anna Mompart, Antonia Medina, Pilar Brugulat y Ricard Tresserras

Servei del Pla de Salut, Subdirecció General de Planificació Sanitària, Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

La Encuesta de salud de Catalunya (ESCA 2006) es un instrumento del Departament de Salut que aporta información relevante para el establecimiento y la evolución de la política sanitaria explicitada en el Plan de Salud de Catalunya. La ESCA analiza aspectos de la salud y la enfermedad a partir de la percepción de los ciudadanos, así como la valoración y expectativas de los servicios asistenciales y el sistema sanitario.

La ESCA 2006 es la tercera encuesta poblacional de salud que se realiza en Catalunya, tras las de 1994 y 2002. La continuidad, tanto metodológica como de contenidos, permite conocer la evolución del estado de salud de la población catalana y sus condicionantes, así como valorar la aplicación de las propuestas prioritarias en el Plan de Salud.

La ESCA forma parte del Plan Estadístico de Catalunya 2006-2009 actualmente en vigor aunque su regulación inicial figuró en el Decreto 467/2004, de 28 de diciembre, por el cual se aprueba el Programa anual de actuación estadística para el año 2005. Esta encuesta tiene carácter de estadística oficial y le son de aplicación todos los requisitos de las estadísticas oficiales, como el respeto a la confidencialidad de la información al amparo del secreto estadístico.

Los principales objetivos de la ESCA son:

- Cuantificar la percepción del estado de salud y los problemas de salud de la población de Catalunya.
- Conocer, en relación con la salud, la distribución de la frecuencia de exposición a los factores de riesgo para algunos problemas de salud considerados prioritarios y los hábitos y estilos de vida de la población; y en relación con los servicios sanitarios, el nivel y los determinantes de su utilización y el grado de satisfacción de los usuarios.
- Describir las características sociodemográficas, el contexto familiar y de vivienda que puedan influir en la salud.
- Identificar las desigualdades de salud y de utilización de los servicios según edad, género, clase social, nivel de estudios y territorio.

Metodología

Los entrevistados son una muestra de personas residentes en Catalunya, no institucionalizadas, representativa de cada una de las unidades territoriales definidas seleccionadas a partir del Registre de Població de Catalunya de l'Institut d'Estadística

de Catalunya (IDESCAT). Quedan excluidas de la muestra las personas que habitualmente viven en residencias o establecimientos colectivos (residencias sociosanitarias, conventos, cuarteles...) y las que no constan en el Registre de Població de Catalunya. El tamaño de la muestra es de 18.126 entrevistas, de las cuales 15.926 han sido efectuadas a población adulta, de 15 años y más, y 2.200 a menores de 15 años. El proceso de selección de los individuos tenía que realizarse de tal manera que diera respuesta a todos los objetivos previstos poniendo énfasis en la nueva distribución territorial por Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)¹.

“La ESCA tiene carácter de estadística oficial y le son de aplicación todos los requisitos de las estadísticas oficiales”

El tamaño muestral se ha definido en base a los 36 GTS previstos². En concreto, para cada GTS, teniendo en cuenta los criterios correctivos en función de sus características territoriales (tamaño poblacional, número y volumen de los municipios, etc.) se han realizado un mínimo aproximado de 400 encuestas que permite, al mismo tiempo, obtener un margen de error previsto del $\pm 5\%$ y poder distribuir territorialmente la

¹ Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorial de salut. DOGC 4594.

² En el momento de diseñar la ESCA la división territorial en GTS no estaba consolidada, con lo que existen unos desajustes entre los 37 GTS actuales y los utilizados en el muestreo que han podido ser resueltos en la fase de análisis.

muestra en los GTS más poblados y con mayor número de municipios. El establecimiento del tamaño muestral reconoce la idiosincrasia de la ciudad de Barcelona, en donde la unidad territorial mínima han sido los 10 distritos con un número previsto de 305 encuestas para cada uno, y la de los GTS Altebrat y Selva Marítima-Maresme Nord, que en la división territorial por regiones sanitarias quedan fraccionados (Mapa 1).

La segunda fase del muestreo ha consistido en distribuir el número de encuestas por municipios. El diseño ha sido politépico. En la primera etapa, se han seleccionado los municipios para que sean representativos tanto de los diversos tamaños municipales como de la distribución por sexo y grupos de edad y, en la segunda etapa, se ha determinado el número de efectivos a entrevistar en cada uno de ellos, con una probabilidad desigual, inversa al tamaño poblacional, siguiendo un muestreo aleatorio simple.

Finalmente, la selección de los individuos a entrevistar se ha hecho mediante un proceso de extracción aleatoria simple a partir del Registre de Població de Catalunya, con un control aleatorio para garantizar que la estructura por sexo y edad de la población es la correcta. Asimismo, y para evitar la pérdida de efectivos entre la muestra teórica y la real, se seleccionaron un total de 5 substitutos para cada uno de los individuos seleccionados como estrategia de sustitución (negativas, cambios domiciliarios, defunciones, situaciones personales adversas...).

Una vez efectuada la selección de los individuos a entrevistar, así como la estrategia de sustituciones, el Departament de Salut y el IDESCAT les informaba mediante una carta que habían sido elegidos de manera aleatoria para contestar la encuesta, sobre los objetivos de la ESCA 2006 y la necesidad de colaboración.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2005 y julio de 2006 en los domicilios de las personas seleccionadas. Realizando una prueba piloto durante la semana del 28 de noviembre al 5 de diciembre de 2005, que sirvió para

que los entrevistadores se familiarizaran con el cuestionario y homogenizar criterios de formulación y respuesta de las preguntas.

Cuestionarios

Las entrevistas se han realizado en el idioma elegido por la persona entrevistada, disponiendo de cuestionarios en catalán y castellano. Se ha utilizado una técnica de entrevista personal con cuestionario estructurado asistido por ordenador (CAPI) que reduce la duración media de entrevista a aproximadamente 45 minutos, a pesar de su longitud.

Teniendo en cuenta las características de la muestra a entrevistar se han diseñado tres modelos de cuestionarios, adaptados a colectivos específicos:

- Cuestionario general: dirigido a la población adulta (15 años y más) que responde directamente la entrevista;
- Cuestionario para menores: administrado a los padres, tutores o responsables de menores de 15 años seleccionados;
- Cuestionario indirecto: cuando una incapacidad o enfermedad impiden a una persona responder al cuestionario y en su lugar es entrevistado su cuidador.

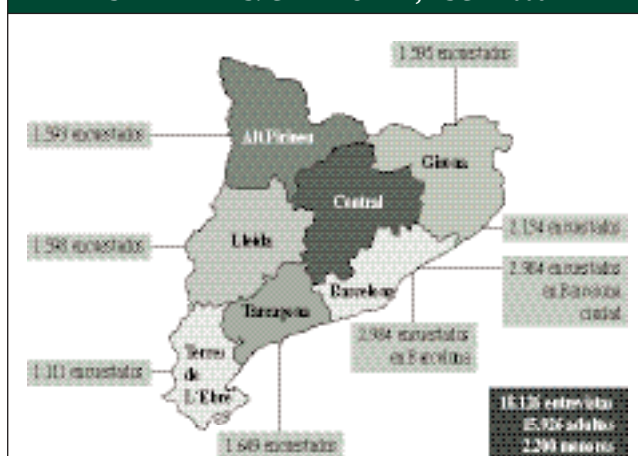
En la elaboración de los cuestionarios han participado profesionales de diferentes ámbitos e instituciones³, asegurando el equilibrio entre los ámbitos temáticos, la inclusión de variables necesarias para dar respuestas a las preguntas específicas o el correcto redactado de las preguntas.

Los tres cuestionarios tienen una estructura común mínima. En el cuestionario para menores se han adaptado las preguntas relativas a las prácticas preventivas (ejercicio físico, alimentación...) y las del apartado de salud y bienestar, y eliminado las de tabaco, alcohol y drogas. En el cuestionario indirecto, el cuidador no ha sido preguntado sobre salud mental, apoyo social, prácticas preventivas, actividad física, alcohol y drogas, seguridad viaria, tabaco y salud y bienestar.

Las novedades de la ESCA 2006 respecto a las ediciones precedentes son, por una parte, que profundiza en algunos ámbitos como el conocimiento de las discapacidades, los atributos de la atención primaria⁴ y la calidad de vida; por otra parte, que incorpora preguntas nuevas relacionadas con el apoyo social a la gente de edad avanzada, el medio ambiente, la inmigración; y finalmente que mejora la representatividad territorial, conservando, al mismo tiempo, las divisiones geográficas de las encuestas de salud anteriores.

La estructura del cuestionario general con sus correspondientes apartados y preguntas es la siguiente:

MAPA 1. NÚMERO DE ENCUESTAS POR REGIONES SANITARIAS. CATALUNYA, ESCA 2006



Fuente: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

3 Entre los que destaca la Agència de Salut Pública de Barcelona, el Servei Català de la Salut, el Institut Oncològic de Catalunya, el Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques, la Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques, las universidades de Barcelona y Girona, etc.

4 Adaptación elaborada por la Agència de Salut Pública de Barcelona y la Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques del instrumento Primary Care Assessment Tools-PCAT desarrollado por B. Starfield y L. Shy.

TABLA 1. ESTRUCTURA ESCA 2006

Apartados	Número de las preguntas
A. Contexto familiar y de la vivienda	1-19
B. Datos sociodemográficos	20-47
C. Cobertura sanitaria	48-50
D. Estado de salud y calidad de vida	51-56
E. Morbilidad crónica	57-60
F. Accidentes	61-64
G. Utilización de medicamentos	65
H. Restricción de la actividad (últimos 15 días)	66-68
I. Restricción de la actividad (últimos 12 meses)	69-72
J. Discapacidades	73-88
K. Salud mental	89-100
L. Apoyo social	101
M. Visitas médicas en los últimos 12 meses	102
N. Visitas médicas en los últimos 15 días	103-111
O. Atención primaria y urgencias	112-130
P. Hospitalizaciones	131-136
Q. Prácticas preventivas	137-149
R. Estilos de vida: actividad física	150-156
S. Estilos de vida: alcohol y drogas	157-165
T. Seguridad viaria	166-169
U. Estilos de vida: tabaco	170-184
Pregunta de recontacto	
Hoja de observación (a rellenar por el entrevistador)	185-197

Fuente: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya



Variables e indicadores

La complejidad del diseño muestral comporta que las respuestas de cada individuo no tengan la misma representatividad en función del territorio, el sexo y el grupo de edad. Así, los resultados muestrales, antes de realizar las inferencias, han sido corregidos tanto por un factor de ponderación, que ha incorporado información sobre edad, sexo y región sanitaria, como por un factor de elevación, que ha tenido en cuenta el número de individuos que representa cada uno de los encuestados. Con estas correcciones los resultados muestrales se han elevado a los poblacionales, a partir de los cuales se está llevando a cabo el análisis de la encuesta.

La longitud de la encuesta, 197 preguntas en el cuestionario general, y la heterogeneidad de las preguntas comporta una amplia posibilidad de tipos de variables (dicotómicas, categóricas, cuantitativas) que condicionan tanto las escalas de medida como los indicadores utilizados. Algunas variables se obtienen directamente a partir de las respuestas mientras que otras precisan determinados cálculos con el objetivo de estimar indicadores compuestos. Así, la calidad de vida se mide a partir del índice de calidad de vida EuroQol⁵; la clase social se determina a partir de la situación laboral, la actividad en la empresa y la ocupación⁶; el consumo de alcohol según la ingesta, diferenciando unas unidades de bebida estándar especí-

ficas para cada sexo; la actividad física se categoriza a partir de su intensidad medida en la energía requerida, la duración y la frecuencia de la misma; la salud mental se mide como la probabilidad de padecer un trastorno mental en el momento de la entrevista según el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ)⁷ y, finalmente, la incontinencia urinaria según su severidad (Incontinent Severity Index-ISI)⁸ que combina la frecuencia de las pérdidas de orina y la cantidad de ésta.

“La ESCA incorpora preguntas nuevas relacionadas con el apoyo social a la gente de edad avanzada, el medio ambiente y la inmigración”

Para poder realizar comparaciones entre las encuestas de salud de los años 1994, 2002 y 2006, las muestras anteriores se han reconvertido a nivel poblacional con los nuevos facto-

5 The Euroqol Group. EuroQol- A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16:199-208.

6 Una propuesta de medida de clase social. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria* 2000. Vol 25:350-363; Núm 5.

7 Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedwart HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970;24:18-23

8 Sandvik H, Espuna M, Hunskaar S. Validity of the Incontinence Severity Index: Comparison with PdWeighing Tests. Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Norway. Institut Clínic de Ginecologia Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Spain.

res de ponderación y elevación según la nueva división territorial por regiones sanitarias. Así mismo, las tasas y proporciones se han estandarizado mediante el método directo aplicando una población común por edades, eliminando la influencia de la estructura edad en los indicadores de salud y utilización de los servicios sanitarios globales. De esta manera, se pueden comparar directamente las intensidades de los indicadores de hombres y mujeres, tanto para el conjunto de Catalunya, como para las nuevas regiones sanitarias.

En las comparaciones territoriales internas de la ESCA 2006, la elección del método de estandarización está condicionada al tamaño de los territorios. Así, en las comparaciones por regiones sanitarias, tanto las antiguas como las nuevas, también se ha optado por la estandarización según el método directo, aplicando la estructura por edades de Catalunya a las frecuencias por sexo y grupos de edad de las regiones sanitarias, ya que el tamaño poblacional de las mismas permite obtener resultados significativos. El menor tamaño poblacional de los GTS ha descartado la estimación de tasas o proporciones estandarizadas según el método directo puesto que los resultados no serían concluyentes. La comparación se realiza mediante las razones (método indirecto de estandarización) a partir de la aplicación de los indicadores de Catalunya por sexo y edad a las estructuras de población de cada GTS.

La base de datos de la ESCA 2006 está depositada en el Servei del Pla de Salut de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut. Los datos de la ESCA, a excepción de los datos que posibiliten la identificación personal, están a disposición de los investigadores, gestores o técnicos que los requieran. Para ello deben cumplimentar un modelo de solicitud que incorpora información identificativa del solicitante, del proyecto que desea llevar a cabo (objetivos, financiación, participantes...) y de los compromisos: mantener el secreto estadístico, no utilizar los datos para otras finalidades que las especificadas en la solicitud, referenciar la ESCA como fuente de información de los datos y enviar a la Direcció General de Planificació i Avaluació un copia del trabajo realizado.

Actualmente, se están editando diferentes volúmenes de tablas estadísticas, tanto en cifras absolutas como relativas, que dan respuesta a la mayor parte de indicadores descriptivos. Los diferentes volúmenes incluyen las diferentes combinatorias de territorio (Catalunya, regiones sanitarias antiguas y nuevas y GTS), sexo, grupo de edad (0-14, 15-44, 45-64, 65-74 y 75 y más) y clase social (6 categorías). Próximamente, y teniendo las publicaciones de las anteriores ESCA como referencia⁹, se redactará un documento que, además de la metodología y de las características sociodemográficas de los encuestados, incluye capítulos específicos sobre comporta-

mientos y determinantes de la salud (hábito tabáquico, consumo de alcohol, actividad física, seguridad viaria, percepción de riesgos laborales y prácticas preventivas), sobre el estado de salud (autopercepción de la salud, calidad de vida, salud mental, problemas crónicos, accidentes, discapacidades y restricción de la actividad) y la utilización de los servicios sanitarios (visitas a un profesional durante el último año y los últimos 15 días, utilización según cobertura sanitaria, hospitalización, consumo de medicamentos y satisfacción con los servicios sanitarios utilizados).

Examen de salud

Con la finalidad de mejorar y complementar la información procedente de la ESCA se está llevando a cabo, por segunda vez, un examen de salud a las personas entrevistadas, de 6 y más años, que en el momento de la entrevista hayan expresado su acuerdo a participar. La primera edición se realizó junto con la ESCA de 2002. El examen de salud consta de un conciso cuestionario a la población de 12 y más años, de 5 preguntas sobre conducta alimentaria, de un reconocimiento físico (peso, talla, perímetro de cintura y perímetro de cadera), de la medida de la presión arterial y frecuencia cardiaca y de determinaciones biológicas específicas (glucemia y colesterolemia).

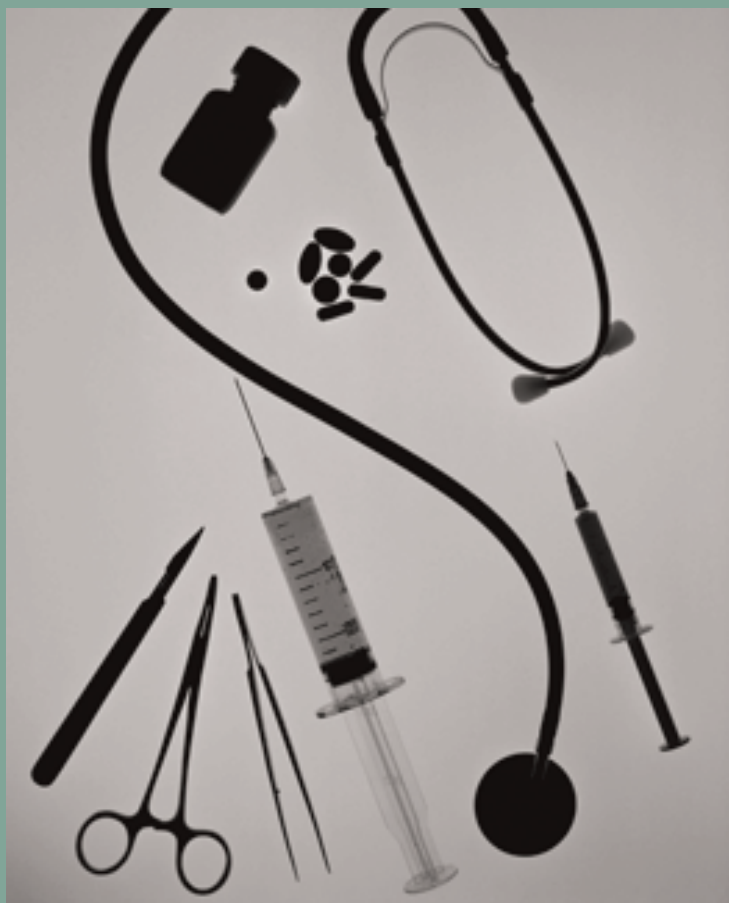
Con la finalidad de complementar la información de la ESCA se está llevando a cabo un examen de salud a las personas entrevistadas

El examen de salud se realiza a una submuestra de la población encuestada en la ESCA. Para garantizar un mínimo de individuos previstos, se ofreció a todos los encuestados en la ESCA participar en el Examen de salud, siendo informados de la naturaleza de las pruebas médicas y de la utilización futura de los resultados obtenidos. De los encuestados que aceptaron la invitación, se seleccionaron finalmente los individuos a examinar siguiendo los mismos criterios que en la ESCA 2006 (representatividad territorial, sexo y grupo de edad). A todos ellos, mediante la firma de un consentimiento informado, el Departament de Salut les garantiza el respeto absoluto a la confidencialidad de la información obtenida. El trabajo de campo está previsto que finalice el 20 de enero del 2007.

Los resultados del Examen de salud serán, por una parte, enviados a cada uno de los participantes para su conocimiento, y por otra parte, analizados de manera conjunta. A nivel territorial, los resultados serán significativos por regiones sanitarias para estimar los indicadores de las variables de mayor incidencia o prevalencia.

⁹ Servei Català de la Salut: *Els catalans parlen de la seva salut. Enquesta de salut de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998:52 pàg.
Direcció General de Salut Pública: *La salut i els serveis sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadans l'any 2002*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003:64 pàg.

¿Sabías que...?



- Según los datos de la ENS 2003, el 71,3% de la población española considera su estado de salud bueno o muy bueno.
- El consumo de medicamentos es mayor en las mujeres y aumenta con la edad, alcanzando la proporción de los que los toman el 85,7% en personas de 65 a 74 años y el 91,9% en las de 75 y más años.
- El 9% de la población española padece alguna discapacidad y más de la mitad son mujeres. Concentrándose en las personas de más edad, el 47,4% de las personas de 80 a 84 años tienen alguna discapacidad.
- Las deficiencias con más incidencia en las personas mayores son las osteoarticulares, las mentales y las múltiples (estas últimas debidas a procesos degenerativos propios de edades avanzadas).
- En cuanto a la prevención, más de la cuarta parte de las visitas médicas son para realizar una revisión, acudiendo en mayor porcentaje las mujeres.
- Entre los varones, las causas de muerte más frecuentes son las enfermedades isquémicas del corazón y entre las mujeres las cerebrovasculares.
- Dentro de la UE sólo Finlandia y Suecia tienen una mortalidad infantil más baja que España.
- La mortalidad por SIDA/VIH continúa el descenso iniciado en 1996, mientras que los fallecimientos por melanoma y otros tumores malignos han aumentado.
- Los fallecidos por accidentes de tráfico mantienen una senda descendente, aunque continúan siendo la principal causa de muerte entre los jóvenes y causan más mortalidad masculina que femenina.
- Dentro de la población de 16 y más años, el 37,6% de los hombres y el 24,7% de las mujeres fumaba diariamente en 2003, manteniendo una evolución descendente con respecto a los años previos.
- En cuanto al consumo de alcohol, el 40,8% de la población de 16 y más años manifiesta consumir alguna bebida alcohólica al menos una vez a la semana y el 38,8% se declara abstemio.
- Un 42,0% de la población duerme 7 horas o menos y un 44,2% duerme 8 ó 9 horas.
- El porcentaje de personas que padece obesidad casi se ha duplicado desde 1987, superando el 13% de la población de 18 y más años.
- España se encuentra entre los países del sur de Europa que más han mejorado su esperanza de vida al nacer. Las españolas, con casi 84 años, tienen la esperanza de vida más alta de la UE-25 y los españoles, con 77,2, se sitúan en segunda posición, tras los suecos.
- El gasto sanitario total supone el 7,7% del PIB, y de este el 71,4% es gasto público.
- En el año 2005 existían en España 2.702 centros de salud, con 157.926 camas instaladas y 20.348 oficinas de farmacia.
- En el año 2004 el número de colegiados se elevaba hasta 194.668 médicos, 21.055 odontólogos y estomatólogos, 57.604 farmacéuticos, 25.604 veterinarios y 225.487 enfermeros.
- En el año 2004 se efectuaron 3.156 transplantes.

Salud Bucodental. Un caso práctico

Dámaso Rodríguez Serrano, Sergio de Casas Albendea y Lara E. González Castellanos

Enfermeros del SAR de Mejorada-Velilla

Ana López-Torres Escudero

Enfermera de AP de Mejorada-Velilla

Juan A. Sarrión Bravo

Técnico en Sistemas de Información. Gerencia AP Área 2

Begoña González Fernández

Introducción/Justificación

La idea surgió buscando dar respuesta a la solicitud, por parte de los colegios y escuelas infantiles de nuestra ZBS, de una intervención sobre higiene bucodental, que cubriera el vacío que dejó la actividad realizada hasta ese momento por el servicio de odontología de nuestro centro, lo que nos planteó la necesidad de un programa de promoción de hábitos saludables en la escuela.

La población con la que se trabajó tenía una edad comprendida entre 3 y 12 años. En esta etapa de la vida, todo gira entorno al colegio y comienza a perder importancia la familia en beneficio de la escuela, de modo que se decidió en primera instancia que la EpS debía realizarse allí donde los escolares recibieran mejor la información, es decir, en el colegio. Además, con ello se facilitaba la captación de la población y el reparto de los grupos.

Este grupo poblacional ha sido diana de múltiples trabajos sobre este mismo tema. En el PAPPS (programa de actividades de prevención y promoción de la salud) se destaca la prevención de las caries como proceso fundamental en la promoción de la salud bucodental infantil. En esta misma línea, el Ayuntamiento de Madrid lleva trabajando desde la década de los 80 con un programa interdisciplinar y son muchos los centros de salud que realizan intervenciones en los colegios o en el propio centro, sobre técnica de cepillado, colutorios de fluor, incluso encontramos en internet un programa de salud bucodental que realizaba intervenciones similares, tipo gymkhana, que nos sugirió ideas.

Los niños nacen con disposición a aprender, siempre que se den las condiciones adecuadas. La teoría piagetiana considera que el sujeto aprende y forma sus conocimientos porque se interesa por ellos. Debemos valorar las preocupaciones del niño y apoyarnos sobre sus esquemas ya creados. La motivación es fundamental para aprender, tiene que ser una motivación intrínseca y no extrínseca. Si la información se recibe con interés, el aprendizaje se facilita. Una complicación añadida es que la capacidad de atención es limitada, por lo que la intervención sobre esta población debe ser muy dinámica y con herramientas que realicen una recaptación

continuamente, haciéndoles partícipes en todo momento. Del mismo modo, el aprendizaje se facilita si se permite al niño interactuar, manipular el medio para que cree sus esquemas, para poder usarlos en las situaciones de la vida cotidiana. El desarrollo intelectual se produce a través de las secuencias de transformación de estructuras o esquemas, en un ciclo repetido de equilibración-desequilibrio-nuevo equilibrio, que llevará a la diferenciación y coordinación de esquemas, o acciones susceptibles de repetirse en situaciones semejantes.

El desarrollo psicomotor con estas edades está comprendido en la etapa preoperacional. No trabajamos con niños menores, puesto que por debajo de 2 años (etapa sensorio-motor) los escolares todavía no tienen la capacidad de representación e introspección.

“En el PAPPS (programa de actividades de prevención y promoción de la salud) se destaca la prevención de las caries como proceso fundamental en la promoción de la salud bucodental infantil”

La etapa preoperacional se caracteriza por la función simbólica que se manifiesta en el surgimiento del lenguaje, el juego simbólico y la imitación diferida; permite hacer representaciones mentales y reflexiones sobre personas, objetos y sucesos mediante el uso de símbolos y signos. El niño ya no actúa sólo directamente sobre el objeto, sino que puede realizar una manipulación interna de la realidad, representar algo no presente. Los niños aprenden a efectuar operaciones mentales, aunque el periodo preoperatorio se divide a su vez en varias fases, por supuesto, nada estáticas. Estas son por un lado, el periodo subpreoperatorio o pensamiento intuitivo (2 a

7 años), donde el niño sabe lo que va a pasar, pero no es capaz de darle una explicación, pues no lo cree necesario, aunque ya comienza a trabajar con representaciones y por otro lado, el subperiodo de operaciones concretas (7 a 12 años) propiamente dicho. En este momento, el niño comienza a organizar sus acciones en sistemas de conjunto que hasta ahora no tenían relación y no importaba, comienza a dar explicaciones, dejan de ser válidas las situaciones contradictorias. Durante este periodo, a través del juego, un contacto con la fantasía y la imitación inmediata y diferida, adquieren el conocimiento como resultado de su propia actividad. El juego se considera una actividad dramática y como tal se fundamenta en tres pilares; desarrollo psicoevolutivo, aplicación de técnicas de dinámica de grupos, desarrollo de técnicas del propio sistema. Según Pellegrini, tiene una importante función socializadora, contribuye a desarrollar en los niños habilidades de comunicación, toma de perspectiva, cooperación, coordinación motriz, etc. Desde este punto de vista, el juego se considera una situación natural de desarrollo y aprendizaje, siendo una herramienta magnífica a utilizar en el marco educativo. El juego es una actividad espontánea y libre que no puede ser impuesta en ningún momento, es una acción voluntaria, elegida libremente por el que la practica. En definitiva, es el sustituto de la asociación libre, método que caracteriza el análisis del adulto. Así, el juego es un útil perfecto para educar, del que cabe destacar las ventajas más importantes para la creación de esquemas:

- Motiva
- Interesa
- Convierte a los niños en sujetos activos



- Tiene carácter interdisciplinario (puede usarse en cualquier disciplina).

La EpS que se practica en edad escolar es la más efectiva y rentable, por ser el niño el más receptivo de los educandos, al ser un sujeto en formación con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos.

Bajo el punto de vista de Benjamín Bloom, existen tres áreas o dominios de aprendizaje, las cuales no son excluyentes una de la otra, sino que se solapan:

- Cognitiva (adquisición de conocimientos y habilidades intelectuales, para ello debe seguirse un proceso en orden: conocimiento-comprensión-aplicación-análisis-síntesis-evaluación).
- Afectiva
- Psicomotora (integración de actividad mental y motora).

Según M^o T Luis Rodrigo, para enseñar y promover el aprendizaje debemos facilitar la adquisición de las tres áreas o dominios que destaca B. Bloom, es decir, los conocimientos, actitudes y habilidades. Pero para que el mensaje sea efectivo, además debemos valorar las características de nuestra población que influyen en el aprendizaje como:

- Disponibilidad para aprender.
- Motivación.
- Estado emocional.
- Estado físico.
- Capacidad individual.
- Estilo de aprendizaje.

Del mismo modo que en el juego, conviene destacar las ventajas más destacadas de la EpS a grupos:

- Motiva.
- Implica emotiva y corporalmente.
- Proporciona un aprendizaje fácil de los hábitos saludables.
- Facilita un estrecho contacto entre educador y educando.
- Promueve la participación activa de los educadores.
- Permite la difusión a un gran número de individuos.

Objetivos

Los objetivos planteados para la intervención fueron:

- Adquirir hábitos saludables sobre higiene bucodental.
- Obtener habilidades sobre la correcta técnica de cepillado.
- Comprender las consecuencias de la mala higiene.
- Reconocer los alimentos cariogénicos.
- Acercar y desmitificar la Enfermería a los niños.



Método

El Teatro-guiñol va dirigido a niños de entre tres y seis años. La intervención se divide en dos partes:

- El guiñol consiste en una historia en la que una niña se come un caramelo, donde se esconde el monstruo de las caries, que así consigue llegar a la boca de la niña y ensuciar una muela, que termina siendo salvada por un cepillo de dientes/superhéroe.
- Posteriormente disfrazados de enfermeros graciosillos (mitad enfermero, mitad payaso) y ayudados por una dentadura y un cepillo de grandes dimensiones mostramos la técnica de cepillado (técnica de Fons), para finalizar con un baile en el que se realiza un refuerzo de todo lo mostrado.

La intervención fue realizada desde noviembre del 2004 hasta abril del 2005, y participaron un equipo fijo de 5 enfermeras/os, enfermeras del equipo que apoyaron el proyecto y alumnos de las escuelas universitarias de Puerta de Hierro, Universidad CEES y Francisco de Victoria. Se realizó en dos escuelas infantiles y en dos colegios de primaria, alcanzando una población infantil de 700 niños. No obstante, las encuestas se efectuaron solo en la escuela infantil Tomás y Valiente, cuyos resultados se exponen a continuación.

Evaluación

La aceptación por parte del profesorado fue excelente, alabando la idoneidad metodológica y pedagógica de la intervención y solicitando que se repitiera y que se siguiera trabajando en esa línea. Se observa en los resultados de los pre-test y post-test que hay una variación significativa en las respuestas, lo que viene a indicar que los métodos empleados han sido adecuados a las edades y que las intervenciones han aumentado los conocimientos previos de los participantes. No obstante, estos mismos test deberían repetirse al cabo de los meses para analizar el grado de retención de los conocimientos y, mediante la realización de encuestas a los padres, averiguar si han observado cambios de comportamiento en los niños después de la realización de la actividad.

“ La intervención se realizó en dos escuelas infantiles y en dos colegios de primaria, alcanzando una población infantil de 700 niños ”

Posteriormente, en los colegios, trabajaron en clase mediante la expresión verbal y dibujos comprobando la adecuada adquisición de los conocimientos. Estos dibujos están actualmente sometidos a análisis por especialistas para obtener mayor información de los mismos.

Conclusiones

Las conclusiones del equipo que intervino fueron positivas, observando la motivación y el interés de los niños durante la intervención en la mayoría de los ellos, tan sólo en dos casos de niños de tres a seis años no intervinieron y menos

TABLA 1. RESULTADOS DE LOS PRE-TEST Y POST-TEST

Colegio Tomas y Valiente. Niños de 3 a 5 años		Preguntas						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Pretest 174	Aciertos	32,19%	46,55%	54,60%	59,20%	89,00%	95,97%	84,48%
	Errores	67,25%	52,87%	45,90%	37,90%	10,90%	3,40%	9,2%
Postest 126	Aciertos	61,90%	65,80%	63,49%	55,55%	98,41%	100,00%	95,23%
	Errores	38,00%	32,53%	36,50%	43,65%	1,58%	0,00%	4,76%

Nota: Realizado pre-test y post-test. Previamente y con la colaboración de los profesores se pasó una nota informativa a los padres, en ella se solicitaba su colaboración para pasar el test a los niños, indicando la importancia de anotar las respuestas tal y como los niños las decían y anotando comentarios y otra información que estos aportaran en su casa.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2. PREGUNTAS PARA LOS PRE-TEST Y POST-TEST A LOS ALUMNOS

P1	¿Cómo hay que cepillarse los dientes?
a)	De arriba abajo.
b)	Haciendo círculos pequeños.
P2	¿Cómo se cepillan las muelas por fuera?
a)	De arriba abajo.
b)	Haciendo círculos pequeños.
P3	¿Cómo se cepillan las muelas por dentro?
a)	De arriba abajo.
b)	Haciendo círculos pequeños.
P4	¿Cómo se cepillan las muelas por encima?
a)	De arriba abajo.
b)	De atrás a adelante.
c)	Haciendo círculos pequeños.
P5	¿Hay que cepillarse la lengua?
a)	Si.
b)	No.
P6	¿La fruta y la verdura es buena para la salud de los dientes?
a)	Si.
b)	No.
P7	Los caramelos, chocolate, gominolas, refrescos, batidos y los dulces en general son:
a)	Buenos para los dientes.
b)	Ni buenos ni malos.
c)	Malos para los dientes.

Fuente: Elaboración propia

de diez del resto de edades. Durante las revisiones de niño sano en la consulta se observa que los niños acuden más relajados y resultan más accesibles, pues recuerdan a los enfermeros de la intervención en los colegios, igual que recuerdan la mayoría de los conceptos impartidos.

Este proyecto ha supuesto un esfuerzo enorme dado que mientras se desarrollaba las actividades ya programadas se trabajaban en nuevas dinámicas para ir incluyéndolas. Todo este trabajo no sólo tenía como fin conseguir un método adecuado para el grupo poblacional para el que estábamos trabajando sino además facilitar a los enfermeros que trabajen en el proyecto que no se encuentren con las dificultades que nos hemos encontrado nosotros porque ya están resueltas.

Creemos necesario que la Enfermería trabaje métodos para transmitir a los niños hábitos saludables aplicando el juego y la dramática como recursos más idóneos, reforzando la formación en este campo, he aquí de lo que depende la posibilidad de aplicación de este proyecto en otros centros, además del interés de los profesionales

Por último, recalcar que esta intervención avala a la Enfermería como educador para la salud en la escuela, un punto de trabajo muy importante dentro de nuestra comunidad.

TABLA 3. ENCUESTA A PROFESORES (48 ENCUESTAS)

	Muy adecuados	Adecuados	Poco adecuados	Escasamente adecuados
1 Los talleres que se han realizado con los niños, metodológicamente hablando, crees que han sido:	18	30	0	0
2 El número de profesionales que han realizado la intervención crees que ha sido:	18	28	2	0
3 Los recursos materiales utilizados en la intervención crees que han sido:	16	31	1	0
4 El tiempo de la intervención crees que ha sido:	16	30	2	0
5 La capacitación de los profesionales para el desarrollo de los talleres crees que es:	28	20	0	0
6 La planificación de la educación bucodental, dentro de la programación de las actividades del colegio, crees que fue:	13	30	4	0
7 La coordinación entre los profesionales del Centro de Salud y la dirección y profesionales del Colegio crees que ha sido:	11	26	5	0
8 Crees que el aprendizaje de los conocimientos que se pretendían transmitir a los niños ha sido:	16	32	0	0
9 La realización de estas u otras intervenciones en años posteriores sería:	23	25	0	0
10 Crees que los niños reconocieron la figura de la enfermera como educadora en salud durante la realización de los talleres de forma:	10	28	5	1

Fuente: Elaboración propia

Bibliografía

- Delval. J, Crecer y pensar, la construcción del conocimiento en la escuela. Ed. Paidós Ibérica S.A, 1ª edición 1991.
- Luis Rodrigo. M.T. Educación para la salud. Metas de Enfermería, nº 3: 28-33.
- González Gascón. R, Igea Moreno. M. Sesiones educativas sobre alimentos saludables y prevención de la caries infantil. Disponible en: http://www.fuden.es/home_nure. Rev nº 3.
- Ruiz Lázaro. P.J, Ruiz Lázaro. P.M. Una nueva posibilidad de educación para la salud en tiempo libre. Atención Primaria. Rev 21 nº 5: 134-139.
- López González.S, López González. M.L, Del Valle. M.O, Cueto Espinar. A. Aceptación escolar del teatro como método de educación para la salud. Atención primaria. Vol. 16 nº 1: 38-42.
- Pérez Montero. C. Las tareas de educar en 0-6 años. Ed Cepe S.L. 2002.
- Gallego Ortega. J. L. Educación infantil. Ed Aljibe 2ª ed. 1998.
- Corral Iñigo. A, Pardo de León P. Psicología Evolutiva I Introducción al desarrollo. UNED.

Encuesta del Gasto de las Empresas en Protección Ambiental 2003

208 páginas. 16,05 € IVA incluido

En esta publicación se presentan los resultados de la Encuesta del Gasto de las Empresas en Protección Ambiental correspondiente al año 2003. El objetivo principal de esta investigación es cuantificar los gastos corrientes y las inversiones que realizan las empresas del sector industrial para evitar, reducir o eliminar la contaminación generada en el ejercicio de su actividad económica.

Los resultados de esta encuesta, incluida en la operación estadística Sistema de Recogida de Información Económica sobre el Medio Ambiente del Plan Estadístico Nacional 2001-2004, permiten cumplir con lo establecido en el Reglamento 58/97 del Consejo de la Unión Europea, relativo a las estadísticas estructurales de las empresas y la confección de la Cuenta del Gasto en Protección Ambiental (CGPA).

La publicación consta de un conjunto de tablas en las que se cruzan las variables relativas a la inversión para los diferentes equipos según los ámbitos medioambientales con la actividad económica a nivel de sección y subsección de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93 Rev. 1). Las tablas se proporcionan para el total nacional y para cada una de las comunidades autónomas. Sin embargo, con el fin de salvaguardar el secreto estadístico, algunas de estas tablas no se publican.

Encuesta Anual de Servicios 2004

364 páginas. 11,91 € IVA incluido

El Instituto Nacional de Estadística (INE) presenta esta publicación que ofrece una perspectiva de la situación del sector servicios en España.

Esta obra de información estadística específica del sector servicios pretende dar una visión cuantitativa de la realidad de nuestro país en sectores tan variados como: comercio, turismo, transportes, tecnologías de la información y comunicación, inmobiliarias y alquileres, servicios a empresas, servicios recreativos, culturales, deportivos y servicios personales. Con este estudio el Instituto Nacional de Estadística (INE) quiere dar a conocer las características estructurales y económicas del sector servicios, el más importante de la economía española por su participación en el Producto Interior Bruto (PIB) y por su capacidad de creación de empleo. El sector servicios es también el sector económico más dinámico y el que mayor desarrollo ha experimentado en los últimos años.

Publicaciones editadas por el INE en noviembre y diciembre de 2006

Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003

170 páginas. 11,91 € IVA inc

INEbase. Noviembre 2006

17,90 € IVA inc

Contenido:

Boletín Mensual de Estadística.

Número 179 - Noviembre 2006

Indicadores coyunturales:

Índice de Precios de Consumo (IPC). Base 2001

Índice de Precios de Consumo Armonizado

España (IPCA). Base 2005

Índice de Precios Industriales. Base 2000 (IPRI)

Índice de Producción Industrial. Base 2000 (IPI)

Índices de Comercio al por menor. Base 2001 (ICM)

Encuesta de Condiciones de Vida 2005

Cuentas Satélite sobre Emisiones Atmosféricas.

Serie 1995-2003

Encuesta de uso de TIC y Comercio Electrónico

(CE) en las Empresas 2005-2006

Encuesta Industrial de Empresas 2005

Contabilidad Nacional Trimestral de España. Base

2000. Tercer trimestre 2006

Encuesta Continua de Presupuestos Familiares

2005. Trimestre 1º

Suscripción anual

12 entregas.

Tarifa 26. PVP. 156,44 € IVA inc

La Península Ibérica en Cifras 2006

36 páginas. 2,30 € IVA inc

Anuario Estadístico de España 1858

712 páginas. 51,75 € IVA inc

Boletín Trimestral de Coyuntura

nº 98. Diciembre 2005

252 páginas. 24,85 € IVA inc

Encuesta del Gasto de las Empresas

en Protección Ambiental 2003

208 páginas. 16,05 € IVA inc

Estadística Española nº 162. Volumen 48,

mayo-agosto 2006

196 páginas. 16,05 € IVA inc

Contabilidad Nacional de España. Base 2000

Serie contable 2000-2004. Marco input-output

2000

17,90 € IVA inc

INEbase. Octubre 2006

17,90 € IVA inc

Contenido:

Boletín Mensual de Estadística.

Número 178 - Octubre 2006

Indicadores coyunturales:

Índice de Precios de Consumo (IPC). Base 2001

Índice de Precios de Consumo Armonizado

España (IPCA). Base 2005

Índice de Precios Industriales. Base 2000 (IPRI)

Índice de Producción Industrial. Base 2000 (IPI)

Índices de Comercio al por menor. Base 2001 (ICM)

Estadística de Sociedades Mercantiles 2005

Estadística de Hipotecas 2005

Movimiento Natural de la Población de Españoles

en el Extranjero 2003

Estadística de la Enseñanza Universitaria en

España. Curso 2004-2005

Encuesta sobre Equipamiento y Uso de TIC

en los Hogares. 1º semestre 2006

Encuesta del Gasto de las Empresas en Protección

Ambiental 2004

Suscripción anual

12 entregas. PVP. 156,44 € IVA inc

Encuesta de Población Activa. Tercer trimestre

2006

EPA (metodología 2005)

Principales resultados. 3er trimestre 2006

Resultados detallados. 3er trimestre 2006

15,61 € IVA inc

Suscripción anual: 57,72 € IVA inc

Suscripción anual más publicación impresa

Principales Resultados: 69,82 € IVA inc

Censos de Población y Viviendas 2001

Volumen II. Resultados por CC.AA. y provincias.

Tomo 9. Cataluña y sus provincias

456 páginas. 31,05 € IVA inc (incluye CD-Rom)

Revista General de Estadística. Número 1,

marzo de 1862

138 páginas. 6,75 € IVA inc

Tratado Elemental de Estadística 1844.

Tomos I y II (Profesor José María Ibáñez)

706 páginas. 51,75 € IVA inc

Direcciones y teléfonos de interés

INE- Pº de la Castellana, 181-28046 Madrid

www.ine.es

Servicio de Información

Tfno: 91.583.91.00

Fax: 91.583.91.58

consultas: www.ine.es/infoine

Lunes a Jueves de 9 a 14 y de 16 a 18 horas. Viernes de 9 a 14 horas

Venta de publicaciones

Tfno: 91.583.94.38

Fax: 91.583.45.65

E-mail: indice@ine.es

Lunes a viernes de 9 a 14 horas