

EL CENTRO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA. 25 AÑOS DE SERVICIO SANITARIO (1976-2001)



**EL CENTRO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA.
25 AÑOS DE SERVICIO SANITARIO (1976-2001)**

**EL CENTRO REGIONAL
DE SALUD PÚBLICA.
25 AÑOS DE SERVICIO
SANITARIO (1976-2001)**



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha

www.jccm.es

2001

Coordinador: *Juan Atenza Fernández*

Autores: Atenza Fernández, Juan	Capítulos 1-13
Gutiérrez Delgado, Juan; Lucas Veguillas, Antonio de	Capítulo 14
Martínez Juárez, Guadalupe	Capítulo 15
Pereda Rochet, Manuel de; Aldama Roy, Begoña;	
Aldama Roy, José Manuel; Barroso Hervás, María Luisa	Capítulo 16
Segura Fragoso, Antonio	Capítulo 17
Solano Araújo, Juan Francisco	Capítulo 18
Moreno Rubio, Carlos Castor	Capítulo 19
Pérez Sánchez, Jaime	Capítulo 20

© Edición: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

I.S.B.N.: 84-7788-217-7

Depósito legal: TO-995-2001

Fotografía: Juan Atenza Fernández y M. Didier (OMS)

Soporte Informático: Marco Antonio Marcos Pérez

Logotipo: Jerónimo Martín de Bernardo

Fotocomposición e impresión:

José Ignacio Gil Impresores. Eduardo Requenas, 27. 28053 Madrid

ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
Introducción	9
1. Origen de las áreas de demostración, formación e investigación en Salud Pública	13
2. De Talavera de la Reina y sus antiguas tierras al Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina.....	21
3. El proceso de puesta en marcha del Centro Nacional de Demostración Sanitaria	31
4. El comienzo de las actividades del CNDS (1976-78)	59
5. La orientación hacia la salud pública (1979-80).....	75
6. La crisis económico-administrativa (1981)	103
7. El período preautonómico (1982-86)	111
8. La época actual: el Centro Regional de Salud Pública (1986-2001)	121
9. Evolución de la plantilla CNDS/CRSP, 1976-2001.....	143
10. Evolución presupuestaria del CNDS/CRSP, 1976-2001.....	151
11. Servicio de Enfermedades Infecciosas	155
12. Servicio de Luchas y Campañas.....	161
13. Servicio de Veterinaria de Salud Pública.....	165
14. Servicio de Epidemiología	167
15. Servicio de Sanidad Ambiental.....	213
16. El Laboratorio Regional de Sanidad y Consumo.....	245
17. Escuela Regional de Salud Pública	269
18. Servicio de Promoción de la Salud	293
19. El Servicio de Salud Mental.....	317
20. El Servicio de Radiodiagnóstico	331



Presentamos en este volumen la historia del Centro Regional de Salud Pública, inaugurado en 1976 con el nombre de Centro Nacional de Demostración Sanitaria, hasta este año 2001 en el que nos encontramos. El logotipo conmemorativo elaborado por los propios trabajadores del Centro recoge muy acertadamente un hecho: Centro Regional –25 años, 1976-2001– de Salud Pública. Son, asimismo, 25 años trascendentales en la historia de nuestro país, iniciados en la época que se ha dado en llamar predemocrática,

atravesando la transición y desarrollándose plenamente en la etapa democrática. La situación política y los cambios sociales que se han producido a lo largo de estos años han condicionado en gran medida las actuaciones del propio Centro, que en todo momento ha permanecido pegado a la realidad y tratado de ser un elemento útil a la sociedad, siempre cerca de la defensa de la salud de los ciudadanos y, muy especialmente, de los más desfavorecidos.

Se inicia la andadura muy tempranamente, a comienzos de los años sesenta, cuando la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud fomenta la creación de unas áreas o zonas de demostración sanitaria, donde se pudieran realizar experiencias en los campos de la asistencia sanitaria, la organización de servicios y la formación e investigación sanitarias, buscando fundamentalmente la integración de servicios, tanto asistenciales como preventivos. Este movimiento llega a España y se decide construir un Centro, que recibirá el nombre de Centro Nacional de Demostración Sanitaria, ubicado en Talavera de la Reina, cabecera de una amplia comarca natural y con raíces históricas, que reúne además las condiciones de no disponer de ningún otro hospital público y su cercanía a Madrid, lo que facilitaría el flujo de profesionales desde los dispositivos del Ministerio de la Gobernación (Dirección General de Sanidad, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Nacional de Sanidad) y su incorporación a las actividades docentes.

Su puesta en marcha se dilata ante las dificultades económicas existentes, un mal crónico en nuestro país cuando se trata de abordar tareas de salud pública, y también por las dudas que periódicamente surgían ante el proyecto. Finalmente surge un bello edificio, hecho para facilitar el trabajo y de formas amistosas para sus usuarios, que permite el inicio de su andadura en 1976, abordando tareas tradicionalmente relegadas de entre las prioridades de la Administración Sanitaria de la época: la asistencia sanitaria en el campo de las enfermedades infecciosas y la salud mental por una parte y la salud pública, contemplando actividades de protección y promoción de la salud, sentando las bases de la administración sanitaria.

ria sobre el conocimiento de la situación que proporcionaban las actividades de vigilancia epidemiológica, todo ello ayudado por la actividad de los servicios centrales: laboratorio y radiología. Y siempre sobre la base de la importancia de tres factores capitales para conseguir resultados: la implicación de los trabajadores del Centro en el trabajo bien hecho; la búsqueda de la colaboración de los sanitarios del Área y la permanente implicación de la comunidad a través de sus representantes institucionales y de aquellos grupos organizados, más o menos formales, que posteriormente se dio en llamar organizaciones no gubernamentales, en la resolución de sus problemas.

Si tuviéramos que resaltar un hilo conductor de la actuación del Centro en estos 25 años, sin duda siempre estaría trenzado por estas tres fibras. Ante el tradicional estereotipo –injusto las más de las veces– de los trabajadores públicos desinteresados por su trabajo, se ha mantenido un altísimo nivel de implicación de los trabajadores del Centro en el trabajo bien hecho. En muchas ocasiones se ha dado ejemplo de que las horas propias de la jornada laboral no eran suficientes para realizar correctamente el trabajo y no se escatimaba la actuación fuera de la misma, a veces en el propio domicilio o en diversos lugares de la comunidad.

La cercanía a los profesionales sanitarios se ha mostrado a través de un contacto intenso con los mismos, tanto a través de la visita frecuente a su lugar de trabajo, ya fuera para acopiar información, ya para abordar conjuntamente problemas de salud pública. Además, desde el primer momento se les abrió la posibilidad de acceder a servicios de diagnóstico, que tradicionalmente les estaban vedados, así como una amplia oferta docente, ya fuera mediante la realización de cursos, o bien mediante la realización de prácticas en los diferentes servicios del Centro. Esta buena sintonía entre unos y otros profesionales se ha traducido indudablemente en resultados positivos para la salud de los ciudadanos.

La implicación de la comunidad en la resolución de sus propios problemas ha sido igualmente buscada de forma sistemática: desde la participación comunitaria en el abordaje de problemas básicos de salud hasta el desarrollo de programas de salud, pasando por atender las necesidades que los propios agentes comunitarios exponían de forma concreta. Y sin olvidar la colaboración del Centro en materia de cooperación internacional, facilitando la formación de profesionales de países en vías de desarrollo y mediante el envío de materiales sin uso a otros lugares donde todavía podían ser útiles. La colaboración con otros sectores, especialmente el educativo, también es buen ejemplo de esa vocación abierta a la sociedad de nuestro Centro.

Desde el punto de vista técnico hay que destacar igualmente una serie de características del Centro a lo largo de toda su trayectoria. Quizá la principal de todas ellas sea la innovación. Comenzó como una experiencia piloto y, muy pronto, su organización y estructura se transformó en una referencia para otras administraciones. Sus sistemas de vigilancia epidemiológica, tanto de las enfermedades transmisibles como crónicas; la vigilancia ambiental y el desarrollo de programas de protección de la salud; las actividades de promoción de la salud; la configuración de un laboratorio de salud pública y su dedicación en los campos de la formación y la investigación, han sido campos que han trascendido los límites del propio Centro y que han sido aprovechados por cientos de profesionales del Área, de la región y del territorio nacional.

La actividad asistencial desarrollada también ha sido significativa. Si en los comienzos la asistencia a la patología infecciosa y a otras enfermedades no transmisibles ya marcó una diferencia, donde destacaba la cercanía de los trabajadores a los pacientes y sus familiares, ha sido en la asistencia a los problemas psiquiátricos donde el Centro y los trabajadores del Servicio de Salud Mental se han volcado durante toda su andadura. Pretendiendo realizar una atención integral, que aunara la prevención con la asistencia y la rehabilitación, se desarrolló un modelo asistencial lejos de la orientación predominante en la época, de base asilar, cuando no manicomial. La asistencia basada en la atención ambulatoria, contando con una unidad de hospitalización breve, el acercamiento de las consultas a los pacientes, la puesta en marcha de un hospital de día y la inmediata atención a los pacientes drogodependientes, han configurado un modelo asistencial que igualmente ha servido de referente durante estos años.

Este volumen trata de describir las actividades desarrolladas durante estos 25 años. En los capítulos 1 al 10 se exponen cronológicamente las diferentes etapas que ha atravesado el Centro, mientras que los capítulos 11 al 20 recogen de manera sucinta las actividades desarrolladas por cada uno de los servicios. Prácticamente toda la información que se describe está recogida de las memorias de Actividades del Centro y de sus archivos, por lo que se debe entender que la fuente de todas las tablas y figuras es ésta, salvo indicación en contrario.

También se debe señalar que se han utilizado otras fuentes de información complementaria, como la descripción oral de algunos protagonistas, entre otros los antiguos directores del Centro, así como Víctor Conde, María Pérez Sheriff, Gerardo Calviño, Gerardo Clavero y Aureliano de los Ríos y la colección histórica de «La Voz de Talavera», que ha facilitado una gran cantidad de datos sobre el proceso de puesta en marcha del Centro.

Igualmente es de justicia resaltar el trabajo anónimo de un gran número de trabajadores del Centro, fundamentalmente administrativos, en el proceso de búsqueda y elaboración de la información.

Han sido, pues, veinticinco años fecundos que, como es natural, no han estado exentos también de sombras. Estamos lejos de vivir en una sociedad perfecta y tampoco lo es el Centro, pero permítaseme que en este momento de celebración pasemos por alto los momentos de dificultades –las más de las veces de carácter económico– que, eso sí, no se olvidan para tratar de evitar que se repitan en el futuro.

El futuro... es imposible de predecir; pero en cierto modo se puede condicionar. En el futuro inmediato el área asistencial tendrá su ubicación dentro del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), donde indudablemente seguirá desarrollando su importante labor. También el futuro pasa por la transformación del Centro en el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha, lo que significa que la Administración le adjudica renovadas tareas dentro de las actividades que tradicionalmente se han venido desarrollando, y demuestra la confianza en las posibilidades de sus trabajadores.

Esas condiciones, anteriormente citadas, de los trabajadores del Centro es lo que hace que nos podamos mostrar optimistas y predecir unos próximos años llenos de una fecunda labor dentro de la sociedad.

Quisiera finalizar estas líneas agradeciendo su esfuerzo y dedicación a todos los trabajadores –casi setecientos– que han prestado sus servicios durante estos veinticinco años, ejemplo para sus futuros compañeros en este maravilloso reto de facilitar la vida, a través de la mejora de las condiciones de salud, de todos los ciudadanos.

Todos ellos han sido los verdaderos protagonistas de esta andadura.

Juan Atenza Fernández

Director Gerente del Centro Regional de Salud Pública

ORIGEN DE LAS ÁREAS DE DEMOSTRACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Durante los años cincuenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) animó el desarrollo de zonas de demostración, formación e investigación, también denominadas zonas piloto, donde se experimentarían diversas formas de organización y administración de los servicios de salud adaptadas a las necesidades económicas, sociales y culturales de los diferentes países, permitiendo de este modo elegir los métodos más racionales y económicos. Al mismo tiempo se podría probar la eficacia de diversas intervenciones preventivas.

Pasados varios años de trabajo práctico en la materia, la Oficina Regional de la OMS para Europa convocó en Le Vesinet, en las cercanías de París, un Seminario sobre las zonas de demostración, formación e investigación en salud pública, con el fin de confrontar experiencias, examinar y evaluar logros, así como la posibilidad de poner en marcha otros proyectos análogos en otros países. Dicha reunión tuvo lugar del 20 al 30 de marzo de 1963, asistiendo a la misma Gerardo Clavero González, Jefe del Gabinete Técnico de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación.

Además de estudiar las características básicas y comunes de las zonas de demostración, en la reunión se presentaron cinco estudios de caso, correspondientes a Uusimaa (Finlandia), Soissons (Francia), Thessalie (Grecia), Lublin (Polonia) y Rude (Yugoslavia). Todos estos proyectos eran diferentes, en función de las peculiaridades de cada país, por lo que se contaba con la ventaja de poder comparar diversas experiencias, aunque la mayor parte de ellos tenían tres objetivos comunes:

1. Constituir laboratorios experimentales, sobre el terreno, para la investigación sobre diversos problemas de salud pública.
2. Crear una zona de demostración que sirviera de banco de pruebas para diversos métodos de organización y administración.
3. Servir de zona para la formación de trabajadores sanitarios.

Otra característica común es que la mayor parte de las zonas de demostración estaban ligadas a instituciones de formación, generalmente universidades, de lo que se desprendían beneficios mutuos para ambas instituciones (mayor nivel científico para las zonas de demostración y contacto con la realidad para la universidad).

Durante el seminario se repasaron los problemas de organización; las actividades de enseñanza y formación; las actividades de información e investigación; la mejora de la práctica de la salud pública y la cooperación internacional y el papel de la OMS.

Problemas de organización

En la mayor parte de los casos una zona de demostración es una unidad de un servicio de salud escogido con fines prácticos para poner a disposición de la población cuidados sanitarios regulares. El modo de organización puede ser variable, dependiendo de la administración provincial, de un hospital general o de una policlínica.

Para llevar a cabo las actividades la zona de demostración debe tener la responsabilidad sobre:

- a) Una población determinada, recomendándose entre 30 y 120.000 habitantes, con distribución urbana y rural y, si fuera posible, que constituya una muestra representativa del país.
- b) Un territorio definido física y socioeconómicamente.
- c) Unos servicios de salud organizados.

La zona puede depender de la administración de salud pública, de la universidad, de una escuela de higiene o de un organismo de investigación, ofreciendo cada una de estas opciones ventajas e inconvenientes, pero sea cual sea su dependencia debe haber una relación estrecha entre las tres instituciones.

Para la puesta en marcha de una zona de demostración se considera necesario:

- a) Fase de planificación: en la que se establezcan entre otros puntos los objetivos principales, la metodología de trabajo, las responsabilidades administrativas, el personal necesario y el plan de evaluación.
- b) Fase preparatoria: Puesto que las intervenciones se van a desarrollar sobre la población es necesario que en esta fase se consiga establecer un primer buen contacto con la misma. Se estima que un buen procedimiento de acercamiento y conocimiento es a través de las encuestas iniciales y de actividades de educación sanitaria.
- c) Puesta en marcha de la organización: Los primeros contactos con la población deben ir dirigidos a ganarse su confianza e interés, por lo que es con-

veniente tratar temas concretos y que tengan posibilidades de resolución sin dificultad. En la medida de lo posible es conveniente conseguir la participación directa de la población en la consecución de los objetivos.

Progresivamente se debe fomentar la creación de comités sanitarios, a los que se debe procurar introducir aquellas personas que hayan mostrado cualidades y alto nivel de implicación, hasta llegar al punto en que los comités puedan encargarse de ciertas responsabilidades. Igualmente es necesario asegurarse la entera colaboración de las autoridades locales y de las asociaciones sin ánimo de lucro, especialmente de aquellas que trabajan en el sector sanitario.

Estas condiciones pueden ser conseguidas prácticamente en cualquier país, siendo la mejor manera de estimular estos proyectos integrarlos en las diferentes etapas previstas en el plan general de desarrollo económico y social de un país.

Actividades de enseñanza y de formación

Prácticamente todas las zonas de demostración son utilizadas para la formación de diversos colectivos, siendo muy frecuente que estuvieran relacionadas con facultades o escuelas universitarias, o bien con escuelas de salud pública. La orientación de la enseñanza prestada es eminentemente práctica, buscándose la sinergia de actuaciones de manera que la enseñanza mejore por su relación con la práctica de cuidados y viceversa, haciéndose notar que antes de emprender actividades docentes el personal de la zona debe estar adecuadamente preparado para esta tarea.

El conjunto de beneficiarios de la formación es muy amplio, comprendiendo desde los propios trabajadores de la zona hasta estudiantes de medicina, enfermería, matronas y personal auxiliar, siendo una de las prioridades que las enseñanzas se orienten hacia el fomento del trabajo en equipo. En la mayoría de las zonas el personal más beneficiado de la formación es el personal de enfermería, diplomado y en formación. Se considera que puede ser provechoso que los estudiantes de medicina reciban formación sobre la asignatura de medicina preventiva y salud pública y formación práctica en los hospitales locales.

Todo el personal de la zona debe actuar como docente, para lo cual debe ser capacitado específicamente. Además es habitual que participen en las tareas docentes profesores de la universidad y de las escuelas de salud pública y, recíprocamente, que profesionales de las zonas de demostración actúen como profesores en la universidad. Este intercambio de profesionales se estima provechoso para ambas instituciones y para los receptores de la formación.

La enseñanza prestada en las zonas es eminentemente práctica, estimulando el trabajo individual de cada estudiante. También se recurre a la enseñanza de gru-

pos, clases magistrales, discusión de casos clínicos, epidemiológicos o patológicos, seminarios y visitas individuales y de grupo. La intervención de los estudiantes puede asimismo mejorar el conocimiento de las zonas. También se considera de interés disponer de material de apoyo: aulas, audiovisual, material gráfico, fotográfico, etc.

Por último se considera necesario resolver los aspectos financieros, tales como el pago a profesores y facilitar la estancia a los estudiantes buscando residencias, comedores, etc.

Actividades de información e investigación

Otra de las características de las áreas de demostración es su capacidad de suministrar información sobre el estado sanitario de la población y sus condicionantes. Para ello se recomienda seguir la siguiente secuencia: realizar una encuesta inicial; establecer un sistema permanente de registro de datos estadísticos y efectuar encuestas especiales complementarias.

1. La encuesta inicial: tiene por objeto conocer las condiciones de vida en la zona: estadísticas demográficas y sanitarias, el medio natural, el contexto económico y social y los servicios públicos.
2. Registro permanente de datos estadísticos: tiene como principales apoyos la notificación de enfermedad y; la historia familiar e individual, lo cual permitirá detectar cambios en la salud de la población. Es conveniente utilizar sistemas homogéneos de recogida de información para poder realizar comparaciones entre zonas y países.
3. Encuestas especiales y proyectos de investigación: Se trata de recoger información, no disponible por los procedimientos anteriores, en función de las necesidades. Se puede estudiar aspectos como los métodos de diagnóstico, los sistemas de registro de datos, la vigilancia post-terapéutica y los estados patológicos insuficientemente conocidos (fenómeno del iceberg). Con ello se podría conocer la evolución natural de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la artritis reumatoide y la diabetes.

Otra utilidad de las zonas de demostración sería la valoración de test de cribaje, mediante la comparación de resultados entre grupos de enfermos y personas sanas, valorando la sensibilidad y especificidad de los mismos.

Las zonas de demostración son igualmente valiosas para la realización de investigación fundamental en relación con diversas patologías agudas, crónicas o genéticas, contando con la colaboración de grupos de expertos. Igualmente se consideran necesarios un laboratorio y una unidad móvil. Las zonas de demostración pueden proporcionar información que no podría ser obtenida de otro modo. Este

conjunto de actuaciones facilitará la planificación dirigida a responder a las necesidades sanitarias y la difusión de los datos disponibles mejorar el pensamiento científico.

Mejora de la práctica de la salud pública

Las zonas de demostración pueden ser utilizadas para ensayar nuevas medidas en el campo de la salud pública, tales como vacunas, medios de educación sanitaria, cribaje de ciertas patologías, campañas de lucha contra determinadas enfermedades, nuevos tratamientos, programas de rehabilitación, nuevas formas de gestión, etc.

Se admite que las actividades de investigación ligadas al desarrollo de programas de demostración comportan dos objetivos fundamentales:

1. La puesta en marcha de métodos destinados a promover la salud en sentido positivo, a la protección de la salud, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, físicos, químicos o sociales y a restablecer la salud, luchando contra la enfermedad.
2. La puesta en marcha de métodos destinados a evaluar los resultados obtenidos en la práctica de la salud pública.

Algunos ejemplos de problemas susceptibles de ser objeto de investigación e interesantes para la práctica de la salud pública serían:

- a) Seguimiento del desarrollo físico y mental de la población, estudiando los efectos de los factores genéticos, biológicos, físicos, químicos y otros factores del medio.
- b) Estudio permanente de las patologías prevalentes en grupos determinados (lactantes, niños, mujeres, ancianos, trabajadores, etc).
- c) La influencia de los cambios sociales, económicos y políticos sobre la salud de la población.
- d) Las causas de las patologías infecciosas, degenerativas y otras, así como de los métodos de prevención y lucha.
- e) Los métodos eficaces de organización destinados a mejorar la alimentación, el abastecimiento de agua, la evacuación de residuos, los lugares de trabajo, etc.
- f) Los métodos de educación sanitaria, especialmente los dirigidos a estimular la participación activa de la comunidad.
- g) Las estadísticas demográficas y sanitarias.
- h) La puesta a punto de métodos de formación.
- i) La mejora de la administración y dirección de los servicios de salud pública.

Se hace mención expresa de que existe la esperanza de que las zonas de demostración sean útiles para desarrollar programas internacionales de investigación

de la OMS, la cual está interesada en recibir información sobre:

1. La medida en que los servicios pueden cubrir a la población, en circunstancias diferentes.
2. La medida en la cual los cuidados médicos, preventivos y curativos pueden ser asegurados a poblaciones cubiertas por un tipo determinado de servicio, de zona o de centro de salud y de sus costos respectivos.

Cooperación internacional y papel de la OMS

Las zonas de demostración existentes se diferencian en su naturaleza, extensión, tipos de estudios realizados o en el desarrollo económico y social de la región. También se diferencian por la naturaleza de las organizaciones que tomaron la iniciativa de su creación, aunque lo más frecuente es que se trate de una acción común de un gobierno interesado y de instancias internacionales (ONU o alguna de sus agencias: OCDE, FAO, OMS).

En lo que concierne a la OMS la asistencia que es susceptible de aportar al desarrollo de una zona piloto se manifiesta generalmente en el envío de expertos consultores, la dotación de bolsas de estudios para perfeccionar en el extranjero, la formación del personal nacional responsable y, de una manera más limitada, facilitar materiales y equipamiento. En una segunda fase la OMS puede facilitar la asistencia de técnicos de otros países, conferenciantes, etc.

La asistencia de la OMS no se traduce únicamente en el plano material. Hay que mencionar el apoyo moral, el estímulo que se aporta a los responsables locales y nacionales, sirviendo esta relación para que las zonas piloto aporten a la OMS y otras instituciones internacionales fructíferos elementos para su acción futura.

Anexos a la documentación sobre el Seminario de Le Vesinet

A la documentación del Seminario de Le Vesinet se adjuntaron 10 Anexos que describían, con mayor o menor extensión, diversas experiencias de zonas de demostración, formación e investigación en salud pública, situadas en diferentes países y continentes. A continuación se recogen sucintamente la denominación y algunas características de cada una de ellas.

1. *Zona de demostración, de formación y de investigación en salud pública de Uusimaa (Finlandia)*. Entra en funcionamiento en 1950, con una población de 298.000 habitantes. Zona mixta urbana y rural. Mantiene relación con diversas escuelas de enfermería y matronas y con el Instituto de Higiene de la Universidad de Helsinki. Depende del Departamento de salud pública del Consejo médico del Estado. Desarrolla programas de investigación, proyec-

- tos experimentales, programas de formación y de educación sanitaria.
2. *Centro de salud pública de la región de Soissons (Francia Act)*. Situado en el departamento de l'Aisne, con predominio rural. Actúa sobre un sector de alrededor de 100.000 habitantes. Desarrolla actividades de investigación, experimentación, enseñanza, estando prevista su utilización como terreno de aplicación de la Escuela de Salud Pública de Francia y de otros organismos nacionales e internacionales.
 3. *Zona de demostración de salud pública de Tesalia (Grecia)*. Con centro en Larissa abarca una población de 695.385 habitantes, habiéndose creado como nuevas prestaciones el servicio de salud mental, el servicio de lucha antituberculosa, la unidad dental, el dispensario de dermatología y venereología, el servicio de protección maternal e infantil, el laboratorio de salud pública, la escuela de higiene rural de Pharsala. Los servicios que colaboran en las actividades de la zona de demostración son: el Centro de Salud pública, los dispensarios comunales y rurales, las unidades móviles, las estaciones (consultorios) sanitarios, los hospitales públicos, los centros fijos y móviles de la fundación de asistencia social y otros organismos presentes en la zona.
 4. *Centro sanitario de Rude (Yugoslavia)*. Situado en el territorio del Centro sanitario de Samobor. El Centro ha sido instalado por la Escuela de Salud Pública de Zagreb, atendiendo a 2.624 habitantes. Las actividades del Centro se dirigen a los servicios generales de salud pública, la formación y la investigación. Se espera que su actividad se extienda a todo el territorio de Samobor (36.000 habitantes).
 5. *Zonas de demostración y de formación en Polonia*. Depende del Instituto de Medicina del Trabajo e Higiene rural Witold Chodzko de Lublin. Es un terreno de experimentación y formación.
 6. *Centro de Salud de Khombole (Senegal)*. Creado en 1956, tiene como fin primordial el funcionamiento de la protección maternal e infantil en las zonas rurales, así como para crear una zona de demostración para la enseñanza de los estudiantes de medicina y alumnos de escuelas paramédicas. Actúa en una zona de 44.000 habitantes, desarrollando actividades de investigación.
 7. *Puesto sanitario de Kazan (Turquía)*. Puesto en funcionamiento en 1961, fue creado por la Escuela de salud pública de Ankara, con una población de 7.321 habitantes. Las actividades desarrolladas son: servicios preventivos, terapéuticos, de laboratorio, estadística y sociales.
 8. *Cuidados intensivos destinados a futuras madres en un distrito de Berlín Oeste*. Es un proyecto que tiene por objetivo proceder a un estudio de la organización de los cuidados prenatales y evaluar su costo.
 9. *Zonas de demostración y formación en Serbia*. La primera se creó en 1953 en

una colectividad rural (Puzaranje), con el fin de desarrollar un estudio de 10 años de duración sobre los métodos de desarrollo comunitario. Se ha creado otra zona en Tabuaje que sirve para la formación de estudiantes de medicina. Un tercer centro tiene por tarea fundamental estudiar los problemas de protección maternal e infantil. Existe otro centro en la zona de minería de carbón y está previsto un estudio piloto para la puesta en marcha de una zona de demostración en Krajelvo (300.000 habitantes).

10. *Organizaciones sanitarias benéficas en Malta.* Basándose en el trabajo de diversas organizaciones benéficas el Gobierno ha creado diversas estructuras de cuidados sanitarios a la infancia.

DE TALAVERA DE LA REINA Y SUS ANTIGUAS TIERRAS AL ÁREA ESPECIAL SANITARIA DE TALAVERA DE LA REINA

Talavera en la historia

Las raíces de Talavera de la Reina se encuentran profundamente hundidas en el tiempo, existiendo numerosas muestras de restos prehistóricos recogidos en su término municipal y alrededores que lo atestiguan. Se ha especulado mucho con la identificación de la actual Talavera de la Reina con diferentes poblaciones antiguas, algunas de ellas sin otra significación que la mitológica. Así diversos autores han considerado diferentes denominaciones: Libora, Caesarobriga, Ebura, Elbora, Aqüis o Taraiera. Parece haber conformidad en que fue conocida como Ébora durante el período visigodo, aunque no se dispone de mucha información sobre su estructura en este período.

Su posición geográfica en el valle del Tajo hace que la ciudad sea un núcleo importante en la comunicación entre Extremadura (Mérida y Badajoz) y Andalucía (Córdoba y Sevilla) con Castilla (Toledo y Madrid), siendo paso obligado de romanos y musulmanes durante sus respectivos períodos de dominación.

Su identidad comienza a ser conocida durante la dominación árabe, siendo un enclave de importancia en las luchas entre musulmanes y cristianos, dotándose de fuertes murallas para una defensa eficaz. Durante muchos años jugará un papel fundamental como ciudad fronteriza, primero bajo la égida musulmana y luego cristiana, tras la conquista por Alfonso VI en 1083. Más tarde se consolidará como una importante encrucijada de caminos al ser su puente el único paso por el Tajo en la zona durante muchos años.

La repoblación que se produce tras la conquista cristiana, el mantenimiento de un importante núcleo mozárabe y el flujo de viajeros, muchos de los cuales permanecerán en la ciudad, la irán impregnado de su carácter mestizo y acogedor. Todo ello hace que sea necesario proteger los caminos y hacia 1300 se constituye la Hermandad Vieja que extiende su actividad a zonas como La Jara y Guadalupe.

Al mismo tiempo Talavera es un importante centro de la Mesta, extendiendo su influencia legal y comercial sobre las zonas limítrofes.

La configuración de lo que se denomina la Tierra de Talavera (alfoz bajo los árabes) ha sido siempre variable, estando en relación con las tensiones existentes entre señoríos eclesiásticos y nobiliarios. Con carácter relativamente estable el ámbito de influencia de Talavera se orientaba más hacia el sur y el oeste, introduciéndose hacia el territorio de la actual Extremadura (Guadalupe y Herrera del Duque), mientras que en la época de dominación árabe se extendía hacia el sur de Gredos, lo que posteriormente generaría problemas con el Obispado de Ávila. Por el este el límite se definía por el dominio y atracción que ejercía Toledo y, posteriormente Madrid. A finales del siglo XVI Talavera compra su tierra a título oneroso, incluyéndose cincuenta y cuatro lugares, aunque siguen produciéndose cambios en los siguientes años.

Esta situación cambiará definitivamente desde el punto de vista administrativo con la organización de España en provincias a mediados del siglo XIX, mediante la reforma propiciada por Javier de Burgos, mediante la cual Talavera de la Reina queda enclavada en la provincia de Toledo, perdiendo toda entidad administrativa y limitada a cabeza de partido judicial, al tiempo que muchas de las comarcas naturales que se englobaban en la Tierra de Talavera se ven repartidas entre la provincia de Toledo y sus limítrofes Ciudad Real, Cáceres y Ávila.

La comarca, siguiendo a Jiménez de Gregorio, es un hecho geográfico, a veces también histórico, económico y cultural, siendo una unidad funcional que antecede a la región y a la nación. La Tierra de Talavera engloba a diversas comarcas naturales, tales como: El Horcajo de Santamaría o de Talavera, la Sierra de San Vicente, La Jara, El Campo de Arañuelo, Los Ibores, Las Villuercas, los señoríos de Escalona, Montalbán y Valdepusa. En ciertas épocas también se incorporan a la Tierra de Talavera La Vera cacereña y el Valle del Tiétar abulense.

El medio físico

La extensión de la tierra de Talavera de la Reina llegó a ser hasta de 4000 km², mayor que la de muchas provincias actuales. Su configuración más definida viene dada por la Sierra de Gredos al norte y los Montes de Toledo al sur, que se cierran en el puerto de Miravete hacia el oeste. Por el este el límite no se corresponde con ningún accidente geográfico, sino a la atracción de Toledo y Madrid.

Desde el punto de vista hidrográfico la comarca está dominada por el río Tajo, que la atraviesa de este a oeste, en cuya orilla está ubicada Talavera de la Reina. Dos afluentes principales del mismo son el Alberche (que desemboca junto a Talavera de la Reina) y el Tiétar, que en gran parte de su recorrido delimita las provincias de Toledo y Ávila. Esta riqueza hidrográfica ha permitido el desarrollo de

una importante agricultura y ganadería intensiva en sus vegas, así como posibilitar el abastecimiento de agua a su población. Es de reseñar igualmente la construcción de embalses reguladores en estos ríos (Azután y Valdecañas en el Tajo; Cazalegas en el Alberche y Rosarito en el Tiétar). Otros afluentes reseñables son el Pusa, Sangrera, Huso, Jévalo e Ibor, muchos de ellos con aprovechamiento para abastecimiento de agua a municipios o mancomunidades.

Esta riqueza hídrica traducida igualmente en la existencia de un buen número de charcas naturales favoreció durante muchos años la existencia de un buen número de casos de paludismo, constituyendo uno de los principales problemas de salud pública en la zona durante muchos años, hasta su erradicación en la década de los sesenta.

Desde el punto de vista orográfico, aparte de los límites montañosos de Gredos y Montes de Toledo, destaca la elevación de la sierra de San Vicente. El resto es una planicie quebrada por las vegas de los diferentes ríos.

El clima es de tipo mediterráneo templado, con matiz continental, influido por la presencia de los Montes de Toledo y la Sierra de Gredos, con notable grado de humedad en Talavera de la Reina por la presencia del Tajo y Alberche. Las precipitaciones medias oscilan alrededor de 600 y 700 mm, alcanzándose los máximos en primavera y otoño, con una estación seca muy marcada en el verano.

Medios de vida

Dadas las características hidrográficas y climatológicas de Talavera de la Reina y su comarca la agricultura y la ganadería han tenido siempre un peso importante en ellas. Dentro de la producción agrícola puede destacarse tanto la cerealística en zonas de secano como la hortofrutícola en el regadío. Igualmente es reseñable la explotación forestal en zonas de montaña.

La ganadería, tanto extensiva como intensiva, en épocas más recientes, ha sido y es un sector productivo significativo en la comarca, que ha extendido su actividad hacia el comercio en este sector, siendo su exponente más paradigmático el Mercado Nacional de Ganados, sin que debamos olvidar la actividad comercial al por menor que se desarrolla paralelamente. Esta circunstancia ha condicionado igualmente la alta prevalencia histórica de patologías relacionadas con la producción animal (zoonosis).

Otro área productiva de interés ha sido, y lo sigue siendo, la artesanía. A la actividad desarrollada por los antiguos gremios, le sucedió el trabajo del barro, siendo su cerámica santo y seña de la ciudad y de alguno de los pueblos de los alrededores (Puente del Arzobispo); los bordados, entre los que destacan los de Lagartera y pueblos de alrededor; el trabajo del cuero, la madera y la forja constituyen otros tantos ejemplos de labores artesanas mantenidas en el tiempo.

La industria nunca alcanzó un gran desarrollo en Talavera de la Reina. Algunas excepciones reseñables fueron la Real Fábrica de Sedas, que cesó su actividad a mediados del siglo XIX, así como ciertas experiencias de desarrollo de proyectos industriales ligados a la cerámica o de industrias alimentarias (leche y derivados). En los últimos años se crea e intenta potenciar un Polígono Industrial (Torrehierro), aunque con grandes dificultades para alcanzar su pleno desarrollo. En resumen la actividad industrial es relativamente poco significativa, careciendo de grandes industrias, incluso de transformación de la producción agrícola y ganadera. La construcción tiene un peso importante en la economía comarcal, aunque sujeta a fuertes oscilaciones, en función de los grandes ciclos económicos, pero en general el incremento de la población de Talavera de la Reina y la mejora de las condiciones de la vivienda rural, e incluso el desplazamiento de mano de obra a Madrid y otras poblaciones limítrofes ha hecho que en los últimos años haya añadido un fuerte valor económico a la comarca.

Por último el sector servicios, que ha caracterizado en gran medida la actividad económica de Talavera de la Reina. Sus ferias y mercado constituyen un polo de atracción para los habitantes de toda su comarca y la venta o trato es también seña de identidad. La calidad y competitividad de su comercio ha ido ampliando su base comercial, llegando a atraer compradores de fuera de la comarca. El desarrollo en los últimos años de sectores como la sanidad y la enseñanza han constituido importantes fuentes de empleo, con una amplia repercusión en la economía local y comarcal.

Las comunicaciones

El principal eje de comunicación en la comarca de Talavera de la Reina es la Nacional V que la atraviesa de este a oeste, aprovechando en parte la depresión del Tajo. En gran medida el ferrocarril Madrid-Lisboa sigue el mismo trayecto. Otro eje de importancia lo constituye la Nacional 502 que une Ávila y Córdoba y atraviesa la comarca de norte a sur por su parte central. Igualmente es importante la carretera comarcal 501 que sigue el Valle del Tiétar, desde Plasencia hasta su entronque con la Nacional V en las cercanías de Madrid, aunque su trayectoria transcurra fuera de la provincia de Toledo, existiendo líneas de comunicación entre estas carreteras. Desde Talavera de la Reina se establece una red radial de comunicaciones por carreteras comarcales notablemente mejorada en los últimos años.

El Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina

Atendiendo a la historia de Talavera de la Reina y su influencia sobre sus antiguas tierras, así como la distancia a Toledo, no es extraño que a la hora de organi-

zar administrativamente la sanidad se considerara adscribir un determinado territorio a Talavera de la Reina. La primera adscripción formal de un territorio a Talavera de la Reina con fines administrativos-sanitarios es la asignación de los partidos judiciales de Talavera y Puente del Arzobispo al Centro Secundario de Higiene Rural, tras su puesta en marcha en 1932.

A la hora de definir la población adscrita al Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina se optó por acercarse a la de la Tierra de Talavera, estableciéndose los límites de Méntrida, Carpio de Tajo y Navahermosa por el este, la sierra de Gredos por el norte, incorporando el Valle del Tiétar, con Arenas de San Pedro, Candelada y La Adrada como poblaciones más representativas; los Montes de Toledo al sur y por el oeste la confluencia de ambas configuraciones montañosas hasta el Puerto de Miravete, incluyendo Guadalupe, Navalморal de la Mata y el Campo Arañuelo y parte de la comarca de la Vera (hasta Villanueva de la Vera). En el Anexo I se presenta la relación de municipios adscritos al Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina.

Al optar por la adscripción de este territorio se tuvo en cuenta no solo las raíces históricas, sino también los recursos y necesidades sanitarias existentes y los condicionantes orográficos y de comunicaciones que dificultaban notablemente el traslado desde el sur de Ávila a la capital, sobre todo en invierno al ser necesario franquear los puertos del Pico y la Menga, siendo necesario el uso de cadenas o pudiendo estar cerrados en invierno. En todo caso el tiempo necesario para trasladarse desde cualquiera de estas zonas hasta Talavera de la Reina era notablemente inferior al mínimo para llegar a Cáceres o Ávila.



Figura 2.1. La Plaza del Pan de Talavera de la Reina.

Anexo I. Municipios que constituían la primitiva Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina, con expresión de sus habitantes de derecho. 1976

PROVINCIA DE TOLEDO			
MUNICIPIOS	Población de Derecho	MUNICIPIOS	Población de Derecho
ALCAÑIZO	516	CERRALBOS (Los)	593
ALCAUDETE DE LA JARA	1.766	CERVERA DE LOS MONTES	537
ALCOLEA DE TAJO	998	DOMINGO PÉREZ	731
ALDEANCABO DE ESCALONA	262	ERUSTES	278
ALDEANUEVA DE BARBARROYA	1.246	ESCALONA	1.546
ALDEANUEVA S. BARTOLOMÉ	1.025	ESPINOSO DEL REY	892
ALMENDRAL DE LA CAÑADA	577	ESTRELLA (La)	879
ALMOROX	2.142	GARCOTUM	215
AZUTÁN	391	HERENCIAS (Las)	1.059
BELVÍS DE LA JARA	2.466	HERRERUELA DE OROPESA	616
BUENAVENTURA	619	HINOJOSA DE SAN VICENTE	657
CALERA Y CHOZAS	3.915	HONTANAR	151
CALERUELA	517	HORMIGOS	388
CALZADA DE OROPESA	922	IGLESUELA (La)	657
CAMPILLO DE LA JARA	887	ILLÁN DE VACAS	31
CARDIEL DE LOS MONTES	194	LAGARTERA	2.218
CARPIO DE TAJO	2.585	LUCILLOS	632
CASAR DE ESCALONA	983	MALPICA DE TAJO	1.890
CASTILLO DE BAYUELA	1.227	MAQUEDA	467
CAZALEGAS	1.208	MARRUPE	218
CEBOLLA	2.520	MEJORADA	1.250

MUNICIPIOS	Población de Derecho	MUNICIPIOS	Población de Derecho
MÉNTRIDA	1.600	QUISMONDO	1.242
MESEGAR	399	REAL DE SAN VICENTE (El)	987
MOHEDAS DE LA JARA	1.013	RETAMOSO	245
MONTEARAGÓN	570	ROBLEDO DEL MAZO	1.063
MONTESCLAROS	551	S. BARTOLOMÉ DE LAS ABIERTAS	704
NAVA DE RICOMALILLO (La)	961	SAN MARTÍN DE PUSA	1.015
NAVAHERMOSA	3.624	SAN ROMÁN DE LOS MONTES	289
NAVALCÁN	3.085	SANTA ANA DE PUSA	550
NAVALMORALEJO	135	STA. CRUZ DE RETAMAR	1.445
NAVALMORALES (Los)	3.124	SANTA OLALLA	2.035
NAVALUCILLOS (Los)	3.893	SARTAJADA	145
NAVAMORCUENDE	1.045	SEGURILLA	1.077
NOMBELA	836	SEVILLEJA DE LA JARA	1.836
NUÑO GÓMEZ	214	SOTILLO DE LAS PALOMAS	282
OROPESA	3.271	TALAVERA DE LA REINA	57.721
OTERO	249	TORRALBA DE OROPESA	358
PAREDES DE ESCALONA	127	TORRECILLA DE LA JARA	409
PARRILLAS	816	TORRE DE ESTEBAN HAMBRÁN	1.395
PELAHUSTÁN	598	TORRICO	1.204
PEPINO	512	VALDEVERDEJA	1.473
PUEBLANUEVA (La)	2.284	VELADA	2.372
PUENTE DEL ARZOBISPO	1.712	VENTAS DE SAN JULIÁN	252
PUERTO DE SAN VICENTE	586	VILLAREJO DE MONTALBÁN	157

Total población de los municipios de Toledo adscritos al AESTR: 107.462.



Figura 2.2. Portada del folleto informativo sobre el Centro Nacional de Demostración Sanitaria y el Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina. 1976.

PROVINCIA DE CÁCERES			
MUNICIPIOS	Población de Derecho	MUNICIPIOS	Población de Derecho
ALÍA	2.559	MILLANES	377
ALMARAZ	1.074	NAVALMORAL DE LA MATA	12.209
BELVIS DE MONROY	830	NAVALVILLAR DE IBOR	772
BERROCALEJO	205	PERALEDA DE LA MATA	1.603
BOHONAL DE IBOR	846	PERALEDA DE SAN ROMÁN	658
CAMPILLO DE DELEITOSA	290	ROMANGORDO	282
CARRASCALEJO	650	TALAVERUELA	733
CASAS DE MIRAVETE	445	TALAYUELA	5.920
CASTAÑAR DE IBOR	1.720	VALDECAÑAS DE TAJO	329
FRESNEDOSO DE IBOR	695	VALDEHUNCAR	213
GARVÍN	202	VALDELACASA DE TAJO	1.056
GORDO (El)	380	VALVERDE DE LA VERA	838
GUADALUPE	3.018	VIANDAR DE LA VERA	658
HIGUERA DE ALBALAT	209	VILLANUEVA DE LA VERA	2.438
MADRIGAL DE LA VERA	2.367	VILLAR DEL PEDROSO	1.221
MESAS DE IBOR	294		

Total población de los municipios de Cáceres adscritos al AESTR: 45.091.

PROVINCIA DE ÁVILA			
MUNICIPIOS	Población de Derecho	MUNICIPIOS	Población de Derecho
ADRADA (La)	1.545	LANZAHITA	961
ARENAL (El)	1.553	MIJARES	1.208
ARENAS DE SAN PEDRO	6.449	MOMBELTRÁN	1.414
CANDELEDA	5.363	PEDRO BERNARDO	2.178
CASAVIEJA	2.023	PIEDRALAVES	2.167
CASILLAS	1.217	POYALES DEL HOYO	1.009
CUEVAS DEL VALLE	789	SAN ESTEBAN DEL VALLE	1.463
FRESNEDILLA	208	SANTA CRUZ DEL VALLE	886
GAVILANES	1.017	SANTA MARÍA DEL TIETAR	333
GUISANDO	948	SOTILLO DE LA ADRADA	3.004
HIGUERA DE LAS DUEÑAS	403	VILLAREJO DEL VALLE	621
HORNILLO (El)	639		

Total población de los municipios de Ávila adscritos al AESTR: 37.398.

PROVINCIA DE CIUDAD REAL			
MUNICIPIOS	Población de Derecho	MUNICIPIOS	Población de Derecho
ANCHURAS DE LOS MONTES	688		

Total población de los municipios de Ciudad Real adscritos al AESTR: 688.

TOTAL POBLACIÓN DE LOS MUNICIPIOS ADSCRITOS AL AESTR: 190.639.

EL PROCESO DE PUESTA EN MARCHA DEL CENTRO NACIONAL DE DEMOSTRACIÓN SANITARIA

Como ya se ha mencionado, al Seminario sobre “Las zonas de demostración, de formación e investigación en salud pública”, celebrado en Le Vesinet (Francia) en 1963 asistió un alto funcionario de la Dirección General de Sanidad, recogiendo en el documento publicado por la OMS la intención de las autoridades sanitarias españolas de poner en marcha una experiencia en este sentido. También se ha visto que los modelos de configuración de las llamadas zonas de demostración eran muy variados, eligiéndose uno u otro en función de las necesidades y características de cada gobierno o país.

A pesar del relativamente corto tiempo transcurrido desde la concepción de la idea de poner en marcha una zona o centro de demostración en nuestro país, no ha sido posible acceder a la documentación específica que se produciría en los diferentes ámbitos administrativos. Los archivos de la Dirección General de Sanidad no están disponibles para investigación y en el Ayuntamiento de Talavera de la Reina y el propio Centro apenas existe algún documento sobre esta época. Sin embargo, afortunadamente, ha sido posible reconstruir parcial, pero fidedignamente, el proceso seguido a través de la escasa documentación disponible, testimonios personales e información recogida en diferentes medios de comunicación.

La iniciativa para la puesta en marcha y desarrollo de la experiencia partió de un grupo de sanitarios de la Dirección General de Sanidad empeñados en la realización de nuevas experiencias, muy en la línea de lo expresado en el seminario de Le Vesinet, que apoyaban las iniciativas de desarrollo de la sanidad en el medio rural, con experiencias como las de la Tierra de Campos. Entre los diferentes modelos experimentados como zonas de demostración la opción elegida para desarrollar fue la de un Centro Sanitario, que abarcara los aspectos asistenciales propios de un Hospital, pero también las actividades de medicina preventiva, presentando también como característica la relación con los sanitarios rurales, todo ello desde la óptica de la integración de servicios.

Desde esta primera concepción una de las primeras decisiones que hubo de tomarse fue la ubicación del Centro. Se barajaron diversas opciones, pero finalmente fue tomando fuerza la de Talavera de la Reina, pesando diversas consideraciones tales como:

- Ser una ciudad pujante, cabecera de una comarca natural.
- No existir en Talavera de la Reina ningún hospital público, lo que permitía partir de cero y facilitaba la idea de integración de servicios.
- Su cercanía a Madrid, con lo que se facilitaba el flujo de profesionales y docentes necesarios para el desarrollo de actividades de demostración, formación e investigación.

La primera noticia constatada de esta decisión aparece en el Diario El Alcázar, en su edición de Toledo del día 29 de enero de 1965, en la que el Jefe Provincial de Sanidad de Toledo, D. Pedro García López, manifiesta que se va a construir un Centro Sanitario en Talavera de la Reina, habiéndose desplazado a nuestro país diversos expertos de la OMS, que acompañados por el Subdirector General de Medicina Preventiva, Pérez Pardo, y por el Director de la Escuela Nacional de Sanidad, González Clavero, después de recorrer diversas regiones se decidieron por su ubicación en Talavera de la Reina. Entre las funciones a desarrollar cita el estudio de los problemas sanitarios de la comarca, la investigación de las enfermedades más típicas de la región y la formación del personal sanitario. A su frente, decía la noticia, habrá un Director, que llevará el control de la zona, estando previsto que éste y otros médicos del Centro realicen estudios en establecimientos extranjeros que dirige la OMS.

La fecha de estas declaraciones indica que la idea ya debía haber sido estudiada con suficiente antelación, dada la lentitud con que habitualmente se adoptaban estas decisiones, como se podrá comprobar con el desarrollo de este proyecto.

El 13 de marzo de 1965 el Pleno Municipal del Excmo. Ayuntamiento de Talavera de la Reina adopta el acuerdo de hacer la oferta inicial a la Dirección General de Sanidad, de terrenos a la OMS para la instalación en la ciudad de un “Centro Piloto de la Organización Mundial de la Salud”, lo que se comunica al Director de dicho organismo, solicitando detalles sobre superficie, situación y características que debían tener los mismos. El Director General de Sanidad contesta agradeciendo la cesión e informando que el Centro Piloto *“estará bajo la absoluta y total dependencia de la Dirección General de Sanidad, que recibirá asistencia técnica y material de la OMS y de otros organismos internacionales”*.

Durante el mismo año 1965 se informa en Comisión Permanente del Excmo. Ayuntamiento celebrada durante el mes de mayo, que el Hospital que se va a construir, denominado municipal, tendrá 50 camas y que será financiado con fondos del Estado. En sesión del mismo órgano celebrada en octubre el Alcalde da cuen-

ta de la visita girada a la ciudad y sus inmediaciones por el Dr. Ollé de la OMS, en relación con la construcción del Centro Piloto y Hospital anexo, informando igualmente de los beneficios que esto supondrá para la ciudad y su comarca. A partir de aquí transcurre un largo período de silencio sobre los estudios y trámites administrativos que se desarrollaban, hasta que en el Pleno de la Corporación Municipal de 3 de noviembre de 1967 el Sr. Alcalde informa de la visita de autoridades médicas de la Dirección General de Sanidad y de la OMS a las diferentes instituciones médicas de la ciudad, así como a los terrenos potencialmente adquiribles en el Polígono Residencial de La Solana, habiéndose llevado una grata impresión, siendo factible la construcción de un centro de sanidad piloto y de un hospital de cincuenta camas, ampliable a doscientas.

El 22 de marzo de 1968, en Pleno de la Corporación Municipal, el Sr. Alcalde da cuenta de que los representantes de la Dirección General de Sanidad se han decidido plenamente por los terrenos de la carretera de Madrid, acordándose por unanimidad dar conformidad a la compra de los mismos con una extensión de aproximadamente 25.000 metros cuadrados, con fachada de 160 metros por 150 de fondo, facultándose al Sr. Alcalde para que continúe las gestiones. La inversión que realizará el Estado se estima en unos 75 millones de pesetas.

El proyecto tiene amplia repercusión en la prensa local, siendo también recogido por medios de comunicación nacionales, incluida Televisión Española, lo que da idea de la importancia y de lo atractivo del proyecto. El tema es tratado también en los medios profesionales, destacando la entrevista publicada en Tribuna Médica con Justiniano Pérez Pardo, Subdirector General de Medicina Preventiva, de la cual extractamos algunos de sus puntos más relevantes:

- El proyecto consiste en la creación de una zona de demostración y formación del personal sanitario, que se ubicará en una comarca en la que se empleará medios modernos de aplicación específica a la sanidad rural, tales como unidades móviles de instructoras y visitadoras para la realización de educación sanitaria; realización de encuestas sobre diversos temas, como alimentación, especialmente de los niños; estadísticas sanitarias, etc.
- El Centro tendrá un hospital, con un régimen especial, orientado hacia la enseñanza de postgraduados y otro personal sanitario, con una residencia docente con treinta camas de capacidad.
- En el Centro trabajará un Director, Médico de Sanidad Nacional, dependiente de la DGS y en contacto con la OMS y sus comités de expertos; especialistas locales, tanto médicos como farmacéuticos, veterinarios y de otro tipo: epidemiólogo, bacteriólogo, ingeniero sanitario, residentes, enfermeras visitadoras, sociólogo, estadístico,...
- La función del Centro será sobre todo sanitaria, evitando enfermedades y educando a la población, elevando su nivel sanitario, por ejemplo a través de los exámenes en salud o “chequeos”.

Posteriormente el Subdirector General de Servicios de la DGS solicita el 18 de abril al Sr. Alcalde que remita el acuerdo de la Corporación Municipal sobre la aportación económica que por importe de 5.375.000 pesetas realizará el Ayuntamiento para la construcción del Centro de Demostración y Formación de personal sanitario, lo que es cumplimentado con fecha de siete de mayo. En el mes de octubre el Sr. Alcalde certifica los límites de la parcela destinada a la construcción del Centro, paso inmediato a su adquisición y cesión a la Dirección General de Sanidad, de cuya fecha exacta no se ha encontrado constancia documental.

El Pleno de la Corporación Municipal aprueba en julio de 1968 el compromiso de prolongar las redes de abastecimiento de agua y alcantarillado hasta el solar, por un importe de 200.000 pesetas, comunicándose en la prensa local que están a punto de comenzar en junio de 1969. El 13 de mayo de 1969 se firma la escritura de compraventa de los terrenos donde se ubicará el Centro, valorándose los mismos en cinco millones trescientas setenta y cinco mil pesetas. En octubre del mismo año en Sesión simbólica del Pleno Municipal celebrada en el Camarín de la Virgen del Prado, el Sr. Alcalde informa que el proyecto definitivo ha sido aprobado y que en breve será anunciada la subasta. En noviembre se informa que la Comisión Permanente de la Central de Coordinación Hospitalaria ha aprobado por unanimidad el proyecto de Hospital Comarcal de Talavera de la Reina para 130 camas. El importe de las obras asciende a 78.660.048,55 pesetas, esperándose la subasta en un plazo inmediato.

El periódico local La Voz de Talavera recoge en su número de cinco de agosto de 1970 una información sobre la aprobación en el último Consejo de Ministros del presupuesto y gasto para un centro de salud pública y hospital comarcal, coordinado con la OMS. Su función será el estudio de los focos de enfermedades habituales en la comarca, para combatir sus causas y habituar a todos a cuidar su salud. El concurso-subasta se publica el 26 de agosto en el Boletín Oficial del Estado, dándose un plazo de 18 meses para ejecución de las obras, siendo el tipo de licitación de 76.721.563,45 pesetas. La empresa adjudicataria será Dragados y Construcciones.

En enero de 1971 la prensa local informa del inicio de las obras; en enero de 1972 se informa de que las mismas están ya muy avanzadas, manifestando en octubre el Sr. Alcalde que espera que el mismo esté en funcionamiento a principios de 1973, pasando desde este momento un largo período de tiempo hasta la aparición de nuevas noticias sobre el Centro.

No se conoce la fecha exacta de finalización de las obras, pero es de presumir que las mismas estuvieran acabadas en los primeros meses de 1973. A partir de ahí se abre un largo período de indefinición, durante el cual se ofrece a diversos médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional la dirección del Centro, la cual fue asumida temporalmente por el Dr. Alfonso Pinedo, siendo rechazada por otros ante la complejidad del proyecto. En noviembre de 1975, se convoca en el Boletín Oficial del

Estado la cobertura de diversas plazas de funcionarios del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, entre ellas la de Director del Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina, siendo resuelta el 13 de enero de 1976, otorgando la plaza al Dr. Francisco del Pozo.

El 21 de enero de 1975 se firma un Convenio entre los Ministerios de Trabajo y Gobernación para la Coordinación y Acción conjunta en Materia Sanitaria, desarrollado por otro Convenio, de fecha 8 de junio de 1976, suscrito por el Sr. Delegado General del Instituto Nacional de Previsión (INP) y el Sr. Director General de Sanidad, para la organización, funcionamiento y régimen del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo) que, por su importancia, es comentado en un apartado específico.

Inquietos, al parecer, los ciudadanos por los dilatados plazos que se van acumulando, en mayo de 1975 aparecen dos artículos en La Voz de Talavera: el primero de ellos, en tono humorístico, propone diversos usos alternativos para el edificio terminado (seminario menor, discoteca e, incluso, aquel para el que fue construido; el otro artículo se plantea los perjuicios derivados de la demora en su inauguración, así como las dificultades que pueden existir para su puesta en funcionamiento, tales como problemas en la construcción, y proponiendo alternativas como la gestión del Centro por el Instituto Nacional de Previsión, ubicando allí la Escuela de Enfermeras, o bien transformarlo en “un hospital más”, olvidando sus peculiaridades. A ello responde la DGS diciendo que el Centro no está terminado.

Todavía habrá que esperar hasta marzo de 1976, cuando se publica un anuncio comunicando a todos los aspirantes a trabajar en el mismo la próxima publicación de la relación de puestos de trabajo, condiciones de los mismos, inscripciones y pruebas de aptitud que se consideren necesarias.

Por fin el 15 de junio de 1976 se celebra la inauguración del Centro Nacional de Demostración Sanitaria por el Sr. Ministro de la Gobernación, D. Manuel Fraga Iribarne.

El Convenio suscrito por el Sr. Delegado General del Instituto Nacional de Previsión y el Sr. Director General de Sanidad, para la organización, funcionamiento y régimen del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo)

La idea inicial de la construcción de un Centro que integrara las tareas de carácter asistencial con las de prevención, actuando sobre una comarca natural configurada por parte de cuatro provincias diferentes quedó gravemente comprometida por la decisión del Ministerio de Trabajo de poner en funcionamiento una Residencia Sanitaria de la Seguridad Social en Talavera de la Reina, la cual desarrollaría sus funciones sobre una parte limitada (la correspondiente a la provincia

de Toledo) del Área Sanitaria definida por la Dirección General de Sanidad. Dicho hospital comenzó a ser construido después del edificio del Centro, siendo inaugurado en 1974. Para esa fecha ya estaba finalizada la construcción del edificio del Centro, y su futura gestión asignada a la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), pero no se tenía una idea clara sobre las funciones que debía desarrollar una vez que las funciones hospitalarias quedaban cubiertas por la Residencia Sanitaria.

Ya fuera por mantener la idea de una actuación integrada de los diversos recursos sanitarios de la zona, ya fuera por que se interpretara pragmáticamente que era la única salida posible, se inició un proceso de acercamiento entre las instituciones que regían ambos centros sanitarios. En primer lugar se firmó un convenio el 21 de enero de 1975 entre los Ministerios de Trabajo y Gobernación, posteriormente desarrollado por otro convenio firmado el 8 de junio de 1976 por el Sr. Delegado General del Instituto Nacional de Previsión, D. Fernando López-Barranco Rodríguez y por el Sr. Director General de Sanidad, Dr. D. Federico Bravo Morate, como Presidente de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, para la organización, funcionamiento y régimen del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo).

El citado convenio establece en su Título primero, sobre disposiciones generales, la existencia del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, que tendrá carácter experimental, y tenderá a poner en práctica las funciones de promoción y desarrollo sanitario, junto con las funciones asistenciales de la población, mediante la futura integración de los Organismos y Entidades afectados, en la forma que la experiencia aconseje. Este primer título trata de mantener la idea inicial del Centro y Área Sanitaria, con su carácter innovador de centro piloto y experimental, a la cual se agrega la función asistencial, en este caso realizada fundamentalmente por la Residencia Sanitaria.

A continuación se establece que para iniciar la actividad del Área Sanitaria se procede al nombramiento de una Comisión del Área Sanitaria, con la participación de las provincias afectadas, procediéndose a la utilización conjunta de Instituciones, servicios y personal de ambos centros (CNDS y Hospital), que se constituyen en Centros abiertos a la población del Área y formando una unidad técnica, siendo objeto de una gestión integrada.

El Director del Área dependerá de la Dirección General de Sanidad, siendo asistido por un Director adjunto, designado por el INP, con categoría de Médico Inspector. Este artículo creará tensiones, al atribuir formalmente la Dirección del Área a la Dirección General de Sanidad. Posteriormente se define de manera incompleta la Comisión del Área Sanitaria, formada por los citados Director y Director adjunto, junto con tres representantes de la AISNA y tres del INP, siendo ejercida la presidencia de la misma de manera rotatoria anualmente. A pesar de lo establecido en un artículo anterior no se hace ninguna referencia a la participación de representantes de las provincias afectadas.

En cuanto a las funciones a desarrollar se establecen las siguientes, recogidas en el Título segundo:

- a) Asistencia sanitaria y rehabilitación.
- b) Asistencia de urgencia.
- c) Asistencia primaria, domiciliaria y dispensarial.
- d) Servicio de epidemiología.
- e) Servicio de puericultura y maternología preventiva.
- f) Servicio de psiquiatría preventiva.
- g) Promoción de la salud individual y colectiva.
- h) Sanidad ambiental e inspección sanitaria.
- i) Laboratorio de Salud Pública.
- j) Educación sanitaria.
- k) Docencia y formación de personal e investigación.
- l) Equipos móviles: ambulancias, equipos móviles de laboratorio, de exámenes en salud, de saneamiento y educación sanitaria.

El Título tercero recoge los órganos de gobierno y consultivos, estableciéndose dos: la ya mencionada Comisión del Área Sanitaria de Talavera de la Reina y el equipo de Dirección, constituido por el Director y el Director adjunto del Área Sanitaria, siendo el convenio muy prolijo en la descripción de las funciones de ambos órganos. La Comisión tiene como principales funciones velar por el cumplimiento del Convenio suscrito entre los Ministerios de Gobernación y Trabajo, así como otras de carácter administrativo y económico. Además se le encomendó la misión de proponer en el plazo de un año un proyecto de Convenio que recogiera un proyecto estructural de servicio regional de asistencia sanitaria, análisis de costos, integración de Organismos y Entidades, definición de puestos de trabajo, de programas a desarrollar y un proyecto de normas legales para el desarrollo jurídico-administrativo adecuado de los programas.

También se especifican con detalle las funciones del Director del Área Sanitaria y del Director adjunto, siendo las habituales de representación; ejecución y coordinación de actividades, así como formular la propuesta de Plan Económico del Área Sanitaria.

El Título cuarto está dedicado a la organización y estructura. En el mismo se establece que el Área Sanitaria estará estructurada por el Centro Especial Sanitario, la Residencia Sanitaria y el Ambulatorio, utilizándose conjuntamente mediante la compensación económica correspondiente. Desde el punto de vista asistencial se determina que en el Centro se ingresará la enfermería afecta de patología infecto-contagiosa y psiquiátrica de enfermos agudos, así como los servicios de Pediatría y Tología de la Residencia Sanitaria, cuando las posibilidades y recursos humanos lo permitan. Se establece igualmente que se utilizarán los medios docentes del Centro Especial Sanitario para la Escuela de Enfermeras de la Residencia Sanita-

ria. Por último se señala que la Comisión del Área Sanitaria podrá tener una Comisión local delegada, sin que se especifiquen ni su composición ni funciones.

El Título quinto está dedicado al régimen de enfermos, pudiendo aceptarse todo tipo de ellos, tanto beneficiarios de los Organismos oficiales como estrictamente privados. La población beneficiaria es toda la del Área Sanitaria, pudiendo prestarse la atención en régimen de consultas externas y hospitalización. Se fija que se atenderá con prioridad a los enfermos beneficiarios de los Organismos oficiales, no pudiendo exceder del 5% las camas destinadas a la asistencia de enfermos privados.

El Título sexto, sobre régimen de personal, tiene un solo artículo que establece que todo el personal conservará en la primera fase su dependencia jerárquica y estatutaria de los Organismos a los que están adscritos, dependiendo jerárquicamente de sus respectivos Directores y jurídicamente de sus estatutos y reglamentos en vigor.

El Séptimo y último título está dedicado al régimen económico, fijando que cada una de las partes sufragará los gastos que ocasione el personal a ella vinculado y los gastos de funcionamiento de sus propias instalaciones, realizándose al final del año una cuenta de regularización, en función de los costes reales de las Instituciones. Se establece igualmente que cada Institución se hará cargo de los gastos generados por los enfermos enviados a consulta u hospitalización en el Centro u Hospital contrarios y que a los enfermos privados se les facturará en concepto de estancia y día la cantidad que estipule la Comisión del Área Sanitaria.

Las características arquitectónicas del Centro Nacional de Demostración Sanitaria

La concepción arquitectónica del Centro es algo que merece ser resaltado, puesto que se apartó notablemente de las características habituales de los hospitales que se construían en la época, donde primaba el edificio de desarrollo vertical, distribuyendo sus diferentes áreas por plantas y alas dentro de las mismas. Por contra, el CNDS se configuró a través de pabellones independientes (Hospital y Escuela), con una distribución escalonada de niveles, terrazas visitables, patios interiores para iluminación y una gran superficie acristalada, junto con una amplia zona verde. Todo ello dio como resultado un Centro de gran confortabilidad, tanto para usuarios como para los propios trabajadores.

El proyecto técnico de construcción fue encargado a dos jóvenes arquitectos: Gerardo Calviño Martínez y María Pérez Sheriff, aunque ello levantara ciertas suspicacias en determinados ámbitos, habituados a formas de trabajo tradicionales. El primero de ellos ya tenía una cierta experiencia de trabajo con la Dirección General de Sanidad, habiendo realizado el Centro Nacional de Virología en Majadahonda, y fue el que recibió el encargo inicial de elaborar los planos del nuevo cen-

tro, en cuya construcción se le informó de que colaboraría la OMS. Una de las primeras indicaciones que recibió fue la de visitar otros centros similares existentes en Francia e Inglaterra, donde presentó los primeros esbozos a los Servicios de arquitectura del Ministerio de Salud inglés. Al incorporarse María Pérez Sheriff, cuya experiencia como becaria del Ministerio de la Vivienda se centraba básicamente en el área del Urbanismo, la primera tarea a la que se encomendó fue la de determinar la elección del lugar donde se ubicaría el Centro. Recogiendo las indicaciones de un funcionario de la OMS que se había desplazado para realizar el programa de necesidades se realizó un estudio comparado entre Toledo y Talavera de la Reina, lugares entre los que se dudaba después de descartar otras posibles ubicaciones en diversos puntos de España.

Los estudios demográficos, de comunicaciones y sociales indicaban claramente la conveniencia de que la construcción se realizara en Talavera de la Reina, a lo que se unía una serie de condiciones sanitarias, como la existencia de patologías endémicas, que reforzaron la opinión del funcionario de la OMS de que el lugar adecuado era Talavera de la Reina.

En septiembre de 1968, se realizó una visita a España de Mr. William Tattom Brown, Consultor de la OMS y Arquitecto-Jefe del Servicio Nacional de Salud inglés, denominado informe OMS-España 0030, sobre "Propuesta de Hospital y Centro para la formación de Sanitarios en Talavera de la Reina". Los aspectos más relevantes del mismo fueron:

1. La confirmación de que la ubicación del mismo en Talavera de la Reina era idónea.
2. La inexistencia en Talavera de la Reina de recursos sanitarios suficientes.
3. La creencia de que la construcción del Centro es una oportunidad excelente para la coordinación de todas las autoridades que trabajan en el campo de la asistencia sanitaria en Talavera de la Reina. Para atender las necesidades futuras se plantea la construcción de unidades de: maternidad, cuidados antenatales y puericultura; consultas psiquiátricas y E.C.G.; Rehabilitación y Terapia Ocupacional; Cirugía de día y servicio de recuperación; Servicio de urgencias y accidentes de tráfico y centro de ambulancias para el distrito. Ante el previsible éxito del centro se plantea la necesidad de ampliación futura hasta 400-500 camas, por lo que se recomienda adquirir una parcela adyacente al solar para la futura expansión.
4. Aceptar el proyecto desarrollado por Calviño y Pérez Sheriff para 50 camas, que es ampliable vertical y horizontalmente, con facilidad para cambiar de usos determinadas unidades administrativas en asistenciales. El diseño se califica de versátil y flexible, a la vez que económico y funcional.
5. Señalar la conveniencia de que participen servicios de ingeniería en el diseño, sobre todo ante la posibilidad de una futura ampliación, lo que obligaría a un estudio de cargas.

6. El coste se estima en 400.000 libras esterlinas (300.000 para el Hospital y 100.000 para la Escuela), considerando que si se ampliara hasta 300 camas el coste no superaría el millón de libras. Se señala que la Dirección General de Sanidad dispone de 180.000 libras, desconociendo la posible contribución de la OMS.
7. Se recomienda la construcción de una maqueta que indique el desarrollo en fases del proyecto.
8. Solventados los problemas de financiación la construcción debe dar comienzo en 1969 para finalizar en 1971.
9. Se recomienda establecer un diálogo con las partes interesadas, dejando claro que el proyecto sería beneficioso para todos:
 - a) Seguridad social: Podría concertar la cirugía de día y la rehabilitación.
 - b) Médicos locales: Oportunidad para tratar a sus enfermos privados y realizar estudios de postgrado.
 - c) Asistencia psiquiátrica: Oportunidad para tratamiento preventivo, lo que provocará un descenso en la carga asistencial.
 - d) Universidad: Oportunidad para realizar trabajos estadísticos y de asistencia psiquiátrica.
 - e) Escuela de Auxiliares Sanitarios: Cursos y trabajos en una central de esterilización.
 - f) Veterinarios: Cursos.
 - g) Farmacéuticos: Cursos.
 - h) Iglesia: Mejores facilidades para la preparación de Religiosas auxiliares.
 - i) Automovilistas y Cruz Roja: Centro de urgencia abierto 24 horas.
 - j) Talavera: Mejor atención médica a la población local, un servicio de maternidad y oportunidad de nuevos puestos de trabajo.
10. Se recomienda la contratación de un Director que sea al tiempo Jefe Provincial de Sanidad y Profesor de Salud Pública de la Universidad. Igualmente el personal docente y administrativo debe ser elegido con antelación para que pueda ser formado e intervenir en el equipamiento y puesta en funcionamiento del nuevo Centro.
11. Resumen de las recomendaciones:
 - a) Que se apruebe el esquema preparado por los arquitectos.
 - b) Que la OMS acceda a la contratación de un Ingeniero consultor y subvencione la suma de 1.800 libras esterlinas.
 - c) Que la OMS contribuya con la dotación de una unidad de esterilización central, una estación de ambulancias y elementos para el tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación.
 - d) Que se elabore un "Critical Path Network".
 - e) Que se inicie el diálogo entre las partes interesadas.

- f) Que se adquiriera una parcela adicional para futuras expansiones del hospital.

Además en el informe se cita otro anterior del Profesor Fraser Brokington (PNUD (AT) 219-65), presumiblemente elaborado el año 1965, en el que con mayor amplitud trataba los aspectos de organización del Centro, sin que haya sido posible acceder al mismo.

La colaboración del arquitecto inglés no se limitó a la elaboración del informe, sino que participó en la resolución de aspectos técnicos, como el diseño de la circulación de pacientes. Además en todo momento insistió en la idea de hacer un proyecto que pudiera crecer, tanto mediante la compra de terrenos cercanos, como por la ubicación de ciertos elementos vitales como la cocina.

Con estas consideraciones el primer programa desarrollado por Calviño y Pérez Sheriff ofrecía 300 camas, sobre 50 que se estimaban en principio. Este proyecto fue desechado por la Dirección General de Sanidad por su costo. Finalmente se optó por construir un Centro adaptado al presupuesto disponible para ello, siendo la causa de que la tercera planta se dejara diáfana, sin construir, pero preparada para que posteriormente pudiera ser dedicada a nuevas necesidades.

Una característica innovadora del proyecto fue la participación de un estudio de ingenieros (OF-5) en su desarrollo, siguiendo las recomendaciones del informe de Tatton Brown; esto llegó a significar un problema, hasta el punto de que el Colegio de Arquitectos obligó a rehacer todos los rótulos, no admitiendo que los planos fueran firmados por ingenieros.

Dentro del programa constructivo se planteó diseñar dos modelos diferentes de habitaciones y salas, para poder valorar la conveniencia de unas y otras. En aquella época en Europa Occidental primaba la construcción de habitaciones de cuatro o seis camas, pero con más espacio interior y exterior, con mampara al pasillo cerrada con una cortinilla, frente a las habitaciones de dos camas, completamente cerradas al pasillo, más de tipo privado. En todo caso se trataba de facilitar el trabajo al personal de enfermería, de forma que éstas tuvieran un recorrido lo más corto posible. No es de extrañar que, siendo el asesoramiento técnico de arquitectos ingleses, se le diera preeminencia al trabajo de las enfermeras, colectivo de gran influencia en la planificación de los hospitales de su país.

Otras características diferenciales de la construcción del Centro fueron:

- La creación de puestos de enfermería de mucho mayor tamaño del habitual en los hospitales de la Seguridad Social de la época.
- La construcción por primera vez en nuestro país de salas de estar para pacientes.
- La construcción de amplios pasillos que facilitaban la circulación de las camas.
- Las amplias terrazas corridas a lo largo de las habitaciones, elemento que

fue criticado por los Servicios de Arquitectura de la Dirección General de Sanidad, por entender que encarecía notablemente la construcción. Finalmente se pudo demostrar que las terrazas producirían un notable ahorro energético al proteger del intenso soleamiento de la zona.

- La construcción escalonada del edificio principal que confiere un especial movimiento a la construcción y un aire ligero.
- La utilización de tres patios interiores para iluminar diversas zonas, especialmente del área de consultas y gran cantidad de claraboyas para iluminar cenitalmente la zona de quirófanos y paritorios.
- La construcción de galerías registrables para la distribución de los diferentes servicios y suministros.
- La ubicación exterior de la central térmica.

Además de la construcción del área hospitalaria propiamente dicha, el proyecto contemplaba otra serie de elementos diferenciales, como el pabellón docente, con su residencia para estudiantes y los laboratorios ubicados parcialmente fuera del área hospitalaria. Incluso en principio se programó un animalario para trabajos de investigación. Igualmente hay que resaltar que dentro del programa constructivo se dedicó un espacio importante para la instalación del área administrativa y de medicina preventiva, estadísticas sanitarias, etc. A lo largo del proceso de diseño se recibieron indicaciones sobre la necesidad de potenciar esta zona, diferencial del resto de hospitales y que pretendía facilitar la integración de las áreas asistenciales y preventiva.

A lo largo del desarrollo del proyecto y de la obra aparecieron diversos problemas, que afectaron a todos los órdenes. Para empezar hubo disensiones hasta en la denominación del mismo, discutiéndose si debía ser calificado como nacional; en este sentido parece ser que existieron importantes tensiones entre la Dirección General de Sanidad y la Jefatura Provincial de Sanidad de Toledo. Por otro lado las estrecheces económicas fueron constantes. La financiación parece que partía de los Planes de Desarrollo pero, aparte de la escasez económica inicial, siempre había dificultades a comienzos de cada año hasta que estaba disponible la consignación para el año en curso. En esto existía una gran diferencia respecto a la construcción de la Residencia de la Seguridad Social, que comenzó a construirse después que el Centro y se pudo inaugurar antes, teniendo siempre mayores facilidades presupuestarias por la autonomía del Instituto Nacional de Previsión, dependiente del Ministerio de Trabajo. Ambas obras fueron realizadas por la misma empresa, Dragados y Construcciones, recordándose que en ocasiones el Jefe de Obras de la dicha empresa trasladaba materiales desde la obra de la Residencia al Centro, siempre más en precario.

Finalmente dentro del programa de construcción los elementos fundamentales de la obra fueron:

- Cuatro salas de hospitalización de adultos.
- Dos salas de pediatría.
- Un área quirúrgica, con dos quirófanos y dos paritorios, con sus correspondientes salas auxiliares.
- 90 camas para hospitalización, ampliables en el futuro, mediante la utilización de la tercera planta que quedó diáfana.
- Zona de consultas externas.
- Área de formación e investigación, con aulas, salón de actos, biblioteca y residencia de alumnos.
- Área administrativa y de medicina preventiva.
- Servicios generales: cocina y central térmica.

Todo ello sobre una parcela de 26.753 metros cuadrados y con una superficie total construida de 13.350 metros cuadrados.

Para terminar este apartado queremos señalar que la entonces Princesa de España, y hoy Reina Sofía, tuvo ocasión de conocer el proyecto inicial del Centro al llamarle su atención la maqueta del mismo dentro de una exposición sobre hospitales, entre los cuales destacaba su muy diferenciada arquitectura, su escasa altura, jardines, árboles y aparcamientos, más parecido a un hotel o zona residencial que a un hospital. La Princesa se interesó vivamente por esta obra que, en palabras de su arquitecta, se trataba de un hospital “que no asustase a la gente”.

La inauguración del Centro Nacional de Demostración Sanitaria

Tras la práctica finalización de las obras en 1973 comienza un largo período de indefinición sobre el destino definitivo y organización funcional del Centro. La idea primitiva de integración de servicios sanitarios se ve gravemente comprometida por la construcción de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Prado. Por otro lado existen tensiones con ciertos organismos como alguna de las Jefaturas Provinciales de Sanidad cuyo territorio es parcialmente integrado en el Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina, además de la sempiterna escasez presupuestaria de la Dirección General de Sanidad, que hace que la dotación de mobiliario y material clínico y, especialmente, de la plantilla necesaria sea una ardua tarea.

Sucesivamente se ofrece a varios funcionarios del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional la tarea de la puesta en marcha del Centro. Finalmente acepta la dirección Francisco del Pozo Sarompas, quien con gran dedicación y energía consigue ir allanando los múltiples obstáculos existentes para llegar a plasmar la idea del Centro.

Como es lógico, según la estructura de organización del Ministerio de la Gobernación, la gestión del Centro se traslada al organismo Administración Institu-



Figura 3.1. Su Majestad la Reina Sofía (entonces Princesa) es informada del proyecto del Centro Nacional de Demostración Sanitaria por la arquitecta Dña. María Pérez Sherif, ante la maqueta del edificio.

cional de la Sanidad Nacional (AISNA), recientemente creado en aquella época para la gestión del conglomerado de centros sanitarios preventivos y asistenciales de la Sanidad Nacional. El primer paso trascendental que se da es la firma del ya citado Convenio entre los Ministerios de Gobernación y Trabajo el 21 de enero de 1975, desarrollado posteriormente por otro Convenio firmado entre el Instituto Nacional de Previsión y la Dirección General de Sanidad, el 8 de junio de 1976. También es sintomático que deba transcurrir año y medio entre uno y otro, siendo necesario que sea inminente la inauguración del Centro para que se firme el segundo Convenio, que fija el marco de relación entre la Residencia y el Centro. Desde el punto de vista organizativo uno de los aspectos más importantes del segundo convenio es la consolidación de que el Centro se ocupe desde el punto de vista asistencial de dos áreas que la Seguridad Social no atendía en aquella época o lo hacía de manera insuficiente: las enfermedades infecciosas y la psiquiatría, tradicionalmente atendidas desde las Diputaciones Provinciales,

dejándose para un análisis posterior la reorganización de las áreas de obstetricia y pediatría.

Bajo la dirección de Francisco del Pozo se desarrolla una intensa tarea de relación con la AISNA y la Dirección General de Hacienda para la dotación de una plantilla suficiente para el funcionamiento, atendiendo las necesidades asistenciales, preventivas, administrativas y de mantenimiento. La plantilla inicial concedida es claramente insuficiente, siendo necesario completarla tomando plazas de diversos centros de la AISNA que estaban fuera de funcionamiento o en un bajo nivel de actividad, en un proceso paulatino que se prolongaría en el tiempo, de manera que incluso en la inauguración del Centro la plantilla sigue siendo insuficiente. Hay que señalar que, aunque sin competencias directas en este campo, la actitud del Ayuntamiento de Talavera de la Reina y de su Alcalde fue absolutamente colaboradora y facilitadora del proceso de puesta en marcha.

Otra tarea a desarrollar fue la dotación de equipamiento del Centro, tanto de materiales asistenciales, como de laboratorio, administrativos etc. Fue necesario elaborar las especificaciones técnicas de todos los aparatos y materiales, organizando los correspondientes concursos. Y todo ello con un muy reducido equipo de gestión que tuvo que dedicar horas sin límite para poder conseguir las metas propuestas. Como elementos singulares de la dotación se debe mencionar la donación por parte de la OMS de un microscopio de fluorescencia, con pantalla para visión directa, especialmente aconsejable para la docencia y un autobús carrozado y dotado para la realización de exámenes en salud, incluida fotoseriación, éste donado por el Excmo. Ayuntamiento de Talavera de la Reina. Por cierto que con dinero sobrante de esta adquisición se pudo adquirir la primera dotación de libros para la Biblioteca del Centro.

Es reseñable que desde la Dirección General de Sanidad se seleccionaron una enfermera y un maestro de Talavera de la Reina que realizaron una estancia de formación en Bélgica. Ambos debían realizar funciones en el campo de la educación sanitaria, aunque finalmente ninguno de ellos llegaría a trabajar en el Centro.

Acercándose la fecha prevista de inauguración se completó la contratación de personal laboral seleccionado a través de pruebas específicas, dotándose de personal técnico, prácticamente todo él funcionarios interinos. El personal facultativo se componía básicamente de jóvenes profesionales, con escasa experiencia pero gran ilusión, mientras que el personal de enfermería se dotó fundamentalmente de religiosas tituladas y otra parte con la misma cualidad de relativa falta de experiencia y gran entrega.

La puesta en funcionamiento efectiva del Centro tuvo lugar en marzo de 1976, aunque sin carácter oficial, siendo elegido el día 15 de junio para la inauguración oficial realizada por el entonces Ministro de la Gobernación, Manuel Fraga Iribarne. Su visita levantó una gran expectación en la ciudad, como conse-



Figura 3.2. Autobús donado por el Excmo. Ayuntamiento de Talavera de la Reina, carrozado para su uso en exámenes en salud.

cuencia del peso político del Ministro, que fue recibido inicialmente en el Ayuntamiento de Talavera de la Reina, por la Corporación Municipal presidida por el Sr. Alcalde, Aureliano Prieto de los Ríos, teniendo lugar una sesión en la que el Alcalde formuló una serie de reivindicaciones de infraestructuras para Talavera de la Reina.

De allí, el Sr. Ministro, acompañado por el Subsecretario de la Seguridad Social, Rovira Tarazona; el Director General de Asistencia Social, Gabriel Cisneros; el Director General de Sanidad, Bravo Morate; el Gobernador Civil, José Sotillo Rubio; el Director de Asistencia Sanitaria; el Presidente de la Diputación Provincial; el Alcalde de la ciudad, Aureliano Prieto y el Director del Centro, Francisco del Pozo giró una detallada visita al Centro. La visita terminó en el Salón de Actos del Centro, donde pronunciaron sendos discursos el Director General de Sanidad y el Ministro de la Gobernación, recogándose íntegramente éste último en el recuadro adjunto.

DISCURSO DE FRAGA EN TALAVERA (*La Voz de Talavera*, 23 de Junio de 1976)

COMARCALIZACIÓN, DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN, OBJETIVOS DE UNA REFORMA SANITARIA

Excmos. e Ilmos. Señores: Señor Alcalde y Corporación Municipal de Talavera de la Reina: señoras y señores:

Hace aún pocos días tuve la satisfacción de asistir en tierras de la provincia de Guadalajara a la puesta en marcha de un nuevo centro de sanidad rural con el que quedaba establecida una pieza más que, engarzada a otras muchas sembradas en toda nuestra geografía, son el exponente y manifestación primera de una política de comarcalización sanitaria con la que se persigue dotar a las zonas rurales de los medios humanos y materiales de orden sanitario que son precisos para mantener niveles óptimos de salud en la población asentada en las mismas.

LA COMARCALIZACIÓN SANITARIA, UN OBJETIVO A CONSEGUIR

Manifesté en aquella ocasión, que la necesidad de crear centros comarcales y subcomarcales de asistencia sanitaria rebasaba, incluso, el ámbito de la mera exigencia de dotar de tales medios a las zonas rurales pues esta ordenación de las estructuras sanitarias básicas o primarias es, antes que nada, el germen y punto de partida de toda política sanitaria que merezca ese nombre, la cual debe basarse fundamentalmente en este primer escalón territorial.

Es, pues, irrenunciable, en el marco de una política sanitaria que pretenda ser coherente, la dotación de los medios que la asistencia primaria curativa y preventiva a pequeños núcleos de población exige.

Pero debo insistir en que las relaciones que se sucedan en estas zonas en ningún caso pueden quedar aisladas. Su conexión con las que resulten de un planteamiento que abarque a la totalidad del país es también imprescindible. De nada servirán los esfuerzos para evitar que haya discriminación entre las zonas rurales y urbanas en razón a la asistencia ofrecida, si no existe posibilidad de que los centros rurales de sanidad estén estrecha e íntimamente conectados con otros situados en demarcaciones territoriales superiores dotados de servicios más complejos y capaces de ofrecer una asistencia sanitaria más completa.

Se trata, en definitiva, de tener siempre presente la necesidad de distribuir los medios con los que cuenta y puede contar en el futuro el país, de una manera territorialmente equilibrada y capaz de cubrir la demanda de asistencia que se suscita en cada zona. Distribución que, como resulta obvio, ha de responder a principios de jerarquización, de tal manera que la complejidad y la capacidad de los servicios ofrecidos por los establecimientos situados en cada demarcación territorial aumenten progresivamente y de forma acompasada con el número de población que de ellos se

beneficie. De esta forma todos los ciudadanos, sin que la geografía traicione su derecho a la salud, podrán obtener asistencia de forma ágil, eficaz y del nivel que sus necesidades sanitarias lo exijan.

A esta necesidad de distribuir los establecimientos sanitarios en una cadena de piezas profundamente fundidas y progresivamente más compleja en la medida en que se extienda su área de influencia, está íntimamente unida la necesidad de que dichos establecimientos sean capaces de atender de forma integral todos los problemas de salud que se suscitan para la población.

NO ES DABLE LA ACTUACIÓN SOLIDARIA DEL MÉDICO

Como ha dicho Jean Bernard, en afirmación tan evidente como feliz “la medicina ha cambiado más en treinta años que en treinta siglos”, y este cambio ha incidido en las fórmulas de ordenación de la sanidad. No puede seguirse ya, como antaño, estancando la distinción entre medicina preventiva y medicina asistencial, porque es palmario que la salud es un fenómeno indivisible que requiere una atención sistemática desde todos los frentes. Nuestros establecimientos sanitarios tiene que organizarse desde esta perspectiva integral, ofreciendo servicios asistenciales, sí, pero también y en íntima conexión con ellos organizando la defensa de la salud individual y colectiva, luchando por su promoción o atendiendo los aspectos de carácter ambiental. Debido a la complejidad del conocimiento médico y sanitario constituye su superación y ese equipo incluye al nivel de los tiempos que corren no sólo a los profesionales de la sanidad tradicional (médicos, veterinarios, farmacéuticos, ATS, auxiliares de clínica, laborantes, etc.) Sino también ingenieros, sociólogos, psicólogos y asistentes sociales, entre otros.

Justo es reconocer, sin embargo, que, por muchas razones, las afirmaciones que acabo de formular se sitúan más en el plano de los deseos que en el de las realidades y que, tenemos un largo camino que recorrer antes de satisfacer las mencionadas exigencias. Pero la meta puede alcanzarse, y a ello debemos dedicarnos con entusiasmo. Buen ejemplo puede ser el Centro Sanitario que hoy inauguramos, cuya estructura, antecedentes y las actividades que va a desarrollar nos ha descrito el Director General de Sanidad y cuyo funcionamiento constituirá, sin duda, una experiencia apasionante y una fuente de enseñanzas que deberá aprovechar todo el país.

EL CENTRO ESPECIAL SANITARIO, REALIZACIÓN CONJUNTA DEL ESTADO, SEGURIDAD SOCIAL Y CORPORACIONES LOCALES

Pero, al margen de las características técnicas de estos servicios que hoy se ponen en marcha, quisiera ahora referirme a su singularidad como experiencia organizativa. Partiendo de un sistema sanitario casi exclusivamente asistencial o curativo en el que, en forma quizá demasiado simplista, nos habíamos sumergido en los últimos años al centrar todo el esfuerzo en la red nacional hospitalaria, olvidando que lo fundamental era el desarrollo armonizado de una amplia estructura básica primaria, tanto urbana como

rural, hemos constituido, equipado y dotado el centro especial sanitario que hoy inauguramos en la cabecera del sector de Talavera la Reina, que permitirá conjuntamente con las demás instalaciones y las que se van a crear, del desarrollo de una acción sanitaria preventiva, curativa y rehabilitadora unitaria.

No puedo pasar por alto que para su realización ha sido preciso el concurso activo del Estado, de la Seguridad Social y de las Corporaciones locales, de tal manera que se ha hecho posible reducir a una utilización y gestión comunes establecimientos dependientes de organizaciones distintas, que, por regla general, vienen funcionando en este campo con total separación entre sí, e incluso proyectar para un futuro inmediato la financiación conjunta de estos servicios. Quiere ello decir que hay en la experiencia de Talavera de la Reina un gran esfuerzo por superar la dispersión que sufre el sector sanitario, a la cual, y entiendo que con razón se imputan buena parte de los males que nuestra sanidad padece. No sería justo si no dejara aquí pública constancia de la decisiva contribución a este esfuerzo del Ministro de Trabajo, de sus colaboradores de la Seguridad Social y de las autoridades locales.

Seguimos hoy todos esforzadamente y sin pausas en el empeño de buscar las fórmulas más adecuadas para reformar el sector sanitario. Los trabajos que habían servido de base a anteriores acuerdos de gobierno han tenido que ser completados con nuevas investigaciones imprescindibles para un correcto planteamiento de los problemas. La Dirección General de Sanidad y la Seguridad Social han seguido durante estos últimos meses acumulando datos y estudios y preparando propuestas que espero que muy pronto puedan ser conocidas por los sectores afectados y por la opinión pública. El tema es lo suficientemente importante como para que nos exijamos el mayor grado de acierto posible. Si nuestra organización sanitaria está hoy enferma, no por ello nos está permitido removerla precipitadamente desde sus cimientos, sino que mejor debemos atenderla y corregir sus defectos de la forma en que, como decía Burke, se hace ante las heridas de un padre con un miedo respetuoso y una solicitud temblorosa.

Pero la búsqueda de una nueva ordenación del sector sanitario es ya una necesidad urgente y un reto que requiere una decidida respuesta para poder aprovechar de la forma más racional y justa posible los recursos de que disponemos y los que se deban allegar a este sector.

De forma resumida y tal vez excesivamente simplificada, diría, que los problemas más graves que afectan hoy a nuestro sector sanitario desde el punto de vista organizativo son la centralización, el envejecimiento de las estructuras y la dispersión, problemas todos que están muy conectados entre sí y, en buena medida, tienen unas causas muy próximas.

Tanto la centralización como el envejecimiento de las estructuras son en gran medida la consecuencia de la perpetuación de un sistema sanitario muy fiel al modelo, ya histórico, que quedó establecido en diversas disposiciones que se aprobaron desde 1847 hasta 1855. La sanidad no sólo no se excluye del gran movimiento centralizador decimonónico, sino que en ella incluso se potencia dicha tendencia, ya que está presente la idea de que sólo desde el centro pueden combatirse las enfermedades infecciosas que son durante el pasado siglo el problema sanitario de mayor envergadura.

Las estructuras han envejecido porque el sector sigue en buena medida fiel a los principios en que se apoyó su primera ordenación; principios que respondían a situacio-

nes de hecho ya arrumbadas por el transcurso del tiempo, el perfeccionamiento de las técnicas sanitarias, y por la profunda transformación económica y social del país. Precisamente esta falta de adaptación a los problemas de su tiempo es también la causa fundamental de la dispersión que hoy registra el sector.

LA CENTRALIZACIÓN Y LA DISPERSIÓN, MALES PROFUNDOS DEL SECTOR SANITARIO

La dispersión en efecto, es consecuencia en gran medida de la necesidad de afrontar los nuevos problemas sanitarios, sobre todo los de orden asistencial que afectaban a amplios a amplios colectivos de población, los cuales no recibieron respuesta desde la organización tradicional. Se hizo preciso, por ello, que nuevas instituciones se encargaran de atenderlos, o que otros organismos extendieran a estas zonas descubiertas sus competencias. De esta forma, actividades que materialmente se identifican por perseguir todas la misma finalidad de tutela de la salud humana, aparecen hoy separadas, con fuentes de financiación distintas, con niveles de eficiencia diversos, con personal sometido a regímenes jurídicos y económicos variadísimos y heterogéneos; y aún podrían añadirse una larga lista de complejas situaciones que sería prolijo enumerar.

Por último, y en íntima conexión con lo que acabo de decir, la gestión de los diferentes servicios se lleva a cabo independientemente por cada uno de los organismos que los financia, y, por consecuencia, la planificación y la política sanitaria se asumen en centros de decisión diversos e insuficientemente comunicados.

A estos problemas, en fin, es a los que la reforma sanitaria tiene que hacer frente para conseguir la mejor utilización de los recursos escasos. Cuando los estudios que en la actualidad se están completando concluyan definitivamente se podrán discutir con mayor precisión las soluciones. No obstante, ya desde ahora puedo afirmar lo siguiente.

LOS USUARIOS DEBEN PARTICIPAR EN LA GESTIÓN CENTRAL DE LOS CENTROS SANITARIOS.

La centralización existente en la actualidad debe sustituirse por una descentralización profunda que aproxime en la forma jerarquizadora que ya me he referido, los establecimientos y servicios a las áreas que han de aprovecharse de los mismos. La gestión de dichos establecimientos y servicios debe atribuirse a organismos propios de la zona y los particulares, tanto las personas que prestan sus servicios en aquellos como los usuarios de los mismos, deben participar en la gestión y control de su funcionamiento. Si en alguna medida es cierto que la participación es el mejor correctivo para las disfunciones que en la actualidad presenta el modelo burocrático que Weber proclamó como más eficaz, dicha participación es un postulado ineludible de una buena organización sanitaria. Aún a riesgo de caer en fácil simplicidad queremos admitir que en tanto las fórmulas de crecimiento económico a menudo deben de obedecer a esquemas sectoriales de alcance nacional y gran escala, las políticas de familia, educación, salud, trabajo y esparcimiento deben de atender intensamente a condicionamientos loca-

les para constituir ingredientes íntimos y vitales en los que discurre el acontecer personal. Esta debe de ser la base y fundamento de la desconcentración sanitaria que propugnamos.

En el grado en que la vida municipal sea insuficiente y también lo sea para la salud de los ciudadanos los servicios que en el municipio se ofrezcan, la subcomarca y la comarca, como más hacia arriba la provincia y la región serán marcos de referencia y niveles de organización administrativa y sanitaria. Aquí y ahora hemos de aceptar el reto de la sociedad moderna con sus grandes megalópolis tecnificadas y sus defectos sociales para sin excesos románticos naturalistas abogar por una vertebración de una España más igual y más justa, mediante la debida ordenación territorial de los servicios públicos que favorezcan el asentamiento de las poblaciones en los diferentes hábitats que como paisaje interno y sicológico convenga al bienestar personal y a la salud síquico-social de cada uno de los ciudadanos.

Sólo de este modo es posible evitar los dos riesgos más graves que, en nuestro sentir, se producen por un exceso de centralismo el alejamiento entre el verdadero protagonista de la acción pública y los núcleos de toma de decisión, en perjuicio de una participación ciudadana en la vida comunitaria y la creación, por otro lado, de una burocracia ineficaz y perjudicial al interés público y al sanitario.

La nueva ordenación del sector deberá acomodarse a una visión integral de la sanidad. La salud, insisto, es un fenómeno indivisible y, en consecuencia, no es correcto separar las diferentes actividades que confluyen en su protección.

Los servicios sanitarios no pueden estar divididos como compartimentos estancos por clientelas o colectivos, sino que deben establecerse en beneficio de todos los ciudadanos, con independencia de su situación económica o social, llegando para ello a los arreglos precisos y respetando escrupulosamente los intereses que representan las aportaciones de los trabajadores al patrimonio sanitario del país. La planificación y dirección de estos servicios exigen visión unitaria y de conjunto de todo el sector.

Por último debe distinguirse y superarse decididamente la actual identificación entre financiación y gestión de los servicios. Mientras ésta habrá de hacerse bajo esa dirección y planificación unitaria a que acabo de referirme, la financiación puede y debe estar a cargo del estado, de la Seguridad Social, las Corporaciones locales y de las demás entidades y organismos interesados en la forma que más convenga a la justicia y a la eficacia y con las debidas garantías para los correspondientes colectivos.

La reforma del sector sanitario se nos presenta, pues, como una operación de largo alcance, que debemos iniciar con tanto rigor como urgencia y desarrollar cuidadosamente en el tiempo.

Entre tanto, deseo fervientemente que el ejemplo de cooperación entre los órganos competentes de la sanidad nacional, de la asistencia sanitaria, de la seguridad social y de las corporaciones locales que nos ofrece el área sanitaria de Talavera de la Reina, surta un efecto multiplicador que la extienda a todo el territorio del estado: de tal manera que se haga regla generalizada a todos los servicios establecidos, sea cualquiera la organización de que dependa, y a los que en el futuro se establezcan.

Y termino, señoras y señores.

Declaro inaugurado el Centro Nacional de Sanidad de Talavera de la Reina.



Figura 3.3. Autoridades el día de la inauguración.

La organización inicial del Centro Nacional de Demostración Sanitaria

Recogemos las consideraciones realizadas a tal respecto en el folleto denominado “Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina”, nacida como un programa de integración de servicios sanitarios (Sanidad Nacional, Seguridad Social, Administración Local), promovido por la Dirección General de Sanidad y la OMS:

A) “Antecedentes y estructura del Área sanitaria

En España la Dirección General de Sanidad y la Oficina Regional para Europa de la OMS prepararon un anteproyecto de plan de operaciones en un área geográfica que pudiera servir de ensayo y piloto para el futuro desarrollo de una estructura sanitaria de amplia base y funcionalmente integrada en una sola unidad administrativa.

La zona o área elegida debería constituir un terreno ideal para la formación práctica del personal técnico y auxiliar en salud pública y medicina social. En la zona se debería proceder a las fusiones de la medicina preventiva y curativa, particularmente en la atención primaria del médico general, racionalizando, unificando y funcionando en común los diversos servicios. La zona debería englobar todas las actividades de la salud

pública y ser utilizada para el estudio y desarrollo de proyectos especiales y de investigación sanitaria aplicada. Se trataba, sobre todo, de alcanzar una estructura sanitaria coherentemente adaptada al ambiente, circunstancias y costumbres de la zona elegida.

De acuerdo con lo proyectado por los expertos y teniendo en cuenta las peculiares características concurrentes se creó un <área especial sanitaria> en esta amplia comarca, de una extensión de 9.754 Km², con 231.988 habitantes distribuidos en 132 municipios centrados social y comercialmente en Talavera de la Reina, comarca que alcanza geográficamente las provincias de Toledo, Ávila, Cáceres y Ciudad Real. En esta zona elegida se sintetizan todos los problemas sanitarios del medio urbano y rural: se combinan poblaciones de 50.000 habitantes en rápida expansión y acentuada inmigración, con minúsculas aldeas, urbanizaciones turísticas, espacios de contenido ecológico-sanitario tan diversos como las torrenteras de Gredos o los regadíos del Tajo, todo ello unido a una fácil comunicación con los centros sanitarios nacionales y universitarios de Madrid.

Partiendo de un sistema sanitario casi exclusivamente asistencial o curativo, se ha construido, equipado y dotado, un <centro especial sanitario> ubicado en la cabecera del sector en Talavera de la Reina, que permitirá, conjuntamente con otras instalaciones ya existentes, el desarrollo de una acción sanitaria, preventiva, curativa y rehabilitadora unitaria. El nuevo centro rector inaugurado estará apoyado en la periferia por cuatro comarcas en proyecto (Arenas de San Pedro, Navalmoral de la Mata, Los Navalmorales y Escalona) y concebidos de acuerdo con la nueva política de comarcalización sanitaria para constituir, conjuntamente con los dispensarios, hospitales y centros de postcura del sector, una estructura reticular integrada.

Los Ministerios de Gobernación y Trabajo han acordado la formulación de un convenio para la utilización conjunta de **todas las instalaciones, personal sanitario y servicios situados dentro del área de demostración sanitaria** de Talavera de la Reina, que serán objeto de una gestión integrada, con una unidad de acción y dirección en orden al más óptimo desarrollo de las funciones de medicina preventiva, promoción de la salud y asistencia sanitaria **de toda la población del sector**.

Este convenio permite ensayar en el orden práctico y en forma experimental los posibles modelos de reforma sanitaria”.

B) Actividades a desarrollar

En síntesis, las actividades sanitarias que van a ser desarrolladas, integradas en un solo conjunto, son las siguientes:

1.—Asistencia hospitalaria y rehabilitación

Al conjunto de 250 camas de la Seguridad Social se unen, constituyendo la unidad hospitalaria del área, 120 camas del nuevo centro sanitario que son habilitadas para enfermedades infecciosas, psiquiatría de agudos y otras especialidades complementarias de las ya existentes.

2.—Asistencia de urgencia

Se integran los servicios de la Seguridad Social con los municipales y de la Sanidad Nacional, complementarios con la red de centros comarcales y ambulancias y el dispositivo de radioteléfono y telemedicina.

3.—Asistencia primaria domiciliaria y dispensarial

Se integran las consultas externas del nuevo Centro con las de la Seguridad Social, constituyendo el núcleo asistencial urbano complementado con la acción de los 35 centros primarios rurales ya existentes y los 4 comarcales en proyecto. Se mantendrá una permanente y estrecha relación con la unidad asistencial hospitalaria.

4.—Servicio de epidemiología

Encargado del control epidemiológico del área, actuaciones preventivas, estadísticas y encuestas sanitarias. Actuaciones sobre endemias y brotes epidémicos. Control de infecciones hospitalarias. Valoración del rendimiento de los centros sanitarios.

5.—Servicio de puericultura y maternología preventiva

6.—Servicio de psiquiatría preventiva

Psicología, detección de subnormalidades psíquicas, dispensario antialcohólico, etcétera.

7.—Promoción de la salud individual y colectiva

- Control de convalecientes.
- Inmunizaciones y quimioprofilaxis.
- Luchas y campañas sanitarias.
- Exámenes de salud.
- Higiene escolar, ocular, dental, etc.
- Estudio y prevención de accidentes.

8.—Sanidad ambiental e inspección sanitaria

Abastecimientos de agua de bebida. Residuales. Contaminación atmosférica. Tratamiento de basuras. Zoonosis transmisibles. Vivienda. Ingeniería sanitaria. Inspección sanitaria de actividades: alimentarias, lugares de vida en común, etc.

9.—Laboratorios de salud pública

Servicios altamente especializados permitirán el estudio de productos biológicos, bromatológicos y muestras fundamentalmente analizadas bajo un punto de vista higiénico-sanitario. El laboratorio mantendrá una estrecha y permanente relación con los laboratorios de la red comarcal periférica y con los centrales del Instituto Nacional de Sanidad.

10.—Educación sanitaria

El programa de mayor alcance a desarrollar en el sector por el instrumento sanitario creado es el de la educación de la población para la salud. Todo el trabajador para la salud del área, cualquiera que sea el medio en el que esté instalado, tendrá el inexcusable deber de educar para la salud a sus conciudadanos y vecinos, enseñándoles fundamentalmente las reglas de la vida sana, prevención de las enfermedades y el buen uso de los medios asistenciales y terapéuticos. El Centro ha sido dotado de moderno material de propaganda y educación sanitaria.

11.—Docencia y formación de personal e investigación

El nuevo Centro cuenta con una confortable residencia-internado, aulas para conferencias, seminarios, cursos etc. En íntima relación con la Escuela Nacional de Sanidad y la Universidad, el área de demostración sanitaria servirá de auténtico campo de prácticas para la formación de agentes sanitarios de saneamiento, enfermeras visitadoras, asistencia social, educadores sanitarios, medicina social primaria del adulto y de la infancia, estadísticas, ingeniería sanitaria, administradores sanitarios, etc.

La investigación sanitaria aplicada es uno de los objetivos del nuevo Centro con el permanente estudio epidemiológico, así como de los procedimientos de diagnóstico, de terapéutica, etc., aplicados en el área, lo cual ha de servir de base para la utilización de técnicas standardizadas y nuevas modalidades y procedimientos de actuación en salud pública.

12.—Equipos móviles

Ambulancias, equipos móviles todo terreno, de laboratorio, de exámenes en salud, de saneamiento y educación sanitaria, constituyen un fundamental complemento en el instrumento sanitario del sector.”

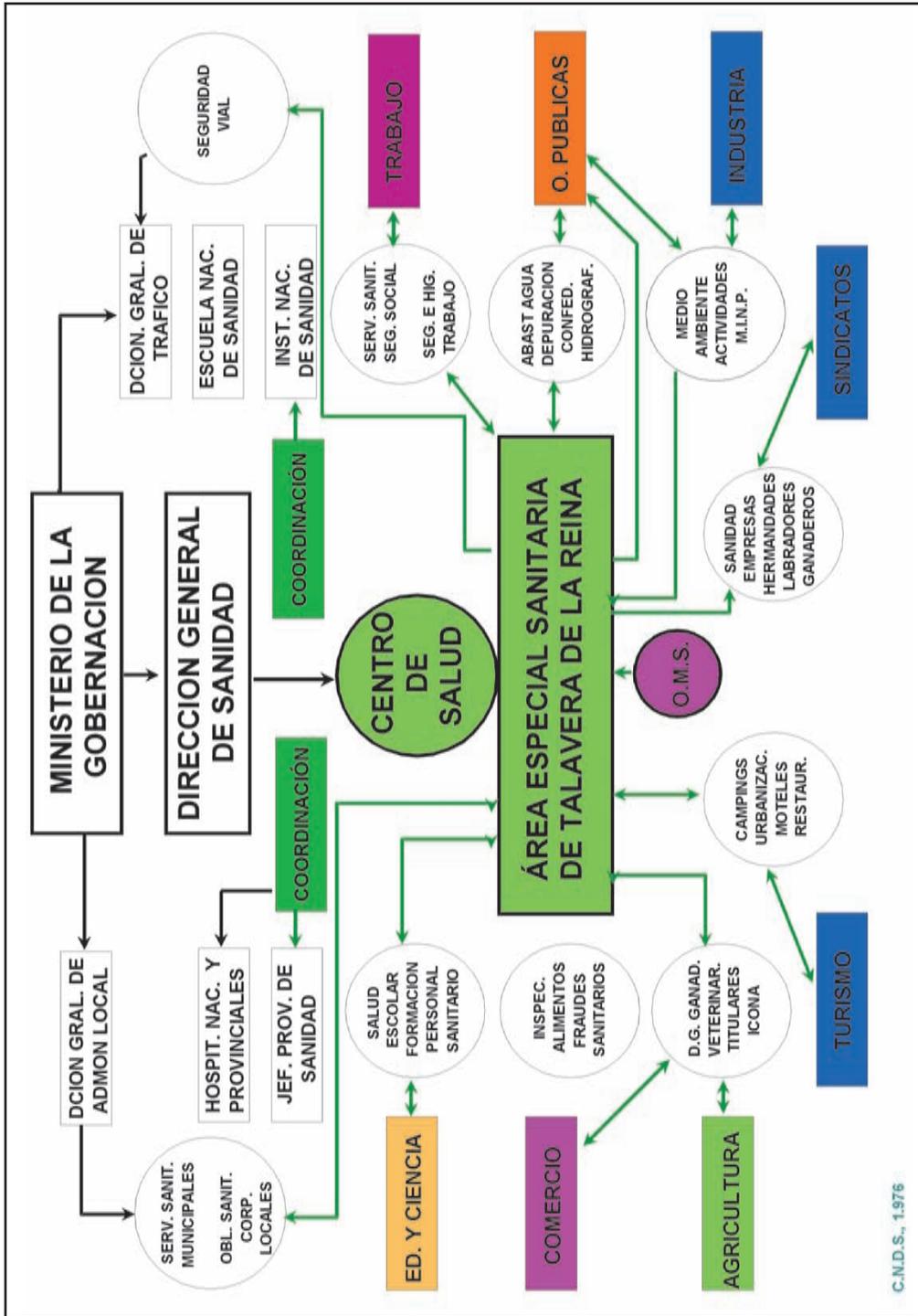
Esta propuesta de actuación se complementaba con los dos organigramas adjuntos. El primero de ellos trata de fijar cuales son las relaciones orgánicas del Centro con los diferentes órganos de la Administración, tanto los propios del Ministerio de la Gobernación (Jefaturas provinciales de sanidad, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Nacional de Sanidad,...), responsable en la época de la salud pública, como con otros ministerios (educación y ciencia, comercio, agricultura, turismo, industria, obras públicas y trabajo) y otras organizaciones como los sindicatos y la propia Organización Mundial de la Salud. Con esto se quiere resaltar el carácter multisectorial e interdisciplinar de la salud pública, señalando las áreas de trabajo comunes con cada ministerio u organización.

El segundo organigrama tiene un carácter funcional, presentando detalladamente las diferentes actividades a desarrollar por el Centro y sus relaciones con el resto de dispositivos asistenciales y preventivos del área, incluyendo la relación tutelar con la OMS como Centro Piloto y Unidad Experimental Sanitaria.

Esta concepción supone un planteamiento muy avanzado para la época, al tratar de integrar los servicios preventivos y asistenciales, las actividades conjuntas de carácter estrictamente sanitario con otras procedentes de los diferentes ámbitos de la actividad social, debiendo resaltar incluso la modernidad de conceptos tales como los de Área Sanitaria, Centro de Salud y la descentralización de servicios sanitarios, que se adelantaron 15-20 años a su implantación generalizada en el país.



Foto 3.4. Vista aérea del Centro.



C.N.D.S., 1.976

Figura 3.5. Organigrama del Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina. 1976.

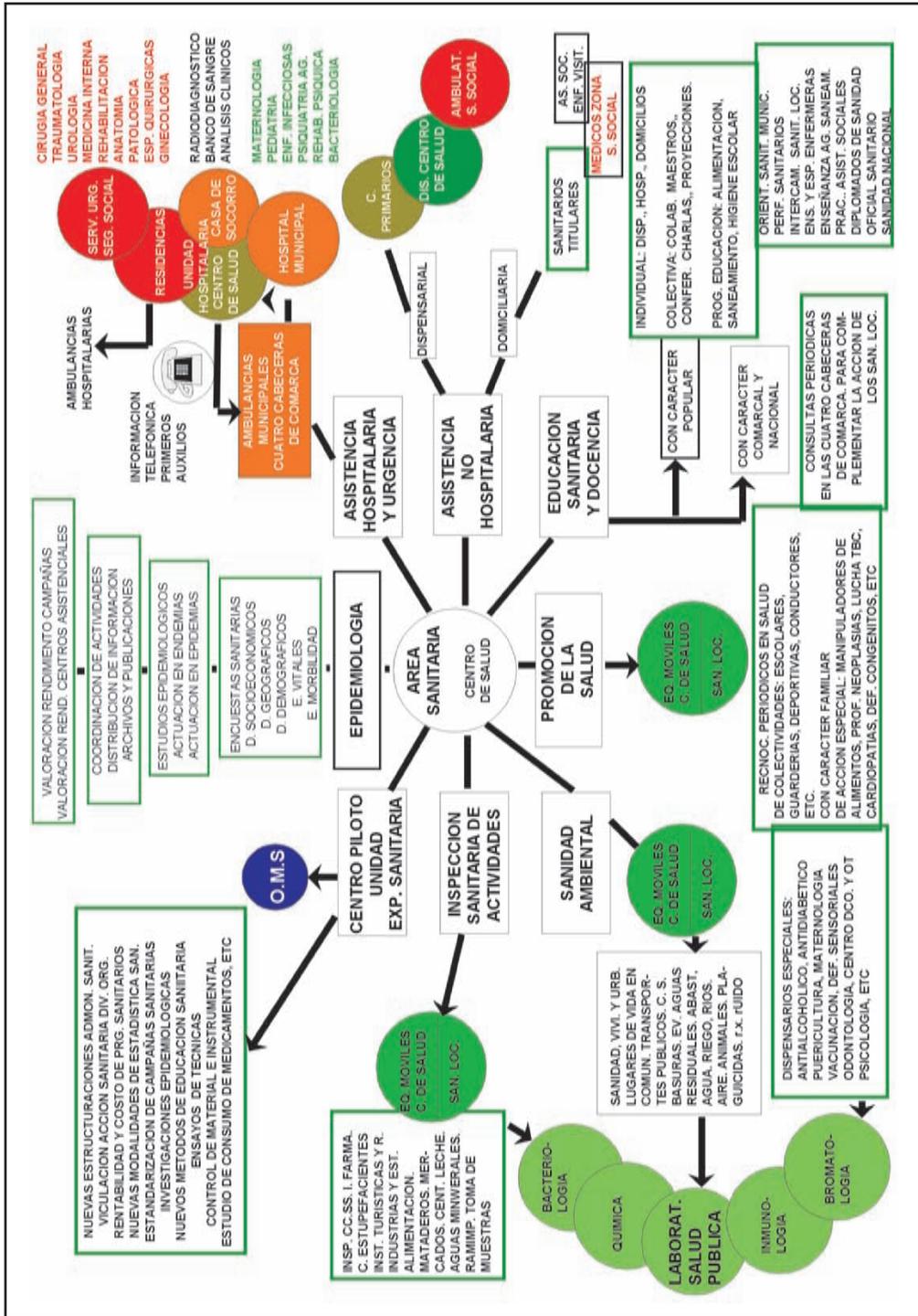


Figura 3.6.- Organigramma funcional del Área Especial Sanitaria y Centro Nacional de Demostración Sanitaria. 1976.

EL COMIENZO DE LAS ACTIVIDADES DEL CNDS (1976-78)

El nombramiento del Francisco del Pozo Sarompas se realiza el 1 de marzo de 1976 como Director del Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina, aún cuando viene desempeñando estas funciones desde meses atrás. Sus funciones administrativas son las propias de Director del CNDS, sin que sea responsabilidad del Centro la gestión de personal y económica de los dispositivos de sanidad rural, mientras que sí pasa a ser responsabilidad de la Dirección del Área la organización técnica de las actividades de Sanidad en la misma, además de toda la responsabilidad de organización y gestión del CNDS.

Tras la inauguración, el CNDS comienza sus actividades sin tener completa su plantilla, pero con una clara idea a desarrollar: integración de actividades de asis-

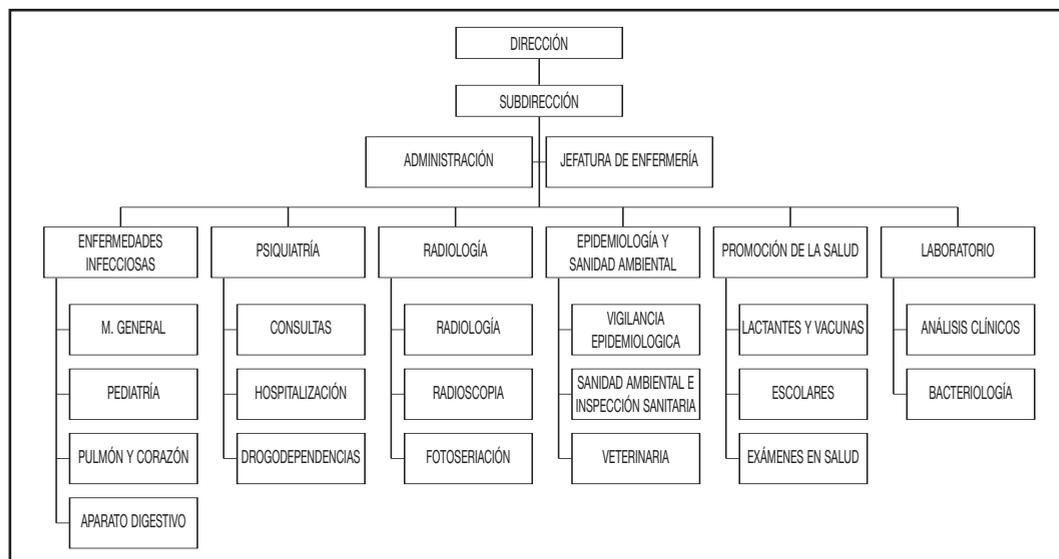


Figura 4.1. Organigrama del CNDS. 1976-78.

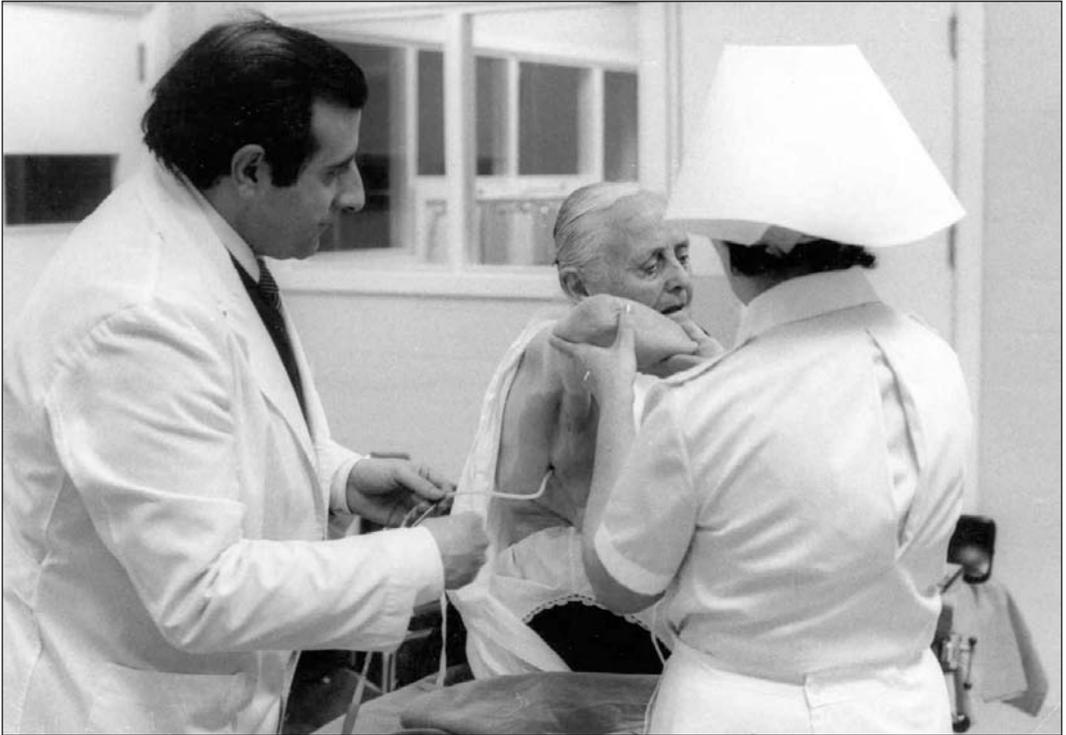


Figura 4.2. Actividad en la Sala de Pulmón y Corazón.

tencia sanitaria y de salud pública, implicación de los profesionales sanitarios de atención primaria en el seguimiento de sus pacientes, incluso durante los períodos de hospitalización y una actuación intensiva en el Área Sanitaria a través de las Unidades Móviles.

A la apertura del Centro se configuran los siguientes servicios o unidades: Enfermedades infecciosas, con las secciones de Pediatría, Medicina General, Pulmón y Corazón y Aparato Digestivo; Laboratorio; Psiquiatría; Radiología; Epidemiología; Saneamiento Ambiental e Inspección de Actividades; Promoción de la Salud y Educación Sanitaria y Enseñanza.

Área Asistencial

Desde el punto de vista asistencial el CNDS orientó sus actividades hacia las áreas establecidas en el convenio firmado entre los Ministerios de Trabajo y de la Gobernación, aquellas que los Centros dependientes del INP no atendían o lo hacían

de manera insuficiente (enfermedades infecciosas y psiquiatría). Además la actuación sobre enfermedades infecciosas se imbricaba en una de las ideas primitivas de la concepción del Área: atender patologías endémicas de la zona, apoyándose en los servicios de salud pública: epidemiología, saneamiento ambiental y laboratorio, incluyendo actividades de educación sanitaria, desarrollando al tiempo la idea de actuación integral.

A pesar de su configuración como **Servicio de Enfermedades Infecciosas**, prácticamente desde el comienzo de su andadura se atendieron patologías no infecciosas, generalmente en pacientes sin cobertura sanitaria por la Seguridad Social, lo que significó por otro lado una mayor complejidad de los procesos atendidos. Durante el mismo período la **Sección Hospitalaria de Pediatría** atendía igualmente a pacientes con patología infecciosa o no transmisible, indistintamente.

La actividad ambulatoria incluía las consultas de Medicina General; Enfermedades Infecciosas; Pediatría; Pulmón y Corazón y de aparato digestivo.

El **Servicio de Psiquiatría** se configura bajo los parámetros de la psiquiatría comunitaria, rechazando el modelo de asistencia manicomial. La hospitalización es de corta estancia, dirigida a enfermos agudos, teniendo gran importancia las actividades desarrolladas en las Consultas Externas del Centro y en los Sectores, así como las realizadas específicamente en las áreas de psicología, asistencia social y asistencia a domicilio. Hay que señalar la temprana habilitación de una segunda unidad de psiquiatría donde se ubican los pacientes alcohólicos, con los que se desarrollan técnicas de deshabitación y terapia grupal.

Las consultas de sector se iniciaron en 1976 en Navalmoral de la Mata y Los Navalmorales, con periodicidad quincenal y mensual, respectivamente. En noviembre de 1977 se inició la actividad en Arenas de San Pedro. Otras unidades funcionantes desde el inicio de las actividades fueron la Unidad de Psicología (exámenes psicológicos, test y cuestionarios). Desde Asistencia Social se realizaron informes sociales, entrevistas con pacientes, familiares y diferentes recursos. Otras actividades desarrolladas fueron las visitas domiciliarias por psiquiatras del Servicio y la realización de estudios electroencefalográficos.

Se debe señalar también que como soporte a la actividad asistencial de ambos servicios se estableció una **Unidad de Urgencias**, con guardias de presencia física por parte de uno de los médicos de plantilla, de 15 a 8 horas los días laborales y de 24 horas en domingos y festivos, atendidas por la



Figura 4.3. Microscopio donado por la OMS.



Figura 4.4. En la Sala de Radiología.

totalidad de médicos del Centro. El personal de enfermería, mozos sanitarios, conserjería y servicios domésticos realizaba sus turnos correspondientes, aunque la escasez de personal obligaba con frecuencia a realizar turnos dobles.

El **Servicio de Laboratorio** se estructuraba en dos secciones, Bacteriología y Análisis Clínicos, con otra parte de sus actividades (Análisis Físico-químicos) compartida con la Unidad de Saneamiento ambiental. Las tres secciones se encontraban en diferentes lugares del Centro;

Análisis Clínicos en el edificio principal; Bacteriología y Análisis Físico-químicos en el edificio docente, pero en estancias diferentes. Inicialmente contaba con una escasa dotación tecnológica, correspondiéndose con la situación habitual de la época. En la Sección de Bacteriología, cuyas actividades prestaban soporte a las actuaciones tanto a los servicios hospitalarios como a los de salud pública, se trabajó en las áreas de la Bacteriología y Parasitología.

El **Servicio de Radiología** estaba dotado de una Sala de Radiología montada y otra sin equipamiento, radioscopia y fotoseriación, prestando sus servicios a las demandas formuladas por el Área Asistencial (Ambulatoria y Hospitalaria), así como por los servicios de salud pública (Epidemiología y Promoción de la Salud).

Área de Salud Pública

El **Servicio de Epidemiología** comenzó su actuación atendiendo los brotes epidémicos y preparando el Sistema de Declaración de Enfermedades Obligatoria, que entraría en vigor en 1977. Durante el primer año se estudiaron siete brotes, siendo los más significativos los brotes de disentería bacilar correspondientes a Escalona (Toledo) por shigella sonnei en usuarios del camping de la localidad; los brotes comunitarios por la misma etiología en El Arenal (Ávila) y en Alcaudete de la Jara (Toledo), asociándose en este último shigella flexneri. Igualmente se inició un estudio sobre endemia brucelósica en 18 municipios del Área Sanitaria, identificándose un total de 56 casos, recogiéndose el censo vacuno, caprino, ovino y porcino, así como la existencia de partos con retención placentaria y abortos.

La implantación del sistema de notificación obligatoria de enfermedades en 1977 introdujo diversas modificaciones sobre los sistemas habituales de la época, incluyéndose 58 enfermedades, entre ellas 13 no transmisibles consideradas de gran trascendencia sanitaria y social, planteándose como objetivo conocer la incidencia y prevalencia de estas enfermedades. El hecho de que los partes de declaración no

coincidiera con los utilizados por las respectivas Jefaturas Provinciales de Sanidad, la duplicación de la declaración y la natural resistencia a cambios que suponen una mayor carga de trabajo hizo que inicialmente fuera necesario realizar una labor de estrecha vigilancia y colaboración de las actividades de los sanitarios locales para conseguir una buena declaración. El análisis de la información recibida se realizó mediante el cálculo de las tasas de incidencia y de mortalidad, presentando la información mediante tablas y mapas.

Además de las actividades propias de vigilancia epidemiológica se realizaron dos estudios concretos: el primero de ellos sobre el reumatismo cardiovascular, basándose en la prevalencia de amigdalectomías y cardiopatías reumáticas obtenidos en los reconocimientos infantiles y en el estudio de los títulos serológicos de antiestreptolisina O en la población infantil femenina de 11 años. El segundo estudio consistió en comprobar la respuesta inmunológica de la citada población tras la vacunación antirrubéólica con la cepa Cendehill liofilizada, por encargo de la Subdirección General de Medicina Preventiva y Sanidad Ambiental.

Otra aportación de este primer período fue el estudio y caracterización de un cuadro clínico diagnosticado frecuentemente y compatible con carbunco, pero que no reunía todos los requisitos necesarios para ser tipificado como tal, como fiebre exantemática mediterránea, enfermedad hasta entonces no diagnosticada en el entorno, con una significación clínica muy diferente.

El análisis de la información recibida aconsejó a la Dirección estudiar la puesta en marcha de una campaña de lucha contra enfermedades como la tuberculosis pulmonar, el reumatismo cardiovascular, brucelosis y hepatitis.

Las actividades de **saneamiento ambiental e inspección de actividades** se centraron fundamentalmente en esta primera etapa en recoger información de la infraestructura sanitaria y en conocer posibles riesgos para la salud. Respecto al primer punto se comenzó a cumplimentar una ficha de recogida de datos sobre las condiciones demográficas, ambientales, de los establecimientos alimentarios, lugares de uso público y recursos sanitarios. Respecto al segundo punto la actuación sobre riesgos se centró en la mejora de las condiciones de cloración y potabilidad de las aguas de consumo público, sin olvidar el control de piscinas y establecimientos hosteleros, implicados con frecuencia en brotes de toxiinfecciones alimentarias.



Figura 4.5. Del estudio epidemiológico de una pústula.



Figura 4.6. Colocando una garrafa invertida para cloración.

Para ambas actuaciones fue fundamental la labor desarrollada desde la Unidad Móvil, desde la cual personal facultativo y técnico realizaban un trabajo de análisis y, sobre todo, de educación de los responsables municipales y de los propios sanitarios locales, incluyendo la puesta en marcha de un sistema de notificación semanal de los niveles de cloración, la distribución de sistemas elementales de cloración¹, suministrados por la Confederación Hidrográfica del Tajo, así como clorómetros facilitados a los farmacéuticos titulares. Fruto de ello fue una muy rápida y notable mejora de los indicadores de cloración y por ende de la calidad y de la garantía sanitaria del agua de los abastecimientos públicos.

A través de los controles efectuados se comprobó en general la existencia de malas condiciones sanitario-ambientales, señalándose entre los principales problemas los reseñados en la tabla siguiente:

Tabla 4.1. Principales problemas ambientales del AESTR (1976-78)

- Inexistencia de estaciones depuradoras de aguas residuales.
- Contaminación de toda la red fluvial.
- La presión turística estacional en los valles del Alberche y Tiétar.
- La escasa dotación de agua potable en numerosos municipios, especialmente acusada en verano.
- La escasa capacidad de la depuradora de aguas potables de Talavera de la Reina.
- La insuficiente cloración, aunque mejorando desde el inicio de actividades del CNDS, lo que motiva elevados índices de no potabilidad.
- Inadecuada recogida de basuras, sin que se realice tratamiento higiénico en punto alguno.
- Estado de abandono y suciedad de los mataderos municipales.

¹ La "Garrafa invertida" consistía en una garrafa de 16 litros, dotada de un tapón dosificador reguiado de manera que su contenido se vaciaba en un tiempo de 24 horas, colocándola invertida sobre el depósito del abastecimiento, regulando la concentración de cloro de manera que se alcanzaran los niveles de cloro libre residual necesarios.

Paralelamente se realizó un estudio sobre la situación de los mataderos del Área, recogiendo datos como el número de sacrificios mensuales, la existencia de horno crematorio o bidón de decomiso, la realización de sacrificio clandestino o en carnicerías y, como resumen, el estado sanitario global del matadero, detectándose en general muy malas condiciones higiénico-sanitarias en la producción de carne.

También es de reseñar el informe realizado sobre las condiciones higiénico-sanitarias del Barrio de La Solana de Talavera de la Reina, cuya construcción se realizó de manera rápida e incontrolada, con abundantes carencias en el aspecto medio-ambiental entendido en sentido amplio (eliminación de aguas residuales, basuras, roedores, riesgos físicos, ruido, alteraciones urbanísticas, etc.).

Las actividades de **Promoción de la Salud** abarcaron diversas áreas de actuación: una campaña de detección de sífilis, motivada por la constancia epidemiológica de un elevado número de casos de enfermedades de transmisión sexual, ligado entre otros factores a la proliferación de clubes de carretera en el entorno de la Central Nuclear de Almaraz, entonces en fase de construcción. La campaña se basó en las pruebas de VDRL y Meinicke, obteniéndose un 0.27% de positividad; el reconocimiento de manipuladores de alimentos, a los que se realizaba cultivo de exudado nasal, coprocultivo, fotoseriación y reconocimiento médico; los reconocimientos periódicos en salud, realizados en lactantes, preescolares, escolares y adultos, según procedimientos protocolizados; por último la asunción de la planificación y ejecución del programa de vacunaciones (Polio, DTP, tétanos y, esporádicamente, BCG). En este campo se realizó una política activa de contacto con autoridades, colegios, barriadas, colectivos desfavorecidos, etc, consiguiéndose una rápida elevación de los niveles de cobertura vacunal.

En septiembre de 1977 se iniciaron los reconocimientos periódicos de salud en escolares, una vez incrementada la plantilla del Servicio de Promoción de la Salud. Los reconocimientos en este primer curso económico fueron dirigidos a los alumnos de 1.º de EGB, constando de examen estatura-ponderal, test de visión y audición, exploración clínica general, análisis elemental de la orina, test tuberculínico y examen fluororadiográfico.

También en septiembre de 1977 se inició el Plan de Acción Sanitaria, actividad conjunta de Promoción de la Salud y Sanidad Ambiental y de los Sanitarios Locales, desarrollado en otro apartado de este capítulo.



Figura 4.7. Reconocimiento de escolar.

Educación Sanitaria y Formación continuada

Otra de las tareas primordiales de la primera etapa fue la puesta en marcha de actividades de **formación continuada** para los profesionales del CNDS, en forma de sesiones clínicas y sanitarias, abiertas también para sanitarios locales; cursos y seminarios reglados para el personal del CNDS y diversos cursos para sanitarios locales del Área. Tuvo carácter singular la organización de un curso de Orientación Sanitaria Municipal para funcionarios de Ayuntamientos, indicativo del carácter integrador e interdisciplinar de las actividades iniciadas.

Igualmente se realizaron actividades para sanitarios de fuera del Área (Educación Sanitaria; prácticas de Oficiales Sanitarios; Curso intensivo para médicos directores de Centros Comarcales y Subcomarcales).

En este campo son de resaltar los acuerdos establecidos con la Escuela profesional de Auxiliares de Clínica Juan XXIII de Oropesa, para la formación teórico-práctica de sus alumnos; el programa de colaboración con la Escuela de Enfermeras de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina (formación teórico-práctica en Patología Infecciosa, Psiquiatría e Higiene y Sanidad) y el programa de colaboración con el Colegio Oficial de Veterinarios de Toledo, estableciéndose un Curso de Formación Continuada.



Figura 4.8. Actividad docente.

Finalmente se estableció un programa de formación de post-graduados en el campo de la Salud Pública, para dos médicos internos, por períodos anuales.

Mención especial merece la celebración en el CNDS de las Jornadas Sanitarias del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, que son recogidas en la prensa local como las primeras realizadas tras 40 años de prohibición. Las cuatro ponencias debatidas fueron: “Teoría general de la salud pública”, “Incardinación de la asistencia sanitaria en la salud pública”, “Proyectos de reforma de las actividades de salud pública” y “Criterios de bases para la elaboración de una nueva ley general de sanidad”. Presidida por el Sr. Ministro de Sanidad y Seguridad Social, D. Enrique Sánchez de León, en la sesión de clausura se leyeron las siguientes conclusiones:

Conclusiones de las Jornadas Sanitarias del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. Centro Nacional de Demostración Sanitaria. Talavera de la Reina, 1977

“El análisis de la actual situación sanitaria pone de manifiesto:

1. *La desigualdad de la población ante la enfermedad y la conservación y promoción de la salud.*
2. *La mala utilización de los recursos económicos, agravada por las limitaciones de los mismos.*
3. *La ineficiencia de los actuales esquemas asistenciales ante la comunidad y los medios profesionales y científicos.*
4. *La insuficiencia de la estructura epidemiológica general y de las medidas preventivas y de control del medio ambiente.*

El Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, reunido en Talavera de la Reina con motivo de las Jornadas Sanitarias, entiende que la Sanidad es hpy el conjunto de los servicios sanitarios y de las acciones que por ellos se ejercen en relación con la salud, siendo en cada momento fiel reflejo del sistema socio-político prevalente y de que a través de los cambios en las estructuras sociales y políticas se pueden modificar de forma sustancial las formas de enfrentarse colectivamente a los problemas de salud.

Contando con que uno de los derechos fundamentales de la persona es el derecho a la salud, los principios que han de informar las acciones para una adecuada administración sanitaria son en el momento presente los siguientes:

Primero: La necesidad de modificar los esquemas vigentes centrados en la enfermedad y fundamentalmente asistenciales, por un nuevo modelo, centrado en la salud y basado en el desarrollo comunitario de una Medicina Integral.

Segundo: La necesidad de poner al alcance de toda la población los beneficios básicos que en materia sanitaria, científica y social puedan influir positivamente sobre la salud de la comunidad, mejor que el desarrollo de elementos costosos y sofisticados para sectores reducidos de la población.

Tercero: La exigencia ineludible de establecer un sistema de asistencia sanitaria in-

tegrada, completa y unificada que alcance a toda la población de forma igualatoria.

Cuarto: La conveniencia de abrir cauces de expresión de opiniones para toda la comunidad a través de sus representantes legítimos o legitimado, exponga sus opiniones, necesidades y expectativas.

Quinto: El mejor, más justo y racional aprovechamiento de los recursos hace necesario que las estructuras sanitarias se desarrollen de forma descentralizada alcanzando niveles de autonomía de servicio.

El Plan de Acción Sanitaria

El Plan de Acción Sanitaria fue concebido como un modelo de intervención en salud pública sobre la base de la actuación integrada de los diferentes servicios del Centro y los Sanitarios Locales de los municipios donde se desarrollara. Como un elemento básico de la actuación se contaba con los equipos móviles del Centro, que permitían el mejor aprovechamiento de los recursos. El programa se desarrolló en el partido médico de Robledo del Mazo y, parcialmente, en el de Espinoso del Rey, con sus respectivos anejos. Los objetivos del Plan eran la cumplimentación de un estudio sanitario detallado de cada localidad y el asesoramiento a las autoridades municipales para subsanar las deficiencias en infraestructura, así como la realización de reconocimientos en salud a toda la población. Todo ello configuraba un modelo de actuación intensivo del que se esperaba conseguir notables cambios en la situación sanitaria de los municipios.

Dentro del Centro la actuación se soportaba fundamentalmente sobre los servicios de Promoción de la Salud y de Epidemiología y Sanidad Ambiental. Las actuaciones realizadas comprendieron:

- Descripción y análisis de los factores condicionantes de carácter social (situación, comunicaciones y medios de vida).
- Descripción y análisis de los condicionantes demográficos y sanitarios (evolución de la población, estructura de la pirámide de población), características sociolaborales, personal sanitario, estadísticas vitales, morbilidad, etc.
- La realización de reconocimientos en salud a todos los habitantes de Robledo del Mazo y las entidades menores de Robledillo, Las Hunfrias, Navaltoril y Piedraescrita.

Los reconocimientos se llevaron a cabo mediante equipos móviles que se desplazaban diariamente desde el CNDS a dichas localida-



Figura 4.9. Una visita domiciliaria en Robledo del Mazo.

des y que contaban con un autobús sanitario acondicionado para consulta y fotoseriación radiológica. Se realizó el reconocimiento de toda población de la zona que voluntariamente acudió al programa (más del 90% del total de la población de hecho). Los reconocimientos se dividieron en tres clases según grupos de edad, realizándose en cada uno de ellos los siguientes protocolos:

Población preescolar (0-5 años):

- Interrogatorio a padres.
- Pruebas de desarrollo psicomotor.
- Evaluación de desarrollo estatura-ponderal.
- Exploración clínica completa realizada por un médico y enfermera o auxiliar.
- Prueba de reacción tuberculínica mediante intradermo-reacción de Mantoux.
- Determinación de glucosa y albúmina en orina mediante utilización de tiras reactivas.

Población escolar (6-14 años):

- Evaluación del desarrollo estatura-ponderal.
- Exploración clínica completa.
- Prueba de reacción tuberculínica.
- Determinación de agudeza visual y auditiva.
- Albúmina y Glucosa en orina.
- Fotoseriación de tórax.
- Pruebas psicológicas individuales.
- Tests psicológicos colectivos de Raven y Goodenand.

Población adulta (>15 años)

- Exploración clínica completa.
- Pruebas de visión y audición.
- Intradermorreacción a los menores de 25 años.
- Fotoseriación.
- Albúmina y glucosa en orina a todos.
- Eventualmente E.C.G. a sospechosos de cardiopatía.

Resultados más relevantes del Plan de Acción Sanitaria (Robledo del Mazo y anejos). 1976-77

Actos o resultados	Número o porcentaje
Reconocimientos a preescolares	43
— Mantoux entre 6-12 mm.	20.9%
— Mantoux de 13 mm y más.	4.6%
— TBC activa en menores de 5 años.	1
— Preescolares con retraso ponderal.	30%
Reconocimientos a escolares	91
— Mantoux entre 6-12 mm.	77.1%
— Mantoux 6-12 mm en escolares.	22.3%
— Escolares con retraso del crecimiento en talla	25.2%
— Caries	70%
— Subnormalidad profunda	3
Reconocimientos a >15 años	938
— Bronquitis crónica	12.2%
— Cardiopatías	11.2%
— Hipertensión	14.5%
— Obesidad	22.8%
— Alteraciones del SNC	15.6%
— Alteraciones del aparato locomotor	19.7%
— Alteraciones visuales	52.1
— Alteraciones auditivas	16.9

Se debe reseñar que no se valoraron los tests de Raven y Goodenand realizados a escolares al no ser considerados aptos para población rural poco escolarizada, así como la alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en adultos.

- Saneamiento ambiental: Se estudiaron los apartados de vivienda, urbanización, abastecimiento de agua, incluyendo su análisis bacteriológico y químico, alcantarillado, lavaderos públicos, puntos de baño, recogida de basuras, cementerio, escuelas y sanidad veterinaria.

En función de los estudios realizados se formularon las siguientes recomendaciones sanitarias, presentadas a las autoridades municipales:

- a) *Infraestructura sanitaria*: Controlar la correcta cloración del agua, dada la no potabilidad en origen, sustituyendo la cloración manual por un dispositivo de goteo. Restringir el uso de la población de las fuentes públicas, no pota-

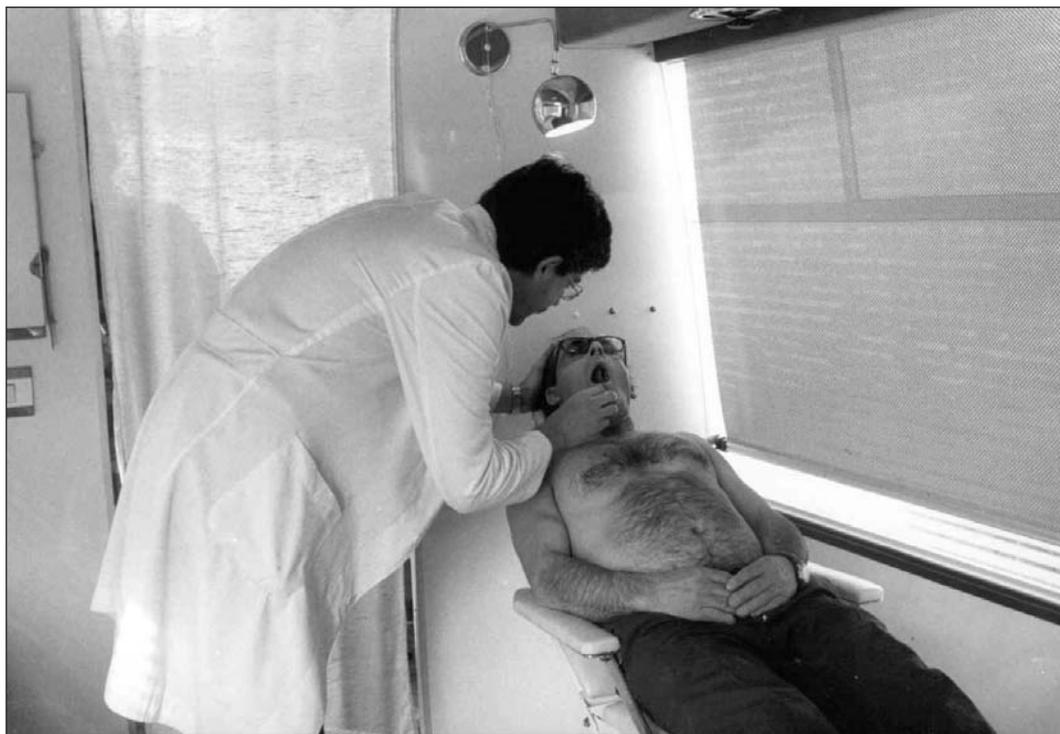


Figura 4.10. Examen en salud en la Unidad Móvil.

- bles. Construir una fosa séptica para tratamiento primario de las aguas residuales, facilitándose el proyecto al ayuntamiento.
- b) *Basuras*: No existe recogida municipal. Se recomendó la incineración controlada de los residuos, hasta tanto fuera factible constituir una mancomunidad de municipios.
 - c) *Escuelas*: Construcción de servicios higiénicos en el grupo escolar. Se adjuntaron proyecto y presupuesto orientativos.
 - d) *Cementerio*: Se recomienda su alejamiento del casco urbano. Se adjuntaron proyecto y presupuesto orientativos.
 - e) *Alimentación*: Establecer un programa de Educación sanitaria en alimentación para corregir los hábitos incorrectos, que se manifiestan en retraso estaturponderal.

Consideraciones generales sobre el período 1976-78

La puesta en marcha de una experiencia que implica la creación de un centro sanitario que integra actividades hospitalarias con otras de Salud Pública, actuan-

do sobre un Área Especial, formada por parte de cuatro provincias, no cabe duda que resultaba un reto apasionante, posible por el esfuerzo de muchas personas e instituciones y no exento de grandes dificultades. Las condiciones favorables que permitieron a la postre alcanzar con éxito esta misión fueron:

- La capacidad, entrega y entusiasmo de los trabajadores del Centro, dirigidos hacia unos objetivos predeterminados.
- El apoyo de los Servicios Centrales, especialmente la AISNA, la Dirección General de Sanidad y la Escuela Nacional de Sanidad, que facilitaron el proceso en la medida de lo posible, en una época de grandes carencias económicas y técnicas.
- La colaboración prestada por las instituciones y organizaciones locales (Ayuntamientos, sector de la enseñanza, asociaciones ciudadanas, etc).
- La acogida prestada por los propios usuarios, que tuvieron acceso a una atención integrada de calidad, con carácter gratuito o con unos desembolsos económicos.

Por el contrario las principales dificultades que hubo que enfrentar fueron:

- Escasa plantilla, que fue incrementándose paulatinamente, pero que nunca permitió atender con holgura las necesidades.
- La nula relación con la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social Nuestra Señora del Prado, llegando al punto de la existencia de fuertes enfrentamientos.
- El rechazo de ciertos sectores profesionales, incluyendo algún Colegio Profesional.
- La dificultad de organizar un Área que incluía parte de cuatro diferentes provincias, con diferente grado de aceptación por sus responsables.
- La inexistencia de relaciones con instituciones docentes universitarias.
- La nula relación con la Organización Mundial de la Salud.

Durante este período (1976-78) la principal prioridad a atender fue la asistencial, siendo fácil comprender que esta área no podía quedar bajo mínimos en materia de recursos de personal y materiales, por la responsabilidad generada por cualquier acto asistencial. Junto a las dificultades presupuestarias de los Servicios Centrales esto hizo que se retrasara la dotación de la plantilla destinada al área de salud pública. En todo caso la plantilla de facultativos del área asistencial era realmente escasa para atender las amplias necesidades generadas, obligando a que personal de salud pública tuviera que desempeñar labores de apoyo, además de colaborar en la realización de las guardias.

Esta situación, unida al hecho de la apertura previa de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Prado, hizo que importantes zonas asistenciales (Ej.: quirófanos, paritorios y las consultas de odontología, ofatalmología y otorrinolaringología) no llegaran a entrar en funcionamiento.

En todo caso la actividad asistencial fue acogida con gran entusiasmo por la población, que percibía la atención personalizada y el interés de la plantilla del CNDS en la resolución de sus problemas de salud. Otro tanto ocurría en la actividad de salud pública, valorándose en alto grado la mejora alcanzada en aspectos tales como las vacunaciones, los reconocimientos a lactantes, escolares y población adulta. Las instituciones percibieron igualmente una forma diferente de afrontar los problemas de salud: el estudio de los factores de riesgo, especialmente los derivados del agua y de los alimentos, sectores muy en precario; el abordaje integral de los brotes epidémicos de cualquier etiología, no limitándose al tratamiento de los enfermos, sino extendiendo las actuaciones a los convivientes cuando era necesario y buscando los factores de riesgo que motivaron la situación patológica. La propia sociedad recibía información a través de los medios de comunicación de actuaciones hasta entonces desconocidas en el territorio del Área de Talavera de la Reina, no solamente circunscritas a estrictos problemas de salud, sino extendidas a áreas de carácter más social, como los posibles riesgos para la salud humana y ambiental de actuaciones como el trasvase Tajo-Segura o los derivados del anárquico desarrollo urbano de barrios, como La Solana en Talavera de la Reina.

La relación con el sector sanitario presentó grandes contrastes. El Colegio Oficial de Médicos de Toledo adoptó una actitud beligerante ante la recién creada Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina, haciéndose eco del “problema creado” y señalando que la falta de participación del estamento médico a través de sus organismos representativos en la organización del Área diera lugar a “situaciones profesionales y sanitarias irregulares que, en el futuro, podrían ser conflictivas”. Para paliar esta circunstancia exigió su participación en la Comisión contemplada en el Convenio entre el INP y la Dirección General de Sanidad, Comisión que nunca se llegó a reunir. Sin que quedaran documentalmente claros cuáles eran los motivos de descontento de estos sectores, parece que pudo influir el hecho de que la puesta en funcionamiento del Centro significara cierto menoscabo para la actividad profesional privada.

Las relaciones con la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Prado no fueron tampoco muy fluidas, limitándose prácticamente a la colaboración en la formación de las estudiantes de enfermería. Por el contrario no existieron intercambios científicos ni técnicos, ni traslados de enfermos, excepto los derivados del hecho de que la Residencia no atendiera la patología infecciosa y psiquiátrica. Esta incomunicación se extendió incluso al aspecto administrativo, no llegando a abonar el INP ninguna cantidad por los pacientes con cartilla atendidos en el CNDS.

Con otros sectores profesionales, especialmente sanitarios locales, veterinarios y farmacéuticos, se establecieron vínculos de trabajo de gran interés, traducidos en trabajo conjunto, tanto de carácter asistencial como de salud pública. Estos colec-

tivos encontraron en el CNDS un fuerte apoyo técnico, incluyendo el acceso a pruebas diagnósticas (laboratorio y radiología), saliendo de la situación de aislamiento en la que hasta entonces habían trabajado.

La relación con las Jefaturas Provinciales de Sanidad que compartían población con el ASTR fue muy diferente, pudiendo calificarse como buena con Ávila, indiferente con Cáceres y Ciudad Real (ésta última con un sólo pueblo incluido en el Área) y problemática con Toledo, aún cuando esto no significó nunca una dificultad insuperable. En cualquier caso, la existencia del Área Especial demostró en gran número de ocasiones su interés y adecuación, siendo frecuentes las situaciones en las que había que intervenir simultáneamente en más de una provincia ante problemas de salud, dado el alto nivel de relación existente entre sus habitantes, ligados por múltiples lazos sociales y económicos.

De la relación con las Instituciones se debe reseñar la colaboración obtenida con la AISNA desde el punto de vista administrativo y de la Dirección General de Sanidad en el desarrollo de programas, como la valoración de la vacuna de la rubéola, sobre todo en ciertos sectores de la misma; la colaboración de la Escuela Nacional de Sanidad, que entendió la utilidad del CNDS para sus actividades docentes como escuela de campo, plasmada en la realización conjunta de actividades, aunque no llegara a establecerse un mecanismo de relación institucional; la escasa colaboración con el Instituto Nacional de Sanidad de Majadahonda y la nula relación con la OMS, que no realizó ninguna tarea de seguimiento de la actividad desarrollada por el CNDS. Anecdóticamente, la presencia de miembros de la OMS se limitó a una visita del arquitecto Tatton Brown y de un fotógrafo que realizó un reportaje gráfico que sería expuesto en 1978 en la ciudad de Alma-Ata, en la entonces Unión Soviética, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, presentando un novedoso sistema de atención en nuestro país y una entrevista del Director del CNDS con el Director General de la Oficina Regional Europea de la OMS, Leo Kaprio, a quien le presentó los primeros resultados obtenidos, siendo bien valorados.

Hay que señalar que en general, la actividad desarrollada en el CNDS fue planificada fundamentalmente desde la Dirección del mismo, sin que existiera una planificación y monitorización desde instancias superiores (AISNA y Dirección General de Sanidad).

Este período llega a su fin por la confluencia de varios factores, entre los que podemos citar: los cambios organizativos motivados por la creación del Ministerio de Sanidad y la subsiguiente modificación de las prioridades; la falta de relación existente con el INP y diferentes sectores sanitarios, sin que se pudieran desarrollar los acuerdos establecidos y, por último, tensiones laborales que generaron una huelga en la AISNA con su consiguiente impacto sobre el Centro hicieron que el Director del CNDS presentara su dimisión que fue efectiva con fecha 1 de mayo de 1978.

LA ORIENTACIÓN HACIA LA SALUD PÚBLICA (1979-80)

Tras la marcha del primer Director, el Centro es dirigido interinamente durante un corto período (18 de mayo a 30 de junio de 1978) por el Dr. Jesús Sibón Galindo, Subdirector del mismo. Mientras tanto en la Dirección General de Sanidad y en la AISNA se busca un nuevo hombre para la Dirección, ofreciéndosele y aceptándola José María Francia Viña, joven miembro del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, con experiencia fundamentalmente en el campo del control de enfermedades crónicas y con una orientación hacia los objetivos y fines de la Salud Pública, el cual toma posesión de su cargo el 1 de julio de 1978.

Con carácter previo a la toma de posesión el futuro Director elaboró un informe sobre la situación en el CNDS (mayo de 1978), formulando diversas propuestas de actuación que configuraban su programa inicial. Gran parte de estas propuestas se basaban en la oportunidad generada por la reciente creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Sus elementos fundamentales eran:

1. Establecer una relación institucionalizada con las diversas Direcciones Generales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
2. Modificar la financiación, pasando de la existente basada en la actividad asistencial por otra, no especificada, que tuviera en cuenta las actividades de Salud Pública.
3. Establecer relaciones con las Delegaciones Provinciales de Sanidad del ASTR, con la OMS y con los Centros del Instituto Nacional de Sanidad.
4. Reducir y ordenar la actividad asistencial, mejorando los mecanismos de coordinación con el Hospital y Ambulatorio de la Seguridad Social por una parte y con los dispositivos de medicina rural, de otra.
5. Desarrollar las actividades de Salud Pública, proponiendo que se realice mediante una relación estrecha con las diferentes Subdirecciones de la Dirección General de Salud Pública, de forma que se pudieran desarrollar programas de carácter piloto e innovador. Una de las bases de actuación debería ser

la comarcalización del Área de Salud, proponiéndose como nuevas actividades a desarrollar la creación de registros de enfermedades crónicas, vigilancia ambiental y veterinaria de Salud Pública.

6. Mantener la relación con la Escuela Nacional de Sanidad en materia de formación.

Informe sobre la situación del CNDS. Mayo de 1978.

Autor: José María Francia

INFORME SOBRE EL CENTRO NACIONAL DE DEMOSTRACION SANITARIA Y EL AREA ESPECIAL DE TALAVERA DE LA REINA

La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social así como su posterior organización central y provincial obligan a un replanteamiento de los objetivos y funciones que actualmente y en un futuro deben corresponder al C.N.D.S. y área especial de Talavera de la Reina dentro de nuestra organización sanitaria. En esta línea la dirección del C.N.D.S. tras requerir un informe detallado de las actividades desarrolladas por los diferentes servicios del centro y después de celebrar distintas reuniones de trabajo con el conjunto de sanitarios locales del área ha elaborado el presente informe con el fin de que sirva de base para que dicho replanteamiento de objetivos y funciones sea efectivo y cuente con el debido apoyo del Ministerio de Sanidad.

1.—Dependencia institucional, financiación y marco general de actuación

En la actualidad el C.N.D.S. depende institucionalmente del A.I.S.N. no existiendo por el momento ningún tipo de relación normalizada entre el Centro y las respectivas Direcciones Generales de la Subsecretaría de la Salud. Ello trae como consecuencia que la relación con el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social sea en el momento actual puramente administrativa y contable sin recibir de él orientación técnica alguna en el desarrollo de las actividades sanitarias que este centro lleva a cabo. Se hace pues muy necesario el establecimiento de vías adecuadas de comunicación y coordinación entre el centro y las Direcciones Generales de Salud Pública, Asistencia Sanitaria y Ordenación Farmacéutica ya que todas ellas se encuentran directamente implicadas en las actividades que desarrolla el C.N.D.S.

La financiación del C.N.D.S. en función de la dependencia anteriormente indicada se realiza exclusivamente a través del A.I.S.N. en base a módulos puramente asistenciales como si se tratara de un hospital más de este organismo autónomo. Ello sitúa todas las actividades de salud pública desarrolladas por el C.N.D.S. a merced de un irregular trasvase de fondos destinados en principio a la asistencia de enfermos. Al no contar de esta forma con una financiación directa de las actividades de salud pública resulta imposible programar correctamente dichas actividades que frecuentemente es preciso interrumpir e incluso abandonar por falta de previsión presupuestaria. A pesar de que en la creación del C.N.D.S. participo de forma muy directa la Oficina Regional para Europa de la O.M.S. lo cierto es que las relaciones del centro con dicha Organización son puramente protocola-

rias, no existiendo ningún tipo de relación técnica continuada que permita un intercambio de resultados y una orientación de los programas en curso. Sería muy importante la normalización de dichas relaciones así como la participación del C.N.D.S. en alguno de los programas que dicha organización realiza actualmente en la región europea.

El análisis crítico del estatuto jurídico del C.N.D.S. propuesto a la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria con ocasión de la visita a Madrid del Director regional para Europa de la O.M.S. se realiza al final de este informe. Pensamos sin embargo que dada la actual división territorial del área especial de Talavera de la Reina correspondiente a cuatro provincias y tres regiones pre-autonómicas, previamente a la aprobación jurídica del área (proceso político y administrativo complejo y largo) resulta prioritario la integración del C.N.D.S. en el Instituto Nacional de Sanidad junto con los centros nacionales de Microbiología, Virología e Inmunología sanitaria, Farmacobiología y de Alimentación y Nutrición. También resulta imprescindible el que la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria a través de sus respectivas Delegaciones Provinciales coordine bajo su autoridad las actividades y programas que el C.N.D.S. desarrolla en el área especial de Talavera de la Reina. En una fase posterior se abordaría en contacto con las autoridades sanitarias locales, provinciales y regionales el tema de la entidad jurídica del área. En otro orden de cosas se hace necesario conciliar la dimensión nacional del C.N.D.S. y su clara proyección local para lo que será preciso instrumentar fórmulas adecuadas de participación y gestión municipal en aquellas actividades del centro que directamente incidan sobre la vida local.

2.—Análisis de las actividades asistenciales desarrolladas por el C.N.D.S.

Aunque orgánicamente son cuatro los servicios hospitalarios incluidos en la actual plantilla del centro (infecciosos, psiquiatría, laboratorio y radiología) de hecho y con autonomía propia funcionan además una unidad de pediatría y otra de pulmón y corazón resultando así cuatro las unidades diferenciadas de hospitalización con las que cuenta el centro. Se ha producido una duplicación de servicios con relación a los existentes en la residencia de la Seguridad Social (S.S.) Virgen del Prado; se perpetua así el clásico desequilibrio entre una asistencia hospitalaria pública de bajo coste y supuestamente para la beneficencia y los hospitales de la S.S. bien dotados y equipados. Por otra parte la proporción de enfermos ingresados en el C.N.D.S. a título privado supera con creces a los ingresados por beneficencia produciéndose la paradoja de que no solo se beneficie del carácter público y bajo precio aquellos sectores sin recursos económicos, sino que también lo hace todo un amplio sector de población sin S.S. y con recursos económicos. El C.N.D.S. entra así en un triple conflicto, con el sector privado al ofrecer una hospitalización de bajo coste sin discriminación alguna, con la S.S. al ingresar enfermos no infecciosos (con S.S. algunos de ellos) y con su propio carácter público al crear una creciente demanda de enfermos realmente privados que no corresponden a la beneficencia ni al concierto establecido con la S.S. con respecto a enfermos psiquiátricos e infecciosos. Puesto que el convenio vigente con el I.N.P. solo incluye el ingreso de enfermos infecciosos o psiquiátricos pero no las consultas externas se producen situaciones paradójicas derivadas de la necesidad administrativa del pago de la consulta ya que enfermos remitidos por la S.S. y que no son ingresados deben pagar los costes de su consulta. Así mismo

los enfermos dados de alta y que deben ser revisados ambulatoriamente también se ven obligados al pago de la consulta por lo que muchas veces resulta imposible el seguimiento extra-hospitalario de los enfermos, psiquiátricos e infecciosos, que previamente fueron hospitalizados en el Centro.

Las propuestas que en el área asistencial deben abordarse pueden resumirse como sigue:

2.1.—Limitar la hospitalización de enfermos mentales e infecciosos a los enfermos psiquiátricos e infecciosos.

2.2.—Coordinación y conexión operativa entre los servicios del C.N.D.S. y los servicios hospitalarios de la residencia de la S.S.

2.3.—Ampliación del convenio con la S.S. a la asistencia ambulatoria estableciendo para su acceso a la misma el volante de los médicos de A.P.D.

2.4.—Desplazamiento periódico a las subcomarcas del área de consultores especializados que orienten, apoyen y discutan con los médicos rurales los problemas clínicos que se les planteen.

2.5.—Modificación del actual sistema de guardias externas e internas del Centro estudiando la participación de los médicos de A.P.D. más próximos en la atención de guardias externas desde el propio Centro.

2.6.—Utilización docente del Centro en contacto con la S.S. y la Escuela Nacional de Sanidad, programando la actividad docente a distintos niveles locales, regionales y nacionales especialmente en cuanto a la formación de personal de enfermería de salud pública del que tan necesitado está nuestro país.

2.7.—Es preciso disminuir el número de enfermos internados en el servicio de psiquiatría, la aceptación exclusiva de pacientes con residencia en el área, la exclusión de enfermos de etiología neurológica y el traslado de aquellos pacientes que requieren un tratamiento a medio y largo plazo a centros adecuados para ello, como el Psiquiátrico de Toledo.

2.8.—Se deberá establecer un servicio de urgencias psiquiátricas con el objeto de prestar asistencia precoz e impedir los tratamientos innecesarios.

3.—Análisis de las actividades de Salud Pública del C.N.D.S.

El analizar separadamente las actividades asistenciales y las de salud pública en este informe obedece tanto a razones metodológicas como al hecho de que en realidad las actividades de salud pública del C.N.D.S. se realizan aisladamente y sin prácticamente conexión alguna con la red asistencial del área. Estas actividades de salud pública constituyen así, acciones esporádicas muchas veces marginales en el marco de una inoperante concepción burocrática y administrativa de la Higiene Pública, por parte de autoridades locales, población y la casi totalidad de los médicos y sanitarios del área. Esta falta de valoración general de las acciones de salud pública, así como la mitificación de la actividad asistencial (exponentes ambas de toda una política sanitaria) constituyen en sí mismo una situación contradictoria ya que sin potenciar profundos cambios estructurales en la red asistencial que den contenido real a la acción preventiva, la programación de actividades específicas de salud pública al margen de esta red asistencial ni sería eficaz ni resolvería ninguno de los problemas planteados. Por ello la Dirección del C.N.D.S. a través del Servicio de Epidemiología está elaborando una propuesta general de comarcalización para el área de Talavera de la Reina que implica una reorde-

nación asistencial de toda la zona y que constituirá una referencia básica para plantearse en un futuro cualquier tipo de actuación sanitaria. El análisis que a continuación hacemos de las actividades de salud pública realizadas en el C.N.D.S. y la propuesta organizativa que implica, parte de esta necesidad de integración de las acciones preventivas en el conjunto de la red asistencial.

3.1.—Las actividades del servicio de Promoción de la salud se han desarrollado sin un contacto periódico con el servicio de promoción de la salud de la Subdirección General de Medicina Preventiva que es la que en definitiva debe proponer al C.N.D.S. los programas que el Ministerio plantee.

3.2.—La Subdirección General de Medicina Preventiva a través de su sección de sanidad escolar debe aprovechar los recursos y la experiencia acumulada por el C.N.D.S. para elaborar un plan piloto de Sanidad Escolar en el área de Talavera de la Reina que puede servir para evaluar sobre el terreno dichas actividades para su implantación de forma ordenada y sistemática a nivel nacional. Es fundamental la participación de la red asistencial en este programa para que los defectos detectados se subsanen sin dilación en la población escolar

3.3.—Las consultas de Odontología, Oftalmología y Otorrinolaringología perfectamente dotadas con que cuenta el C.N.D.S. deben ser utilizadas en el servicio de promoción de la salud, previo incremento de la plantilla de facultativos.

3.4.—Los equipos móviles de que dispone el centro deben entenderse como elementos de apoyo a la infraestructura asistencial y sanitaria general existente en el área, de acuerdo con programas previamente establecidos que respondan a objetivos precisos y bien definidos.

3.5.—La Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria deberá promover la realización de un programa piloto de vacunaciones en el área de Talavera de la Reina aportando al respecto criterios técnicos para su evaluación tanto en el orden organizativo como inmunológico y aportando personal para ello.

3.6.—Se deberán ampliar las actividades de diagnóstico precoz y preventivas al campo de las enfermedades crónicas (cáncer, cardiovasculares, diabetes, etc.) formando al personal del centro que se encargue de estas tareas y ampliando la plantilla de enfermería y facultativos existente.

3.7.—El servicio de Epidemiología ha desarrollado sus funciones aisladamente, sin ningún tipo de orientación por parte de los servicios epidemiológicos centrales de la Subdirección General de Medicina Preventiva y sin intercambios efectivos de información con las Jefaturas de Sanidad de las cuatro provincias que componen el área.

3.8.—El C.N.D.S. debe entenderse como núcleo coordinador de la información epidemiológica que obtiene sobre el área y que transmite a las respectivas delegaciones como auténticos centros ejecutivos de la acción sanitaria.

3.9.—La concepción por el momento del C.N.D.S. como una entidad autónoma administrativa con carácter ejecutivo aparte de irreal resulta inviable, ya que la gestión sanitaria tiene lugar a nivel provincial.

3.10.—Es urgente institucionalizar la recogida de información desde los ambulatorios y residencia de la S.S. al C.N.D.S. en base a la autoridad de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria. Este compromiso por parte de los servicios cen-

trales es imprescindible para que el C.N.D.S. pueda cumplir el papel que nacional e internacionalmente le corresponde.

3.11.—Se propone la implantación experimental de un sistema de información y vigilancia epidemiológica integral para el área que incluya la información del C.N.D.S., de la red de la S.S. y que incluya junto con la información clásica de las enfermedades infecciosas también las enfermedades crónicas.

3.12.—Este sistema de información y vigilancia epidemiológica podría basarse en las unidades territoriales definidas en el proyecto de comarcalización que ha elaborado el C.N.D.S., ya que al constituir unidades de tipo comarcal o subcomarcal podrían simular un nuevo sistema de información basado en estas unidades y no en los partidos médicos cuya previsible crisis puede alterar sustancialmente el actual sistema.

3.13.—Se deberá implantar un programa de registro de enfermedades crónicas en el área de Talavera de la Reina en contacto con la Subdirección General de Medicina Preventiva y el asesoramiento de sus grupos de expertos en cáncer, cardiovasculares y diabetes.

3.14.—El nuevo servicio de Sanidad Ambiental separado del de Epidemiología deberá organizarse para desarrollar su importante función (control sanitario efectivo del medio ambiente y prevención primaria de las enfermedades infecciosas) de acuerdo con las orientaciones, dotación y personal que la Subdirección General de Sanidad Ambiental estime oportunas y en cuyos programas de vigilancia del medio ambiente deberá integrarse: red de vigilancia del aire, del agua y radiaciones. La remisión periódica y sistemática de los datos obtenidos por el Servicio de Sanidad Ambiental del C.N.D.S. a las respectivas Delegaciones Provinciales que componen el área debería evitar duplicidades en la toma de muestras y especialmente en la vigilancia y control de las aguas.

3.15.—Urge la creación específica de una sección de Veterinaria de Salud Pública en el C.N.D.S. ya que hasta el presente estas actividades se desarrollan integradas en el Servicio de Epidemiología y Sanidad Ambiental. Es de destacar la falta de personal (solo un veterinario) en la plantilla del centro que será preciso aumentar para poder desarrollar correctamente estas funciones en contacto con la Subdirección General de Sanidad Veterinaria.

Este análisis de situación y las propuestas consiguientes no consta que fuera asumido ni contestado por la Autoridad Sanitaria, con lo que la organización del Centro nuevamente queda condicionada nuevamente al criterio, voluntad y habilidad del Director del Centro para ir aprovechando los recursos que tiene a su disposición.

Tras unos primeros meses de estudio comienzan a tomarse las primeras decisiones estratégicas, que condicionarán las actuaciones en los próximos años, entre ellas el desmantelamiento de gran parte de la infraestructura asistencial: Se suspende la actividad hospitalaria del Servicio de Infecciosos (en primer lugar pediatría, posteriormente adultos, así como de la Unidad de Psicósomáticos), manteniendo actividades ambulatorias tales como el Dispensario Antituberculoso y Puericultura y Pediatría (esta última limitada a pacientes incluidos en el Padrón de Beneficencia o sin cobertura por la Seguridad Social). Se mantiene igualmente el Servicio de Psiquiatría, tratando de darle una orientación más abierta hacia la comunidad. Igualmente se plantea mantener abiertas consultas de apoyo a sanitarios rurales y de medicina general para pacientes sin cobertura de la Seguridad Social.

También se decide poner en marcha una consulta para atender pacientes disléxicos, como medio de apoyo a las actividades de sanidad escolar.

Otra decisión trascendente en este campo es la de ceder el material completo de uno de los dos quirófanos y paritorio completamente equipados que tiene el Centro y que nunca llegaron a estrenarse a un Hospital de Onteniente, con lo que parece darse un paso de difícil vuelta a atrás en la recuperación de la actividad asistencial. Esta decisión se toma basándose en las siguientes circunstancias: La duplicación de servicios que se produce con la actividad de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Prado; la dificultad de mantener unos adecuados parámetros de calidad con los recursos (especialmente personal facultativo disponible) y la disposición de la Residencia Sanitaria para atender la patología infecciosa, extremo acordado con sus responsables a través de un proceso de negociación.

Asimismo se remiten escritos a las entidades aseguradoras de MUFACE para que no envíen pacientes para consulta en el CNDS, dada la inexistencia de convenio al respecto y la nueva orientación de actividades.

La adopción de esta medida hizo que fuera necesario reorganizar una gran cantidad de personal, especialmente de enfermería (enfermeras y auxiliares) que fueron incorporados a los servicios de Salud Pública. En cuanto al personal facultativo procedente de los servicios asistenciales se dotó el nuevo servicio de Luchas y Campañas y se reforzó ligeramente otros de los existentes.

Con estas medidas la organización del CNDS quedó establecida en la siguiente forma:

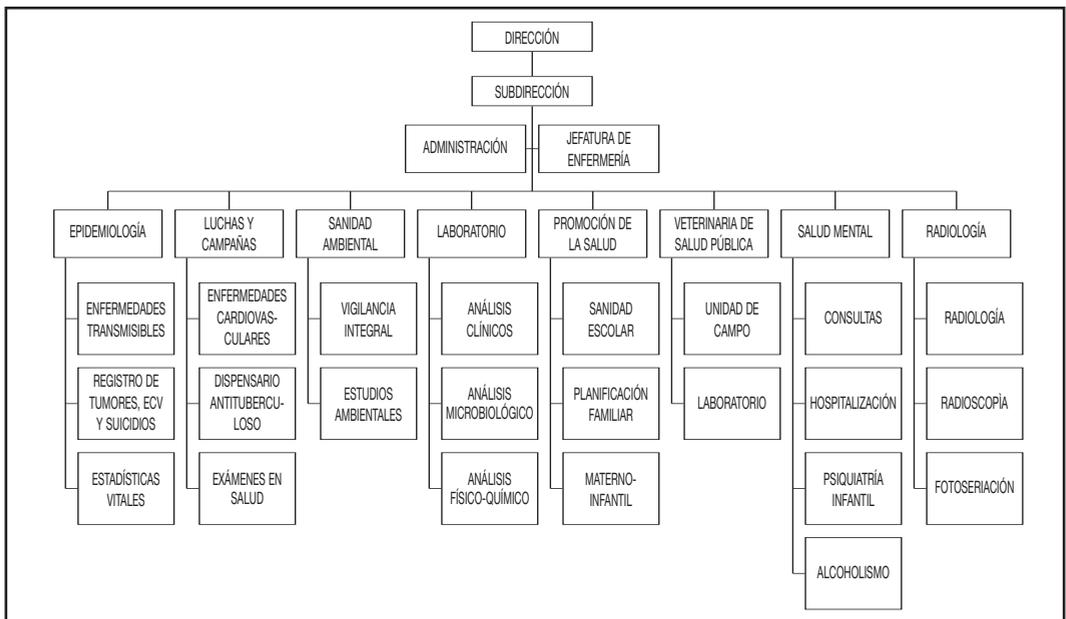


Figura 5.1. Organigrama del CNDS. 1979-80.

Área Asistencial

Tras un proceso de abandono paulatino de actividades este área quedó reducida al Servicio de Salud Mental y al de Radiología, aunque desde Luchas y Campañas se mantiene cierta actividad asistencial (Dispensario Antituberculoso).

El primer cambio experimentado en el **Servicio de Salud Mental** es en su denominación (anteriormente denominado de Psiquiatría), lo que indica una orientación hacia la prevención y la comunidad. Se mantiene como núcleo de la actividad la hospitalización de enfermos psiquiátricos y drogodependientes (alcohólicos), así como las consultas externas, tanto en el propio Centro como en los Sectores (Navalmoral de la Mata y Arenas de San Pedro). Se suspenden las actividades del Sector de Los Navalmorales y posterior y paulatinamente cesa la actividad en el resto de sectores ante la escasez de personal para atender esta actividad. Durante el año 1979 se pone en marcha la Sección de Psiquiatría Infantil, incluyendo actividades coordinadas con el Programa de Sanidad Escolar del Servicio de Promoción de la Salud y se desarrolla la Unidad de Epidemiología Psiquiátrica. Se mantienen las áreas funcionales de Psicología y Asistencia Social, así como las actividades de formación internas y externas.

El **Servicio de Radiología** mantiene su actividad, que experimenta un descenso en cantidad debido al cese de las actividades del Servicio de Enfermedades Infecciosas, incluyendo la hospitalización pediátrica y la patología general.

A lo largo de este período no es posible conseguir que el Instituto Nacional de Previsión se haga cargo de ninguno de los gastos generados por pacientes con cobertura por dicha institución, tal como establecía el Convenio firmado con la Dirección General de Sanidad. Sorprendentemente no consta que se realizaran desde la AISNA intentos serios para demandar el pago de dichas cantidades.

Área de Salud Pública

Como consecuencia de los cambios reseñados se ponen en marcha nuevas actividades y se desarrollan las existentes. El hasta entonces Servicio de Epidemiología y Sanidad Ambiental es dividido en dos, asumiendo cada uno de ellos las áreas citadas. Se crea el Servicio de Luchas y Campañas y el de Veterinaria de Salud Pública, aunque este último no puede ser dotado con recursos suficientes, por lo que no puede desarrollar una gran actividad. Dentro del Servicio de Promoción de la Salud se ubica el Centro de Orientación Familiar, nueva actividad que es acordada su puesta en marcha en los llamados *Pactos de la Moncloa*, ante la presión social existente en el país. El Servicio de Laboratorio reorienta su actividad, incorporando nuevas técnicas demandadas por el Servicio de Luchas y Campañas,

Sanidad Ambiental y Planificación Familiar. La actividad docente es coordinada por la Jefatura de Estudios, siendo ésta ubicada funcionalmente en la Subdirección del Centro.

El **Servicio de Epidemiología** mantiene la actividad de control de enfermedades transmisibles, incluyendo la vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria y la edición del Boletín Epidemiológico semanal, el seguimiento y análisis de estadísticas vitales y de hospitales, así como la evaluación de actividades de vacunación y el control de manipuladores de alimentos. Igualmente dentro de este servicio se ponen en marcha los Registros de Tumores Malignos, Enfermedades Cardiovasculares y Suicidios, que se pretende sean la base de actuaciones desarrolladas por otros servicios, como el de Luchas y Campañas.

El **Servicio de Luchas y Campañas** se crea siguiendo el esquema existente en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Sus actuaciones se dirigen en principio hacia la detección y registro de la diabetes, aunque posteriormente se amplía hacia otros factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia, hipertensión arterial y obesidad), desarrollándolo tanto sobre población general, a

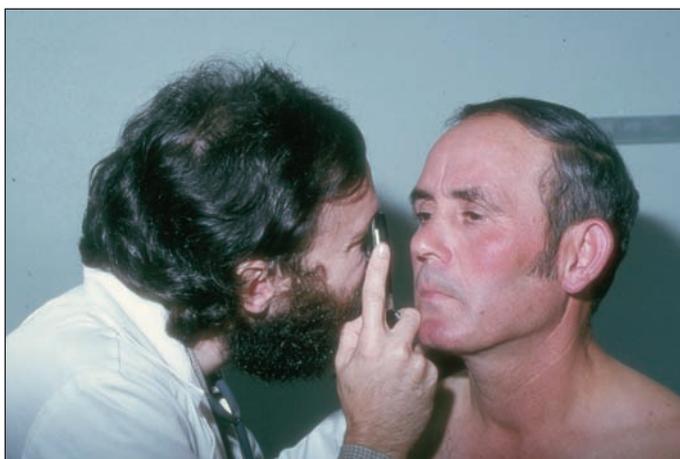


Figura 5.2. Campaña de detección de diabetes.

través de programas como el de Organización de la Comunidad para la Salud, que será descrito posteriormente, como mediante actuaciones sobre grupos específicos (jóvenes de 20 años llamados a filas, manipuladores de alimentos). Igualmente mantiene como actividad propia el Dispensario antituberculoso y los exámenes en salud al personal del Centro y familiares.

El **Servicio de Sanidad Ambiental** desarrolla de manera importante sus actividades, contando con el apoyo técnico y económico de la Subdirección General de Sanidad Ambiental del Ministerio. Mantiene los programas de vigilancia de calidad de las aguas de consumo público y de inspección. Se inician otros nuevos, como el estudio de calidad de las aguas del Sistema Tajo-Alberche, funcionamiento de depuradoras de aguas residuales, estudio de pesticidas, reservorios animales, impacto de la contaminación por plomo, la puesta en marcha del Plan de Radioprotección y la realización de los análisis físico-químicos de aguas.



Figura 5.3. Controlando la calidad del agua.

El **Servicio de Promoción de la Salud** mantiene las actividades de Sanidad Escolar y Puericultura, ampliándose esta última hacia una consulta de Salud-Maternoinfantil descentralizada en diversos barrios de Talavera de la Reina, fundamentalmente en aquellos más alejados de los recursos sanitarios y más deprimidos socioeconómicamente. Más tarde se incorporarán actividades de Planificación Familiar en estas mismas consultas. Pero quizá la actividad más novedosa es precisamente la puesta en marcha del Centro de Orientación Familiar, el cual partiendo de una dotación muy escasa de personal y en condiciones de precariedad laboral y de recursos económicos logra ofrecer sus servicios a la población del Área y subsanar una carencia cimentada en consideraciones morales propias de la etapa política que finaliza.

El **Servicio de Veterinaria de Salud Pública**, de nueva creación, trata de dar respuesta a diversas necesidades anteriormente nula o insuficientemente atendidas. Se desarrolla un trabajo de campo, orientado hacia la inspección, consejo técnico a los sanitarios locales y educación sanitaria a la población general. También es puesta en marcha una unidad de laboratorio de bromatología, donde se desarrollan técnicas serológicas, microbiológicas y físico-químicas, aunque limitadas por la escasez y la precariedad del personal contratado.

El **Servicio de Laboratorio** se adapta a los cambios experimentados en el Centro, manteniendo tres secciones de Análisis Clínicos, Serología (desglosada de la anterior) y Bacteriología. Se experimenta un incremento de las muestras generadas por las actividades del Centro de Orientación Familiar y del Servicio de Luchas y Campañas, lo que obligará a introducir los primeros controles de calidad externos con el Centro Colaborador de la OMS en Praga (colesterol y triglicéridos). Asimismo esto dio lugar a que se adquiriera el primer autoanalizador monoparamétrico para la determinación de glucosa. Igualmente tiene una fuerte repercusión sobre la actividad del Laboratorio la decisión de autorizar que los sanitarios locales pudieran solicitar directamente analítica para el diagnóstico de enfermedades transmisibles, sin costo alguno para el paciente, así como el resto de determinaciones que realizaba el laboratorio pagando una tasa.

En cuanto a la actividad docente, responsabilidad de la Subdirección y **Jefatura de Estudios**, se dirigió a diferentes campos: Por una parte actividades de formación interna de los trabajadores del CNDS, fundamentalmente en el campo de la Salud Pública; otros cursos se realizaron en coordinación con la Escuela Nacional de Sanidad, teniendo unos carácter básico, como los de Diplomados de Sanidad y otros especializado, incluyendo un curso de Planificación Familiar de carácter internacional, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Además del formato habitual de cursos presenciales basados en la clase teórica se realizaron actividades de carácter eminentemente práctico y mesas redondas de debate. También se realizaron actividades formativas dirigidas a no sanitarios (personal de los ayuntamientos, maestros) y una serie de actividades de divulgación para población general.

La reorientación de las actividades tuvo como soporte un proceso de acercamiento y asesoría con diferentes grupos punteros en nuestro país en diversos campos de la Salud Pública, con el fin de facilitar la implantación de programas o adaptación de los existentes, además de mantener frecuentes reuniones de coordinación con diferentes órganos de la administración sanitaria. Entre otros contactos a lo largo de este período se realizaron los siguientes:

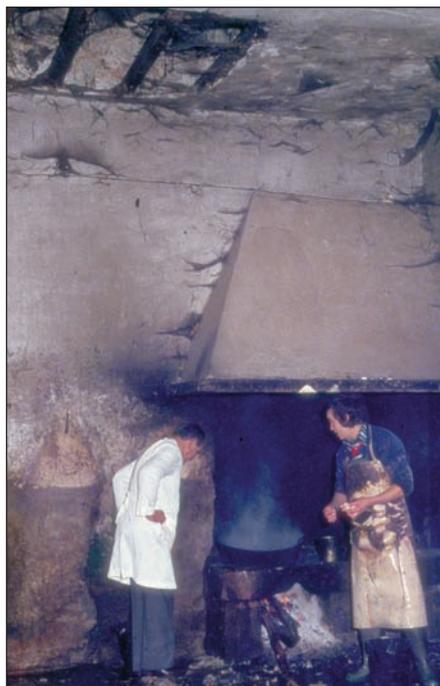


Figura 5.4. Condiciones higiénicas de un matadero del Área.

PERSONAS	LUGAR DE TRABAJO	ÁREA DE ASESORÍA
Dr. Ignacio Balaguer Vintró Dr. Leandro Plaza Dr. F. de Padua	Hospital de la Santa Cruz y San Pablo Hospital Victoria Eugenia Universidad de Lisboa	Enfermedades Cardiovasculares
Dr. Benjamín Sánchez- Murias Sr. D. Jorge Pleite	Subdirección General de Sanidad Ambiental Ministerio de Sanidad y Seguridad Social	Sanidad Ambiental
Dr. Palacios Dr. Pato Dr. Pallardo	Ciudad Sanitaria Francisco Franco	Control de Diabetes
Dr. José L. Montoya Rico	Sanatorio Psiquiátrico de Conxo	Salud Mental
Dr. F. J. Guerra Sanz	Programa de Lucha Antituberculosa	Control de Tuberculosis
Dr. Manrique de Lara	Organización Mundial de la Salud	Organización de servicios
Dr. Fernando Ruiz-Falcó	Escuela Nacional de Sanidad	Docencia
Dr. Roncales		Planificación Familiar
Dr. Rafael Nájera Morrondo Dr. Julio Casal Dr. Ortega	CNMVIS. Majadahonda	Laboratorio

Programa de Organización de la Comunidad para la Salud

Como ya se ha dicho durante la etapa inicial del Centro se puso en marcha el llamado Plan de Acción Sanitaria, como actividad conjunta de diversos servicios del Centro, en colaboración con los Sanitarios Locales de los municipios sobre los que se intervenía. Este procedimiento fue modificado a la vista de diferentes inconvenientes identificados: proceso muy lento, que exigiría un gran número de

años para extenderlo al conjunto del Área; el elevado costo de personal y material que suponía y la falta de continuidad de la relación entre la Comunidad y los Servicios de Salud Pública.

Se optó por un cambio de estrategia, sustituyendo la actuación que podríamos calificar como “intensiva” sobre un municipio por el desarrollo de campañas específicas sobre una enfermedad concreta que pudieran ser extendidas con rapidez a un gran número de poblaciones. Se eligió como primera actuación la detección y registro de diabetes. La intervención de campo era realizada por un equipo compuesto por una enfermera y dos auxiliares y los estudios completados en las consultas del CNDS. La metodología usada fue:

- Contacto con el médico de asistencia primaria y difusión de la actividad mediante carteles y megafonía.
- Realización del registro de diabéticos conocidos y de aquellos que eran diagnosticados entre la población de riesgo convocada por el procedimiento anterior.
- Confirmación diagnóstica de los casos detectados y estudio de otros factores de riesgo cardiovascular, mediante su examen detallado en la consulta del Centro.
- Intervención educativa individual, mediante charla y entrega de folletos de educación sanitaria.

Este procedimiento presentaba como ventajas la alta rentabilidad al actuar sobre un elevado número de personas en tiempo reducido, la participación de los sanitarios locales y su extensión a otros factores de riesgo. Sin embargo, aparecían también inconvenientes, como el hecho de que no se abordaran problemas existentes en la comunidad y que fueran sentidos como prioritarios por la misma.

Precisamente en este sentido, la búsqueda de una adecuada relación entre los ciudadanos y los Servicios de Salud Pública se centró la actuación de lo que sería el programa más novedoso y trascendente del CNDS en este período: la **Organización de la Comunidad para la Salud**. Se trataba de conseguir que los ciudadanos, por sí mismos y a través de sus representantes, tomaran conciencia de sus necesidades y problemas de salud y que, conjuntamente y auxiliados por los Servicios de Salud Pública pusieran en marcha actividades para resolver dichas necesidades. Para entender este proceso hay que situarse históricamente, con la llegada de la democracia a nuestro país y el interés ciudadano en participar en la resolución de sus problemas y similares circunstancias dentro del sector sanitario, incrementadas por las expectativas generadas por la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

El procedimiento seguido en el Programa de Organización de la Comunidad para la Salud fue:

1. *Elección de una zona de actuación.* Habiendo sido dividida el Área Especial Sanitaria en diversas unidades, denominadas Subcomarcas, se decidió comenzar la actuación por la denominada Valdepusa.
2. *Convocatoria del llamado Consejo Municipal de Sanidad.* Éste era un organismo establecido en la Ley de Bases de Sanidad de 1944, que tenía como misión velar por todos los aspectos sanitarios del municipio. Su composición incluía a las autoridades municipales (Alcalde, Concejales de Sanidad y Secretario de Ayuntamiento), la totalidad de los Sanitarios Locales, incluyendo un médico perteneciente a la Falange Española Tradicionalista y de las Juntas Ofensivas Nacional Sindicalistas (aunque afortunadamente ya no había de estos) y un representante de la enseñanza. Ni que decir tiene que estos organismos no habían sido convocados prácticamente en toda su existencia, salvo algún caso de emergencia sanitaria (como la epidemia de cólera, y a veces, ni eso).
3. *Celebración del Consejo.* A la sesión del Consejo asistían diferentes técnicos del CNDS, centrándose la misma en la determinación de las necesidades sanitarias más perentorias para la población identificadas por los miembros del Consejo, tanto en los aspectos de infraestructura, como asistenciales o de problemas de salud. El CNDS ofrecía la posibilidad de realizar campañas de detección de diabetes y vacunaciones, así como apoyo de todos sus servicios para la resolución de los problemas señalados, levantándose acta de lo tratado.
4. *Intervención de los servicios técnicos.* Sobre la base de lo recogido en el acta del Consejo se desplazaba al municipio un equipo móvil de enfermería, apoyado por los diferentes servicios del Centro. Se realizaba un diagnóstico de situación (cuando todavía no se utilizaba esta terminología) analizando los factores demográficos y socioculturales que condicionaban la situación, analizando los patrones epidemiológicos de morbimortalidad, la situación en cuanto a la infraestructura sanitaria, la alimentación, etc. Se realizaban intervenciones directas como las ya citadas de detección de diabetes y vacunaciones, la valoración de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos de alimentación, la realización de visitas domiciliarias a enfermos crónicos, con la finalidad de evaluar su situación y tratar de facilitar su rehabilitación, movilizándolo el apoyo sanitario y social pertinente y mediante el desarrollo de actividades de educación sanitaria.
5. *Redacción del proyecto.* Finalizado el análisis y las primeras actuaciones de intervención se realizaba un informe que recogía el estado sanitario del municipio y sus condicionantes, así como las propuestas de intervención que se juzgaban viables para resolver los problemas detectados.
6. *Convocatoria del Consejo Municipal de Sanidad en el CNDS.* En este acto se hacía entrega del informe elaborado y se le motivaba para que mantenga su actividad, vigilando los logros conseguidos, corrigiendo las deficiencias y manteniendo una actitud abierta ante las nuevas necesidades.

7. *Actuación final.* Frecuentemente se realizaba una charla abierta con la población, en la que se recogía la opinión de los ciudadanos y se contrastaba con los mismos la información recogida a través del Consejo Municipal de Sanidad y de la propia actuación de los equipos del Centro. A continuación se programaban y desarrollaban actuaciones de educación sanitaria sobre la población general y sobre determinados colectivos identificados como prioritarios.



Figura 5.5. Iniciando actividades comunitarias.

Posteriormente este procedimiento se completó con diversas actuaciones: *propuestas de formación* sobre diversos colectivos: Alcaldes y concejales, maestros, etc. Otro paso significativo fue *la constitución de las llamadas Comisiones Sanitarias*, compuestas por personas representantes de diferentes colectivos que pudieran ejercer una función de liderazgo y motor social. Como ejemplo, en uno de los municipios la Comisión Sanitaria estaba compuesta por un anciano, un ama de casa, una quinquillera (representante de un grupo social desfavorecido) y dos jóvenes, más unos representantes del municipio y de los sanitarios locales. Para facilitar la participación de sus miembros y reforzar su labor de liderazgo y referencia se diseñó y co-

menzó a aplicarse un programa de formación específico y detallado para los miembros de la Comisión representantes de los grupos sociales.

Esta actuación en su conjunto resultaba absolutamente novedosa en nuestro país, no teniendo paralelismo con ninguna otra y se enmarcaba claramente en lo que era uno de los objetivos primitivos del Centro: la experimentación en nuevas formas de organización y gestión. Y en tal sentido se recibieron múltiples muestras de interés y de apoyo, incluyendo las del propio Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, cuyos órganos gestores estaban informados detenidamente de las actuaciones. Tanto mediante escritos, como por la presencia directa de responsables técnicos, con frecuencia los propios Subdirectores de la Dirección General de Salud Pública, se contaba con dicho apoyo, lo que estimulaba el trabajo incesante de los trabajadores del Centro.

Sin embargo también existían dificultades. La coordinación con las Delegaciones Provinciales de Sanidad de las diferentes provincias que aportaban municipios al Área planteaba dificultades, especialmente con la de Toledo. La doble dependencia de los sanitarios locales del Centro y de la Jefatura Provincial de Sanidad y el juego político de los Alcaldes hacía que las tensiones que se generaban a través de esta actuación se trasladaran hacia el propio Centro. Hay que tener en cuenta que a través del proceso de recogida de información se manifestaban quejas o hechos evidentes de situaciones incorrectas en los municipios, que eran responsabilidad concreta de autoridades sanitarias y/o administrativas, que eran puestas de manifiesto ante la población y que esto podía dejar en situación desairada a los responsables de las mismas. Además el esfuerzo que significaba para los trabajadores del Centro era de gran magnitud: buena parte de las actividades se realizaba fuera del horario normal de trabajo, por la tarde y aún por la noche. Se llegaron a producir situaciones chuscas, cuando miembros de las Fuerzas de Orden Público sollicitaban a los trabajadores del Centro que se identificaran en las charlas o reuniones mantenidas con la población, al entender que algunos de los temas abordados en las reuniones con los ciudadanos y sus representantes, como hablar del paro y sus repercusiones sobre la salud, podían tener un matiz político claramente inconveniente, cuando no subversivo.

Finalmente, una vez acabada la fase de análisis e iniciada la de intervención en la subcomarca de Valdepusa, primera en la que se inició el programa, se planteó la conveniencia de realizar un análisis global de las actuaciones, puesto que con frecuencia la resolución de los problemas detectados implicaba igualmente una actuación integral. Con tal fin el CNDS elaboró diversos documentos, unos de carácter teórico sobre el proceso seguido y otros descriptivos de la situación y con las propuestas concretas de actuación. La propuesta definitiva adoptó la forma de **un Plan Sanitario para la subcomarca de Valdepusa**, que se pretendía que fuera debatido y asumido por todos los organismos implicados (Administración Sanitaria: el propio CNDS, Ministerio de Sanidad y sus Delegaciones Provinciales, INP; Admi-

nistración local: Municipios y Diputación Provincial). Se trataba de conseguir un nivel de compromiso y participación que hiciera posible un planteamiento común frente a una situación pocas veces abordada desde una óptica de planificación rigurosa y con decisión política: la situación sanitaria del medio rural. Incluso se proponía que este proceso debería integrarse en planes más globales de desarrollo del ámbito comarcal y provincial. Hay que recordar que en la época, la situación sanitaria en el medio rural era con frecuencia muy deficitaria, configurándose las llamadas “grandes carencias”: agua, alcantarillado, luz, escuelas, alimentación. Pero el Plan Sanitario propuesto pretendía no sólo resolver o paliar las mismas, con grandes dificultades económicas por la situación general del país, sino también desarrollar una política de fomento y promoción de la salud, que permitiría con unos costes muy inferiores importantes mejoras en la situación sanitaria.

El informe sanitario abordaba de forma detallada tanto los factores condicionantes de la subcomarca (orografía, comunicaciones, demografía, nivel sociocultural, medios de vida), como la situación de salud encontrada (morbilidad, mortalidad, hábitos o estilos de vida, vacunaciones, desarrollo del niño sano, control de embarazo, visitas a crónicos, reconocimientos de escolares, situación ante las zoo-

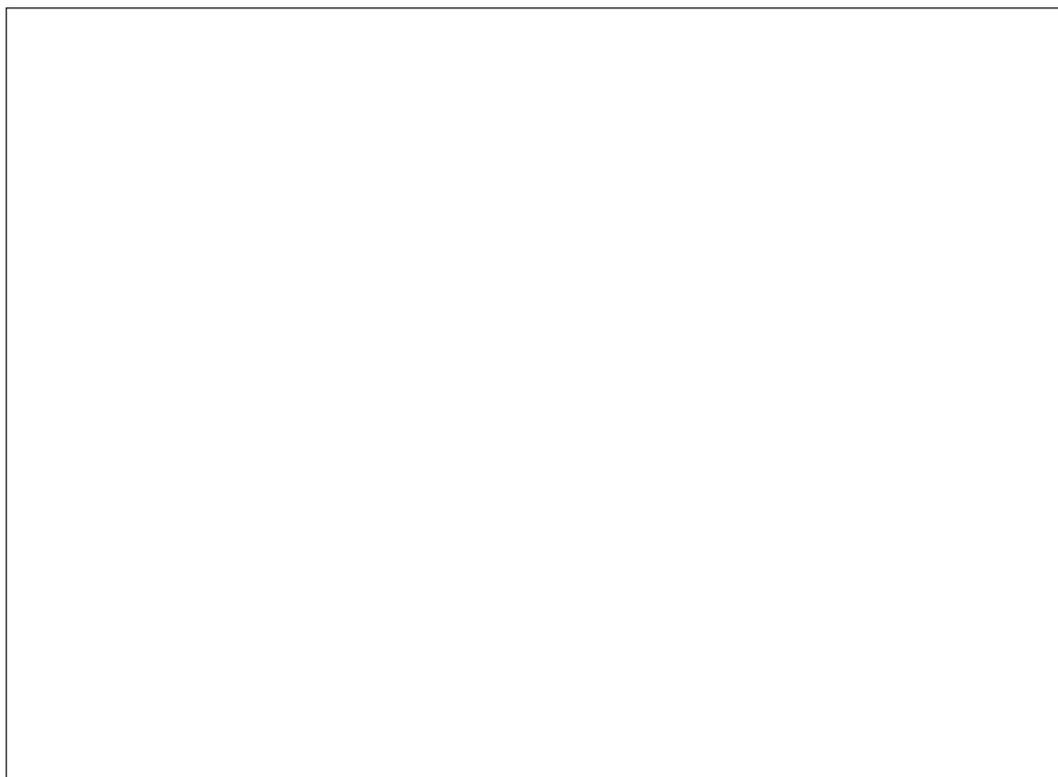


Figura 5.5. Iniciando actividades comunitarias.

nosis, sanidad ambiental: abastecimiento de agua, alcantarillado, eliminación de residuos sólidos, condiciones higiénicas de las escuelas, vectores, cementerios, etc., enfermedades cardiovasculares y cáncer y salud mental y toxicomanías. El informe de situación recogía, asimismo, importantes problemas tanto en infraestructura sanitaria como en los factores condicionantes y de riesgo, siendo de resaltar las carencias alimentarias, motivadas unas veces por la precaria situación de la zona, con elevados índices de paro, y otras por el bajo nivel sociocultural. Además se identificaron dentro de la subcomarca “bolsas de pobreza”, ubicadas en las zonas más incommunicadas, donde la situación se agravaba.

La convocatoria de una jornada de presentación en el CNDS de la situación en la Subcomarca de Valdepusa y del Plan Sanitario, dirigida a todos los municipios y organizaciones implicadas supuso la visualización de los problemas que existían de manera larvada: el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y su Delegación Provincial no ven con buenos ojos la iniciativa, temiendo posiblemente que la presentación de los problemas evidenciados no pueda acompañarse de soluciones, lo que inevitablemente generará descontento. Otro tanto ocurre con la Diputación Provincial, optando por enviar representantes de bajo perfil político o, simplemente, no enviando a nadie. Donde sí levantó expectación fue en los propios municipios, que sensibilizados por el trabajo previo acudieron masivamente a la convocatoria. Como se esperaba en la jornada se manifestaron una serie de incongruencias, especialmente en lo que se refería a la infraestructura sanitaria, con graves riesgos para la salud de la población (vertidos sin depurar a cauces públicos, que posteriormente eran utilizados para abastecimiento a municipios aguas abajo en el cauce, p.ej.). Se planteó igualmente la necesidad de modificar las prioridades de inversión y redistribución de presupuestos, pero sin que pudiera establecerse un debate esclarecedor por la ausencia de responsables políticos.

El trabajo en la subcomarca continuó manteniendo un contacto periódico con los Sanitarios, Alcaldes y Maestros de la subcomarca, con el fin de debatir con ellos la situación e ir introduciendo nuevas medidas o ir adaptando las actuaciones en marcha a las necesidades. En las reuniones mantenidas con los sanitarios locales se requería por parte de los mismos una mayor información sobre el desarrollo del programa, lo que sugería que la utilización de los cauces institucionales era insuficiente. También se señalaba su participación pasiva en el programa, achacable igualmente a la falta de información. Se comprobaba un mayor interés cuando se abordaban temas relacionados directamente con la clínica, como el apoyo analítico y radiológico a través de los respectivos servicios del CNDS, el desarrollo de programas de medicina preventiva, la organización de las guardias y las actividades de formación. Por el contrario, las actividades de promoción de la salud eran escasamente abordadas y su responsabilidad se delegaba íntegramente en el Servicio de Promoción de la Salud del CNDS.

Los maestros se muestran ampliamente receptivos, especialmente en los aspectos

tos de asistencia a los problemas de salud mental de los niños a su cargo, estando dispuestos a asumir aspectos como el traslado de los niños al Centro para su estudio, y en los temas de formación, especialmente en lo concerniente a los trastornos del aprendizaje.

Los Alcaldes y concejales manifiestan en su mayoría buena predisposición para apoyar las actuaciones del Centro, aunque alguno de ellos manifiesta reticencias sobre la participación y sobre la posibilidad de que de estos trabajos se deriven actuaciones que impliquen requerimientos económicos inasequibles para los Ayuntamientos. Manifiestan igualmente su interés en que se realicen actividades formativas para alcaldes y concejales, específicamente en temas de Sanidad Ambiental y en que se mantengan reuniones periódicas. Para evitar cualquier malentendido se estableció que toda la información referente al programa se vehiculizara a través de los Alcaldes.

En cuanto al papel jugado por la Residencia y Ambulatorio de la Seguridad Social hay que señalar que aunque su relación con el CNDS mejoró respecto a la etapa anterior (especialmente la de la Residencia, puesto que el Ambulatorio se encontraba totalmente saturado por la presión asistencial), nunca llegó a ser factible establecer una colaboración fructífera sin reservas. Sus profesionales mostraron interés en las actuaciones de carácter más asistencial, como la campaña de diabetes y factores de riesgo cardiovascular, pero rechazaron a través de la Junta de Gobierno de la Residencia implicarse en el Plan Valdepusa, aduciendo el criterio de que la Residencia era una institución médica *cerrada*.

A partir de este momento, especialmente tras la jornada de presentación del Plan Valdepusa, aunque continúan las actividades de Organización de la Comunidad para la Salud en otra subcomarca, comienza el principio del fin de esta actividad y de esa época del CNDS, puesto que la Administración Sanitaria comienza a limitar la capacidad operativa del Centro a través inicialmente de una política económica y de personal muy restrictivas, hasta llegar a una prohibición expresa de continuar con estas actividades, como se detalla más adelante.

De esta forma termina este azaroso período, en el que aprendiendo sobre la experiencia, se desarrollaron novedosos sistemas de conocimiento de la situación (se utilizaban procedimientos como los de informadores-clave y los foros comunitarios, aún sin conocer su fundamento teórico) y de desarrollo comunitario, que años más tarde serían de gran utilidad para la organización de la Atención Primaria de la Salud en nuestro país.

La reforma de la atención primaria

La celebración de la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 proporciona un cuerpo teórico que facilitaría la propuesta de cambios en todos los as-

pectos concernientes a la atención sanitaria de base. Fundamentalmente se planteaba:

- a) Realzar el papel de la atención primaria (con cualquiera de sus sinónimos: medicina de cabecera, medicina rural) frente a la atención sanitaria especializada ofrecida por ambulatorios y hospitales.
- b) Modificar el ámbito territorial en el que se desarrollaba la Atención Primaria: Frente al partido médico, farmacéutico o veterinarios cerrados, con nula o escasa vinculación entre los profesionales de los mismos se propugnaba la utilización de espacios territoriales más amplios, utilizándose en la primera fase la terminología de comarcas y subcomarcas, posteriormente sustituidas por los de áreas y zonas básicas de salud.
- c) Desarrollar nuevas fórmulas de organización del trabajo, pasando de la concepción puramente individualista inherente a los partidos cerrados a otra en la que primara el trabajo en equipo. En primer lugar partiendo de la organización de las guardias, para ir ampliando actuaciones de mayor contenido en la que los sanitarios de atención primaria pudieran trabajar de forma coordinada entre sí y con los centros especializados asistenciales y preventivos.
- d) Integrar las actuaciones asistenciales con las preventivas y de promoción de la salud, buscando la participación activa de la comunidad, como se ha reseñado en el epígrafe anterior de Organización de la Comunidad para la Salud.

El trabajo en este campo se formuló de una manera eminentemente aplicada. Partiendo de la base de la existencia del Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina y de su complejidad territorial se planteó su división en unidades operativas denominadas subcomarcas, realizándose un trabajo minucioso de identificación de recursos humanos y materiales, determinando las isocronas de acceso de los diferentes municipios a los recursos.

Paralelamente se dictan normas de carácter nacional para la organización

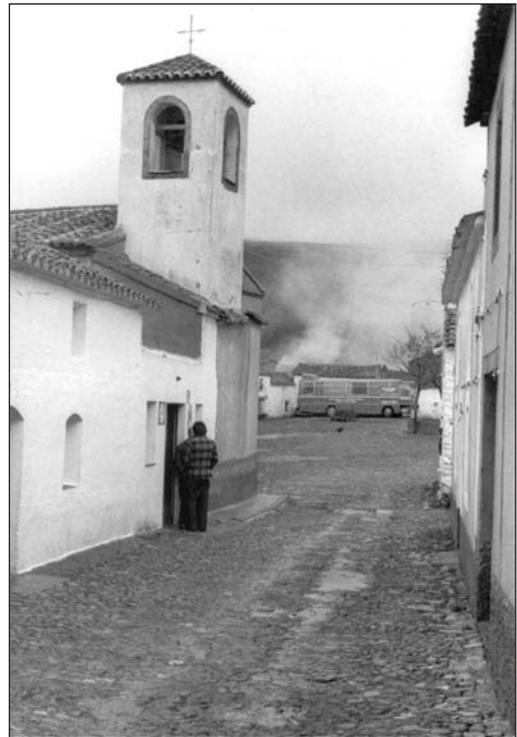


Figura 5.7. Actividades de campo.

del Mapa Sanitario, según el Decreto 221/1978. El equipo técnico del CNDS se muestra muy crítico con las propuestas de organización del Mapa Sanitario del Área de Talavera de la Reina, elaborado por la Dirección Territorial de la provincia de Toledo, señalando como principales deficiencias que su elaboración no fuera aprovechada para realizar un proceso de planificación de recursos, quedando reducida a una mera distribución de municipios siguiendo criterios demográficos, así como la complejidad e indefinición de las estructuras propuestas (consultorios locales, distritos, centro de salud local, centro de salud subcomarcal, centro de salud comarcal) y su relación con las estructuras existentes (Ambulatorios, hospitales, Jefatura Provincial de Sanidad y CNDS). Finalmente este proyecto de elaboración del Mapa Sanitario no llegaría a ser operativo.

Durante esta etapa el CNDS trabajará a través de las subcomarcas determinadas por su equipo técnico, siendo el eje de su actuación el desarrollo del programa de Organización de la Comunidad para la Salud, al tiempo que se mantenía el resto de las actividades de salud pública y asistenciales sobre el resto del Área. El Área Especial Sanitaria se divide en nueve subcomarcas, determinadas fundamentalmente sobre criterios históricos, geográficos y de comunicaciones:

Subcomarcas y número de partidos médicos del AESTR. 1979

SUBCOMARCAS	N.º DE PARTIDOS MÉDICOS
ALBERCHE	19
LA JARA	11
VALDEPUSA	9
OROPESA	12
TALAVERA	31
CAMPO ARAÑUELO	21
TIÉTAR ALTO	9
TIÉTAR BAJO	12
LA VERA	5
ÁREA ESPECIAL SANITARIA	129

Paralelamente en España se producían experiencias de reorganización de la atención primaria, en principio inconexas entre sí y que el CNDS entendió que deberían coordinarse y difundirse, de manera que otros profesionales tuvieran acceso a nuevas formas de trabajo y se incorporaran a las mismas. En tal sentido re-

sultó de gran interés la celebración en febrero de 1979 de unas Jornadas de Medicina Comunitaria, en las que se presentaron las experiencias de Montánchez (Cáceres), San Bartolomé de Tirajana (Tenerife), El Priorato (Tarragona) y las propias de Talavera de la Reina, cuyas conclusiones se presentan en el cuadro siguiente.

**CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS DE MEDICINA COMUNITARIA
TALAVERA DE LA REINA (23, 24 Y 25 FEBRERO 1979)**

“La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medios que le sean aceptables con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo social y económico de la comunidad. La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud” (Alma-Ata, U.R.S.S / O.M.S. Septiembre de 1978).

Los equipos de salud participantes en las Jornadas de medicina comunitaria celebradas en Talavera de la Reina los días 23, 24 y 25 de Febrero de 1979, tras discutir las distintas ponencias presentadas han llegado a las siguientes

CONCLUSIONES:

1.—De carácter general

1.1.—La necesidad de que por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se elabore una política de ordenación de nuestra sanidad rural acorde con los principios de la conferencia de Alma-Ata, teniendo presente además las experiencias de medicina comunitaria presentadas en estas Jornadas. Así mismo es imprescindible que los órganos técnicos y administrativos del Ministerio pongan en práctica en todos sus niveles las directrices emanadas de dicha política.

1.2.—La solución de nuestra problemática sanitaria pasa por la aceptación de que el fomento de la salud en nuestras comunidades rurales está íntimamente vinculado con su desarrollo social y económico. En este sentido, será necesario que el Ministerio de Sanidad sitúe cualquier propuesta de actuación sanitaria en el medio rural en el marco más global del desarrollo comunitario.

1.3.—La Dirección General de Salud Pública deberá participar activamente en la planificación y ordenación de nuestra sanidad rural.

2.—De carácter específico

2.1.—Es preciso el cumplimiento inaplazable de las funciones de salud pública establecidas por la legislación vigente en relación con la actuación de los sanitarios locales a todos sus niveles.

2.2.—*En línea con el punto anterior, es fundamental la potenciación por parte de la administración del trabajo en equipo de los actuales sanitarios locales, en aquellos aspectos que desbordan el ámbito puramente asistencial.*

2.3.—*Reconociendo las posibilidades que pueden ofrecer los proyectos de creación de centros de salud en nuestro medio rural, estos carecerían de sentido si previamente no se definen bien sus funciones de tal forma que posibiliten una actuación integral en la comunidad.*

2.4.—*La solución a nuestra sanidad rural pasa prioritariamente por la dotación a dicho medio de su mínima infraestructura sanitaria, así como por el efectivo cumplimiento de lo apuntado en el punto 2.1.*

2.5.—*La medicina comunitaria por su propia esencia precisa de la participación activa de la comunidad en todos y cada uno de sus niveles debiéndose crear en nuestro país las condiciones adecuadas para hacerlo posible.*

3.—De carácter técnico

3.1.—*La medicina comunitaria precisa de la formación en salud pública del personal sanitario a sus distintos niveles, basándose esta formación fundamentalmente en la relación directa con la comunidad y no exclusivamente con el medio hospitalario. Solo así se posibilitará y potenciará el desarrollo futuro de la medicina comunitaria. Hacemos un especial hincapié en la institucionalización y formación de aquellos técnicos intermedios inexistentes y fundamentales en el desarrollo de las actividades de salud pública.*

3.2.—*Que la experiencia técnica de los equipos existentes en medicina comunitaria sea tenida en cuenta a la hora de la puesta en práctica de los nuevos centros de salud.*

3.3.—*Que la ubicación y dotación de los centros de salud tanto de carácter comarcal como subcomarcal obedezca a rigurosos estudios de carácter multidisciplinario evitando que la ubicación y dotación de estos centros obedezca a otros criterios de carácter extra-sanitario.*

3.4.—*Que el Centro Nacional de Demostración Sanitaria como institución técnico-administrativa del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social asuma, entre otras, las funciones de órgano técnico coordinador y asesor de los equipos de medicina comunitaria existentes y futuros.*

Si bien estas Jornadas por el carácter de procedencia de los participantes se han ceñido fundamentalmente al marco rural, no consideramos que la medicina comunitaria sea exclusiva de este medio sino que es perfectamente aplicable con las correcciones precisas al medio urbano.

Hay que resaltar de una parte de la extraordinaria celeridad para recoger los contenidos de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, donde por cierto, como se indicó en el capítulo anterior, se presentó un reportaje fotográfico sobre el CNDS, así como el requerimiento formulado a la Administración Sanitaria para que se introduzcan estos nuevos criterios en la organización sanitaria española, reclamando un papel fundamental para el CNDS en este cambio. Propuesta que se encontraba nuevamente en consonancia con los primigenios objetivos del Centro.

Aún cuando como era de esperar el Ministerio no dio ningún paso en este sentido, el CNDS continuó su esfuerzo en solitario para avanzar en lo que creía era el futuro de la atención primaria, arrojando el proyecto con la incorporación como sanitarios locales al Área Especial Sanitaria de profesionales, como los del equipo de Montánchez, disuelto por la intolerancia de la administración ante estas nuevas formas de trabajo, y otros que solicitaban puestos de trabajo en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina, interesados por las experiencias en marcha.

Otra de las actividades que permitieron difundir y promocionar estas actuaciones fue el programa de actividades docentes, desde la formación interna de los trabajadores del CNDS, introduciendo los modernos conceptos de salud pública, hasta los programas de formación abiertos a la totalidad de los sanitarios del área y del resto del país. El carácter de Centro Nacional y sus instalaciones docentes y hosteleras permitían la asistencia de profesionales de toda España a cursos que como los de Diplomados de Sanidad se transformaban de caducos y rutinarios en cursos donde se abordaban los programas más avanzados y se transformaban en foros de debate donde se planteaban no solamente los aspectos científicos, clínicos y epidemiológicos, de los contenidos del curso, sino que permitían analizar y desmenuzar aspectos globales como la organización sanitaria y el papel de los diferentes recursos de la Administración en esta nueva etapa, aunque a veces fuera a costa de alguna discusión más allá de lo que la cortesía hace aconsejable. En todo caso, el abordaje desinhibido de todos los temas sanitarios que preocupaban y la intensa convivencia generada por el hecho de compartir residencia buena parte de los alumnos y largas horas en clase hacía que se fuera avanzando en la concepción teórica de las materias estudiadas y en la aplicación práctica.

Estas actividades y propuestas se vieron también directamente afectadas por la problemática global del Centro, pero resultaron de gran utilidad años más tarde para la puesta en marcha de la reforma de la Atención Primaria en nuestro país, compartiendo incluso protagonistas.

La situación económico-administrativa del CNDS y sus dificultades en este período

A pesar del cambio de orientación seguido en el CNDS, abandonando gran parte de las actividades asistenciales y fomentando las de salud pública el modo de financiación del Centro no experimentó apenas ninguna variación. Se recibía una cantidad fija por las camas instaladas (que disminuyeron) y otra variable en función de las estancias hospitalarias, además del suministro de fármacos. Paralelamente se podía conseguir financiación específica para dotaciones o realización de determinadas tareas provenientes de alguna Subdirección General del Ministerio, fundamentalmente de la Subdirección General de Sanidad Ambiental, dirigida

por Benjamín Fernández Sánchez-Murias. En conjunto la financiación era escasa y no ajustada a las características y tareas del Centro.

La dotación de personal presentaba grandes diferencias. Mientras que la cobertura de plazas de personal titulado presentaba gran dificultad, dada la escasa agilidad para cubrir las vacantes (se podría añadir también nulo interés de la AISNA, sobre todo en la última etapa de este período), se disponía de una amplia plantilla de personal auxiliar en el Área de Salud Pública, como consecuencia de la reconversión de las personas destinadas anteriormente en áreas asistenciales que fueron abandonadas. Por otro lado existió una permanente escasez de personal titulado no asimilado a sanitario en aquella época (psicólogos, biólogos, químicos, logopedas, trabajadores sociales, etc), básicos para poder desarrollar las funciones propias del Centro, tanto asistenciales como de salud pública.

Un ejemplo descriptivo de la situación es la puesta en marcha del Centro de Orientación Familiar, cuya apertura se realiza presentándola como una actividad del Programa de Prevención de la Subnormalidad y adjudicándole como primera función la lucha contra la infertilidad (eufemismos y circunloquios que se entendían necesarios para disimular una propuesta progresista que levantaba resquemores en sectores importantes de la sociedad, que afectaban incluso al nombre del Centro, evitando el término Planificación Familiar). La dotación de personal del Centro se realiza en forma anómala, utilizando recursos ya existentes como el tocólogo municipal y trabajadores del Centro, que no reciben las retribuciones acordadas durante meses, lo que lleva al cierre temporal del servicio, motivando las quejas de los ciudadanos.

Hay que señalar que todo el proceso de reconversión de funciones y personal fue llevado a cabo de manera prácticamente autónoma desde la Dirección del Centro, sin que conste una propuesta formal de los cambios a introducir, ni que la misma fuera aprobada por la AISNA, ni tampoco ninguna instrucción en contra, a pesar de que la Subdirección General de dicho organismo estaba informada de los cambios que se introducían, más de manera verbal que por procedimientos formales. A medida que se instituyeron y fueron plenamente operativos los órganos colegiados de gobierno del CNDS (Junta Facultativa y Junta de Gobierno) acordes con la legislación referente a hospitales la AISNA comenzó a recibir un constante flujo de información sobre las dificultades existentes en el Centro, sin que correspondiera de manera formal y concreta intentando buscar soluciones o transmitiendo órdenes concretas que orientaran el rumbo de las actividades.

Sobre todo ello subyacían los males ya detectados en la etapa anterior: la doble dependencia, jerárquica de la AISNA, funcional de la Dirección General de Sanidad, en gran medida, al igual que la falta de entendimiento con las Delegaciones Provinciales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, especialmente con la de Toledo, hacía que no se abordara con el necesario rigor y amplitud de miras la organización del trabajo. Es significativa la existencia de un informe de inspección

realizado en enero de 1979 a la Delegación de Sanidad y Seguridad Social de Toledo, donde se narra con lujo de detalles la muy deficiente situación de la Delegación Provincial en cuanto a la dotación de personal y recursos para el desarrollo de sus funciones y la muy grata impresión causada a los inspectores por el CNDS, llegando a recomendar que ciertas funciones propias de la Delegación Provincial fueran desempeñadas desde el Centro, al menos hasta tanto se paliaran las dificultades que impedían desarrollar esas funciones, terminando el informe expresando que esta situación se correspondía a la “cara y cruz de una moderna sanidad”. Desafortunadamente estas recomendaciones no fueron llevadas a la práctica.

Ya desde la celebración de la primera Junta de Gobierno (diciembre de 1978), de constitución, se hace constar que el CNDS no es un hospital, mas que en su vertiente psiquiátrica, y que es necesario arbitrar una fórmula de financiación distinta de la exclusivamente asistencial. Intentando organizar el CNDS de acuerdo con su nueva estructura se solicita en marzo de 1979 a la Subsecretaría de Salud que se defina el ámbito territorial de actuación, las competencias de orden técnico, docente y administrativo del Centro y la aprobación de los Programas presentados. Estas serán cuestiones que se irán repitiendo periódicamente en los dos años siguientes, sin que ni la Subsecretaría de Salud, ni la Subdirección General de la AISNA, respondieran definiendo cuáles eran sus objetivos respecto al Centro. Paradójicamente, mientras tanto, la Dirección General de Salud Pública y sus respectivas Subdirecciones Generales apoyaban con entusiasmo técnicamente el Centro y tibiamente de manera económica.

La situación económico-administrativa se va agravando, sin que las iniciativas y esfuerzo de la Dirección y de la Junta de Gobierno se vean correspondidos. La Administración no contesta formalmente ninguna petición de adecuación del presupuesto y ni siquiera aprueba, ni rechaza, los programas propuestos para desarrollar en 1980. Progresivamente la AISNA incrementa su presión, llegando a adoptar medidas que comprometían gravísimamente la actividad: además de las restricciones presupuestarias se plantea la retirada de los vehículos del Parque Móvil Ministerial, lo que significaba la práctica eliminación de las actividades de campo. Más preocupante resultó una comunicación de la AISNA informando de la reducción de la plantilla del CNDS en veinticinco trabajadores laborales, que debían ser devueltos a su centro de procedencia –¡alguno de ellos estaba cerrado!–, cosa que afortunadamente no se llevó a cabo por la resistencia activa de todos los trabajadores y órganos del Centro. Las restricciones económicas llegan a limitar el acceso a suministros necesarios para el funcionamiento del Centro, incluida la calefacción, con las consiguientes molestias para enfermos y trabajadores. Mientras tanto se dan situaciones llamativas que indican el desajuste existente en materia de dotación de material: se recibe un gastroscopio, cuatro años después de solicitarlo, cuando ya no se realiza actividad asistencial en este campo o el envío de un sistema de electroforésis, pero no del densitómetro necesario para leer las placas.

Un aspecto reseñable de la actividad del CNDS en esta época es la profusión de órganos de gobierno o asistencia colegiados. Se crea la Junta de Gobierno, como máximo responsable del CNDS, con sus comisiones de administración y personal, además de la Junta Facultativa. A ello se debe unir el frecuente recurso de Asambleas de trabajadores para abordar temas de gran trascendencia o repercusión.

El final de esta etapa se acerca e intuye cuando la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria introduce un cambio en su apoyo al Centro, fundamentalmente como consecuencia del impacto del Programa de Organización de la Comunidad para la Salud. A partir de la presentación del Plan Sanitario de la Subcomarca de Valdepusa, los primitivos estímulos y elogios se transforman en críticas y obstáculos para su funcionamiento, que se entiende está impregnado de connotaciones políticas de carácter izquierdista y, por tanto, contrarias a la postura del Gobierno de la nación. La situación hace crisis con una reunión mantenida en el CNDS entre sus técnicos y el Director General, acompañado de sus Subdirectores Generales, a partir de la cual se prohíbe taxativamente continuar con las actividades comunitarias, sin que por otra parte se ofreciera ninguna alternativa técnica. Simplemente se trataba de suprimir una actividad que resultaba incómoda políticamente.

La Junta de Gobierno llega a solicitar la desafectación del CNDS como hospital, reconociéndose su carácter de Centro de Salud Pública, lo que implicaría la adaptación de la financiación a sus funciones. Hasta tal punto llega la incapacidad de dicha Junta de Gobierno (donde continuamente se debate la situación, planteándose alternativas que se basan en la definición administrativa del Centro y en el cambio del modelo de financiación) que se formula la propuesta de autodisolución por su inoperancia y la necesidad de no iniciar ninguna actividad que no fuera previamente aprobada y financiada por la Administración.

Finalmente el 21 de julio de 1980 se hace efectivo el traslado del Director del Centro a petición propia, ante la incapacidad de que sus peticiones fueran atendidas y por no compartir la actitud de los responsables de la AISNA y de la Dirección General de Salud Pública ante los problemas crónicos que afectaban al CNDS.

LA CRISIS ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA (1981)

Tras la marcha de José María Francia como Director del CNDS se hace cargo de la Dirección con carácter accidental Emiliano Azón Soto, hasta entonces Subdirector del Centro. Inmediatamente antes, en junio de 1980, se realiza una auditoría en el CNDS por los Dres. Gregorio Perucho y José Zamarriego, sin que conste quien solicitó su realización, aunque debe darse por supuesto la autorización y visto bueno de la AISNA.

En la misma se señala que el CNDS *“no es un Hospital”*, que la infraestructura del mismo es muy adecuada, aunque no está siendo utilizado al máximo de sus posibilidades y que *“debería ser objeto de una atención específica por parte de las Autoridades Sanitarias del país para que en el futuro este Centro sirva de modelo en las actuaciones que para promoción de la salud puedan desarrollarse en distintas áreas geográficas”*. Por tanto, los auditores apoyan la tesis defendida por los profesionales del Centro.

Posteriormente en noviembre de 1980 se elabora un informe sobre el CNDS desde la Subdirección General de la AISNA, sin que conste el autor del mismo ni a instancias de quien se elaboró. Los aspectos más relevantes del mismo son:

1. El imperioso deseo del personal del CNDS para ser útiles a la sanidad del Área y del país.
2. Las características arquitectónicas del edificio, que favorecen las actuaciones externas, sean de tipo asistencial o preventivo.
3. La conveniencia de que el futuro destino del Centro pase por su coordinación funcional con la Residencia Sanitaria a fin de realizar una actividad integral preventiva, asistencial y de formación, tomando como base el Convenio firmado entre el Ministerio de Trabajo y el de Gobernación.
4. La factibilidad de realizar todas aquellas tareas de salud pública que le sean encomendadas por la Subdirección General de Medicina Preventiva, muchas de ellas ya en marcha en el CNDS.
5. La inconveniencia de duplicar servicios o acciones con la Residencia Sanitaria.

6. La recomendación de desarrollar tareas de formación en salud pública, sobre todo para sanitarios rurales, pero sin obviar a los procedentes del medio hospitalario, así como la formación continuada de su propio personal.
7. La recomendación de desarrollar el Área de la Medicina Laboral.

Finalmente establece las siguientes conclusiones:

- a) Definición como Centro de Salud Pública, dotado de asistencia psiquiátrica, coordinado con la Residencia Sanitaria, proponiendo la tutela de la Secretaría de Estado para la Sanidad.
- b) La conveniencia de mantener la dependencia administrativa de la AISNA y la funcional de la Dirección General de Salud Pública, colaborando entre sí ambas instituciones.
- c) La Dirección General de Salud Pública debe fijar con la Dirección del Centro las actividades a desarrollar en el programa anual.
- d) La AISNA debe atender los gastos generales de funcionamiento y de personal y colaborar en la realización de campañas sanitarias. La Delegación Territorial del Ministerio y sus Subdirecciones Generales deben colaborar económicamente en el desarrollo de las campañas.
- e) Dado el carácter de Organismo Autónomo de la AISNA debe procurarse percibir de las entidades o de los propios interesados las retribuciones por asistencia psiquiátrica, la realización de análisis o exámenes en salud, todo ello teniendo en cuenta que *“siempre será necesario ayuda procedente del presupuesto estatal, ya que la propia idiosincrasia y definición del Centro así lo exige”*.
- f) Se recomienda finalmente que dadas las condicionantes naturales, ante el incipiente desarrollo de las autonomías, previo acuerdo, evitando duplicidades y buscando criterios de economía sanitaria, se mantenga la asistencia psiquiátrica en el Centro a los enfermos de los municipios de Ávila y Cáceres incluidos en el AESTR.

Pues bien, tanto la auditoría como el informe no sirvieron como base para recomponer la deteriorada situación entre la AISNA y el Centro, manteniéndose las grandes dificultades de carácter económico, administrativo y técnico de años anteriores. La instrucción de financiación recibida de la AISNA es financiar por treinta camas instaladas y una consignación complementaria proporcional a las recaudaciones que se realicen, lo que obliga a establecer un sistema de cobro de todas las prestaciones. La AISNA establece que debe haber una autofinanciación del 75% del total del presupuesto. En 1981 la AISNA aprueba un presupuesto de 16 millones de pesetas para el Centro, frente a los 22 millones del año anterior.

Lógicamente los problemas de funcionamiento del CNDS se agudizan y se estudia como restringir gastos: se plantea suprimir aquellas actividades que no fueran generadas por el propio Centro: Planificación Familiar, cursos organizados por instituciones externas, el apoyo analítico a los sanitarios locales y, posteriormente, reducir la asistencia psiquiátrica a los pacientes de municipios de Toledo y Ciudad

Real pertenecientes al AESTR, excluyendo temporalmente a los de Ávila y Cáceres, sin que se llegue a aplicar la política de restricción de actividades de momento, excepto la concerniente a la asistencia psiquiátrica. Sí se decide cobrar por todos los servicios prestados, exceptuando los de salud pública y los que se realicen bajo petición de médicos de la Seguridad Social a través del documento administrativo P-10, con la intención de que el INSALUD se haga cargo de los mismos, algo que nunca se conseguiría.

Nuevamente se plantea, a través de un informe de la Dirección del Centro a la AISNA, la necesidad de resolver aspectos fundamentales pendientes como el cumplimiento de los fines para los que fue creado el Centro, la definición de su ámbito territorial de actuación, la adecuación de su plantilla, tanto por la situación de precariedad laboral en los llamados agregados o adscritos de otros centros, como en la dotación y cualificación del personal necesario si se pretende realizar actividades asistenciales y establecer mecanismos de financiación acordes con las funciones desarrolladas, haciéndose cargo el INSALUD de los gastos generados en la asistencia a la población asegurada desde el inicio de las actividades del Centro. Tampoco hay respuesta a este planteamiento por parte de la AISNA.

La AISNA continúa igualmente con su política de obstaculizar la cobertura de plazas que quedan vacantes, aunque la Junta de Gobierno decide, recogiendo la propuesta de la Asamblea de trabajadores, designar como Subdirector a Jaime Pérez Sánchez, Jefe de Servicio de Radiología, sin que se realizara un nombramiento efectivo.

Como consecuencia de las tensiones económicas y administrativas y del abandono técnico en que se encuentra el Centro y ante la incapacidad resolutoria de su Junta de Gobierno, comienza a gestarse un movimiento asambleario de los trabajadores del Centro donde se debate la situación y se llega a formular una propuesta en abril de 1981 resumida en los siguientes términos:

1. Definición como Centro de Salud Pública, con asistencia psiquiátrica, dentro de un Área Sanitaria donde se practique Medicina Integral, con un territorio común (el AESTR) y una Junta de Coordinación (DGSP, INSALUD, AISNA).
2. Mantener el carácter nacional para desarrollar los programas propuestos por el Ministerio.
3. Cumplidas las funciones anteriores aprovechar el espacio y recursos sobrantes para actividad asistencial, siempre que esté justificada sanitariamente y dotada suficientemente.
4. El Centro debe depender de la Secretaría de Estado para la Sanidad.
5. La financiación debe ser asegurada por el Estado, recogiendo la posibilidad de establecer convenios con entidades locales, regionales o paraestatales.
6. En caso de que sea necesario restringir actividades estas deben distribuirse entre todos los servicios y según un orden de prioridades establecido por cada servicio, Junta Facultativa y Comité de Empresa y sancionado por la Junta de Gobierno, facilitando la información pertinente a la opinión pública.

Tampoco esta propuesta, muy en consonancia con las recomendaciones de la auditoría y del informe de la AISNA, fue tomada en cuenta continuando el proceso de deterioro en todos los órdenes: en el mes de mayo de 1981 las actividades quedan reducidas a los mínimos asistenciales y a actos casi testimoniales en el campo de la salud pública, aquellos que por su carácter administrativo apenas suponen ningún gasto adicional, estando buena parte de la plantilla sin tarea que realizar. Los pagos a los proveedores se dilatan y la escasez se hace notar en todo suministro por nimia que sea su cuantía o por trascendente que fuera (p. ej.: combustible para calefacción).

La AISNA plantea ya de manera franca, pero siempre de modo verbal, que el Centro debe volver a realizar actividades de carácter asistencial y hospitalario, sin ofrecer ninguna alternativa concreta y sin tener en cuenta las posibles duplicidades con la Residencia Sanitaria. Los trabajadores comienzan a ver peligrar su estabilidad laboral y en las frecuentes asambleas no es raro que haya enfrentamientos y posturas enconadas entre las dos posturas básicas: la orientación hacia la salud pública, defendida básicamente por el personal sanitario y recuperar el carácter asistencial del Centro, como propugnaba el Comité de Empresa y el personal no sanitario. Estas posturas enfrentadas son igualmente constantes en la Junta de Gobierno, especialmente con el Administrador, el cual se alinea absolutamente con la posición de la AISNA. Mientras tanto los esfuerzos de la Dirección de búsqueda de una salida a la crisis ante la AISNA y la Dirección General de Salud Pública no se ven recompensados. Esta frustración constante y la falta de resultados motivan que el Director del Centro solicite su relevo, siéndole concedido el traslado a petición propia en junio de 1981.

A partir de este momento se hace cargo de la Dirección Jaime Pérez Sánchez, Jefe de Servicio de Radiología y Subdirector en funciones hasta ese momento. La situación crítica se agudiza, llegándose a plantear una pregunta parlamentaria en el Congreso de los Diputados por el diputado del Grupo Parlamentario Comunista Miguel Núñez interesándose por la actitud del Gobierno por buscar una salida a los problemas del Centro, sin que conste la respuesta pertinente.

Los temores de que pudiera llegar una restricción importante de las actividades con la consiguiente disminución de la plantilla, o incluso el cierre del Centro, se mantienen constantes. Las circunstancias sociales del país, inmerso en una grave crisis económica, con un elevado nivel de desempleo no contribuyen al optimismo. Se produce entonces un cambio radical de la posición de la AISNA: en una de las visitas del Comité de Empresa a la Subdirección General de la AISNA interesándose por la situación se realizan una serie de consideraciones sobre la capacitación técnica de los facultativos del Centro, poniendo en entredicho su profesionalidad. Estas afirmaciones son recogidas en un documento que se expone públicamente en el tablón de anuncios del Centro. Los facultativos requieren la presencia de un notario para que levante acta del contenido de dicho documento, con la intención de pedir un pronunciamiento del Subdirector General sobre las afirmaciones contenidas en el acta, que son entendidas como ofensivas y perjudi-

ciales para su buen nombre, con la intención de emprender acciones legales contra las personas que las realizaran y asumieran.

Tras mantener una entrevista un grupo de facultativos del CNDS con el Subdirector General de la AISNA, quien rechazó asumir las afirmaciones ofensivas, ante la actitud firme de los facultativos y sus argumentaciones de carácter legal sobre las consecuencias de las declaraciones efectuadas y sus propuestas sobre la salida de la situación (un incremento relativamente pequeño de las consignaciones y del personal supondrían poner en rendimiento el resto de la inversión en personal y material), se consiguió que la Subdirección General desbloqueara fondos por valor de cinco millones de pesetas, necesarios para realizar unas mínimas actividades hasta final de año y pagar a proveedores, así como poder cubrir algunas de las vacantes de personal más urgentes.

Organización de las actividades en el período

En el organigrama siguiente se presenta la organización del Centro durante este período, que se mantendrá con pequeñas variaciones hasta 1986, cuando se producirá la transferencia a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

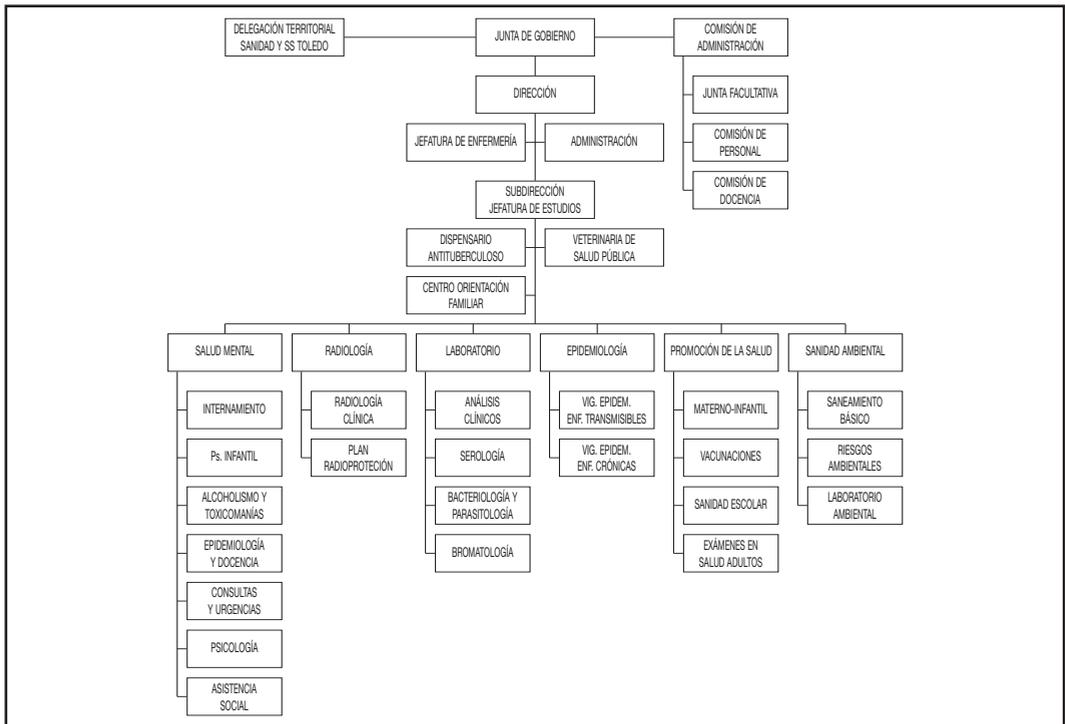


Figura 6.1. Organigrama del CNDS. 1981.

Desde el punto de vista operativo las actividades que se mantienen son fundamentalmente aquellas más propias de los servicios de salud pública: vigilancia y control de estadísticas vitales y factores de riesgo, así como las de promoción y prevención sobre personas, siempre limitadas por la tremenda incidencia que tiene la crisis económico-administrativa. Las circunstancias más reseñables son:

Área Asistencial

Servicio de Salud Mental: no se produce ningún cambio significativo en cuanto a la puesta en marcha de nuevas actividades y sin embargo se ve obligado a restringir actividades como las de los sectores y asistencia a enfermos procedentes de los municipios de las provincias de Ávila y Cáceres, limitándose la atención durante el período de mayo a diciembre de 1981 a los casos de urgencia. También se padecieron limitaciones en los servicios centrales (laboratorio y radiología) por falta de material. Además dos facultativos del Servicio solicitaron y consiguieron el traslado, sin que se procediera a la cobertura de las vacantes.

Servicio de Radiología: también se ve afectado, quedando fuera de uso un tubo lo que impide la realización de estudios radiológicos y radiográficos del aparato digestivo.

Área de Salud Pública

Servicio de Epidemiología: el Servicio de Luchas y Campañas desaparece como tal, siendo integradas parcialmente sus funciones dentro del Epidemiología, hasta su total abandono por la falta de recursos. Se mantiene hasta mayo de 1981 el programa de estudio de factores de riesgo cardiovascular, suprimiendo las actividades de Registro de Enfermedades Crónicas (cáncer, cardiovasculares y suicidio). Por el contrario se introducen mejoras en el sistema de vigilancia epidemiológica, que detecta la caída del nivel de vacunación, efecto directo de las dificultades existentes. También se realiza el seguimiento de estadísticas vitales (natalidad y mortalidad).

Servicio de Sanidad Ambiental: se ve afectado por la no disponibilidad de vehículos y reactivos. Su buena relación con la Subdirección General de Sanidad Ambiental le permite mantener un mínimo de actividad. También en este área de trabajo se comprueba un empeoramiento de los indicadores de calidad, consecuencia de la disminución de la vigilancia. Aún así se pudieron poner en marcha nuevas actividades como la elaboración de un programa de prevención de la caries, incluyendo la puesta a punto de la técnica y análisis de las aguas de 120 municipios y presentación de un proyecto de fluoración de las aguas de abastecimiento público de Talavera de la Reina. También se establecieron las bases de la vigilancia de la radiación ambiental de la Central Nuclear de Almaraz (Cáceres), que entraría en funcionamiento en 1981.

Servicio de Promoción de la Salud: es uno de los servicios más gravemente afectado por la crisis, al interrumpirse las actividades externas al Centro en los barrios de Talavera de la Reina, viendo igualmente reducidas todas las actividades que suponen determinaciones de laboratorio (exámenes en salud, manipuladores, salud materno-infantil y sanidad escolar).

Servicio de Laboratorio: Uno de los servicios más afectados por la escasez de materiales, especialmente en el Área de Bioquímica, llegándose a retirar material cedido por consumo de reactivos por tal circunstancia. Esto repercutía en prácticamente el resto de servicios del Centro.

El Dispensario Antituberculoso, el Centro de Orientación Familiar y Veterinaria de Salud Pública, que dejó de ser considerada como servicio, se vieron igualmente afectados por las circunstancias de restricción económica.

También se debe citar como acontecimiento significativo durante este año la aparición del llamado Síndrome Tóxico, como consecuencia del consumo de aceite de colza desnaturalizado. En la medida de sus posibilidades el CNDS contribuyó al estudio del problema, enviándose dos de sus facultativos en Comisión de Servicios a León para la realización de estudios de campo. Una vez identificado el problema con el consumo de aceite de colza se inició la recogida de aceites sospechosos o sin garantía sanitaria aportados por Ayuntamientos y particulares, procediendo a la determinación de anilinas (304 muestras) según la técnica puesta a punto por la Escuela Nacional de Sanidad.

Igualmente se realizaron diversos estudios sobre calidad de aguas fuera del Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina (Salamanca, Mancomunidad del Algodor, La Puebla de Almoradiel), aprovechando la cualificación de los profesionales y servicios del CNDS.



Figura 6.2. Primer autoanalizador monocanal que se instaló en el Centro.

EL PERÍODO PREAUTONÓMICO (1982-1986)

Durante estos cuatro años se producen diversos cambios en la Dirección del Centro: Tras la resolución parcial de la crisis que motivó la práctica parálisis de la actividad del Centro y la marcha de Emiliano Azón en junio de 1981 como director del mismo, se hace cargo de la Dirección Jaime Pérez Sánchez, Jefe de Servicio de Radiología en principio sin nombramiento efectivo y posteriormente mediante resolución de la AISNA (16/11/1981 a 30/07/1982), con la colaboración durante este tiempo de Juan Atenza Fernández, Jefe de Servicio de Sanidad Ambiental, que desempeña las funciones de Subdirector, aunque sin nombramiento efectivo. Desde el 1 de agosto de 1982 hasta el 1 de diciembre del mismo año vuelve a hacerse cargo de la Dirección Emiliano Azón, siendo nombrado Subdirector Juan Atenza el 10 de diciembre de 1982 hasta el 1 de abril de 1984, ejerciendo como Director en funciones. A partir del 2 de abril de 1984 es nombrado Director del Centro Nacional de Demostración Sanitaria. Esta inestabilidad inicial en el puesto de máxima responsabilidad del CNDS es indicativa del escaso interés de la AISNA y de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad en buscar una salida a la situación de indefinición crónica en que se encontraba el Centro.

La primera tarea que se aborda en este período es conseguir volver a un período de normalidad y estabilidad en el desarrollo de las funciones del Centro, lo que pasaba por disponer de un presupuesto adecuado y el desarrollo de un programa de actividades acorde con la estructura del Centro y que diera respuesta a las necesidades de los diferentes organismos relacionados con el Centro. En este sentido se mantienen conversaciones con todas las instituciones implicadas: la AISNA, en el campo de la asistencia psiquiátrica; la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y sus diferentes Subdirecciones en las actividades propias de Centro Nacional en el campo de la Salud Pública; la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, colaborando en la organización de la misma y en el desarrollo de programas y con la Delegación Provincial de Sanidad de Toledo, dentro del Área Sanitaria de Talavera de la Reina.

Otro órgano administrativo con el que se mantiene un contacto frecuente es el Ayuntamiento de Talavera de la Reina, tanto en aspectos de higiene del medio como de salud maternoinfantil.

La financiación se mantiene basada en módulos asistenciales, pero con factores correctores que permiten el abordaje de los programas de salud pública. Ya en 1982 el ligero incremento presupuestario que se consigue sobre el año anterior permite duplicar el volumen de actividades, lo que demuestra la irracionalidad de las medidas restrictivas del anterior ejercicio. En el afán de demostrar los costes reales de las diferentes actividades comienza a realizarse anualmente un análisis económico del coste de los programas, tanto de salud pública como asistenciales, lo que constituye una actividad pionera en este campo. Las buenas relaciones establecidas con el Ministerio de Sanidad se traducen en la financiación directa de actividades de Salud Pública desde el mismo, fundamentalmente desde las Subdirecciones Generales de Sanidad Ambiental y Promoción de la Salud. Por otra parte el Ayuntamiento de Talavera de la Reina también realiza contribuciones económicas para el mantenimiento de la actividad de salud maternoinfantil en los barrios.

Las apreturas económicas que se padecen no permiten mantener los vehículos y conductores del Parque Móvil Ministerial, que factura unas cantidades a todas luces excesivas. Ello hace que se limite la posibilidad de visitas de campo en todos los servicios, utilizándose un autobús (medio de locomoción desproporcionado), el cobro de dietas (aunque con dificultades) y la ayuda del Ayuntamiento de Talavera de la Reina. Todo ello motiva la necesaria reducción de gastos, entre ellos los generados por el envío de muestras analíticas desde Atención Primaria. El progresivo desarrollo de este nivel por el INSALUD hace que se limite la posibilidad de envío de muestras a las situaciones de interés sanitario, especialmente las ligadas a brotes epidémicos.

Por el contrario persiste la situación de indefinición jurídico-administrativa, lo que no se resolverá hasta la transferencia del Centro a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Los problemas de personal, aunque atenuados por los condicionantes administrativos, todavía se mantienen puesto que no se resuelve el problema de las plazas de personal laboral adscritas de otros centros, si bien tampoco la AISNA insioste en su actitud de devolverlas a sus centros u hospitales de origen. Al mismo tiempo la cobertura de las vacantes que se producen, centralizadas en la AISNA, nunca se realiza con la agilidad que debería tener un órgano administrativo eficaz. Además existen grandes dificultades para poder cubrir las vacantes en determinadas categorías por la insuficiencia de profesionales disponibles, especialmente en enfermería y psiquiatría. Dentro de la política interna de personal se repiten antiguos problemas generados por la necesidad de mantener apoyo a la actividad asistencial desde los servicios de salud pública, tanto de personal facultativo para el desarrollo de las guardias, como de personal de enfermería y auxiliar para

cubrir los turnos de sábados, domingos y festivos, de modo que el personal propio del Servicio de Salud Mental, insuficiente para atender las necesidades de un régimen de turnos, pudiera disfrutar de una libranza en dichos días mínimamente satisfactoria. Todo ello genera distorsiones al realizar compensación horaria los trabajadores que efectuaban las guardias o los turnos de festivos, lo que implicaba detraer tiempo de trabajo a su servicio de origen. Asimismo hay una notoria escasez de recursos en el área de conserjería/telefonistas, lo que genera continuos conflictos en la organización de dicho personal. Al mismo tiempo, se inicia un necesario proceso de clasificación y reclasificación de personal, puesto que las funciones que desarrollaba buena parte del personal laboral no se correspondían con las propias de la denominación de sus puestos, debido a los grandes cambios organizativos realizados y a la propia evolución de la atención sanitaria, en tránsito desde posiciones muy tradicionales a una concepción moderna de la sanidad. Nuevamente el clima laboral y político del país, inmerso en grandes cambios laborales tiene su reflejo en la organización del CNDS. Esta situación contribuía igualmente a la existencia de situaciones de tensión laboral.

Desde el punto de vista técnico se trabaja en diversos campos: La experiencia de años anteriores se utiliza en diseñar programas de trabajo en los diferentes campos de la salud pública, que son puestos al servicio de la Comunidad Autónoma y que serán la base de futuros programas regionales: Vigilancia e información epidemiológica, configuración del Sistema de Registro en Atención Primaria, elaboración del Manual de Vacunaciones, vigilancia ambiental, diseño de la Red de Vigilancia y Prevención de la Contaminación Atmosférica, organización de laboratorios, salud bucodental, realizándose las primeras experiencias de prevención: estudios epidemiológicos comparando la situación en dos zonas, una con bajos niveles de flúor en las aguas de abastecimiento y otra con agua fluorada naturalmente, participación en la encuesta nacional diseñada por la OMS, realización de sellados en la consulta del CNDS, y puesta en marcha de programas experimentales de colutorios fluorados, sellado de fisuras, educación para la salud, etc.

Otro de los campos fundamentales de actuación es la formación: Hay que recordar que en este momento histórico el cambio en el Gobierno de la nación va seguido de los primeros pasos de reforma de la atención primaria de salud, en cuya génesis participa un buen número de profesionales vinculados al CNDS directamente o desde la atención primaria. Una vez publicado el Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, punto de partida de la reforma de la Atención Primaria de Salud, se diseña una estrategia de difusión en la Comunidad Autónoma de la teoría y práctica de la Atención Primaria, siendo el instrumento básico el desarrollo de los Cursos de Iniciación a la Programación en Atención Primaria, desarrollados inicialmente en el propio CNDS y posteriormente de manera descentralizada en las diversas provincias de Castilla-La Mancha. Al mismo tiempo se mantiene la oferta de Cursos de Diplomados de Sanidad, que siguen constituyendo una bue-

na oportunidad para formar a profesionales en materia de Salud Pública, así como otras actividades docentes, buena parte de ellas a demanda de la Consejería de Sanidad, entre las que destacan las dirigidas a la formación de profesionales que prestan sus servicios en las Direcciones Provinciales de Sanidad. Igualmente se debe destacar la colaboración prestada a la Unidad Docente de Medicina Familiar en la formación de los Médicos Internos y Residentes de dicha especialidad en los campos de la salud pública y la psiquiatría, así como la solicitud de acreditación en las especialidades de Psiquiatría y Medicina Preventiva y Salud Pública.

En este período se inician las primeras actuaciones en el campo de la informatización de actividades. Disponiendo únicamente de un primitivo Spectrum, y sin ningún personal cualificado o formado específicamente en informática, se realizan las primeras experiencias en la vigilancia epidemiológica y en la gestión de la Biblioteca. Se colabora igualmente con la Consejería de Sanidad en el diseño del futuro programa informático de vigilancia epidemiológica regional.

Siguiendo una tónica común en el Centro durante toda su historia de apertura y colaboración con diferentes entidades se cede un espacio al Ministerio de Educación para la ubicación de sus equipos psicopedagógicos y multiprofesionales y para la realización de actividades. Igualmente se inician contactos con el INSALUD para valorar la posibilidad de que se les ceda igualmente dependencias para instalar consultas de especialidades del Ambulatorio, que se encontraba saturado, sin que se llegue hasta años más tarde a poder materializar esta colaboración.

Organización del Centro Nacional de Demostración Sanitaria en el período

Los cambios que se producen sobre la época inmediatamente anterior son escasos: El organigrama funcional se recoge en la figura adjunta (pág. siguiente).

Área de Salud Pública

Servicio de Epidemiología: Se mantienen las funciones de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, la evaluación del programa de vacunaciones, el control de las estadísticas vitales y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónicas, fundamentalmente a través del control de factores de riesgo cardiovascular realizado en una consulta específica del CNDS y mediante un estudio transversal en la población rural del Área, sobre una muestra aleatoria de 1.964 personas. Otro trabajo específico desarrollado durante el período es un estudio etiológico de enfermedades gastrointestinales, en colaboración con el Laboratorio del Centro y el Centro Nacional de Microbiología, Inmunología y Virología

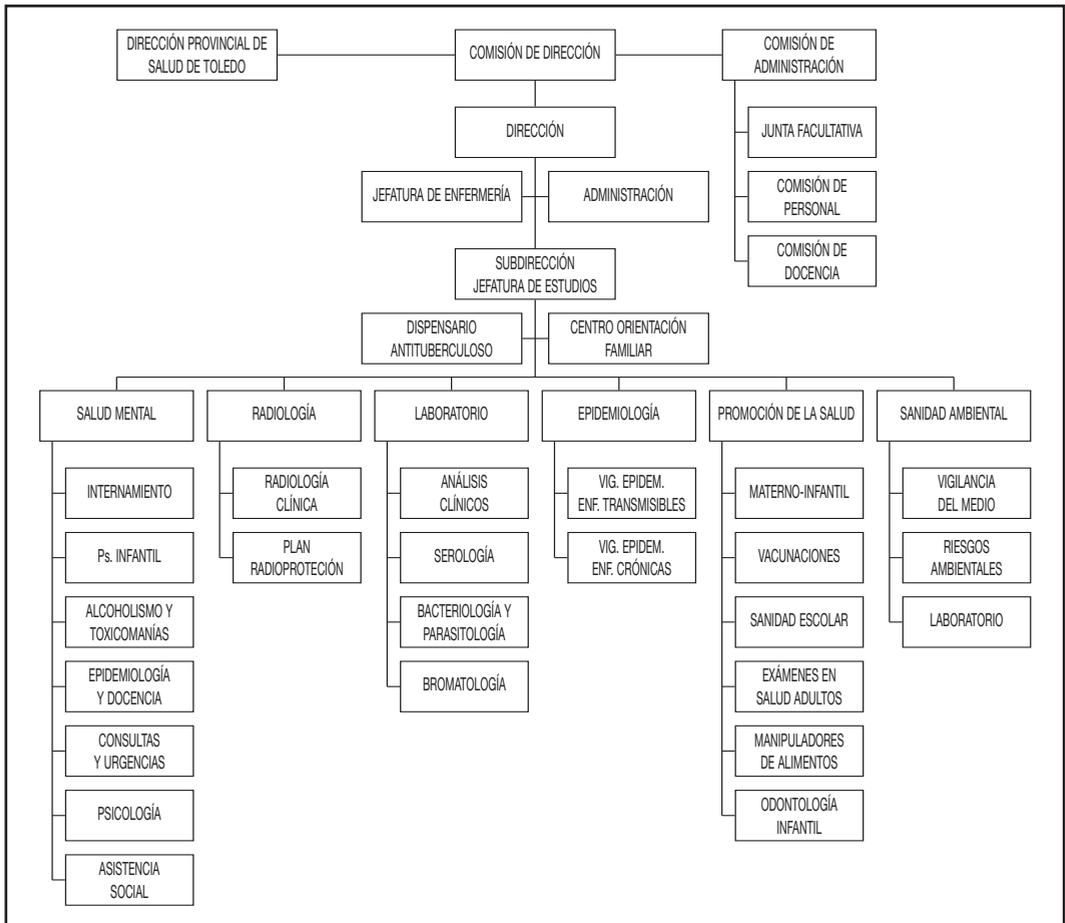


Figura 7.1. Organigrama del CNDS. 1982-86.

Sanitarias. Desde el punto de vista administrativo destaca la colaboración con la Consejería de Sanidad en la organización de su propia estructura de vigilancia epidemiológica. Como principales dificultades específicas del servicio se señalan la carencia de suficiente capacidad de desplazamiento y de informatización.

Servicio de Sanidad Ambiental: Continúa con su amplio programa de vigilancia y control sanitario ambiental, introduciendo un programa de control de aguas de baño, aunque el servicio estaría fuertemente condicionado por la carencia de personal y la escasa disponibilidad de transporte, imprescindible para estas actividades. Por el contrario se incrementa la actividad en el laboratorio ambiental, realizando gran cantidad de análisis de flúor, ligado al programa de prevención de caries, de plomo estudiando la cesión de dicho metal por recipientes de cerámica, tanto en el estudio de casos de saturnismo como en estudios de control de riesgos.

Aparece el primer gran episodio de olor en el agua potable de Talavera de la Reina, identificándose como origen la proliferación de algas cianofíceas en el embalse de Cazalegas. Esta situación se repetirá en años posteriores y dará lugar a una importante línea de trabajo e investigación. También es reseñable la puesta a punto de técnicas analíticas, incluyendo la cromatografía de gases, introducida en el Centro en este período. Igualmente se puso a punto y utilizó la técnica de la fluoresceína como trazador para demostrar la comunicación entre posibles fuentes de contaminación y abastecimientos de agua. Se colabora con la Consejería de Sanidad en el estudio de diversos brotes externos al Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina y en la definición de sus estructuras administrativas, incluyendo la realización de actividades docentes. Otra actividad significativa fue la colaboración de sus profesionales en la elaboración de la Guía de Atención al Medio Ambiente en Atención Primaria de Salud, coordinada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.



Figura 7.2. Material elaborado para actividades de Educación sanitaria.

Servicio de Promoción de la Salud: La experiencia más notable en el período es el desarrollo del programa de salud materno-infantil en seis barrios de Talavera de la Reina. Partiendo de la base de la experiencia del programa de organización de la comunidad para la salud, se eligen seis barrios deprimidos de la ciudad, donde se desarrollan actividades de puericultura, control del embarazo, planificación familiar y educación para la salud, contando con la colaboración del resto de servicios del Centro. Para ello se dispone de la modesta, pero fundamental, colaboración económica del Ayuntamiento y del entusiasta apoyo de Asociaciones de Vecinos, líderes naturales y otras instituciones sin ánimo de lucro. Se pone en marcha nuevamente el programa de exámenes en salud, de gran demanda entre la población, posiblemente como exponente de carencias asistenciales y que genera importantes ingresos al CNDS al ser cobradas las actividades. Al dotarse el Servicio de un especialista en Odontología se inicia un programa dirigido a niños en edad escolar, con una orientación preventiva: educación para la salud, aplicación tópica de flúor, sellado de fisuras, empastes, etc. Asimismo se realizan estudios epidemiológicos que muestran el interés de estas actividades. Otra actividad que se inicia es la puesta en marcha de un programa de preparación al parto, desarrolla-

do tanto en el CNDS como de forma descentralizada. El resto de programas (sanidad escolar, puericultura, manipuladores, planificación familiar) se mantienen a buen ritmo.

Servicio de Laboratorio: Las circunstancias más significativas fueron la progresiva introducción de técnicas automatizadas en el campo de los análisis clínicos y serología; la introducción de técnicas de determinación de anticuerpos por enzimoinmunoensayo frente a microorganismos de interés sanitario (rubéola, toxoplasmosis, hepatitis); el mantenimiento de una notable actividad en bacteriología y parasitología clínica y microbiología ambiental, participando con el Servicio de Epidemiología y el CNMVIS, bajo el patrocinio de la OMS, en el estudio etiológico de patógenos intestinales y, como uno de los hechos más notables, la puesta en marcha de la Sección de Bromatología, que progresivamente irá creciendo en importancia. Se mantiene un alto nivel de colaboración con diferentes laboratorios nacionales (CNMVIS y CENAN de Majadahonda, Escuela Nacional de Sanidad) e internacionales (Instituto Pasteur de París). Se realizan diversas estancias docentes en el Servicio de alumnos procedentes de la Formación Profesional, así como de facultativos asistentes voluntarios. Comienza a plantearse de manera sistemática por el Servicio de Laboratorio la necesidad de unificar sus instalaciones dispersas en tres dependencias en un único espacio, entendiéndose como el más adecuado la tercera planta del Centro, que quedó diáfana cuando se construyó en previsión de un futuro crecimiento hospitalario ya inviable.

Área Asistencial

Servicio de Salud Mental: Se ve afectado por notables carencias de personal, sobre todo en la primera mitad del período. Hay una alta inestabilidad en la dotación de psiquiatras, profesión con muy poca oferta en la época, lo que hace que se deba trabajar bajo mínimos durante mucho tiempo. Otro tanto ocurre con las enfermeras, mientras que el personal auxiliar sanitario es insuficiente para cubrir todos los turnos, requiriéndose la colaboración de otros auxiliares del Centro. La situación es especialmente complicada en psiquiatría infantil, que debe permanecer cerrada durante largos períodos por inexistencia de psiquiatra. También se debe reseñar que la dotación de psicólogos y asistentes sociales es claramente insuficiente. A pesar de ello el trabajo se mantiene en el resto de las áreas (consultas externas, internamiento y drogodependencias, donde a la atención a pacientes alcohólicos comienza a sumarse el tratamiento de adictos a opiáceos).

Servicio de Radiología: Mantiene su actividad a demanda de los diferentes servicios.

Inicio del proceso de relación con la Consejería de Sanidad

El desarrollo del llamado Estado de las Autonomías en España y la configuración de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha hizo que fuera necesario plantearse en diferentes niveles la ubicación del Centro Nacional de Demostración Sanitaria. La AISNA no mostró intención en ningún momento de tratar de retener el CNDS entre los centros de carácter nacional no transferibles. La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, que llegaría a desaparecer temporalmente como consecuencia del proceso de transferencias de esta materia a las Comunidades Autónomas, adoptó una postura de indefinición, no pronunciándose con claridad sobre la transferencia del Centro. Los otros actores (Junta de Comunidades y CNDS) optaron claramente por la transferencia.

A la Consejería de Sanidad la transferencia del Centro le permitía contar con un recurso que, con todas las limitaciones y carencias expuestas, le facilitaría la creación de estructuras y la puesta en marcha de programas de salud pública, apoyando las débiles estructuras provinciales que le fueron transferidas en 1982 y la casi inexistente dotación de su Dirección General de Salud Pública. El CNDS entendió que la mejor opción de futuro era la nueva administración autonómica: sería mucho más fácil desarrollar su tradición de trabajo muy cercano a la comunidad integrado en la misma, a la par que su bagaje de recursos de personal y material podría ser muy útil para la planificación de la salud pública regional. Así las cosas no fue muy difícil ponerse de acuerdo, incluso en la dotación de ciertas carencias del CNDS, siendo los acuerdos más notables en este punto la construcción por parte de la AISNA del Laboratorio unificado en la tercera planta del Centro y la dotación por parte de la Consejería de Sanidad de dos vehículos ligeros (un todo terreno y una furgoneta) para facilitar las actividades de campo.

Los primeros contactos formales se mantuvieron en 1983 con el Consejero de Sanidad, Miguel Espinosa, quien anunció su intención de que el CNDS tras la transferencia acogiera la Escuela de Salud Pública de Castilla-La Mancha. Transitoriamente, como ya se ha expuesto, se colaboró activamente con la Consejería en tareas de formación, tanto de los profesionales de las estructuras regional y provinciales, como de los de Atención Primaria de Salud. Las otras áreas de colaboración fueron la organización de servicios (vigilancia epidemiológica, registros, vacunaciones e higiene del medio) y la participación en proyectos como el Plan de Salud de Castilla-La Mancha que no llegó a culminar hasta bastantes años después.

Para poder llevar a cabo estas tareas bajo una adecuada cobertura legal se firmó un convenio de colaboración entre la AISNA y la Consejería de Sanidad, recogido en el cuadro siguiente. Esto permitió aguardar sin tensiones administrativas hasta que se produjera el hecho de la transferencia en 1986.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA Y LA ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL DE LA SANIDAD NACIONAL (AISNA) PARA LA UTILIZACIÓN DEL CENTRO NACIONAL DE DEMOSTRACIÓN SANITARIA DE TALAVERA

En Toledo, a 26 de febrero de 1985

REUNIDOS:

De una parte, Don Juan José de la Cámara Martínez, Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

De otra parte Don Julio Romero Olavarrieta, Subdirector General de Centros Sanitario-Asistenciales de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

EXPONEN:

Que la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo precisa para el mejor desarrollo de los programas de salud a efectuar en Castilla-La Mancha, según las transferencias asumidas en Sanidad por la Junta de Comunidades, de la utilización de los Servicios y Medios del Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera dependiente de la AISNA.

Que ambas Administraciones entienden como necesario, racional y útil acentuar y facilitar la colaboración, cuyo objetivo es dar mejor servicio a la población de Castilla-La Mancha y la mejor utilización de los recursos públicos existentes en el territorio.

Que el Centro Nacional de Demostración Sanitaria tiene una amplia experiencia ampliamente reconocida en los temas de Salud Pública y unos recursos de personal y materiales que pueden prestar una valiosa colaboración a la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

Por todo ello,

ACUERDAN:

Suscribir un convenio de colaboración con arreglo a las siguientes

ESTIPULACIONES:

1.—La AISNA autoriza al Centro Nacional de Demostración Sanitaria a la prestación de los Servicios Sanitarios que le sean solicitados por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

2.—La AISNA seguirá financiando las actividades del Centro Nacional de Demostración Sanitaria según los presupuestos aprobados en la Ley General Presupuestaria de 1985 en todos sus capítulos.

3.—La Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo financiará tasas de los servicios según acuerdo del Consejo de Ministros aprobado en sesión del 22-12-1980 y

las inversiones necesarias para el desarrollo de las actividades generadas por la colaboración y con cargo a sus presupuestos de 1985.

4.—La dirección técnica y evaluación de dichas actividades se realizará por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, y encauzada a través del Director del Centro Nacional de Demostración Sanitaria.

5.—El presente convenio afectará al año 1985 pudiendo ser prorrogable por otros períodos anuales, salvo que sufiere modificación por la política de transferencias a la que está sujeta la AISNA en el presente año 1985 por imperativo de ley.

Y para que conste se firma por duplicado en el lugar y fecha dicha en el encabezamiento.

Fdo. Juan José de la Cámara Martínez
CONSEJERO DE SANIDAD; BIENESTAR
SOCIAL Y TRABAJO.

Fdo. Julio Romero Olaverrieta
SUBDIRECTOR GENERAL DE CENTROS
SANITARIO-ASISTENCIALES DE LA AISNA



Figura 7.3. Trabajando en el Laboratorio, en la Sección de Microbiología.

LA ÉPOCA ACTUAL: EL CENTRO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA (1986-2001)

El 24 de enero de 1986 el Boletín Oficial del Estado publica el Real Decreto 2639/1985, de 11 de septiembre de 1985, sobre transferencia de servicios a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, en materia de sanidad, con efectividad de 1 de julio de 1985. Concretamente hace referencia a los siguientes centros dependientes de la AISNA: Hospital Psiquiátrico Infantil “La Atalaya”, Hospital Comarcal y Centro Maternal de Urgencia de Tomelloso (Ciudad Real); Hospital Comarcal de Motilla del Palancar (Cuenca), Instituto Leprológico y Leprosería Nacional de Trillo, Hospital Psiquiátrico “Conde de Romanones” de Yebes (Guadalajara) y el Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo). El coste total de la transferencia¹ se cifra en 1.057.933.000 pesetas de gastos de personal y 255.256.000 pesetas de gastos de funcionamiento, de los cuales se debía deducir 123.347.000 pesetas de recaudación anual por tasas y otros ingresos, lo que arrojó una financiación neta de 1.189.842.000 pesetas para el conjunto de los centros transferidos.

Adscritos al Centro Nacional de Demostración Sanitaria se transfirieron los puestos de trabajo recogidos en la tabla siguiente, debiendo hacerse constar que los puestos ocupados por funcionarios interinos estaban dotadas al 90 por 100. Los costes de funcionamiento no se presentan individualizados por centros transferidos. Esta transferencia de personal elimina uno de los problemas crónicos del Centro en su anterior etapa: el personal laboral adscrito desde otros centros u hospitales y la posibilidad de retorno a los mismos.

¹ Todas las cantidades económicas referidas a la transferencia están en pesetas de 1984.

Tabla 8.1. Personal del CNDS y valoración económica transferido a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Enero de 1986

PUESTOS DE TRABAJO	N.º	COSTO
Funcionarios en propiedad e interinos	43	87.591.715
Funcionarios vacantes	10	18.421.119
Trabajadores con contrato laboral	99	116.817.586
Puestos de personal laboral a extinguir (funcionarizables)	5	6.542.252
Plazas de personal laboral vacante	3	3.386.733
TOTAL	160	232.759.405

Fuente: «Boletín Oficial del Estado» n.º 21, de 24 de enero de 1986.

Inmediatamente después de la transferencia se adopta provisionalmente un nuevo nombre para el Centro, denominándole Centro Regional de Demostración Sanitaria. La transferencia obliga igualmente a suprimir la actividad del Centro en los municipios de Ávila y Cáceres integrados en el Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina, ofreciéndose a las respectivas Jefaturas Provinciales de Sanidad de ambas provincias la remisión de todos los datos obrantes en los archivos del Centro sobre dichos municipios, sin que, por cierto, se interesaran por este tema. En la primera fase después de la transferencia se intensifican las acciones bajo la Dirección General de Salud Pública en los denominados servicios de referencia y la Escuela Regional de Salud Pública, siendo un hito importante la finalización de las obras del Laboratorio en la tercera planta, lo que permitirá la unificación de sus diversas unidades en una estructura común. A su vez, los espacios liberados por antiguas dependencias del Laboratorio permitirán reubicar otros servicios del Centro, como se señala más adelante.

Organización del Centro Regional de Salud Pública

Con la experiencia de la etapa anterior en la que se sufrió durante toda ella las consecuencias de la indefinición jurídico-administrativa del Centro Nacional de Demostración Sanitaria, sin que quedaran claramente expresados ni su área de actuación, ni su dependencia funcional, ni un adecuado modelo de financiación acorde con sus características, desde antes de que la transferencia fuera efectiva se

trabajó en tratar de que todos estos aspectos quedaran claramente definidos bajo la nueva dependencia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad aceptó este planteamiento, iniciándose el proceso de elaboración de la normativa que regulara las funciones del Centro. Esto se plasmó en la publicación del Decreto 16/1987, de 24 de febrero (DOCM n.º 11, de 3 de marzo, corrección de errores en el DOCM n.º 12, de 10 de marzo), cuyo texto se transcribe:

Decreto 16/87 de 24 de febrero, por el que se crea el Centro Regional de Salud Pública de Castilla-La Mancha

Por Real Decreto 340/1982, de 15 de enero, fueron transferidos, a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). Estas transfencias se ampliaron por Real Decreto 2639/85, de 11 de septiembre, entre los que se incluía el Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo).

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha considera de gran importancia la existencia, en esta Comunidad Autónoma de un Centro Sanitario que se configure como un apoyo técnico importante de la Dirección General de Salud Pública en las tareas de ámbito regional que tiene encomendadas, muy en particular en lo que corresponde a:

- **El conocimiento riguroso de los problemas de salud de esta Comunidad Autónoma para una correcta planificación de los servicios sanitarios.**
- *El incremento de la capacitación técnica de los profesionales de la Salud de la Comunidad Autónoma.*
- *La prestación de determinados servicios que, por su complejidad, sólo deban efectuarse en un único Centro de la Comunidad Autónoma, siguiendo un criterio de eficiencia.*

Además dicho Centro deberá prestar los servicios habituales del nivel secundario de atención a la salud en el área geográfica en que se encuentra.

El, hasta ahora, Centro Nacional de Demostración Sanitaria, presenta unas características, tanto de organización como de recursos y ha venido realizando una serie de actividades y programas desde su creación que le hacen particularmente idóneo, con la reorganización oportuna, para convertirse en el Centro Regional de apoyo técnico a la Dirección General de Salud Pública mencionado anteriormente.

En su virtud y a propuesta del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 24 de febrero de 1987.

DISPONGO

Artículo 1

El Centro Nacional de Demostración Sanitaria pasará a denominarse “Centro Regional de Salud Pública” y se adscribirá la gestión del mismo a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

Artículo 2

Este Centro se estructurará en:

- a) Servicios Generales Referenciales:
 - Laboratorio Regional de Sanidad y Consumo.
 - Servicio Regional de Información y Vigilancia Epidemiológica (de acuerdo al Decreto 162/983 de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo).
 - Servicio Regional de Atención al Medio Ambiente.
- b) Escuela Regional de Salud Pública.
- c) Área de Salud de Talavera de la Reina.

Artículo 3

Los servicios generales son aquellas unidades referenciales, de ámbito regional, que tienen la función de prestar su asesoramiento y apoyo a la Dirección General de Salud Pública en aquellos temas que les encomiende.

Artículo 4

La Escuela de Salud Pública tiene como función llevar a cabo las actividades de formación, fundamentalmente de ámbito regional o de nivel especializado, sin detrimento de las actividades formativas descentralizadas que se efectúen en otros lugares de Castilla-La Mancha.

Artículo 5

El Área de Salud comprenderá los recursos sanitarios transferidos a la Junta de Comunidades existentes en el ámbito geográfico de tal área.

Artículo 6

La Dirección General de Salud Pública podrá encomendar al Centro Regional cualquier otra actividad que considere necesaria para una buena atención a la salud de los Castellano-Manchegos.

Artículo 7

Para una mayor eficacia el Director General de Salud Pública podrá delegar en el Jefe de Servicio Provincial de Salud de la Delegación de Toledo la di-

rección y supervisión del funcionamiento de los dispositivos del área de salud de Talavera de la Reina.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA:

En tanto no se regule de forma definitiva el ámbito geográfico, se considera como área de Salud de Talavera de la Reina, el correspondiente a los municipios que figuran en el Anexo I.

SEGUNDA:

Para el mejor cumplimiento de las funciones asignadas por el presente Decreto se procederá, por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, a la definición de la plantilla adecuada a las funciones que se les encomienden al Centro, así como a la reordenación de la plantilla del personal existente actualmente.

TERCERA:

En tanto se regule de forma definitiva el sistema de financiación del Centro, la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, adecuará los presupuestos asignados al Centro a las nuevas tareas que se le encomienda, incrementando su financiación habitual con las cantidades necesarias para su adecuado desarrollo que se detraen del presupuesto corriente del año 1987 de la Dirección General de Salud Pública, programa 26.03.202.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA:

Se faculta al Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo para dictar las disposiciones necesarias en orden al desarrollo del presente Decreto.

SEGUNDA:

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente a su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Dado en Toledo, a veinticuatro de febrero de mil novecientos ochenta y siete.—El Presidente de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.—Fdo.: JOSÉ BONO MARTÍNEZ. El Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.—Fdo.: JUAN JOSÉ DE LA CÁMARA MARTÍNEZ.

ANEXO I	
RELACIÓN PROVISIONAL DE MUNICIPIOS ADSCRITOS AL ÁREA	
ALCAÑIZO	HINOJOSA DE SAN VICENTE
ALCAUDETE DE LA JARA	HORMIGOS
ALCOLEA DE TAJO	IGLESUELA, LA
ALDEANCABO DE ESCALONA	ILLÁN DE VACAS
ALDEANUEVA DE BARBARROYA	LAGARTERA
ALDEANUEVA DE SAN BARTOLOMÉ	LUCILLOS
ALMENDRAL DE LA CAÑADA	MALPICA DE TAJO
ALMOROX	MAQUEDA
AZUTÁN	MARRUPE
BELVÍS DE LA JARA	MATA, LA
BUENAVENTURA	MEJORADA
CALERA Y CHOZAS	MESEGAR DE TAJO
CALERUELA	MOHEDAS DE LA JARA
CALZADA DE OROPESA	MONTEARAGÓN
CAMPILLO DE LA JARA	MONTESCLAROS
CARDIEL DE LOS MONTES	NAVA DE RICOMALILLO, LA
CARMENA	NAVALCÁN
CARPIO DE TAJO	NAVALMORALEJO
CARRICHES	NAVALMORALES, LOS
CASAR DE ESCALONA	NAVALUCILLOS, LOS
CASTILLO DE BAYUELA	NAVAMORCUENDE
CAZALEGAS	NOMBELA
CEBOLLA Y MAÑOSA	NUÑO GÓMEZ
CERVERA DE LOS MONTES	OROPESA
CERRALBOS, LOS	OTERO
DOMINGO PÉREZ	PAREDES DE ESCALONA
ERUSTES	PARRILLAS
ESCALONA	PELAHUSTÁN
ESPINOSO DEL REY	PEPINO
ESTRELLA, LA	PUEBLANUEVA, LA
GARCOTÚN	PUENTE DEL ARZOBISPO
HERENCIAS, LAS	QUISMONDO
HERRERUELA DE OROPESA	REAL DE SAN VICENTE, EL

RELACIÓN PROVISIONAL DE MUNICIPIOS ADSCRITOS AL ÁREA (Continuación)	
RETAMOSO DE LA JARA	SOTILLO DE LAS PALOMAS
ROBLEDO DEL MAZO	TALavera DE LA REINA
SAN BARTOLOMÉ DE LAS ABIERTAS	TORRALBA DE OROPESA
SAN MARTÍN DE PUSA	TORRECILLA DE LA JARA
SAN ROMÁN DE LOS MONTES	TORRICO, EL
SANTA ANA DE PUSA	VALDEVERDEJA
SANTA OLALLA	VELADA
SARTAJADA	VENTAS DE SAN JULIÁN
SEGURILLA	VILLAREJO DE MONTALBÁN
SEVILLEJA DE LA JARA	

A través de esta norma se configura el nuevo Centro Regional de Salud Pública, cuyas características más importantes son:

1. Su Dependencia de la Dirección General de Salud Pública, la cual podrá delegar en el Jefe de Servicio de Salud de la Delegación Provincial de Toledo la dirección supervisión de los servicios de salud del área de Talavera de la Reina.
2. La definición de una serie de servicios denominados Generales Referenciales (Laboratorio Regional de Sanidad y Consumo, Servicio Regional de Información y Vigilancia Epidemiológica y Servicio Regional de Atención al Medio Ambiente), con funciones de asesoramiento y apoyo a la Dirección General de Salud Pública.
3. La creación de la Escuela Regional de Salud Pública, orientada a la formación en el ámbito regional o nivel especializado.
4. El Área de Salud, compuesta provisionalmente por los municipios contemplados en el Anexo I, correspondientes con ligeras modificaciones a los municipios de Toledo incluidos en la primitiva Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina, sobre la cual se desarrollarán los programas de control de Salud Pública.



Figura 8.1. En la Fiesta de la Salud.

5. La modificación del sistema de financiación, abandonando los conceptos meramente hospitalarios y contemplando un incremento de su presupuesto a través de la Dirección General de Salud Pública.
6. Se anuncia una futura remodelación de la plantilla del Centro, adecuándola a sus nuevas funciones.

Esta nueva estructura se plasma en el organigrama siguiente:

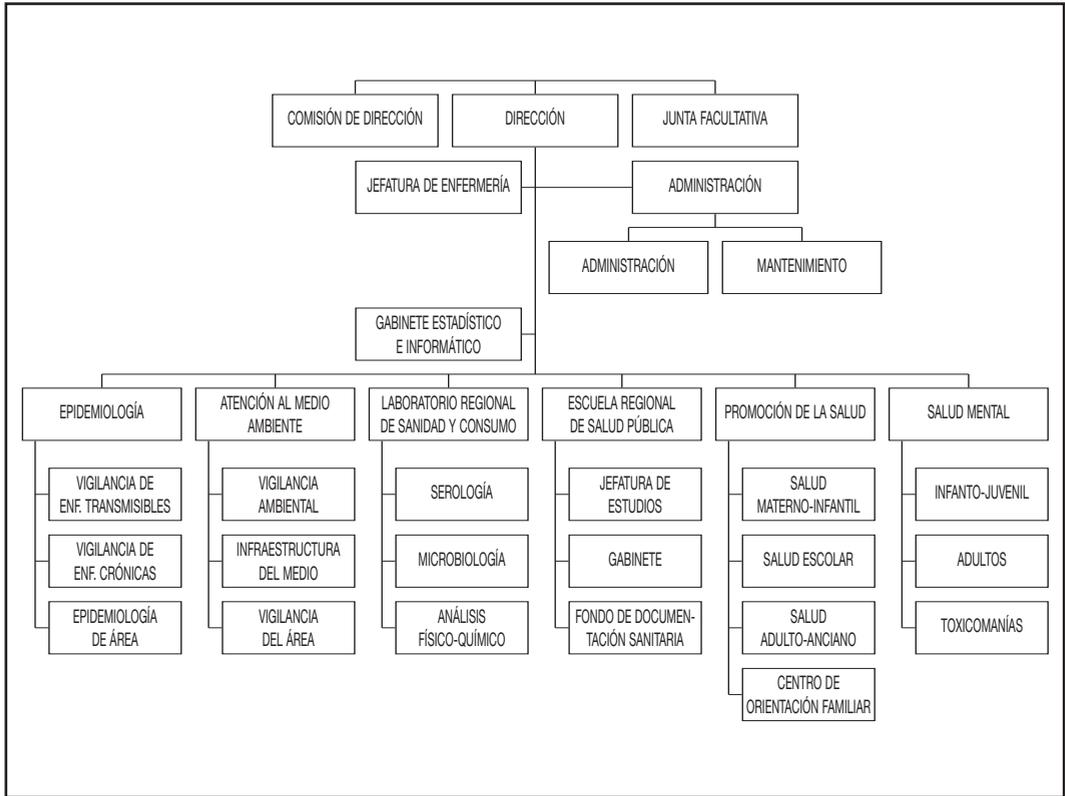


Figura 8.2. Organigrama del Centro Regional de Salud Pública. 1987-94.

La publicación del decreto es recibida con satisfacción por los trabajadores del Centro, puesto que venía a cubrir el problema crónico de la indefinición del mismo, aunque a su vez planteaba dos dificultades: la diferenciación de los servicios en dos grupos (regionales y de área), lo que generaría descontento y la relativa indefinición de la dependencia del Área de Salud (Director General, Jefe de Servicio de Salud Provincial y Director del Centro) hará que en los años siguientes sea necesario con cierta frecuencia recurrir a procedimientos de intermediación personal para evitar conflictos de competencias, aunque debe señalarse que esta cir-

cunstancia en ningún momento significó un problema importante para el desarrollo de las tareas encomendadas.

Lo que sí llegó a derivar en conflicto fue la ordenación de la plantilla. La elaboración de la relación de puestos de trabajo (RPT) para el personal funcionario, publicada en marzo de 1987, en la cual se asignaron bajos niveles orgánicos a la Dirección y Jefaturas de Servicio y Sección del Centro, se interpretó como un intento de que el Centro limitara su ámbito de actuación a la comarca de Talavera de la Reina en detrimento de su condición regional. Ello motivó una fuerte contestación por parte de los trabajadores del Centro, quienes protagonizaron diferentes acciones de protesta (informes a autoridades sanitarias y administrativas, comunicados de prensa, corte de carretera, etc). Afortunadamente en breve plazo fue posible reconducir la situación, reconociendo la Consejería de Sanidad el carácter regional del Centro y produciéndose una nueva modificación de la RPT que recogía las mínimas reivindicaciones del Centro.

También se debe señalar que esta RPT presentaba aspectos novedosos en la dotación de plazas, incluyendo puestos de trabajo como documentalista, para la puesta en marcha del Fondo de Documentación Sanitaria, sociólogo, psicólogo y economista constituyendo el llamado Gabinete de la ERSP, que debería actuar como órgano de estudios y un ingeniero técnico de telecomunicaciones para desarrollar y mantener el área de electromedicina. Todos estos puestos quedaron sin cubrir y desaparecerían en futuras remodelaciones de la RPT, por lo que esta manifestación de apertura hacia áreas nuevas en el campo de la Salud Pública quedaron meramente en un intento de modernización.

A lo largo de los años siguientes se produjeron diferentes modificaciones de menor importancia, hasta las producidas en 1994, en la que se plantea la diferenciación de la estructura del CRSP en dos áreas independientes: por un lado la que mantendría la denominación de CRSP, que agruparía tres grandes servicios regionales: la Escuela Regional de Salud Pública, el Laboratorio Regional de Sanidad y Consumo y el Centro de Estudios de Salud Ambiental, por lo que desapareció como servicio regional el de Epidemiología, respecto a la etapa anterior. Por otro lado se creaba el Servicio de Salud del Área de Talavera de la Reina, con su propio Jefe al frente, estando dotado de las secciones de Epidemiología, Sanidad Ambiental, Promoción de la Salud e Inspección Sanitaria, más los dispositivos asistenciales: el servicio de Salud Mental, que pasa a denominarse Unidad de Salud Mental y el Servicio de Radiología.

Esta nueva estructura no es bien recibida por el Centro, al entender que la separación de sus recursos en dos unidades operativas debilitaría ambas, sin que por el contrario se obtuviera ninguna ventaja alternativa. En la práctica se siguió trabajando en similares condiciones que las marcadas por la anterior RPT, favorecido por el hecho de que no se llegara a nombrar ningún Jefe de Servicio del Área de Salud.



Figura 8.3. El Salón de Actos, tras la remodelación.

La nueva estructura propuesta se presenta en la siguiente figura:

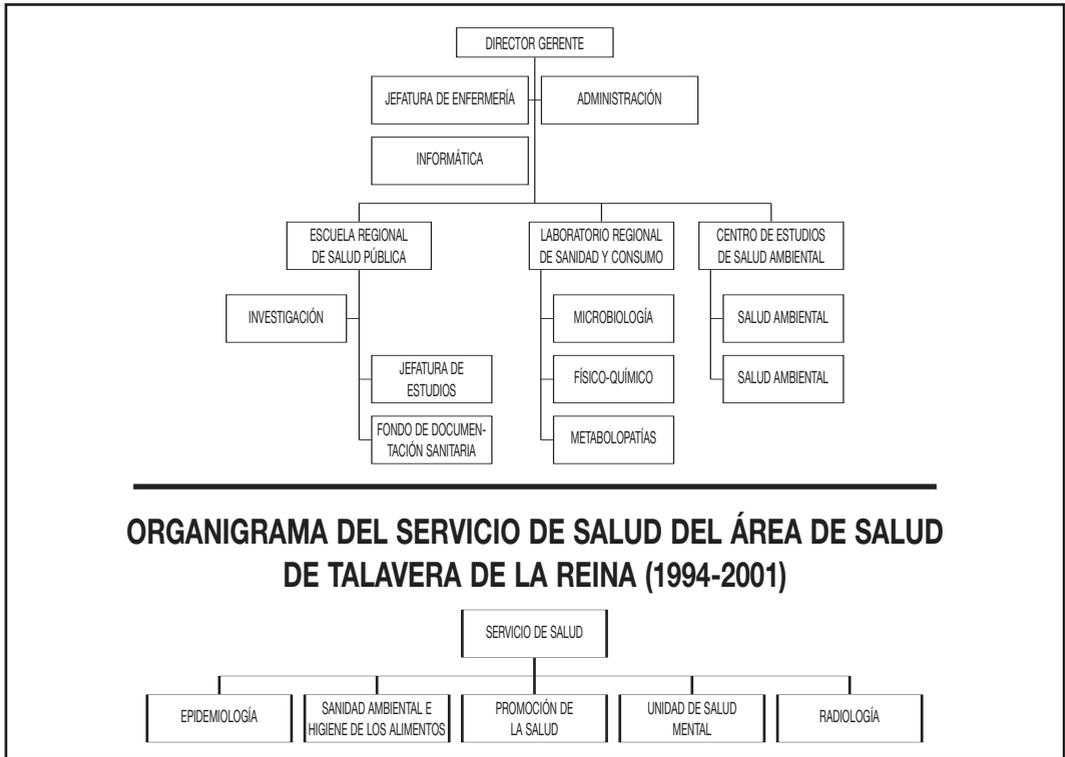


Figura 8.4. Organigramas del Centro Regional de Salud Pública y Servicio de Salud del Área de Salud de Talavera de la Reina. 1994-2001.

Paralelamente se desarrolló una intensa tarea de reordenación de espacios y servicios, así como de dotación de material y completar los recursos humanos. Entre las actuaciones más relevantes podemos citar:

1. La finalización de las obras de construcción del nuevo Laboratorio Regional de Sanidad y Consumo, ubicadas en la tercera planta del edificio, dotándose de las más modernas instalaciones técnicas y dotación de instrumental.
2. La reubicación de los servicios en espacios lógicos, agrupando secciones que debido a las diferentes remodelaciones sufridas por el Centro habían quedado separadas físicamente.
3. La ampliación y remodelación de las instalaciones de la ERSP, construyendo nuevas habitaciones en la residencia destinadas a los alumnos asistentes a cursos en régimen de internado, ampliando el número de plazas disponibles hasta 50. Igualmente se modificó la estructura de aulas y del Salón de Actos, haciéndolas plenamente funcionales. Para ello se dotó de los dispositivos audiovisuales e informáticos necesarios. También se amplió el espacio administrativo de la ERSP, liberando espacios que pudieron ser utilizados para tareas docentes o de investigación.
4. Cesión de espacios al INSALUD para ubicación de las consultas de especialidades de Área, hasta entonces situadas en el Ambulatorio de la Seguridad Social, lo que permitió la reconversión de este Centro de Salud y una mayor funcionalidad de las consultas de especialidades por su cercanía con el Hospital Nuestra Señora del Prado.
5. Ubicación en el CRSP de las dependencias administrativas de los Servicios Oficiales de Veterinaria de Salud Pública, facilitando su coordinación con el Servicio de Sanidad Ambiental e Higiene de los Alimentos.
6. La introducción paulatina de recursos informáticos, desde el primitivo ordenador de doble disquete, sin disco duro, a un amplio parque de ordenadores personales, servidores, conexión en red y acceso a Internet.
7. Contratación de personal para cubrir carencias históricas como las de psiquiatría (psiquiatras, enfermeras y personal auxiliar) hasta conseguir su independencia funcional del resto de servicios del Centro; personal de laboratorio, dotándose las secciones de análisis físico-químico y metabolopatías; dotar la estructura de personal de la ERSP, básicamente con personal procedente de otros servicios del Centro y la puesta en marcha y progresiva dotación de personal del área informática.
8. La concesión de la acreditación docente en Medicina Preventiva y Salud Pública, siendo uno de los pocos centros no hospitalarios que la consigue.
9. Mantener un continuo contacto con otras instituciones internacionales, nacionales y autonómicas, colaborando en materia de salud pública, docente e investigadora.

10. Facilitar el desarrollo de las tareas propias de Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones sin ánimo de lucro, facilitándoles soporte técnico, material fuera de uso y desinventariado o la cesión de las instalaciones del Centro para actividades de formación, consiguiendo mantener una relación de mutua colaboración altamente productiva.

Área de Salud Pública

Escuela Regional de Salud Pública: Desde el primer momento de su creación el Centro tuvo una clara orientación hacia la formación, aunque dentro de su estructura orgánica no dispuso de apenas recursos de personal específicos para este fin, salvo cortas épocas en que algún funcionario se hizo cargo de la Jefatura de Estudios, unida o de forma independiente de la Subdirección del Centro. En 1987, con la publicación del Decreto de constitución del CRSP se crea la Escuela Regional de Salud Pública, con una dotación inicial de personal es muy ajustada a las ne-



Figura 8.5. Exterior del Centro Regional de Salud Pública.

cesidades, nutriéndose en buena medida de profesionales ya existentes en el Centro; posteriormente se reducirá al eliminarse la estructura destinada al área de investigación y estudios (llamada gabinete de estudios). La plantilla de personal laboral procede íntegramente de trabajadores de otros servicios del Centro.

Los recursos materiales se adaptan a las necesidades, incluyendo un salón de actos con capacidad para 110 plazas, dotado de los necesarios recursos audiovisuales (proyección de diapositivas, transparencias, vídeo y datos, así como de un sistema de traducción simultánea); tres aulas con capacidad para 20, 30 y 40 plazas, estando dotada la de capacidad intermedia de un aula informática, con 11 ordenadores. Existen igualmente varias salas de pequeña capacidad, útiles para el trabajo docente o actividades de grupos. Además está disponible material audiovisual para cada una de las aulas, incluyendo dos cañones portátiles de proyección.

Otro elemento importante de la infraestructura docente es la Residencia de Alumnos, con 50 plazas de capacidad, distribuidas en 26 habitaciones individuales y 12 dobles, todas ellas con ducha o baño y puesto de trabajo, puestas a disposición de alumnos, profesores y los médicos internos y residentes. La infraestructura física de la Escuela se completa con otras instalaciones como los servicios de cocina, comedor, cafetería y lavandería, que junto con la atención prestada por el personal propio del servicio, más el de servicios domésticos, mantenimiento y conserjería, ofrecen, todos en conjunto, una atención personalizada y una grata estancia a profesores y alumnos.

Las características físicas de Castilla-La Mancha, con grandes distancias entre sus poblaciones hacen que este recurso sea indispensable para atender de forma eficiente las necesidades formativas, especialmente los cursos de nivel avanzado. Además se cuenta con el valor añadido de que al realizarse las actividades en régimen de internado se produce un contacto entre alumnos y profesores que permite crear sólidas y fructíferas relaciones profesionales.

La actividad docente de la Escuela abarca prácticamente todo el período lectivo del año, simultaneando diversas actividades gran parte del tiempo. La oferta docente es ampliamente difundida a través de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, cartelería específica y, con carácter inmediato está previsto su difusión a través de la página Web del Centro Regional de Salud Pública, dentro de la página de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La oferta propia se completa con la realizada en colaboración con otras instituciones y organizaciones sin ánimo de lucro.

Por último, dentro de la actividad docente, la Escuela se ocupa de desarrollar las tareas de consultoría, asesoramiento y relaciones con otros organismos con competencia en el campo docente. Con la reciente publicación del Decreto por el que se crea el Consejo Asesor en Formación Continuada en Ciencias de la Salud se dará un impulso a la formación en nuestra región, coordinando las actuaciones de todas las organizaciones con competencia en el mismo.



Figura 8.6. Asistentes a una de las actividades docentes.

La segunda área de trabajo en la ERSP es la investigación. En este campo se gestionan las líneas de ayuda de la Consejería de Sanidad para la organización de actividades científicas y formativas y para asistencia a actividades formativas de larga duración, preparando y gestionando sendas órdenes anuales publicadas en el DOCM (preparación de las órdenes y de su resolución, selección de evaluadores externos y soporte administrativo a todas las actividades). Igualmente desde la ERSP se coordinan las actuaciones de la Consejería de Sanidad en materia de investigación, incluyendo las relaciones con otros organismos oficiales (Ministerio de Sanidad, otras Consejerías, etc) con competencia en investigación. Igualmente se participa en el Plan Regional de Investigación, Ciencia y Tecnología (PRICYT).

También se prestan servicios directos a los investigadores y grupos de investigación en Castilla-La Mancha, ya sea en el campo de la metodología de la investigación, a través de las actividades docente o mediante asesoría directa. Durante los años 1992 a 1997 se acreditó por el Fondo de Investigaciones Sanitarias una unidad de investigación clínico-epidemiológica (UICE) en el Área de Salud de Talavera de la Reina, asumiendo la ERSP la mayor parte de su gestión. Igualmente se

desarrolló una labor de coordinación con el resto de las UICEs de la región. Recientemente se ha publicado el Decreto por el que se crea el Consejo Asesor de Investigación en Ciencias de la Salud con la finalidad de potenciar y coordinar las actuaciones en este campo. La ERSP, como en el caso del Consejo de Formación Continuada, asume la Secretaría del Consejo.

El Fondo de Documentación Sanitaria es el último de los servicios prestados por la ERSP. Consta de una Hemeroteca con suscripción a 172 revistas especializadas "vivas" en las áreas de la salud pública y salud mental y una biblioteca de 6.996 volúmenes también mayoritariamente de los campos citados. Se dispone igualmente de la suscripción a diversas bases de datos documentales en soporte electrónico. Con el fin de conseguir una mayor eficiencia se ha establecido una red colaborativa de fondos documentales de Castilla-La Mancha, lo que facilita y abarata el suministro de la información requerida.

Para facilitar la actividad docente e investigadora se distribuye a los sanitarios de la región un Boletín Mensual del Fondo de Documentación Sanitaria, construido con copia de los sumarios de las revistas recibidas durante el mes anterior. Complementariamente se ofrece un servicio de búsqueda bibliográfica que puede ser solicitado en diversos soportes.

Centro de Estudios de Salud Ambiental: Su actividad se estructura en diversos programas de ámbito regional y de área, desarrollando igualmente una actividad docente e investigadora. La primera tarea a citar es su labor facilitadora para la implantación y desarrollo en la región de programas de salud ambiental, con el correspondiente soporte docente: vigilancia y control de los abastecimientos públicos de agua, aguas continentales, piscinas y puntos de baño, aguas residuales, residuos sólidos, calidad del aire, radiaciones ionizantes, ruido e higiene de los alimentos.

Dentro de las áreas específicas de investigación destacan las labores en el campo de la eutrofización, desarrollando un proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo que ha servido de base para la puesta en marcha de actividades de vigilancia y control incluso fuera de los límites de Castilla-La Mancha. También han constituido campos de investigación la calidad de las aguas, los residuos sólidos, las radiaciones ionizantes, el ruido y los plaguicidas, habiéndose podido realizar buena parte de estas tareas por la colaboración de profesionales en prácticas y becarios. Igualmente el Servicio ha desarrollado una amplia labor de formación, dirigida a profesionales de la Consejería de Sanidad, especialistas en formación del INSALUD, profesores dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia dentro del área técnica de formación profesional de Técnicos Especialistas en Salud Ambiental (Módulo TESA) y con otro gran número de organizaciones. También cabe destacar en este campo la organización y celebración en el CRSP de las I Jornadas de Sanidad Ambiental para Comunidades Autónomas celebradas en 1988.

Las labores de vigilancia y control ambiental en el Área de Salud de Talavera de



Figura 8.7. Captación de agua potable.

la Reina abarcan todos los programas de la Consejería de Sanidad. El Servicio ha trabajado integrando funcionalmente los recursos del Centro de Estudios de Sanidad Ambiental y los de la Sección de Sanidad Ambiental e Higiene de los Alimentos del Área de Salud, ya que su división planteaba grandes dificultades para el funcionamiento de ambos por separado.

Desde el punto de vista de recursos el período se caracteriza por una sustancial mejora de las condiciones materiales, mediante su nueva ubicación en el Centro con suficiente espacio administrativo y con un laboratorio de campo (microscopía invertida, autoanalizadores portátiles, etc). Las funciones de análisis físico-químico son plenamente asumidas por el LRSC, con lo que se incrementa la disponibilidad de tiempo de facultativos y técnicos del Servicio. Otro logro significativo es la disposición de un vehículo todoterreno moderno, destinado a la vigilancia ambiental e, incluso, de una motora destinada a la toma de muestras en embalses para los estudios de eutrofización.

La dotación de personal titulado tuvo fuertes oscilaciones durante el período, variando entre cuatro y un técnico superior, mientras que se mantuvo estable el personal laboral. La fuerte deficiencia de personal durante ciertos períodos limitó la capacidad de actuación del servicio, a lo que se debe unir la progresiva acumu-

lación de tareas de vigilancia en municipios del Área encomendadas al Servicio como consecuencia de bajas de farmacéuticos titulares.

Laboratorio Regional de Sanidad y Consumo: Es otro de los servicios que ha experimentado mayores transformaciones en el período. El primer hecho relevante fue la construcción del nuevo laboratorio (1988) ubicado en la tercera planta del edificio principal, con una extensión de 918 m². En la construcción se tuvieron en cuenta los materiales idóneos para facilitar el trabajo y seguridad de los trabajadores, completándose con las pertinentes instalaciones de seguridad (duchas de emergencia, lavajos, botiquín, aislamiento de gases peligrosos y autoclaves, etc.). Las condiciones de luminosidad y ventilación de la planta facilitan igualmente el trabajo en forma ergonómica.

El laboratorio se estructura en tres secciones: microbiología, análisis físico-químicos y análisis clínicos. La Sección de Microbiología, la más antigua del Laboratorio, desarrolla su tarea sobre muestras de origen clínico (ligado fundamentalmente al estudio de brotes epidémicos), ambiental (destacando el control sanitario del agua en sus diferentes usos: abastecimiento público, aguas emvasadas, recreativas, residuales y continentales), del aire confinado y alimentario (Plan Nacional de Investigación de Residuos (PNIR) e Higiene de los Alimentos). En este campo se desarrollan técnicas de identificación y tipado de gérmenes, antibiogramas, etc, desempeñando funciones de referencia en gran parte de ellas. Además se ha desarrollado incipientemente el área de trabajo de toxicología, desarrollando tests de carcinogenicidad, mutagenocidad y teratogenicidad.

La Sección de Análisis Físico-Químicos asume las siguientes funciones: análisis ambientales: de aguas en sus diferentes usos, tal como se ha señalado para la sección de microbiología, realizando determinaciones de los diferentes compuestos recogidos en la legislación para este tipo de productos; análisis de aire (humos, óxidos de azufre y partículas en suspensión) y análisis de alimentos con especial importancia en lo concerniente al PNIR (agonistas betabloqueantes, tranquilizantes, hormonas, sulfamidas, etc.). También se ha abordado la determinación de compuestos tóxicos (plomo, plaguicidas, metabolitos de algas, etc) en diferentes fases (agua, lixiviados, alimentos). Para ello el Laboratorio está dotado de avanzado material, destacando la cromatografía de gases (CG), de líquidos de alta resolución (HPLC), de masas (CGM) y espectrofotometría de absorción atómica (AA), además del instrumental necesario para la preparación de las muestras.

La Sección de Análisis Clínicos se caracteriza en la primera fase de este período por el trabajo realizado en inmunología aplicada al diagnóstico de enfermedades infecciosas de interés sanitario (hepatitis, toxoplasmosis, rubéola, sífilis, sida, etc). Gran parte de esta actividad se realiza a petición del INSALUD del Área de Salud de Talavera de la Reina, sin que se produzca ninguna contraprestación económica. Las técnicas diagnósticas principales son el enzoinmunoensayo (ELISA) y la in-



Figura 8.8. Realizando mediciones de metales.

munofluorescencia indirecta. Su progresiva popularización y la imposibilidad de que el INSALUD se hiciera cargo del coste de la analítica hace que se abandone en gran parte la serología de infecciosas. Por el contrario se desarrolla ampliamente el diagnóstico de drogas de abuso (alcohol, cannnabis, opiáceos, cocaína, etcétera) en consumidores de drogas, procediendo las muestras principalmente del Equipo de Atención a Drogodependencias, Comunidad Terapéutica “El Alba” y de la Dirección General de Tráfico (en el caso del alcohol). El último área desarrollada es el de las metabolopatías: A finales de 1989 se pone en marcha en el CRSP la Unidad (posteriormente sección) de diagnóstico de metabolopatías (fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito en un principio, ampliándose a hiperplasia adrenal congénita años más tarde). Hasta esa fecha estas determinaciones se realizaban en Murcia para los nacidos en la provincia de Albacete y en Madrid para el resto de los recién nacidos castellano-manchegos. Para realizar esta labor se cuenta con el siguiente instrumental: fluorímetro, autoanalizador de aminoácidos y cromatografía en papel).

El Laboratorio ha participado activamente en tareas de formación en su campo específico y de investigación, facilitando el desarrollo de numerosos proyectos de investigación. Otra característica importante es su adscripción a programas de control de calidad externos, nacionales e internacionales, que afectan a las tres seccio-

nes. También se debe resaltar el intenso trabajo desarrollado en los últimos años en la puesta en marcha del Programa de Garantía de Calidad, estando en la actualidad pendiente de la realización de la auditoría correspondiente la sección de microbiología. Las muchas horas de estudio y dedicación para la puesta a punto de todos los procedimientos y material necesario tendrán su recompensa en la garantía de un trabajo bien hecho.

Servicio de Epidemiología: Durante la primera parte de esta etapa el servicio funciona como el principal apoyo de la Dirección General de Salud Pública en este campo. La experiencia y capacitación de sus técnicos hace que sean los responsables de planificar la estructura del servicio de epidemiología de la Dirección General y de las secciones de las Delegaciones Provinciales, definiendo asimismo sus programas y liderando el proceso de formación. Posteriormente con el traslado a la Dirección General de Salud Pública del Jefe del Servicio, asumiendo en ella dichas funciones, se produce una reestructuración. En principio, la Jefatura permanece vacante durante varios años; posteriormente con la publicación de la RPT de 1994 desaparece el servicio como tal, manteniéndose dos secciones, una de nueva creación, denominada de investigación, que asume la puesta en marcha del Programa de Análisis de la Mortalidad de Castilla-La Mancha de acuerdo con lo contemplado en el Convenio establecido con el Instituto Nacional de Estadística. Asume igualmente el funcionamiento del Registro de Tumores del Área de Salud de Talavera de la Reina. La sección de vigilancia epidemiológica desarrolla los programas de vigilancia epidemiológica y estadísticas dentro del ámbito del ASTR.

Servicio de Promoción de la Salud: A lo largo de este período experimenta también importantes cambios. Las actividades de salud materno-infantil de base comunitaria desarrolladas en los barrios de Talavera de la Reina se suspenden (1989), como consecuencia de la extensión de la Atención Primaria, manteniéndose la actividad de la consulta de puericultura, al contar con personal específico e incluir dentro de sus servicios la atención a población en situación de exclusión social. Dentro de este área se potencian las actividades de vacunación, adaptándose en cada momento al calendario vacunal existente o las campañas específicas (p. ej.: meningitis meningocócica), consiguiendo alcanzar altas coberturas. También coincidiendo con la extensión de la Atención Primaria se traslada a sus servicios de pediatría/puericultura el hecho físico de la vacunación, hasta entonces centralizado en el Centro. El programa experimenta una notable mejora en su gestión con el desarrollo de la primera aplicación informática para su control y con la disposición de una adecuada y capaz cámara para almacenar las vacunas. También dentro del Área Materno-infantil se incluyen las actuaciones de control del programa de metabolopatías en el ASTR.

Igualmente se desarrollan el programa de Salud del Escolar, inicialmente con la colaboración de equipos específicos para atender las necesidades de Talavera de la Reina y posteriormente realizado en su integridad por los equipos de atención primaria. Este clásico programa se ve complementado con las tareas de salud bucodental. Aunque se suspende la consulta de odontología preventiva, por renuncia de su titular sin que se cubra su vacante, se ponen en marcha programas de colutorios fluorados en los escolares de 6 a 14 años y la atención prestada desde el dentobús (1994), incluyendo el sellado de fisuras, la aplicación tópica de flúor y la educación para la salud. En adolescentes se desarrollan diversas actividades, en principio a demanda de profesores y asociaciones de padres y madres, estructurándose finalmente el programa de prevención de riesgos (drogas, sexo, accidentes y alimentación), realizado en Institutos de Enseñanza Media.

En la actividad con los adultos se suprimen los exámenes en salud (1990), innecesarios como fuente de financiación y no justificados desde el punto de vista de la Salud Pública y las actividades del Centro de Orientación Familiar (1991), ante el compromiso del INSALUD de atender correctamente sus funciones desde las consultas de obstetricia, pero tendrán que pasar largos años hasta que este organismo decida poner en marcha un Centro de Planificación Familiar que asuma nuevamente estas funciones. Dentro de este grupo de edad se desarrolla el Programa de Manipuladores de Alimentos, adaptado igualmente a la normativa vigente, siendo asumido posteriormente por los Servicios Oficiales de Veterinaria de Salud Pública. A partir de 1994 se incorpora el Programa de Prevención Precoz del Cáncer de Mama en mujeres de 45-64 años de edad, siendo la primer área de salud de Castilla-La Mancha en ponerlo en marcha.

Otras actividades en el campo de la Salud Pública: Adscrito a la Dirección del Centro se ha desarrollado desde 1986 el Programa de Prevención y Control del Sida de Castilla-La Mancha, coordinando las actuaciones de diversos servicios del Centro y de la Consejería, así como recursos ajenos a la misma, incluyendo la coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la prestación de actividades de cooperación internacional.

También es de reseñar las tareas asumidas en los campos de la planificación y programación, incluyendo la responsabilidad de coordinar el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 1995-2001 durante el período 1992-94, así como participando en múltiples actividades sectoriales de este tipo.

Área Asistencial

Unidad de Salud Mental: La Unidad de Salud Mental ha venido desempeñando la actividad central de la asistencia sanitaria en este campo en el ASTR, prestándo-

se una atención integral a los problemas psiquiátricos, abordando los aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores. Con fecha 1991 se firma el acuerdo entre la Consejería de Sanidad y el INSALUD por el que se integran funcionalmente los servicios de salud mental del área. Los escasos recursos del INSALUD (un psiquiatra, un neuropsiquiatra de zona, una enfermera y, posteriormente, dos psicólogos se trasladan al CRSP. Al mismo tiempo el INSALUD se hace cargo formalmente de la interconsulta de los enfermos mentales hospitalizados, así como de los gastos de farmacia y laboratorio de los pacientes. En la primera parte del período los problemas dimanaban fundamentalmente de la escasez de psiquiatras, remediados con el pago de las guardias y la incorporación de médicos no psiquiatras, unos con formación en este campo y otros para la realización de guardias. Paulatinamente este problema, así como el de la escasa oferta de personal de enfermería, se van solucionando por cambios en la oferta, estabilizándose la plantilla de manera que se puede abordar un amplio programa de actuaciones. Funcionalmente el Servicio (denominado Unidad de Salud Mental desde 1994) se estructura en las siguientes áreas:

- Consultas externas, atendidas de manera preferente por los profesionales del INSALUD, aunque temporalmente también con recursos del CRSP, incluyendo una consulta de enfermería para enfermos crónicos de alta frecuentación, que se mantiene hasta 2000.
- Unidad de hospitalización, destina 18 camas para enfermos mentales y 7 para drogodependientes.
- Unidad de psiquiatría infantil, atiende a la población hasta los 18 años de edad.
- Equipo de Atención a Drogodependencias, configurado mayoritariamente con personal propio, al que se incorporan otros trabajadores contratados por Cruz Roja Española. Se desarrollan actividades de desintoxicación y deshabituación, siendo el primer EAD de Castilla-La Mancha donde se inicia un programa de mantenimiento con metadona.
- Hospital de Día, con 20 plazas de capacidad, también el primero en su género en la región.
- Psicología y Trabajo social, como unidades transversales que prestan apoyo a las diferentes áreas.
- Urgencias durante 24 horas al día.

La Unidad de Salud Mental atiende además las demandas de actividades preventivas provenientes de diferentes lugares (colegios, asociaciones, etc.) y mantiene un alto nivel de colaboración con el movimiento asociativo (ATAFES: Asociación Talaverana de Amigos, Familiares y Enfermos Síquicos y Tabora, Asociación de Ex-Alcohólicos), facilitando la rehabilitación y reinserción laboral.

También se debe señalar el elevado nivel de actividad en el campo de la forma-

ción tanto interna, dirigida a sus propios trabajadores, como la orientada a los profesionales sanitarios ajenos a la misma.

Los recursos materiales de la Unidad de Salud Mental se adecuan a las necesidades, habiéndose realizado tareas de modernización y adaptación del dispositivo.

Servicio de Radiología: Ha mantenido su actividad durante el período, asumiendo las peticiones del INSALUD generadas por las consultas de especialidades de dicho organismo ubicadas en el CRSP.



Figura 8.9. Estudio radiológico.

EVOLUCIÓN DE LA PLANTILLA CNDS/CRSP, 1976-2001

En el momento de su inauguración, en junio de 1976, la plantilla del CNDS estaba lejos de ser suficiente para atender las necesidades previstas. Desde los 89 trabajadores existentes fue incrementándose hasta llegar a 117 a finales de 1976 y aun en el año siguiente se incrementaría en 46 personas. La escasez de plantilla se paliaría con la adscripción de hasta 23 personas procedentes de otros centros de la AISNA, prácticamente todas ellas con contrato laboral, aunque esto llegaría a constituir un grave riesgo para la estabilidad del Centro cuando en 1981 la AISNA intentó, en el seno del enfrentamiento que sostuvo con el Centro, que los mismos volvieran a su lugar de origen, lo que hubiera herido de muerte el Centro. Esta situación no se resolvería hasta 1986, cuando se produjo la transferencia del Centro a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, con toda su plantilla de personal. En la figura 9.1. se presenta la evolución del personal según su vínculo (funcionario o laboral), observándose que prácticamente no varió la proporción entre ambos vínculos, muy cerca de una relación 1:3.

El déficit de personal se hacía mucho más evidente en los servicios asistenciales y en aquellos que desarrollaban su régimen de jornada a turnos. El personal de enfermería de Salud Mental tuvo que ser reforzado con compañeras de otros servicios especialmente durante los fines de semana y festivos para que pudieran mantener un sistema de libranza y organización que no fuera muy lesivo para el mismo, aunque ello significaba problemas para los servicios cuyo personal reforzaba dichos turnos, puesto que la libranza de esta colaboración significaba una reducción de la jornada desarrollada en el servicio de origen.

Un problema similar lo constituyó la organización de las guardias de los servicios asistenciales. En una primera fase todas las guardias eran asumidas por la totalidad de los médicos del Centro, sin que hubiera ningún tipo de compensación, ni económica ni de libranza. A partir de 1979 se estableció un sistema de libranza, que vino a producir unos trastornos similares a los descritos para el personal de enfermería, puesto que el disfrute de los días libres significaba una

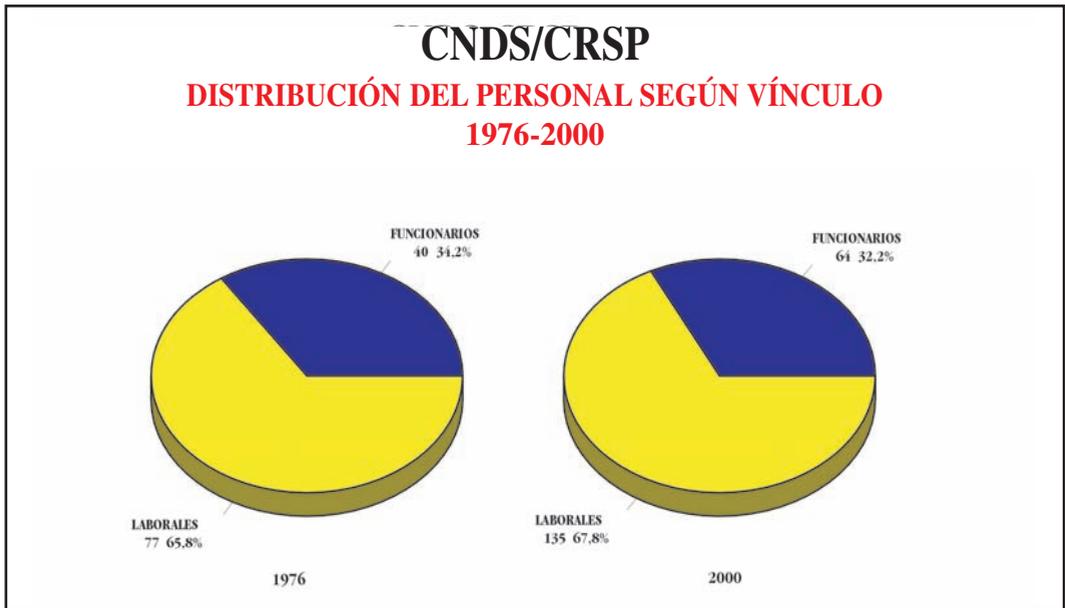


Figura 9.1. Distribución del personal del CNDS/CRSP, 1976-2000, según vínculo.

importante minusvaloración del trabajo efectivo en el servicio de origen, lo que en la práctica hizo que bastantes facultativos renunciaran a buena parte de sus días libres. A partir de 1988, por la escasez de psiquiatras que quisieran trabajar sin cobrar las guardias se decidió retribuir las mismas, realizándolas de manera obligatoria los psiquiatras y el personal médico del Servicio de Salud Mental y los médicos del Centro que quisieran realizarlas en las mismas condiciones. Finalmente en 2001, resuelta la situación de carencia histórica de psiquiatras estos asumen íntegramente las guardias, estableciéndose adicionalmente la libranza al día siguiente.

La evolución del número de funcionarios para el periodo 1976-2001 es notable, aumentando su número en casi un 50%, como se puede observar en la figura 9.2.

Como puede observarse el incremento más notable se produce en los Grupos A, B y D, correspondiente al personal titulado superior y de grado medio, los dos primeros, como corresponde al incremento de las actividades del Centro y al personal auxiliar administrativo el tercero, lo que vino a suplir la inicial escasez de este personal en los primeros momentos. Por el contrario se observa un significativo descenso del personal del grupo E (ordenanzas), como consecuencia del proceso de laboralización que siguió esta categoría. El grupo C (administrativos) siempre tuvo una muy escasa presencia en la plantilla del Centro.

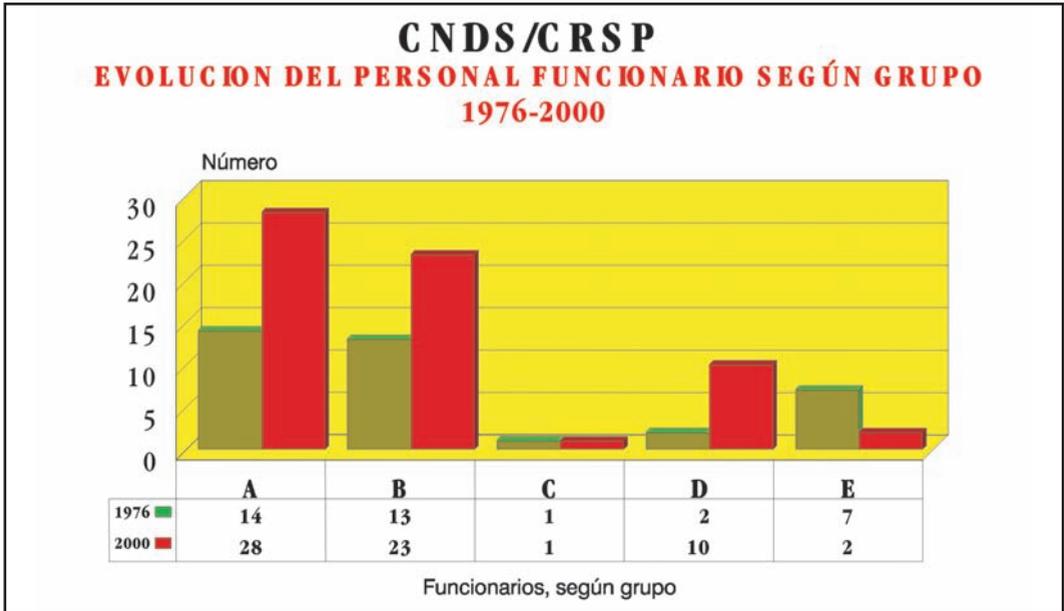


Figura 9.2. CNDS/CRSP. Evolución del personal funcionario según grupo, 1976/2000.

El personal laboral se incrementó de manera más significativa, con un crecimiento del 75%. En la figura 9.3 se puede ver su evolución.

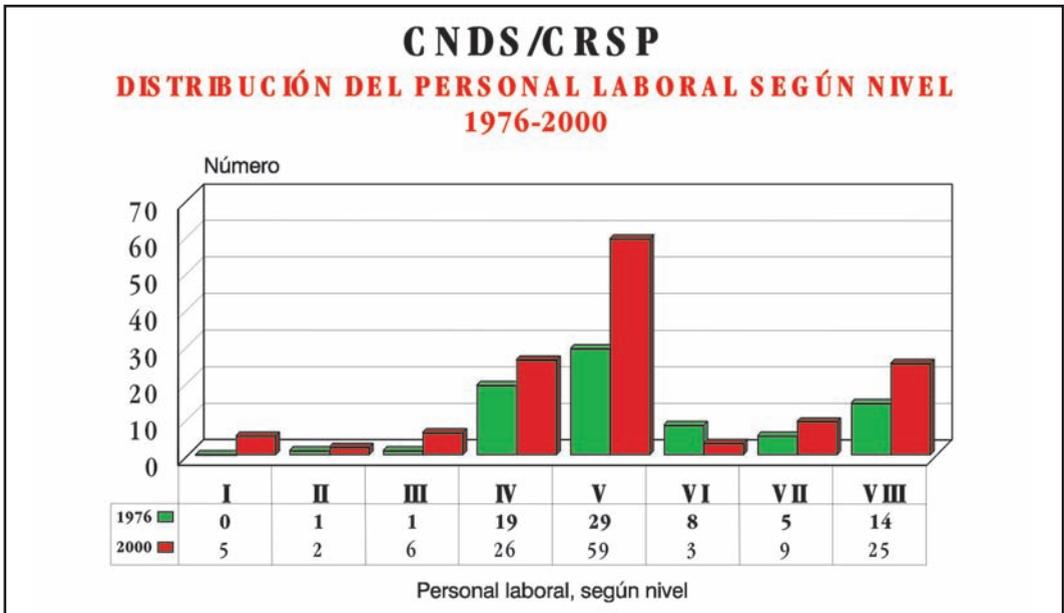


Figura 9.3. CNDS/CRSP. Distribución del personal laboral según nivel. 1976-2000.

Los cambios más significativos se producen en el Nivel I (técnicos superiores) que de no estar representados en la plantilla inicial pasan a cinco, como consecuencia de la incorporación de los médicos internos y residentes de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. El nivel II (técnicos de grado medio) tiene una pequeña representación en la plantilla, con un enfermero y una terapeuta ocupacional. El incremento en el nivel III (informáticos y encargados de servicios) se debe fundamentalmente a la inclusión en la plantilla de personal de informática y a la reclasificación de otros trabajadores.

Los niveles IV (técnicos especialistas) y V (auxiliares sanitarios, auxiliares administrativos y oficiales de 1.^a) experimentan un gran aumento como consecuencia de la progresiva contratación de trabajadores para cubrir las carencias arrastradas desde el comienzo de funcionamiento del Centro.

El nivel VI (ayudantes y oficiales de 2.^a) disminuye como consecuencia de procesos de reclasificación, al contrario de lo que ocurre con el nivel VII (ordenanzas y peones especializados), con el proceso de laboralización de los ordenanzas, mientras que el nivel VIII (Personal de servicios domésticos y peones) crece por el incremento de plantilla.

También resulta interesante realizar un somero análisis desde el punto de vista demográfico. En la figura 9.4 se presenta la distribución por sexo de la plantilla del Centro en 1976 y 2000.

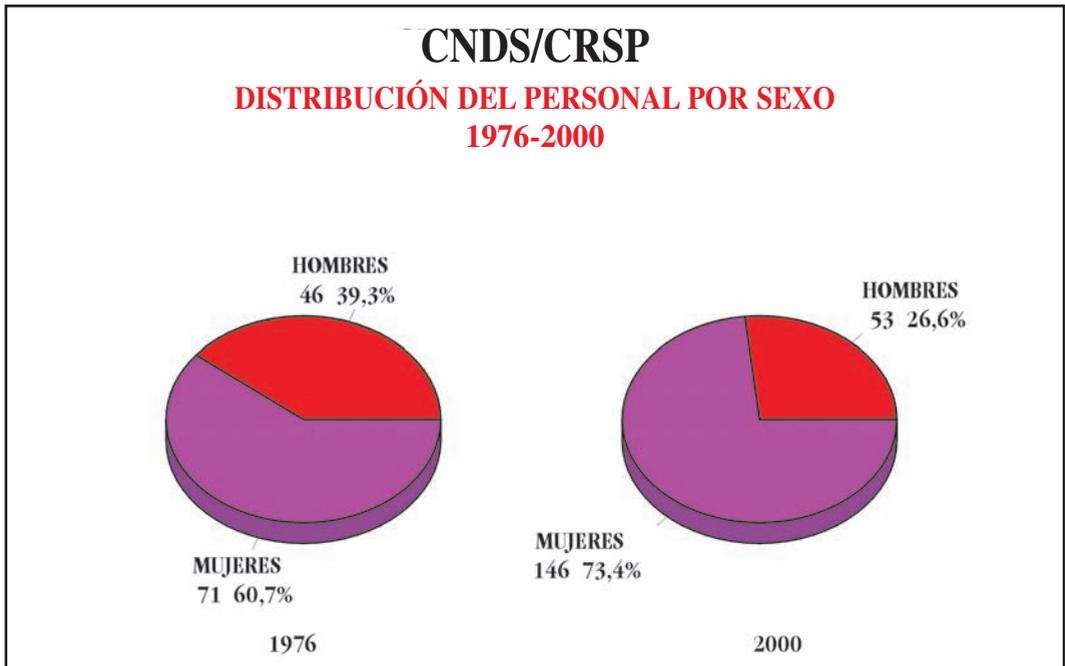


Figura 9.4. CNDS/CRSP. Distribución del personal por sexo, 1976-2000.

Como es habitual en una actividad sanitaria en ambos momentos se observa un predominio del personal femenino, incrementándose la proporción de manera notable en 2000.

En cuanto a la distribución por edad también se observan fenómenos interesantes, que además pueden tener una cierta repercusión en la organización de los servicios en los próximos años. Al comienzo de las actividades del Centro predomina claramente el personal incluido dentro del grupo de edad entre 20-29 años, significando un 54.7% de la plantilla. En 2000 este mismo grupo de edad pasa a ser el 32.2%. Esta situación se daba fundamentalmente entre el personal sanitario titulado y auxiliar, lo que significaba disponer de un personal muy joven y con un nivel de formación adecuado.

Por el contrario el resto de los grupos de edad incrementa notablemente su número (como es lógico por el incremento de plantilla) y proporción en 2000 frente a 1976. A finales de 2000 el grupo de edad mayoritario pasa a ser el de 40 a 49 años, con un 47.7% de la plantilla, habiéndose triplicado el número de las personas situadas entre 50-59 años de 1976 a 2000 y aumentado de manera muy significativa el personal con 60 y más años.

El aumento medio de la edad de la plantilla significa la posibilidad de un incremento del número de bajas por enfermedad, así como que en un futuro no muy lejano se produzca una notable renovación por llegar un importante número de trabajadores cada año a la edad de jubilación.

En la figura 9.5 se presenta gráficamente la distribución del personal según edad.

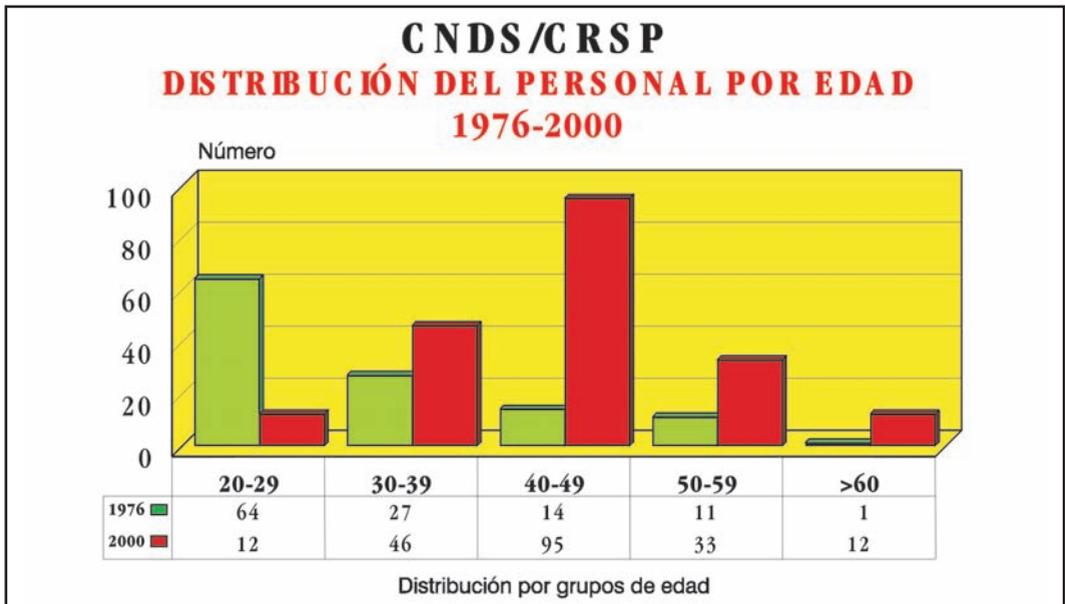


Figura 9.5. CNDS/CRSP. Distribución del personal por edad, 1976-2000.

Desde el punto de vista de la organización y gestión del personal se deben citar los importantes cambios normativos que se producen en el periodo 1976/2001.

Se parte de una situación predemocrática, utilizándose leyes elaboradas durante el franquismo. Así los funcionarios se regían con la Ley de Funcionarios Civiles del Estado de 1964, vigente hasta la publicación de la Ley 30/1984, de medidas para la reforma de la Función Pública publicándose en 1985 la Ley de Función Pública de Castilla-La Mancha.

Las funciones y régimen de funcionamiento del personal laboral se regularon inicialmente por la Ordenanza Laboral para establecimientos sanitarios de hospitalización, consulta y asistencia y laboratorios de análisis clínicos de 1976, con grandes carencias en lo que respecta a la organización y de base predemocrática.

En 1980 se publica el Estatuto de los Trabajadores, lo que viene a producir importantísimos cambios en la relación laboral. Además en 1985 se firma el primer Convenio Colectivo para el personal laboral de la AISNA, lo que da lugar a un importante proceso de clasificación y reclasificación laboral que viene a corregir muchas de las disfunciones que existían en el personal laboral de la AISNA. Tras la trasferencia a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha la relación con el personal laboral se rige igualmente por lo contemplado en los sucesivos Convenios Colectivos para su personal laboral.

El personal del Centro, con independencia del adscrito a los servicios sanitarios, descrito en otros capítulos de este volumen se estructura en las siguientes áreas funcionales.

Dirección/Administración: Es un área de soporte al resto de los servicios. El área de Dirección se estructura con el responsable de la misma, que ejerce la máxima responsabilidad de la representación y gestión del Centro, contando con la colaboración de la Secretaria de Dirección que mantiene el soporte administrativo de la Dirección. Adscrita a la misma se encuentra la Jefatura de Enfermería que asume las funciones de organización, no solamente de su personal específico, sino del total del Centro. También figura como personal dependiente de Dirección desde su creación la unidad de informática, en sus vertientes de explotación y desarrollo.

La **Administración** del Centro se ocupa de la gestión administrativa, económica y de personal, así como del mantenimiento del Centro. Comprende las áreas de Registro de documentación, Caja pagadora y Negociado de personal.

La unidad de **Mantenimiento**, coordinada por un Asesor de Mantenimiento (Arquitecto Técnico), comprende profesionales como Encargado de servicios (fontanería y calefacción), electricidad, carpintería, pintura y jardinería, contando con peones especializados y generales.

La **Conserjería** atiende las puertas de acceso al Centro (Principal, de Urgencias y ERSP), en colaboración con los auxiliares sanitarios y, ocasionalmente, con los

Guardas Jurados contratados desde 1995. Además se ocupa de la atención de la centralita telefónica y del traslado de materiales. Esta función básica por constituir la primera toma de contacto física o telefónica de la mayoría de los usuarios del Centro con el mismo, también cuenta con la característica de funcionar en turnos de 24 horas todos los días del año.

Cocina: Es uno de los elementos primordiales para el funcionamiento del Centro, asumiendo la manutención de pacientes, personal autorizado y los alumnos asistentes a las diferentes actividades docentes. Para el desarrollo de sus funciones, en turnos de mañana y tarde los 365 días del año, se dispone de cocineros, ayudante y personal de servicios domésticos.

Lavandería: Realiza la limpieza y mantenimiento de la ropa y lencería procedente de la actividad asistencial, docente y general del Centro. Cuenta con una encargada de servicios, dos oficiales de 2ª y personal de servicios domésticos.

Personal de Servicios Domésticos: Reparte sus labores entre la atención a la Cocina y Lavandería ya citados y la limpieza del conjunto del Centro, bajo la supervisión de un encargado de servicios. Desarrolla su actividad en régimen de turnos de mañana y tarde durante todos los días del año. Su labor también resulta fundamental ya que de ella depende la imagen del Centro.

Para finalizar la descripción de las unidades operativas del Centro, excepción hecha de los servicios puramente sanitarios, también se deben señalar los servicios contratados: Cafetería, Vigilancia Jurada y, ocasionalmente, kiosco de prensa, que vienen a completar la atención prestada por los trabajadores del Centro a sus usuarios.

Seguridad y absentismo laboral

Desde la primera etapa de la actividad del Centro existió preocupación por garantizar la seguridad e higiene de sus trabajadores y usuarios. Actividades como los controles de calidad de aire y superficies en zonas asistenciales y laboratorios, la dotación de materiales de protección pasiva para la prevención de riesgos específicos y el diseño y la readaptación de las instalaciones para minimizar los riesgos ha sido una constante, únicamente limitada en ocasiones por dificultades económicas para conseguir los recursos necesarios. Además se adoptó una política preventiva a través de las actuaciones del Comité de Seguridad e Higiene del Centro, durante una época y organizando actividades de formación en este campo.

Como resumen de esta situación se presenta la tabla siguiente, que recoge los datos básicos de absentismo laboral en el periodo 1990-2000, por debajo de la media de otras unidades administrativas de funciones similares.

Tabla 9.1. Evolución anual de indicadores de incapacidad temporal (IT) del CRSP. 1990-2000

	Horas IT*	Bajas Maternales	N.º ac. laborales	Horas IT por ac. lab.	% jornadas perdidas IT
1990	10.6	6	2	350	3.33
1991	13.3	5	2	379	3.90
1992	8.9	2	4	700	2.98
1993	18.4	6	3	674	5.68
1994	11.9	2	6	910	3.67
1995	18.6	5	2	1.435	5.66
1996	21.8	1	3	446	6.67
1997	14.2	7	3	373	4.29
1998	20.0	6	3	200	6.18
1999	13.6	2	7	866	3.40
2000	21.2	2	4	383	6.34

EVOLUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL CNDS/CRSP, 1976-2001

La financiación del Centro se realizó siempre con cargo mayoritario a los presupuestos de los organismos de que dependía (AISNA en la primera etapa y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha desde 1987). Durante su dependencia de la AISNA la financiación se realizó según módulos asistenciales, con una cantidad fija para gastos generales y otra en función de las camas ocupadas, lo que constituyó un grave problema al limitar de forma importante la hospitalización y mantenerse de forma incongruente esta forma de financiación hasta el proceso de transferencia, a pesar del cambio de funciones producido, reduciéndose las asistenciales e incrementándose las de salud pública.

En este período las constantes restricciones presupuestarias y la renuencia de la AISNA a financiar actividades de salud pública, llegando a la práctica paralización de actividades en 1981, hizo que fuera necesario buscar fuentes alternativas de financiación que, si bien nunca llegaron a suponer una gran cuantía, hay que reconocer que permitieron el desarrollo de programas de salud pública que de otra forma no hubieran podido ser llevados a cabo. Entre los organismos que financiaron estas actividades podemos citar al Ministerio de Sanidad, el Ayuntamiento de Talavera de la Reina y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades con carácter previo a la transferencia.

El capítulo de ingresos nunca tuvo una gran relevancia por dos motivos: a) las tarifas cobradas por la AISNA eran bajas, notablemente inferiores a los costes de los servicios prestados y b) el organismo que generaba la mayor cantidad a facturar (INSALUD) nunca asumió lo acordado en el Convenio firmado entre los Ministerios de Trabajo y de Gobernación sobre la asunción de los costes de los servicios recibidos por beneficiarios de cada uno de ellos, tanto en el Hospital Nuestra Señora del Prado como en el Centro. Por otro lado los exigüos ingresos procedentes del pago de particulares (asistencia sanitaria y exámenes en salud mayoritariamente) o instituciones (por colaboración docente) eran ingresados en la caja del organismo autónomo AISNA o en la de la Junta de Comunidades, sin que se produjera su reversión al Centro.

Tras la transferencia desaparece el problema de la inadecuada financiación, aunque existen dificultades para conseguir un adecuado control presupuestario. Entre ellas podemos citar:

- a) Las dificultades para conseguir que el INSALUD se hiciera cargo de los gastos generados por la atención a pacientes con cobertura por dicho organismo, ya fuera por la realización de técnicas diagnósticas o por la asistencia psiquiátrica.
- b) Diferencias entre el presupuesto inicial y el gasto real.
- c) La incorporación de nuevas actividades o servicios que no siempre eran seguidas del correspondiente incremento presupuestario.

Aún así se debe resaltar que en este segundo período la financiación de las actividades fue siempre suficiente para su desarrollo, sin que se produjera ninguna situación de crisis como la padecida en 1981.

El CRSP gestiona los capítulos II, IV y VI, mientras que el capítulo I (personal) se lleva a cabo desde los servicios centrales, elaborándose en el Centro las nóminas de incidencias. La evolución del gasto del Centro en el **Capítulo II** se presenta en la figura siguiente. Como dato de interés hay que citar que las notables oscilaciones entre diferentes ejercicios se deben a la centralización/descentralización de determinados servicios (p.ej., pago de profesores).



Figura 10.1. Evolución del presupuesto del CNDS/CRSP, 1975-2000.

En cuanto al **Capítulo IV (subvenciones)** desde el Centro se gestiona la financiación de actividades de docencia e investigación a través de las órdenes de ayudas para la organización de actividades científicas y formativas y para la asistencia a actividades de larga duración y para el desarrollo de proyectos de investigación, así como para el desarrollo de programas y actividades de prevención y control del sida por parte de asociaciones sin ánimo de lucro. La información, referida a las ayudas concedidas, lo que puede hacer que exista alguna diferencia con el gasto justificado, está disponible desde 1985 en las tres primeras líneas de ayudas, mientras que la convocatoria de subvención de programas de control de sida se realiza desde 1999. Los datos agrupados se presentan en la figura 10.2.

Respecto al **Capítulo VI (inversiones)** existen datos disponibles desde 1992. Aún así estos datos no tienen un carácter exhaustivo, puesto que determinados equipamientos (material de laboratorio e informático, p.ej.) son adquiridos por los servicios centrales y posteriormente destinados al Centro (Figura 10.3).

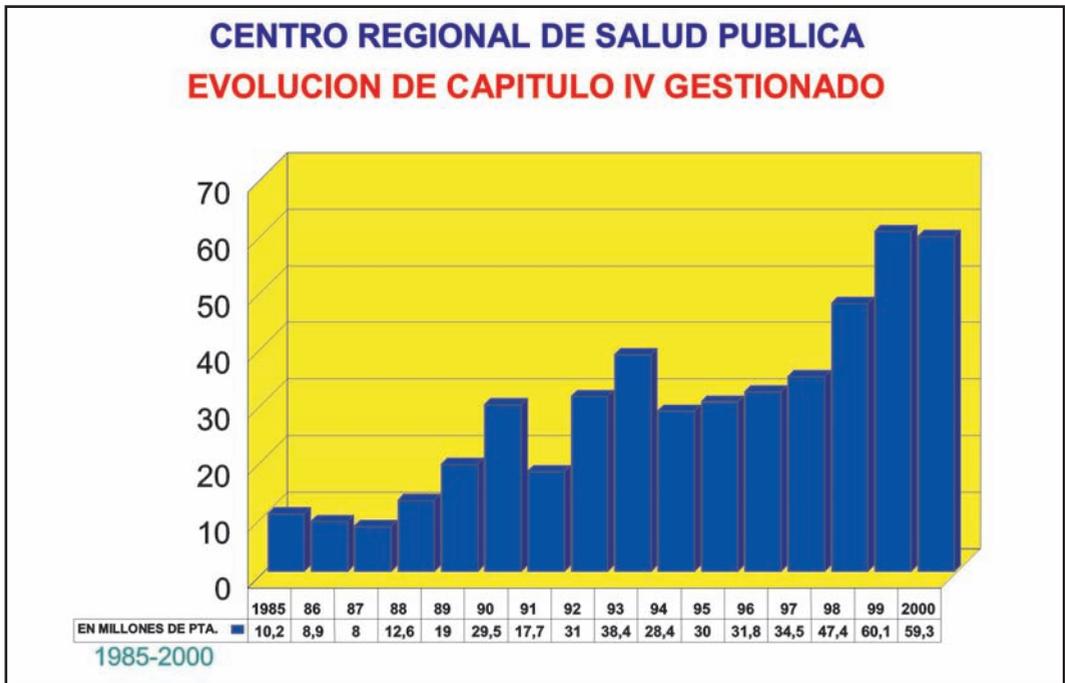


Figura 10.2.- Evolución del presupuesto de Capítulo IV (subvenciones) gestionado por el CRSP. 1985-2000.



Figura 10.3. Evolución del presupuesto de Capítulo VI (inversiones) gestionado por el CRSP. 1985-2000.

SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Este Servicio mantuvo su actividad desde el comienzo de las actividades del Centro hasta mediados de 1978, por la reorientación hacia Salud Pública del Centro. El Servicio contaba con las siguientes unidades, con diferente grado de autonomía de funcionamiento:

- **Unidad de Hospitalización** de 22 camas, de las cuales 9 se dedicaban a aislamiento estricto, contando con tres facultativos, especialistas en Medicina Interna (2) y Aparato Digestivo, dos enfermeras para los turnos de mañana y tarde y siete auxiliares de clínica para cubrir los tres turnos. En la Unidad se hospitalizaban pacientes mayores de 13 años con patología infecciosa que requiriera internamiento por problemas de aislamiento, diagnóstico o terapéutica, excepción hecha de la patología respiratoria que se derivaba a la Unidad de Pulmón y Corazón. Igualmente atendía pacientes con patología no infecciosa procedentes de Sociedades con servicios concertados con el Centro o adscritos al Padrón de Beneficencia.
- **Consulta externas de Medicina General y Aparato Digestivo**, atendiendo patología infecciosa y no transmisible.
- Atención a la **patología urgente** propia de la Unidad durante el horario normal de trabajo.
- **Sección de Pediatría**, comprendiendo una unidad de hospitalización con 20 camas, dividida en dos áreas (infecciosas y no transmisibles) y otra de consulta ambulatoria. Contaba con un pediatra y el personal de enfermería imprescindible, sin que conste en los archivos su número.
- **Sección de Pulmón y Corazón**, con 18 camas hospitalarias y consulta externa. Se atendía a enfermos tuberculosos y otros enfermos cardiopulmonares que no tenían cobertura de la Seguridad Social, incluidos en el Padrón de Beneficencia. Su plantilla específica estaba compuesta por un médico especialista en Pulmón y Corazón, un médico interno y residente que colaboraba con otros servicios, una enfermera, siete auxiliares en planta y una en consultas.

La estructura física del Servicio constaba de dos salas de hospitalización (infecciosos y pulmón y corazón), aunque en una primera etapa ambas unidades compartieran una misma sala, estando a su vez la sala de infecciosos dividida en dos áreas, una de ellas con aislamiento estricto. Dos salas de pediatría, una dedicada a patologías transmisibles, dotada de sistemas de aislamiento, incluso con aire acondicionado autónomo, y las consultas externas (medicina general, aparato digestivo y pulmón y corazón).

La atención fuera del horario laboral de mañana era realizada por el personal de enfermería en turnos de tarde y noche, así como por los facultativos médicos del Centro, juntamente con la atención a los pacientes psiquiátricos ingresados o que acudieran a través de urgencias.

Dada la inoperancia del Convenio firmado con el Ministerio de Trabajo era necesario cobrar las actividades asistenciales, si bien las tasas oficiales constituían un módico precio, en todo caso mucho más favorable que el de otros servicios sanitarios privados.

Como idea de la actividad generada se presentan a continuación un breve resumen de las actividades desarrolladas en 1977, único año en que se dispone de información completa:

Actividad dispensarial

Durante 1977 se atendieron 541 pacientes nuevos y 24.18 en revisiones, realizándose un total de 6.664 consultas. Las patologías atendidas con mayor frecuencia fueron:

Tabla 11.1. Principales patologías diagnosticadas en las consultas del CNDS. 1977

GRUPO	ENFERMEDADES	NÚMERO
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Disentería bacilar y otras G.E.	156
	Amigdalitis aguda	84
	Tuberculosis (diversas formas)	63
Enfermedades del aparato circulatorio	Hipertensión arterial	124
	Enfermedad isquémica del miocardio	82
	Arteriosclerosis	80
Enfermedades del aparato respiratorio (no transmisibles)	Rinofaringitis	231
	Bronquitis aguda	187
	Bronquitis crónica	142

GRUPO	ENFERMEDADES	NÚMERO
Enfermedades del aparato digestivo (no transmisibles)	Úlcus gastroduodenal	187
	Colelitiasis	83
	Atonía gástrica	82
Nutrición, metabolismo y sistema endocrino	Obesidad	115
	Diabetes	79
	Bocio simple	5
Sistema nervioso y órganos de los sentidos	Otitis agudas	45
	Jaquecas	37
	Ciática y otras radiculitis	18
Hematología	Anemia	11
Enfermedades del aparato genitourinario	Infecciones urinarias (vejiga y vías bajas)	47
	Hiperplasia de próstata	16
	Pielonefritis	7
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	Dermatitis diversas	26
	Lipomas	7
	Alergias cutáneas	6
Enfermedades del sistema osteoarticular, muscular y tejido conjuntivo	Artrosis	168
	Osteoporosis	105
	Actividad reumática sin lesión cardíaca	72

Actividad hospitalaria

Sección de adultos (infecciosos y pulmón y corazón):

Total de ingresos: 532.

Total de altas: 539.

Del total de ingresos el 58,1% de ellos correspondió a varones, siendo el grupo de edad más representado el de 55 a 64 años, con un 22% del total de ingresos, seguido por el de 65 a 74 años, con un 21,6%. El momento de ingreso se distribuyó entre un 45,3% en horario de mañana, un 45,1 por la mañana y un 9,6% por la noche, siendo el 61,1% de los ingresos calificados como urgentes. El 95% de los ingresos fue motivado por orden facultativa, mientras que el 82% de las altas lo fueron por curación o mejoría, el 10,2% por traslado, el 3,7% por petición familiar y el 4,1% por defunción.

En total se produjeron 11.266 estancias, siendo la estancia media de 21,1 días. La patología de mayor relevancia se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 11.2. Clasificación diagnóstica de los enfermos adultos ingresados más frecuente. 1977

ENFERMEDAD	LISTA C OMS	NÚMERO
Enfermedades respiratorias	460.466 490.493 501.508	73
Enfermedades cardiovasculares	410.414 400.404 440 430.438	63
Hepatitis	070	46
Tuberculosis	012.0 011	43
Neoplasias	140.209	34
Estados morbosos mal definidos	780.796	28
Enfermedades del aparato digestivo	560.577	25
Fiebres tifo-paratíficas	001 002	22
Neumonías	480.482	17
Enfermedades endocrinas	240.279	16

Sección de pediatría:

Durante 1977 se produjeron un total de 237 ingresos y 232 altas. La edad más frecuente al ingreso fue de 1 a 4 años (49,8%), seguido de 5 a 9 años (23,2%). El horario de ingreso mayoritario fue de mañana (41,4%), seguido de tarde (38,8%) y noche (19,8%). El 66,2% de los ingresos fue urgente y el 89% del total por orden facultativa. El 93,1% de las altas lo fueron por curación o mejoría, el 3,4% por petición de un familiar, el 2,6% por traslado y el 0,9% por defunción.

Las patologías que con mayor frecuencia motivaron ingresos fueron:

Tabla 11.3. Clasificación diagnóstica de los enfermos de pediatría ingresados. 1977

ENFERMEDAD	LISTA C OMS	NÚMERO
Estados morbosos mal definidos		53
Enfermedades del aparato respiratorio		33
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	008	22
	009	
Sarampión	055	16
Tuberculosis (complejo primario)	012.0	16
Parotiditis	072	16
Neumonías	480.482	14
Disentería bacilar	044	9
Fiebre reumática	390.392	7
Enfermedades del aparato digestivo		7

Consideraciones sobre el Servicio de Enfermedades Infecciosas

El Servicio vino a cubrir dos importantes huecos existentes en aquel momento: la asistencia a la patología infecciosa, en aquella época no atendida en los hospitales de la Seguridad Social y derivada a los Hospitales Provinciales, por lo que los pacientes de Talavera de la Reina y su comarca debían desplazarse a Toledo, así como la atención a los pacientes sin cobertura por la Seguridad Social, lo que obligó a extender el campo de actuación a patologías no infecciosas.

La población del área recibió con gran agrado este servicio por las razones expuestas, así como por la atención personalizada y con una gran carga de humanidad prestada por los trabajadores del Servicio. Pero precisamente esta circunstancia, que implicaba una carga de trabajo adicional, unido a la escasez de personal, hizo que rápidamente hubiera que replantearse el mantenimiento del Servicio.

Las circunstancias que generaron problemas para su funcionamiento fueron:

- El aislamiento de un contexto hospitalario general, lo que implicaba grandes dificultades para la realización de interconsultas y para la disposición de Servicios Centrales durante las 24 horas.

- La escasez de personal médico, de enfermeras y auxiliares, lo cual obligaba a realizar el trabajo con grandes dosis de voluntarismo, contando con la colaboración de otros trabajadores ajenos al Servicio, con los inconvenientes que ello conllevaba, y la realización de turnos de gran dureza, agravándose la situación en épocas de vacaciones, bajas de personal, etc.
- La necesidad de que las guardias (comunes para infecciosos, pediatría y psiquiatría) fueran realizadas por personal no especializado en dichas áreas.

La imposibilidad de resolver de manera satisfactoria estos inconvenientes, sin que ello conllevara fuertes inversiones en personal, y la asunción de la atención a la patología infecciosa por el Hospital Nuestra Señora del Prado hizo que coincidiendo con el primer cambio de la Dirección del Centro, con una fuerte apuesta y orientación hacia la Salud Pública, se decidiera el progresivo cierre de la actividad asistencial de este Servicio, aunque ello significara incluso pérdida de calidad asistencial y del carácter de integralidad que recibían los pacientes de determinadas patologías (como p. ej.: tuberculosis).



Figura 11.1. En la Unidad de Pediatría.

La suspensión de actividades, prácticamente realizada de manera unilateral desde el Centro, sin que la AISNA viera esto con buenos ojos, se realizó de forma que todos los trabajadores fueron ubicados en otros servicios del Centro y sin ninguna conflictividad laboral, permitiendo al tiempo que se pudieran potenciar las nuevas actividades prioritarias según la nueva orientación.

SERVICIO DE LUCHAS Y CAMPAÑAS

Este Servicio estuvo en funcionamiento dos años, entre 1978 y 1980, formándose tras la reconversión del Centro y el abandono de la actividad asistencial del Servicio de Enfermedades Infecciosas, pasando buena parte de sus efectivos al nuevo servicio, siendo su plantilla de tres facultativos, tres ATS y seis auxiliares de clínica.

Su actividad se estructuró en cinco programas:

1. Campaña de detección y registro de diabetes.
2. Exámenes en salud a Manipuladores de Alimentos.
3. Dispensario Antituberculoso.
4. Estudio de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en un grupo de 20 años de edad.
5. Exámenes en salud al personal del Centro y familiares.

Tras la desaparición del Servicio los programas 2, 3 y 5 serían asumidos por el Servicio de Promoción de la Salud, en cuyo apartado específico se describe la actividad, mientras que el programa 4 fue un estudio de carácter limitado en el tiempo. Por tanto, la actividad del Servicio de Luchas y Campañas se centró fundamentalmente en el estudio de enfermedades cardiovasculares, área a la que fue derivando la actividad inicial de detección y registro de diabetes, integrándose en el Programa transversal de Organización de la Comunidad para la Salud.

Programa de detección y registro de diabetes

Se plantearon los siguientes objetivos:

1. Registro de diabéticos conocidos y detectados.
2. Detección de diabéticos en población considerada de riesgo.
3. Detección de otros factores de riesgo cardiovascular en la población que acude a la campaña.
4. Investigación de complicaciones por diabetes en los enfermos conocidos y

detectados, posteriormente sustituido por la elaboración de pautas y criterios respecto a prevención, diagnóstico, tratamiento y control de diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, como apoyo a los sanitarios locales.

La metodología empleada fue:

1. Actuación sobre población rural.
2. Detección de pacientes sospechosos mediante curva de sobrecarga y lectura con fotocolorímetro portátil.
3. Citación de estos pacientes en el Servicio para confirmación diagnóstica e investigación de otros factores de riesgo cardiovascular.
4. Remisión del informe correspondiente al médico de cabecera un duplicado al Servicio de Epidemiología para el tratamiento de datos.

Posteriormente se unificarían las actividades extra e intracentro, integrándose en el Programa de Organización de la Comunidad para la Salud y ocupándose el propio Servicio del tratamiento de los datos generados.

La actuación se realizó en tres fases sucesivas dirigidas a diversas subcomarcas del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. En la Tabla 11.1. se presentan los datos más representativos:

Tabla 11.1. Programa de detección y registro de diabetes. Población asistente y factores de riesgo detectados. 1979

	POBLACIÓN ASISTENTE	OBESIDAD	HTA	DIABETES	HIPERCOLESTEROLEMIA
Valdepusa, Tiétar alto y Tiétar bajo	2488 (6.6%)	64.4	26.8	16.9	21.3
Oropesa, La Vera, Alberche y La Jara	186 (0.3%)	68.8	44.6	73.6	28.7
Talavera de la Reina (10 municipios)	1674 (100)	73	31.3	13.9	17.7

De manera adicional se realizaron dos estudios de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular: Manipuladores de alimentos, con 1.551 personas, disponiéndose de datos tratados de 769 y un grupo de 1.062 jóvenes de 20 años, al ser llamados a filas.

Tabla 11.2. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (en porcentaje) en dos grupos. 1979

	NÚMERO	OBESIDAD	HTA	HIPER-GLUCEMIA	HIPERCOLESTEROLEMIA
Manipuladores de alimentos	769	54.1	9.1	2.2	8.2
Jóvenes de 20 años de edad	1062	11.6	1.7	0	0.2

Durante 1980 se mantiene el estudio de detección de factores de riesgo cardiovascular, atendiéndose un total de 2.672 personas hasta el cuarto trimestre, momento en el que cesa su actividad, produciéndose una reorganización funcional, de manera que las actividades de exámenes en salud y dispensario antituberculoso pasan a ser asumidas por el Servicio de Promoción de la Salud y las de detección de factores de riesgo cardiovascular pasan al Servicio de Epidemiología, con la consiguiente redistribución de personal.



Figura 12.1. Charla antes de comenzar el estudio de factores de riesgo cardiovascular.

SERVICIO DE VETERINARIA DE SALUD PÚBLICA

Este Servicio mantuvo actividad durante los años 1979 y 1980, aunque en su configuración respondió más a un deseo de la Dirección del Centro para desarrollar este área que a una realidad plenamente desarrollada. Contó como personal con un Veterinario, en situación administrativa de supernumerario, adscrito de la plantilla de otro centro de la AISNA y de una auxiliar de laboratorio.

Su actividad se desarrolló en las siguientes áreas:

1. Trabajo de campo: inspección de establecimientos, elaboración de informes técnicos y actividades de educación sanitaria.
2. Participación en actividades docentes.
3. Actividades de Laboratorio. La actividad realizada se resume en la tabla siguiente.

Tabla 12.1. Actividad de laboratorio del Servicio de Veterinaria de Salud Pública 1979-80

	1979	1980	TOTAL
Brucela en leche (ring-test)	516	57	573
Brucela en suero animal. Aglutinación rápida de Huddleson y lenta (Writ)	746	359	1.105
Determinaciones microbiológicas	26	109	135
Análisis bromatológicos	511	150	661
Metiltiouracilo	55	74	129
TOTAL	1.854	749	2.603



Figura 13.1. Prueba de Ring-rest+.

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA

El Servicio de Epidemiología inició sus actividades en 1976, asumiendo conjuntamente las tareas de sanidad ambiental y veterinaria de salud pública, hasta la creación de nuevos servicios que asumieron estas funciones en 1978. A partir de dicho año el servicio se estructura en dos secciones, vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y estadísticas vitales, que se mantiene constante en el tiempo. La segunda sección se denomina de epidemiología de enfermedades crónicas de 1978 a mediados de 1989, incluyendo los sistemas de registro de tumores y suicidio, así como el estudio de enfermedades cardiovasculares, y como sección de investigación a partir de 1990, constituyendo el núcleo fundamental de su actividad el análisis de la mortalidad regional y el registro de tumores del Área de Salud de Talavera de la Reina. Durante este último período aunque orgánicamente dejara de existir el Servicio como tal ambas secciones permanecieron funcionalmente relacionadas.

El Servicio de Epidemiología implantó a través de sus diversas actividades procesos de funcionamiento innovadores en su contexto territorial que posteriormente serían aprovechados para sentar las bases de la vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma en el período preautonómico y tras la transferencia del Centro a la Junta de Comunidades, tal como se recoge en los capítulos correspondientes.

La dotación de personal adscrita al servicio ha oscilado entre los tres facultativos, un agente de saneamiento y un auxiliar administrativo del primer período hasta los tres facultativos, dos técnicos de grado medio y cinco auxiliares de salud pública existentes a finales de 2000.

Sección de Enfermedades Transmisibles/Vigilancia Epidemiológica

Las actividades desarrolladas por la sección se pueden dividir en tres áreas funcionales: la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obliga-

toria (EDO); el control de las estadísticas del nivel secundario de atención y, temporalmente, un área de ayuda técnica a otros servicios del Centro en la evaluación de actividades (vacunaciones infantiles y salud mental, p. ej.).

Dentro del área de la **vigilancia epidemiológica de las EDO** las primeras actividades desarrolladas por el servicio se dirigieron al control de brotes epidémicos y a diseñar el sistema de declaración que comenzó a ser operativo en 1977. Este primer sistema de notificación se planteó con una vocación exhaustiva, puesto que a las 47 enfermedades transmisibles incluidas en el mismo se unía la declaración de 13 rúbricas que recogían diferentes enfermedades crónicas, así como diversos datos de estadísticas vitales (Ver Figura 14.1). El tratamiento sistemático que se realizaba con la información recibida incluía un control del proceso siguiendo la correcta notificación de incidencias (recepción puntual de partes y correcta cumplimentación de los mismos. En este sentido se observa una significativa mejora a partir de 1988, año en el que la declaración de los sanitarios locales al Centro pasa de voluntaria y duplicada con la realizada a la Jefatura/Delegación Provincial a ser obligatoria, y de los resultados obtenidos (cálculo de la incidencia y mortalidad de cada una de las enfermedades), apoyándose en la representación gráfica (diagramas y pictogramas) de dichos datos.

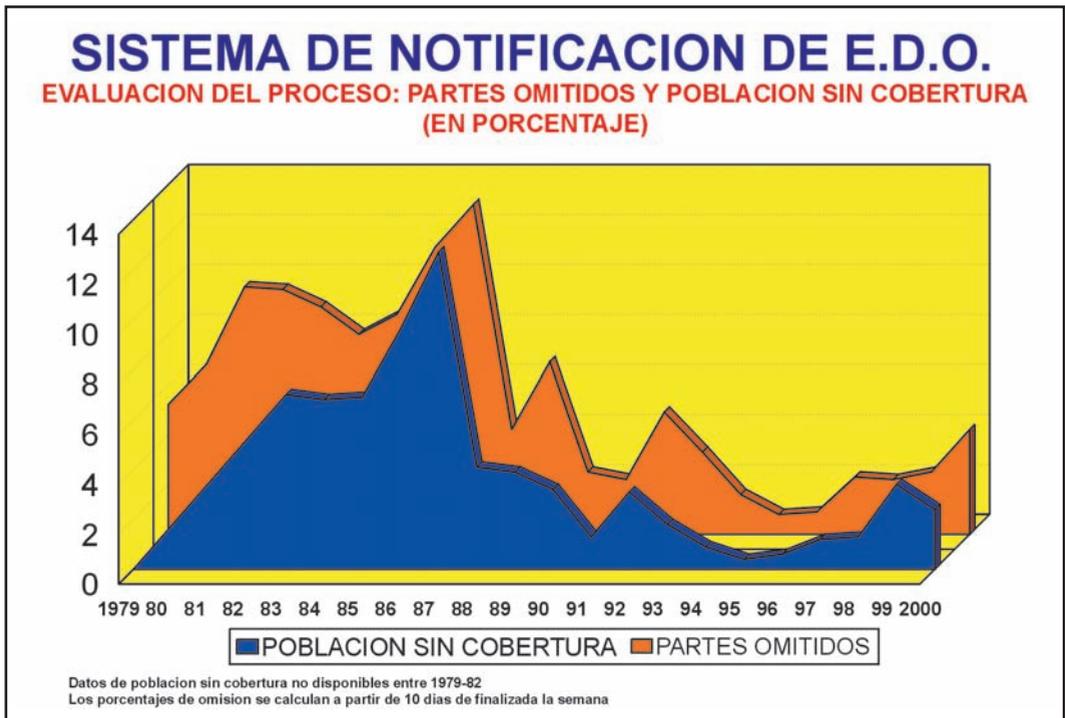


Figura 14.1. Evaluación del proceso de notificación de E.D.O. ASTR; 1979-2000.

Otros cambios significativos en la lista de EDO se produjeron en 1982 y 1997, adecuándose la misma a los cambios normativos. Hay que resaltar que la actividad administrativa de vigilancia epidemiológica se vio complementada con la puesta en marcha de una Consulta de Enfermedades Transmisibles, orientada a facilitar el diagnóstico y el control epidemiológico de enfermedades de interés sanitario, así como el estudio sistemático de los brotes epidémicos notificados.

En 1990 se establece la puesta en marcha del Sistema Informático de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), en cuyo diseño y configuración participan de manera activa y determinante técnicos del Servicio de Epidemiología del Centro, pasando a transmitirse de manera automatizada la información epidemiológica desde el Centro a los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad.

También desde su primera etapa, otra de las características de la sección fue la elaboración y distribución entre los sanitarios del Área de Salud y otras unidades administrativas de dos Boletines Epidemiológicos, con periodicidad semanal y cuatrimestral.

Desde el inicio del periodo de estudio se aprecia una reducción paulatina del número de brotes, así como de personas afectadas, lo cual sugiere una mejora en las condiciones higiénico-sanitarias generales. Por otro lado, el número de casos declarados tiene una tendencia estable en el tiempo, lo cual indica la consolidación del Sistema de Vigilancia.

El control de las **Estadísticas del Nivel Secundario de Atención** tiene como objetivo la obtención de información sobre la dotación, actividad asistencial, económica y docente de los Centros Hospitalarios ubicados en el ASTR y proporcionar al Instituto Nacional de Estadística (INE) y al Ministerio de Sanidad información útil para la elaboración de las estadísticas estatales, la planificación y la gestión de servicios sanitarios.

Las actividades comprenden la gestión de los cuestionarios, como nodo intermedio entre la Dirección General de Salud Pública y Participación y los Centros Sanitarios, incluyendo la verificación de la información y la distribución de la información agregada y tratada a las fuentes de información. Todos los años se ha alcanzado un 100% de cobertura de la actividad.

Otras de las actividades propias del Servicio de Epidemiología en la primera etapa fue su participación en programas transversales del Centro (Plan de Acción Sanitaria, Organización de la Comunidad para la Salud) y la colaboración en la **evaluación de actividades**, como, p.ej., la valoración de las inmunizaciones realizadas por el Servicio de Promoción de la Salud, calculando la cobertura alcanzada para cada vacuna y grupo de edad. Además, como tarea específica en este campo el Servicio de Epidemiología contribuyó en gran medida a la realización de la campaña de evaluación de la eficacia de la vacunación de niñas de 11-12 años frente a la rubéola mediante la cepa Cendehill, tarea realizada conjuntamente por diversos servicios del Centro.

Evolución de las tasas de incidencia de las enfermedades de declaración obligatoria en el periodo de 1977-2000

Enfermedades de Transmisión hídrica: disentería bacilar y fiebre tifoidea

Disentería: En los primeros años del periodo de estudio se observa que venían produciéndose ciclos epidémicos de tres años aproximadamente de duración, localizados en determinados municipios y ligados a las malas condiciones higiénico-sanitarias existentes. Al inicio de la década de los 80 se produjo un brote epidémico con un aumento del número de casos por encima del esperado (aproximadamente 130 casos en el punto máximo de la curva epidémica). A finales de esta década se observa un descenso progresivo del número de casos manteniéndose en niveles bajos de incidencia a partir de 1990, como consecuencia de la mejora de las condiciones sanitarias.

Fiebre Tifoidea: Hasta mediados de la década de los 80 la tasa se mantiene estable con una media por debajo de la que presenta la Disentería para este periodo. En el siguiente quinquenio se produce un aumento progresivo de la tasa que comienza a descender a principios de los 90 y se mantiene estable hasta la actualidad con una tasa de incidencia similar a la Disentería.

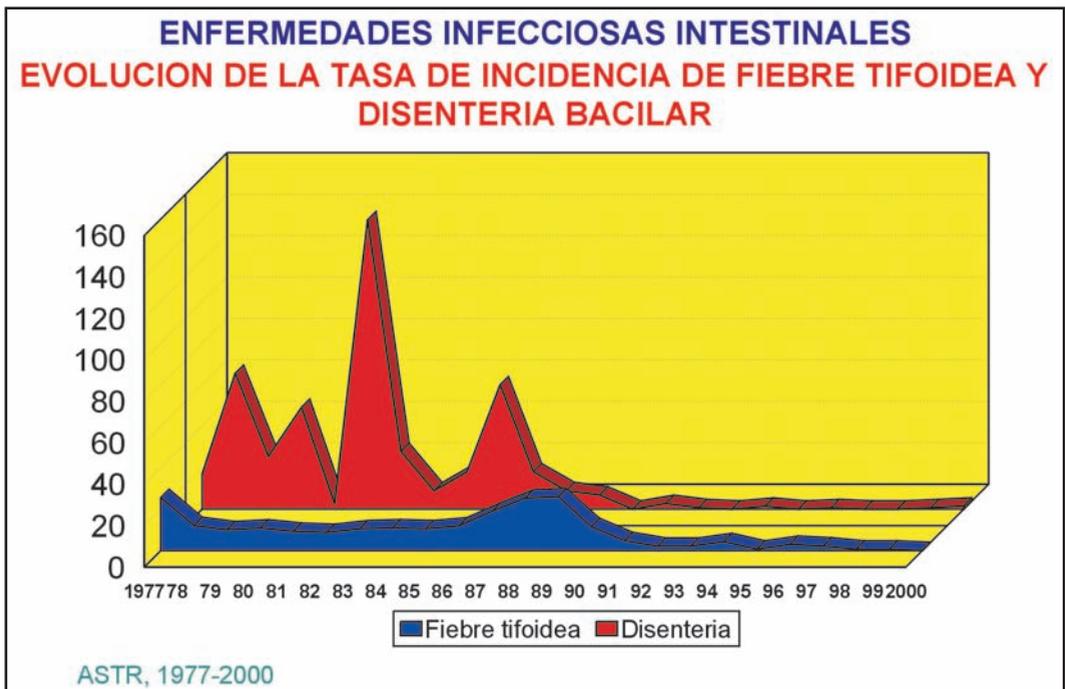


Figura 14.2. Evolución de la tasa de incidencia de enfermedades infecciosas intestinales.

Ya que ambas enfermedades son de transmisión oral-fecal, por contacto directo o a través de agua y alimentos contaminados por una persona infectada, el descenso de las tasas puede ser debido a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias individuales, a una mejor cloración de las aguas de consumo y al establecimiento de normas higiénicas en la preparación de alimentos y su conservación.



Figura. 14.3. Fuente no protegida sanitariamente.

Enfermedades de transmisión respiratoria: varicela y gripe

En estas dos enfermedades se observan ciclos epidémicos bianuales manteniéndose siempre una tasa por encima de 4 % en la gripe y de 1 % en el caso de la varicela.

Hacia la mitad del periodo estudiado, se observa una tasa por encima de lo esperado en ambas enfermedades. En el caso de la gripe, este aumento podría deberse a las epidemias globales que ocurren por cambios antigénicos mayores cada 10 años. En el caso de la varicela, podría deberse a un aumento de la población susceptible.

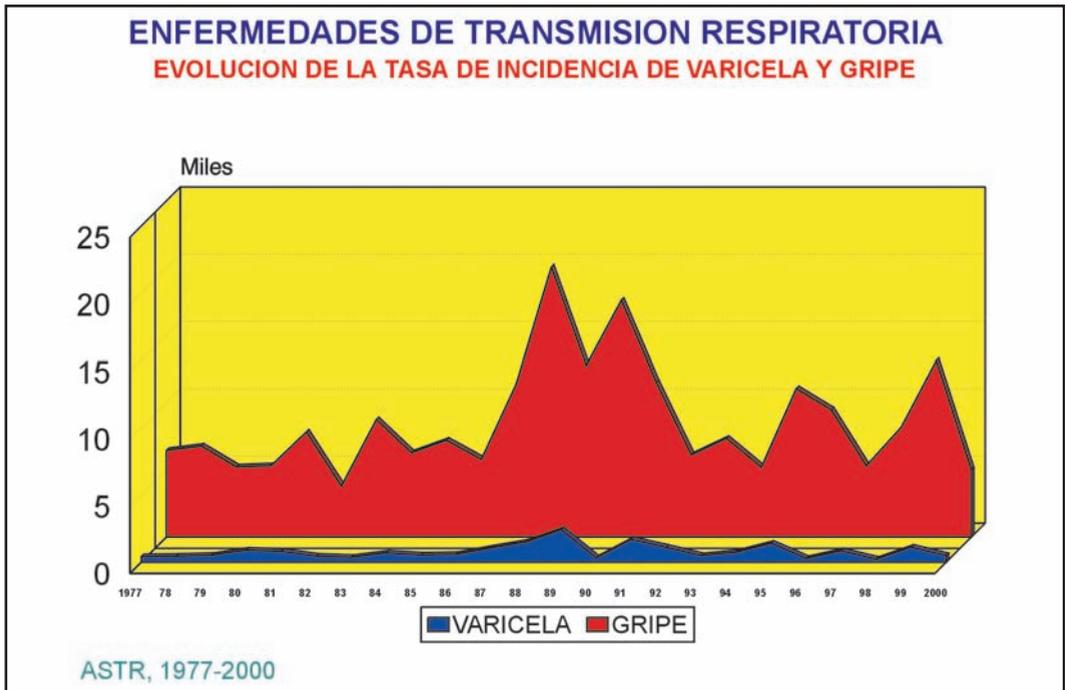


Figura 14.3. Evolución de la tasa de incidencia de enfermedades de transmisión respiratoria.

Enfermedades de transmisión sexual: sífilis y gonococia

Durante el periodo estudiado las tasas de incidencia de la gonococia siempre son superiores a las de la sífilis, existiendo hasta finales de los 80 una alta tasa de incidencia que disminuye progresivamente hasta reducirse en más de un 300%. Hay que tener en cuenta que la sífilis es una enfermedad menos contagiosa y más estigmatizante (lo que podría conllevar una subdeclaración) que la gonococia, lo cual podría explicar la diferencia en las tasas de incidencia a pesar de la vía común de contagio. Los niveles relativamente más elevados de incidencia de enfermedades de transmisión sexual en la primera parte del período probablemente están relacionados con los cambios producidos en la conducta sexual, como consecuencia de la introducción de los anticonceptivos orales y, como un factor más local, la proliferación de clubes de alterne en la zona, fundamentalmente como consecuencia del incremento de población laboral flotante ligada a la construcción de la Central Nuclear de Almaraz.

El descenso observado en los últimos 10 años, podría explicarse por un cambio en los hábitos de la población en cuanto a prácticas sexuales más seguras, así como en la demanda de asistencia precoz, todo ello posiblemente propiciado por la aparición de la epidemia de SIDA.

Por otro lado, una mayor detección de casos en el periodo 1980-1990 podría

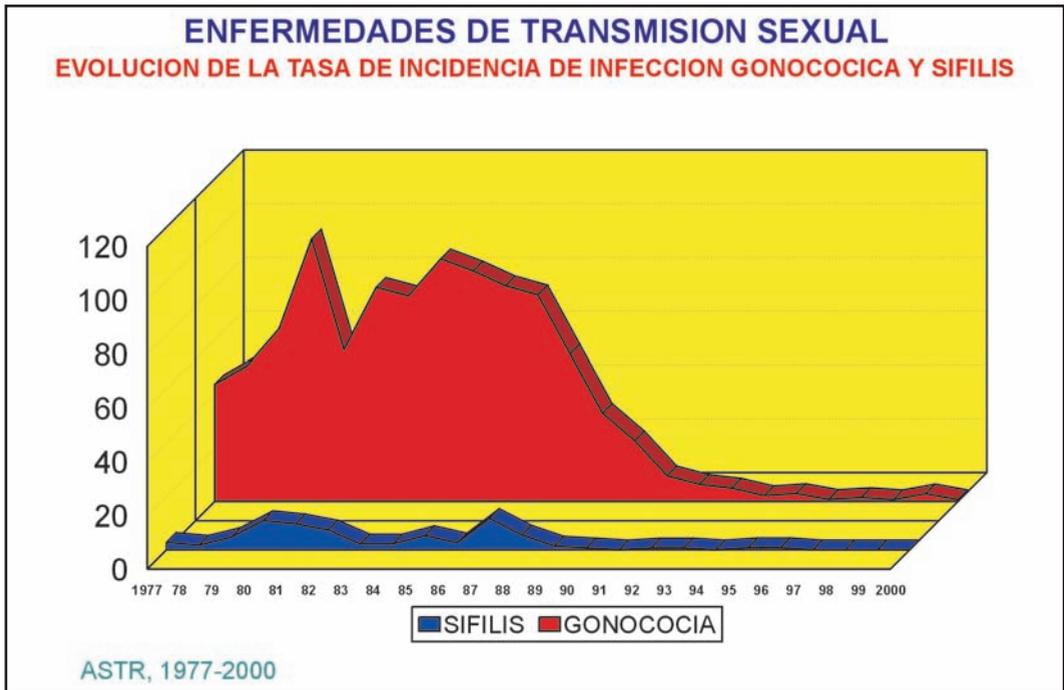


Figura 14.4. Evolución de la tasa de incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

deberse a una intensificación en la vigilancia y en la asistencia de estas enfermedades en los grupos de riesgo.

Zoonosis

En general, todas las zoonosis han sufrido un descenso progresivo a lo largo de los años.

En el caso de la *brucelosis*, la disminución de la tasa de incidencia es muy marcada en el periodo estudiado (se reduce aproximadamente el 90%), manteniéndose estable con ligera tendencia a la baja en los últimos años. Mejoras en el control sanitario del ganado, la educación de los ganaderos así como normativas sanitarias que regulan la producción de productos lácteos podrían haber condicionado esta evolución.

En cuanto a la *fiebre exantemática mediterránea*, su evolución a lo largo del periodo de estudio corresponde a la tendencia habitual en una enfermedad de reciente incorporación en el Sistema de Vigilancia, dónde en un principio existe un aumento progresivo del número de casos declarados para después descender y estabilizarse. Pese a esto, la tasa de incidencia todavía se mantiene en niveles superiores al de otras Comunidades Autónomas, lo cual justifica su permanencia en el Sistema de Vigilancia en nuestra Región.

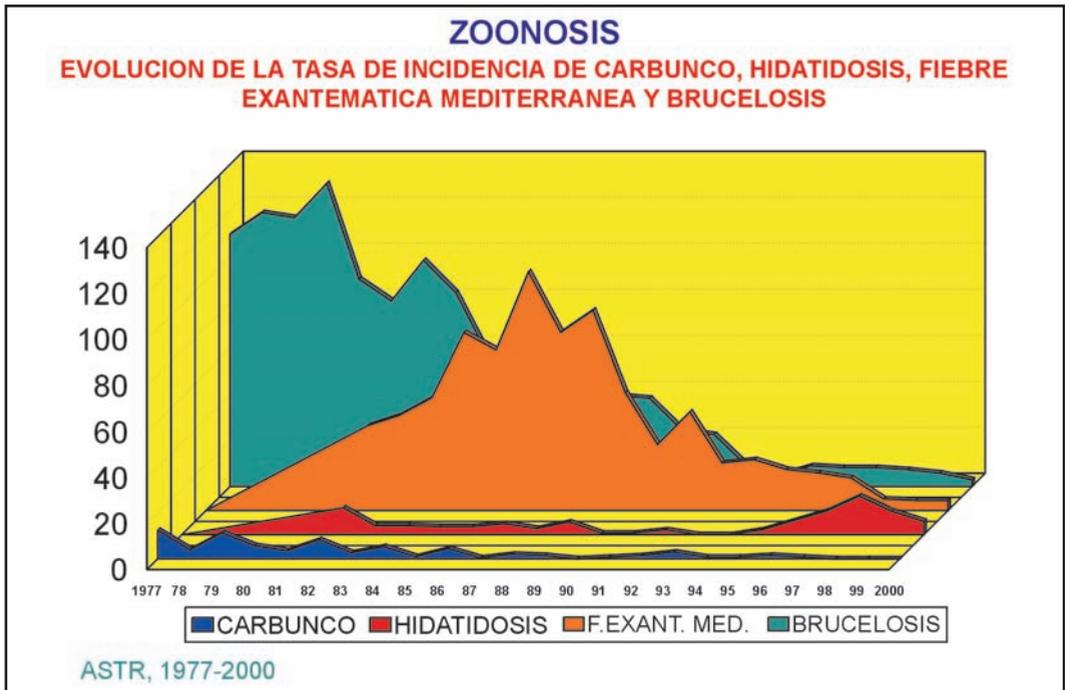


Figura 14.5. Evolución de la tasa de incidencia de zoonosis.

La *hidatidosis* es una enfermedad de declaración obligatoria de ámbito regional, que en nuestro Área era detectada principalmente a nivel hospitalario muchas veces no declarada. La detección de esta infradeclaración propició el impulso de la vigilancia y notificación de casos de esta enfermedad. Esto ha supuesto en el último quinquenio una elevación de la tasa de incidencia.

Enfermedades prevenibles por vacunación: parotiditis, rubéola, sarampión y tos ferina

Hasta finales de los 80 las tasas de incidencia más altas de estas enfermedades correspondían al sarampión y a la parotiditis. Para todas ellas se venían produciendo ondas epidémicas de 2-3 años de duración, pero la introducción de las vacunas en el calendario vacunal infantil modificó notablemente esta tendencia. En este sentido se observa una reducción importante de las tasas de todas las enfermedades, incluso de hasta un 400% para el sarampión, con un alargamiento de las ondas epidémicas al principio y mantenimiento de las tasas en niveles mínimos a partir de mediados de los 90.

Por otro lado, a pesar de la vacunación se observan brotes epidémicos aislados

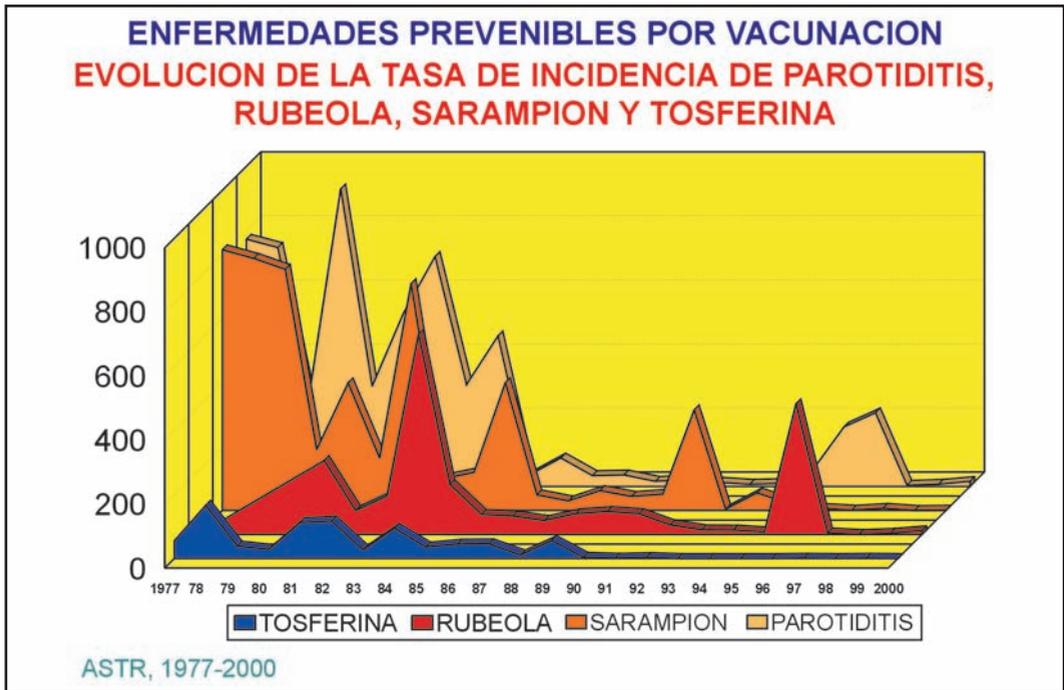


Tabla 14.6. Evolución de la tasa de incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

para el sarampión, parotiditis y rubéola. Entre las posibles causas de estos se encuentran:

- Los defectos en el suministro de la vacuna (conservación o administración inadecuada de la misma) hace que cohortes de niños que se consideraban protegidos no lo estén.
- La aparición de nuevas bolsas de población susceptible formadas por aquellos sujetos que, por cualquier causa, no han sido vacunados; estas personas pueden generar brotes con distribuciones de edad diferentes a la esperada, afectando generalmente a grupos de mayor edad.

Meningitis meningocócica y tuberculosis respiratoria

Tuberculosis: Al inicio del periodo de estudio se produjo un descenso importante de las tasas, que en años siguientes fue recuperándose sin alcanzar las cotas anteriores. Desde entonces la curva epidémica se mantiene una tasa constante o con una ligera tendencia al descenso. Esto coincide con la tendencia nacional de aumento de las tasas desde la aparición de la epidemia del SIDA.

Meningitis: Se observa una reducción progresiva de las tasas a partir de los años

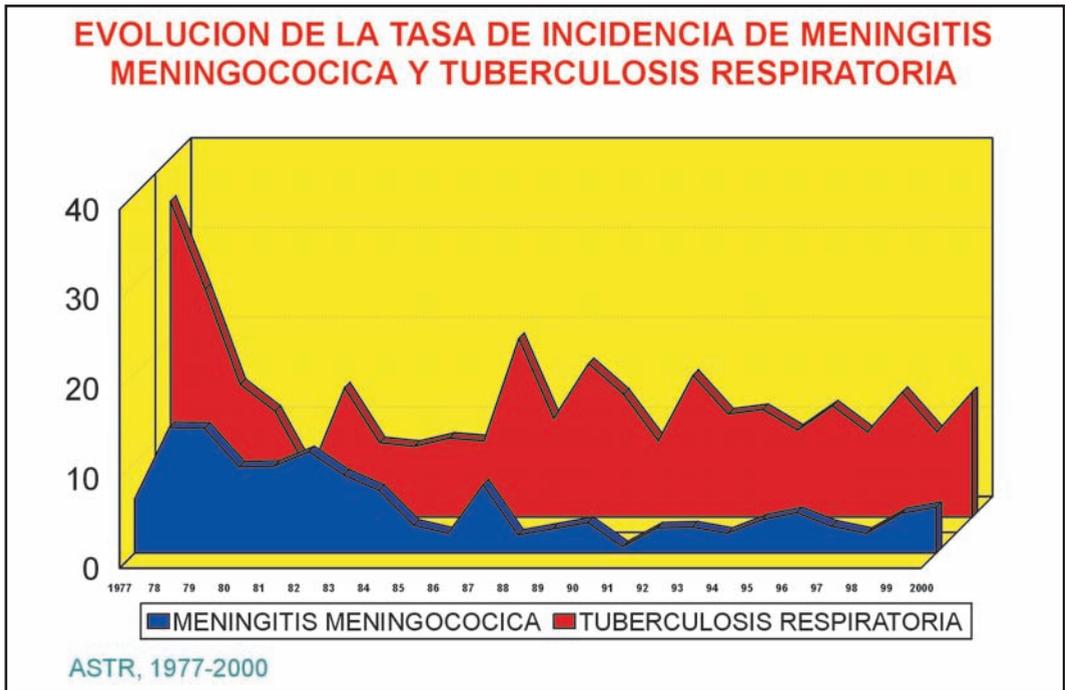


Tabla 14.7. Evolución de la tasa de incidencia de meningitis meningocócica y tuberculosis respiratoria.

80, con ondas que se han reducido en intensidad y han aumentado su duración. Tras la campaña de vacunación llevada a cabo en 1995 no parece que se haya reducido notablemente la tasa global de la enfermedad, aunque hay que tener en cuenta que la vacuna sólo protege frente a los serogrupos A y C, y que en España el predominante es el B, frente al que no existe vacuna.

Hepatitis

El periodo de estudio para las Hepatitis sólo abarca los últimos 4 años debido a que con anterioridad la declaración de la misma era conjunta, sin hacer distinción entre los diferentes virus. La evolución en este periodo coincide con aquellas enfermedades de reciente introducción en el Sistema de Vigilancia, por lo que el aumento observado en las tasas podría estar indicando una mayor declaración de casos, más que un incremento real de las mismas.

Las poblaciones de mayor riesgo para las hepatitis B y C son los toxicómanos por vía parenteral y el personal sanitario. En este sentido, las campañas educativas que se han llevado a cabo en ambos grupos deberían poner de manifiesto una reducción de las tasas en años venideros.

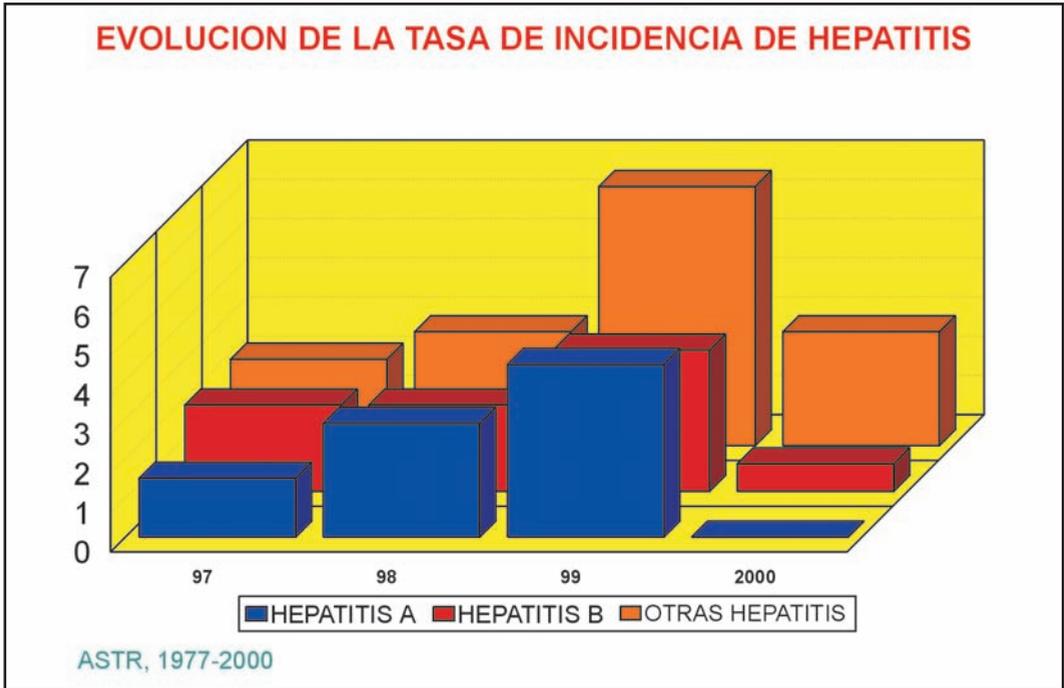


Tabla 14.8. Evolución de la tasa de incidencia de Hepatitis.



Figura 14.9. En la campaña piloto de vacunación de rubéola.



Figura 14.10. Mapas y “sábanas” de vigilancia epidemiológica.

Sección de Investigación Epidemiológica

La Sección de Investigación Epidemiológica ha tenido encomendada, desde su creación, fundamentalmente dos tareas: (1) Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y (2) Registro de Poblacional de Cáncer del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Estas dos actividades suponen, en la práctica, la herencia de las tareas que desarrollaba en los inicios de la actividad del Centro Regional de Salud Pública, la Sección de Epidemiología de Enfermedades Crónicas. Además de estas actividades básicas, las tareas que desarrolla en la actualidad están reflejadas a continuación junto con los recursos disponibles para ello y los objetivos que se desea alcanzar:

Programas

La Sección de Investigación Epidemiológica tiene encomendadas, fundamentalmente, funciones en cinco programas:

- A) Docencia teórica y práctica dirigida a los Médicos Internos Residentes de Medicina Preventiva de segundo año
- B) Programa general del Registro Regional de Mortalidad de Castilla-La Mancha: Las actividades generadas se pueden resumir en:
- C) Subprograma de mejora de la calidad de los Boletines Estadísticos de Defunción: Aún formando parte del Programa General citado arriba, dadas las características especiales (sobre todo en lo que respecta al reparto de tareas y a los recursos empleados) es preferible considerarlo aparte en esta sección.
- D) Registro de Tumores de Base Poblacional del Área Sanitaria de Talavera de la Reina en colaboración con el del Área de Toledo y coordinados ambos con los ya existentes en la Comunidad Autónoma.
- E) Apoyo a la investigación cuando así lo es requerido por otros Servicios del C.R.S.P. o por cualquier otro investigador tanto del Área como fuera de ella.

Recursos

Las actividades integradas en los programas reflejados arriba, son realizadas por el personal integrante de la Sección con la siguiente distribución de tareas y nivel de responsabilidad:

Tabla 14.1. Distribución de responsabilidades por programas

	Prog. A	Prog. B	Prog. C	Prog. D	Prog. E
Jefe de Sección	A	R	A	R y E	R
Técnico Superior de Salud Pública	R y E	E	R, C y E		A
Técnico de grado medio (DE)	A	S y E	A		A
Auxiliar SP 1	A	E	E		
Auxiliar SP 2	A	E	E		
Auxiliar SP 3	A			E	
MIR		A	A	A	A

C: Coordina; S: Supervisa; R: Responsable; A: Apoya; E: Ejecuta.

El Registro de Cáncer de Talavera de la Reina a lo largo de los 25 años de historia del CRSP

1. El pasado

Una de las primeras tareas que se propuso el Servicio de Epidemiología del inicialmente llamado Centro Nacional de Demostración Sanitaria, fue la de estructurarse en dos Secciones: (a) Sección de Enfermedades Transmisibles y (b) Sección de Enfermedades Crónicas. Esta última se planteó el estudio de este tipo de problemas de salud a través de la implantación de una serie de Registros de Enfermedades. En concreto, la actividad se inició con los Registros de Enfermedades Crónicas que sufrieron distintos avatares en los primeros años de la historia de esta Sección con diversas dificultades que ocasionaron que, hacia 1987, la Sección de Investigación Epidemiológica, heredera de la de Enfermedades Crónicas, hubiera abandonado la actividad de todos ellos.

La principal dificultad en estos primeros años era la de la inexistencia de material informático (tanto software, como hardware) para la recogida, gestión y análisis de los datos. El análisis de los datos se realizaba mediante calculadoras científicas programadas “ad hoc” para resolver problemas epidemiológicos (ajuste de tasas, cálculo de tasas de incidencia, etc.) pero el problema de la gestión de los datos (consulta de la información, obtención de los datos acumulados para “alimentar manualmente” las citadas calculadoras) persistía. Una manera de poder manipular estos datos con relativa eficiencia estaba constituida por las tarjetas perforadas junto con largas agujas para poder seleccionar las fichas que reunieran determinadas condiciones. La ficha usada en Talavera es la que se muestra:

Figura 14.11. Modelo de ficha perforada.

Este era el soporte en papel para el tratamiento “semiautomatizado” de los datos. La recogida de éstos se efectuaba también en papel, frente a la fuente de información (generalmente Historias Clínicas) y elaborado especialmente con vistas a esta recogida de datos. Aquí se puede ver las usadas:


MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
 Subsecretaría de la Salud
 Dirección General de la Salud Pública y Sanidad Veterinaria
 Subdirección General de Medicina Preventiva
 Servicio de Epidemiología y Luchas Sanitarias
 Sección de Oncología

HOJA DE CONTROL DE CASOS DE CANCER (1)

Apellidos Nombre
 Sexo N.º de ficha Fecha de nacimiento

Naturaleza: Población Provincia

Residencia habitual: Domicilio (calle y núm.)

Población y Distrito

Provincia Teléf. Tipo residencia

Área Estado civil

Médico de Cabecera: Provincia

Médico que declara: Provincia

Fecha de la declaración

Fuente de información

Diagnóstico: Fecha primer síntoma Fecha primera visita

Fecha visita del diagnóstico Tipo de diagnóstico

Localización

Extensión

Histología

Ficha núm. Laboratorio Hospital

Provincia (táchese lo que no proceda)

Diagnóstico

Tratamiento inicial

Fecha Quirúrgico Fecha Sintomático

Fecha Radiológico Fecha Médico

(Póngase un 1 en la casilla que proceda)

Evolución

Fecha Estado Tratamiento:

Quirúrgico Radiológico Médico Sintomático

Fecha de fallecimiento

Figura 14.12. Hoja de recogida de información sobre casos de cáncer.

Como se puede ver en estas dos fichas de recogida de datos, el objetivo del registro era, no sólo intentar obtener datos de todos los casos de cáncer diagnosticados en el Área, sino intentar seguir la evolución de los mismos, valorando la supervivencia en función del diagnóstico, métodos terapéuticos, etc.

HOJA DE CONTROL DE CASOS DE CANCER (2)

Apellidos Nombre

Sexo N.º de ficha Fecha de nacimiento

Naturaleza: Población Provincia

Residencia habitual: Domicilio (calle y núm.)

Población y Distrito

Provincia Teléf. Tipo residencia

Area Estado civil

Evolución

Fecha Estado Tratamiento:

Quirúrgico Radiológico Médico Sintomático

Fecha de fallecimiento

Evolución

Fecha Estado Tratamiento:

Quirúrgico Radiológico Médico Sintomático

Fecha de fallecimiento

Evolución

Fecha Estado Tratamiento:

Quirúrgico Radiológico Médico Sintomático

Fecha de fallecimiento

Figura 14.13. Hoja de recogida de información sobre casos de cáncer (2).

La ausencia de métodos automatizados para la gestión de datos, la falta de programas estadísticos y epidemiológicos, la dificultad logística para implementar el registro de base poblacional y la marcha de la Sección de los profesionales que habían establecido el registro, contribuyeron al abandono del registro de tal manera que a primeros de los años 90, éste ya no existía.

Entre los datos obtenidos al profundizar en la información publicada en las memorias anuales de aquella época, se puede destacar el dato de los tumores más frecuentes referido a 1981:

Tabla 14.1. Tumores más frecuentes en el ASTR, 1981

Varones		Mujeres	
Estómago	20%	Mama	22%
Pulmón	15%	Estómago	15%
Vejiga	8%	Hígado	7%

2. Los tiempos actuales (el nacimiento del registro de cáncer en su época moderna): ¿Por qué y cómo?

A lo largo de 1990, el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad encargó a cada Sección de Epidemiología de las distintas Delegaciones Provinciales de Sanidad el inicio de un proyecto propio que una vez demostrada su viabilidad fuera extensible al conjunto de la Comunidad Autónoma. El proyecto elegido por Albacete fue un Registro de Cáncer de Base Poblacional. En 1991 comienza su actividad de registro y se consideran registrables los casos diagnosticados a partir del 1 de enero de 1991, residentes en la provincia de Albacete y con los criterios de definición de caso que más adelante se explican (los mismos que los del Área de Talavera). En 1993 consiguen ser admitidos en la Publicación “Incidencia de Cáncer en los 5 Continentes” editada por la IARC. Esto supuso que los datos del registro de Albacete “pasaban” un filtro muy riguroso de calidad y comparabilidad.

A la vista de estos resultados, las distintas Secciones de Epidemiología de las delegaciones provinciales y del CRSP decidieron iniciar el Registro poblacional de Cáncer en cada ámbito territorial, cada una en función de sus posibilidades y siempre basándose en los criterios, manual de procedimientos para captura de casos y codificación de los datos y software de gestión de datos todos ellos usados y probados en Albacete.

La cronología de los hechos fue la siguiente:

En 1993 inicia sus trabajos Cuenca que traspassa literalmente los métodos usados en Albacete. Entre ellos se encontraba el Gestor de Base de Datos basado en el paquete integrado “Open Access” cuyas posibilidades de programación les permitió desarrollar una aplicación “ad hoc”. Esta aplicación trabajaba en MS-DOS, con diccionarios propios y no necesitaba ordenadores potentes.

En 1994 nos llegó el momento a las dos secciones de la provincia de Toledo de constituir un registro poblacional en la provincia, que permitiera tanto el análisis provincial como también el de área. Los métodos usados fueron los establecidos en Albacete, pero se decidió usar una aplicación informática basada en DBASE.

En 1995 se incorpora Guadalajara y para este año 2001 es posible el inicio de un Registro en Alcazar de San Juan. La cobertura geográfica de esta incipiente “Red” de Registros Poblacionales de Cáncer junto con los dispositivos hospitalarios

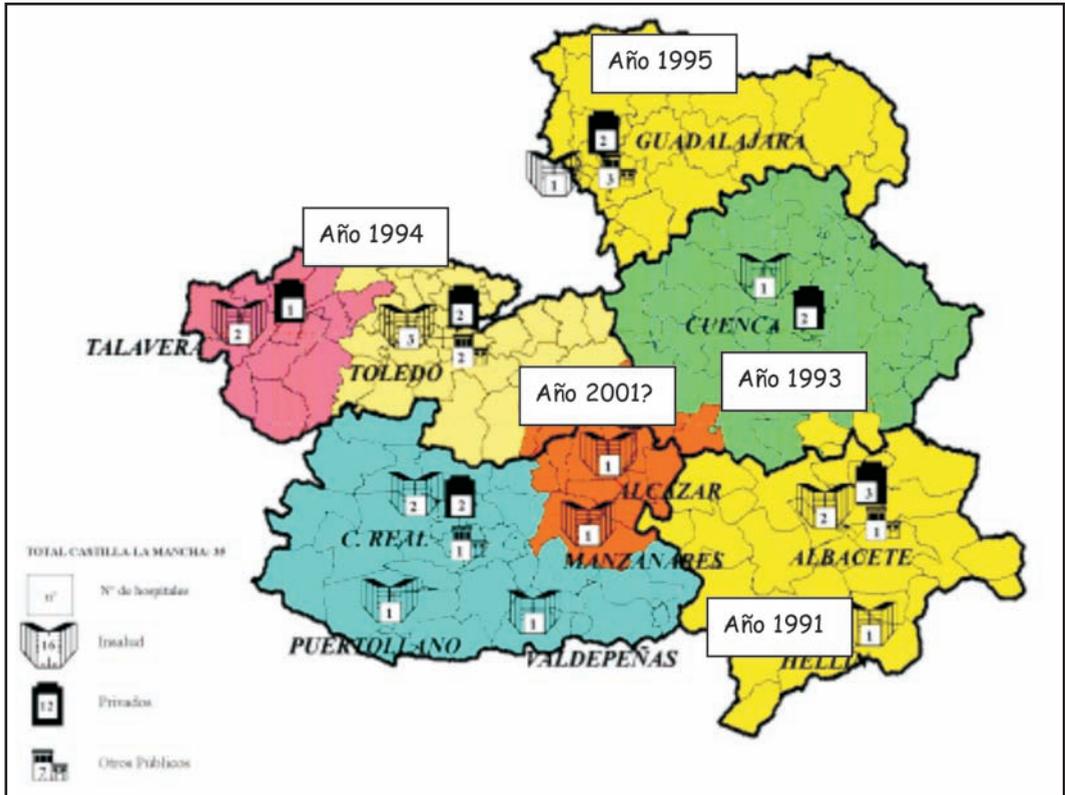


Figura 14.14. Años de puesta en marcha de los registros de tumores de Castilla-La Mancha.

utilizables a tal fin aparece en la Figura 14.14. No ha sido posible integrar al conjunto de la provincia de Ciudad Real a través de la Delegación Provincial de Sanidad (la dispersión de los hospitales y la escasez de personal en la Sección de epidemiología en la provincia fueron considerados las causas).

3. El Registro de Cáncer de Talavera de la Reina:

3.1. Justificación:

Cuando nos planteamos la justificación de su implantación en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina surgieron varios motivos: por una parte los históricos (tradición), por otra parte la oportunidad (implantación simultánea en toda la provincia utilizando una metodología ya probada en Albacete y avalada por la aceptación de este último registro por parte de la IARC. Por otra parte, la concentración de los dispositivos sanitarios (fuentes de datos) y de la mitad de la población en la ciudad de Talavera cual facilita la tarea.

3.2. *Objetivos:*

Dentro de los objetivos, el fundamental del Registro es la determinación de la Incidencia de cáncer en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina a partir de 1994, año en que inicia su actividad. Como añadido a este objetivo, proporciona sus datos para sumarlos a los del Área Sanitaria de Toledo (2/3 restantes de la provincia) con el objetivo de conocer la incidencia de cáncer del conjunto de la provincia, para lo que ambos registros utilizan criterios unificados. Como parte de la futura Red de Registros de Cáncer de Castilla-La Mancha, aportará sus datos con el fin de constituir la base de datos regional que proporcionará datos sobre Incidencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

3.3. *Definición de caso registrable:*

El manual de procedimientos del registro determina que es lo que se considera “Caso Registrable” en el Registro de Cáncer de Talavera de la Reina a todo “Tumor Maligno”, no registrado previamente, con o sin verificación histológica, diagnosticado (o muerto, si la única fuente es el Certificado Médico de Defunción) de cáncer con fecha posterior al 1 de Enero de 1994 y residente en el Área Sanitaria. A tales efectos se registran los tumores malignos cuyo código de comportamiento es 3 según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O 20 Edición).

3.4. *Datos registrados:*

Se obtienen a partir de un conjunto de variables, unas esenciales para registrar el caso y otras adicionales. Estos son:

Tabla 14.2. Datos recogidos en el Registro de Tumores

TIPO DE DATOS	ESENCIALES	ADICIONALES
IDENTIFICACIÓN PERSONAL:		
Número de registro		SI
Apellidos y nombre	SI	
Sexo	SI	
Número de la Seguridad Social		SI
Fecha de Nacimiento o Edad	SI	
Dirección completa		SI
Teléfono		SI
Municipio de residencia	SI	
Estado civil		SI
Lugar de nacimiento		SI

TIPO DE DATOS	ESENCIALES	ADICIONALES
FUENTES DE INFORMACIÓN:		
N.º de historia clínica	SI	
Centro y Servicio	SI	
Fuente de primera notificación		SI
Fuentes de información consultadas		SI
DATOS DEL TUMOR:		
Fecha de incidencia	SI	
Localización	SI	
Base diagnóstica más válida	SI	
Fecha de confirmación histológica		SI
Histología	SI	
Comportamiento	SI	
Otros tumores primarios		SI
Fecha de defunción		SI

3.5. *Fuentes de información:*

Las fuentes de información que proporcionan datos al registro son: los servicios de admisión hospitalarios, los servicios de anatomía patológica, las notificaciones de los Médicos de Atención Primaria, los datos de mortalidad, etc.

3.6. *Recogida y procesamiento de datos:*

La recogida de información es activa: Dependiendo de las fuentes, el personal del registro acude con una determinada periodicidad a recoger datos de las mismas. La principal fuente de obtención de datos la constituyen las Historias Clínicas. Las fuentes primarias de datos son el Servicio de Documentación (Informática, Archivo y Admisión) y el de Anatomía Patológica. El resto de las fuentes sirve para completar la información primariamente recogida en los dos Servicios citados anteriormente.

La metodología de recogida, codificación y procesamiento de los datos está unificada con la correspondiente al Registro Poblacional de Cáncer de Albacete.

3.7. *Documentos utilizados en la captura de datos:*

En la actualidad, se usa un documento para la recogida de datos que es único, tanto para la recogida de la historia clínica, como para la notificación por parte de los médicos de Atención Primaria o Especializada. En el caso de las notificaciones, los médicos tienen un sobre con franqueo pagado para que notifiquen los casos de cáncer con más facilidad. El documento de notificación puede dividirse en cuatro zonas:

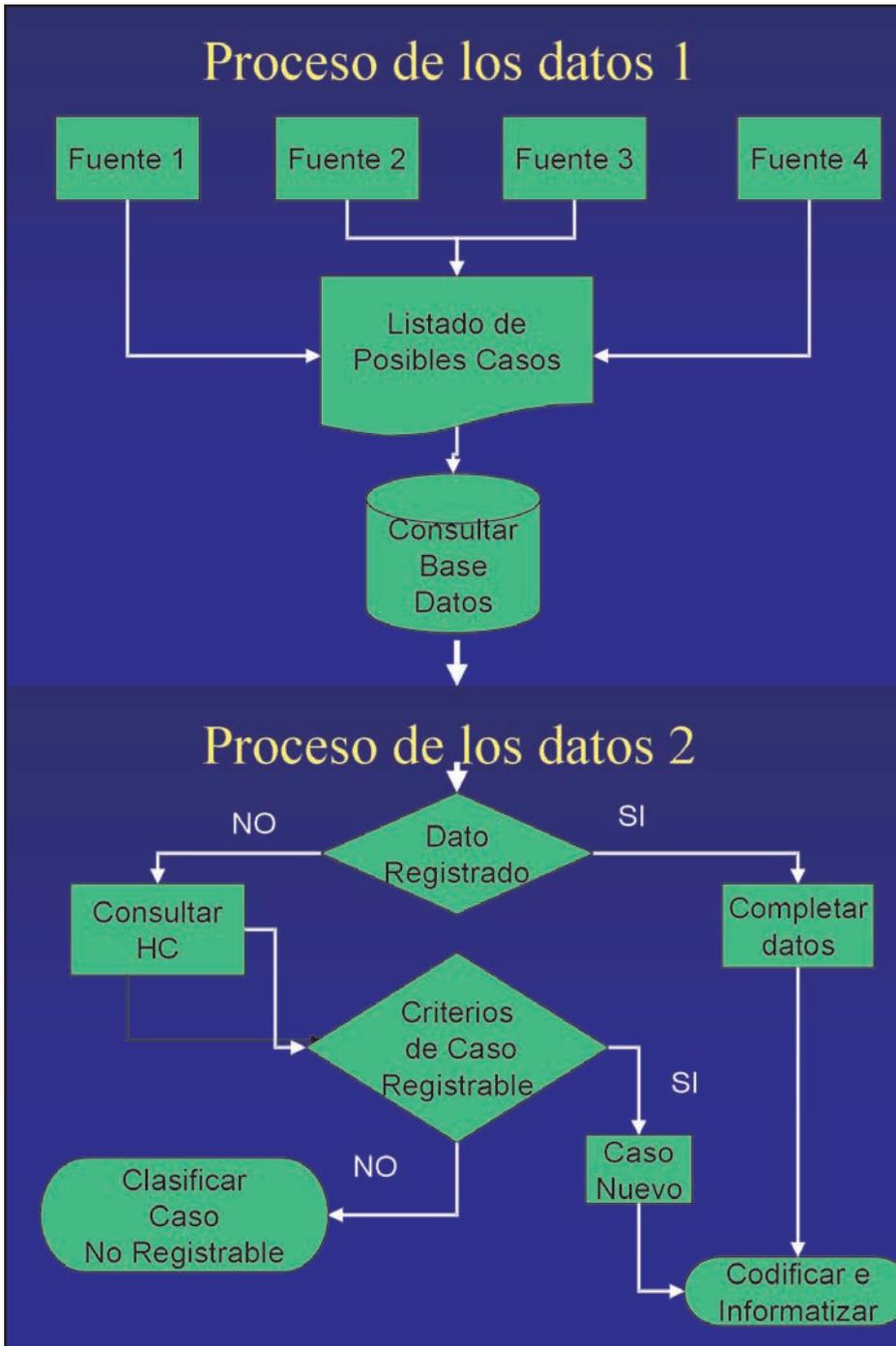


Figura 14.15. Metodología de recogida, codificación y procesamiento de los datos.

A) Datos demográficos:

 <p>Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha Consejería de Sanidad</p>		<p>REGISTRO DE CANCER PROVINCIAL DE TOLEDO</p> <p>AREA SANITARIA DE TALAVERA DE LA REINA</p> <p>SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA C. R. S. P. ☎ (925) 81 56 11</p>	
<p>BOLETIN DE NOTIFICACION</p>			
DATOS PERSONALES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
SEXO <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	FECHA DE NACIMIENTO día mes año	EDAD	ESTADO CIVIL s c v s n d c
DOMICILIO ACTUAL		C. POSTAL	
Calle		Número	
Municipio		Provincia	
LUGAR DE NACIMIENTO		N.º AFIL. S. SOCIAL:	
Municipio		Provincia-País	
		N.º HISTORIA CLINICA:	
		HOSPITAL:	

Figura 14.16. Boletín de notificación diagnóstica de tumor (1).

B) Datos del tumor:

DATOS DEL TUMOR	FECHA DIAGNOSTICO día mes año	BASE DEL DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> Exclusivamente por B.E.D. <input type="checkbox"/> Sólo Clínica <input type="checkbox"/> Invest. clínica RX, ECO, TAC, ISOTOP, Endoscop. <input type="checkbox"/> Explor. Quir. / Autopsia sin An. Pat. <input type="checkbox"/> Test bioquímicos y/o inmunológicos <input type="checkbox"/> Citología o Hematología <input type="checkbox"/> Histología de Metástasis <input type="checkbox"/> Histología del tumor primario <input type="checkbox"/> Autopsia con Histología <input type="checkbox"/> Desconocido
	FECHA CONFIRMACION ANATOMO-PATOLOGICA día mes año	
N.º de Referencia:		
LOCALIZACION PRIMARIA		
HISTOLOGIA (Diagnóstico histológico completo, incluyendo comportamiento y grado de diferenciación histológica. Incluir grado de la clasificación seguida).		
■ A RELLENAR POR EL PERSONAL DEL REGISTRO		

Figura 14.17. Boletín de notificación diagnóstica de tumor (2).

C) Datos de otros tumores primarios y de la defunción:

OBSERVACIONES:		
USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL REGISTRO		
DOCUMENTOS CONSULTADOS		OBSERVACIONES DEL REGISTRO
CMBD	CMD	
AP	BN	
HC	OD	
IA	OP	
REVISAR		Fecha: Firma e iniciales:
REGISTRAR		
COMPLETO		

Figura 14.18. Boletín de notificación diagnóstica de tumor (3).

D) Datos de la fuente de información:

OTROS TUMORES PRIMARIOS			
Localización Primaria. N.º Reg.:	Morfología	Año	Hospital
DATOS DE LA DEFUNCION	FECHA DE DEFUNCION		MEDICO CERTIFICADOR
	<input type="text"/> <input type="text"/> día	<input type="text"/> <input type="text"/> mes	Nombre: Núm. Colegiado:
CAUSA DE DEFUNCION (Reproducir contenido del Boletín Estadístico de Defunción)			
I _____			
II a _____			
II b _____			
III _____			

Figura 14.19. Boletín de notificación diagnóstica de tumor (4).

3.8. Actividades del registro de Cáncer desde 1994 hasta 2000:

A lo largo de estos años se han ido recogiendo datos procedentes de las distintas fuentes de información con una cadencia variable dependiendo de la fuente y del año. La actividad del registro durante estos años, presentando sus datos acumulados figura en la Tabla 14.3.

Tabla 14.3. Actividades del registro de Cáncer desde 1994 hasta 2000

INDICADOR	Número	Porcentaje
Total de casos incorporados al Registro:	3466	100%
Casos registrables:	1785	52% (*)
Casos registrables y con información completa:	1342	75% (**)
Casos con Mortalidad como única fuente:		
Respecto al total de casos:	273	8% (*)
Respecto a los casos registrables:	101	6% (**)
Notificaciones recibidas de Atención Primaria:		
Respecto al total de casos:	201	6% (*)

(*) Sobre el total de casos. (**) Sobre el total de casos registrables.

Uno de los aspectos más importantes a valorar en un Registro de cáncer es el de las bases diagnósticas utilizadas. Desde su creación en 1994, el registro de Talavera presenta los siguientes de la TABLA 14.2:

Tabla 14.4. Base diagnóstica de los casos incorporados en el Registro de Cáncer de Talavera de la Reina desde su inicio

BASE DIAGNÓSTICA	Casos incluidos en el Registro. 1994-2000	
	Npúmero	Porcentaje
Sólo Certificado Médico de Defunción	273	7,9%
Sólo clínica	17	0,5%
Investigaciones clínicas complementarias	351	10,1%
Exploración quirúrgica	37	1,1%
Tests bioquímicos / inmunológicos	22	0,6%

BASE DIAGNÓSTICA	Casos incluidos en el Registro. 1994-2000	
	Número	Porcentaje
Citología o Hematología	304	8,8%
Histología de metástasis	38	1,1%
Histología del tumor primario	2169	62,6%
Autopsia con histología	1	0,0%
Desconocido	254	7,3%
Total	3466	100,0%

Como se puede comprobar, los indicadores en este sentido solo son discretos ya hay un elevado porcentaje de tumores que no tienen una confirmación microscópica.

Finalmente, el último indicador importante que falta por mencionar es el de “Porcentaje de casos en los que sólo se tienen datos procedentes del Certificado Médico de Defunción”. También es un indicador de la validez de los datos ya que los casos cuya única fuente es la mortalidad, están sometidos a muchos sesgos. El valor anual de este indicador no tiene mucho valor ya que depende de los ritmos de trabajo. Su valor acumulado está por encima del 5%, que es un poco elevado.

4. El futuro:

El futuro, por supuesto, pasa por la consolidación del registro, poniéndonos al día en la recogida de datos de las fuentes de información. Esto implica el dar como cerrados los años iniciales, completando la información que está incompleta. Para ello es necesario:

- Acceder a la información contenida en hospitales de fuera del Área (sobre todo de Madrid)
- Contactar con los médicos de cabecera, si la Historia Clínica hospitalaria no está disponible
- Terminar el censo de fuentes de información y los contactos protocolarios con las mismas para el acceso a la información que tengan sobre casos de cáncer (Clínica Marazuela, Compañías aseguradoras, Consultas privadas, etc.).

Otro de los retos de futuro está constituido por la agregación de los datos con el registro de la Delegación Provincial de Sanidad de Toledo para que con una base poblacional suficiente se puedan enviar a la IARC con el objetivo de ser incorporados en futuras publicaciones.

En estos momentos se está intentando unificar todos los procedimientos de trabajo y protocolos entre todos los registros de la región, como paso previo a la instauración de una aplicación informática común para la gestión eficiente de los datos. Esta aplicación de próxima aplicación debería reunir los siguientes requisitos:

- Completa aceptación por parte de los registros, esto es: que cumpla con todos los requisitos exigidos por cada uno
- Entorno amigable de trabajo
- Gestión eficiente de los datos tanto para la inclusión de casos en el registro como, sobre todo, para una fácil modificación de los ya existentes.
- Fácil integración con los programas de depuración y conversión de códigos diseñados por la IARC
- Informes de salida estandarizados para cubrir las necesidades rutinarias respecto a tablas y gráficos de los registros de cáncer
- Fácil integración con programas estadísticos con el fin de profundizar en el análisis.

El Registro de Mortalidad a lo largo de los 25 años de historia del CRSP

La mortalidad es uno de los indicadores más importantes para conocer la salud (o su falta) de la población sobre la que se quiere incidir, y desde el primer momento su estudio ha sido una ocupación prioritaria del Servicio de Epidemiología, tanto de este Centro Regional de Salud Pública como de la Consejería de Sanidad. Desde el principio de la práctica epidemiológica en el CRSP, la mortalidad ha constituido uno de los ejes fundamentales de su tarea. Tanto ha sido así que cuando surgió la oportunidad de acordar con el Instituto Nacional de Estadística la descentralización del tratamiento de la mortalidad en Castilla-La Mancha, el Servicio de Epidemiología del CRSP surgió como una de las opciones más eficientes, tanto por tradición como por experiencia.

Las cosas han cambiado mucho desde la inauguración del Centro. En las páginas siguientes se narra como fueron los orígenes de la actividad, en que consiste la labor actual y cuáles son las perspectivas de futuro.

1. Antecedentes históricos

1.1. *Los primeros tiempos*

Los comienzos fueron modestos pero, al mismo tiempo, ambiciosos. El Registro se inició en Marzo de 1980. Desde su inicio hasta julio de 1981 se llevó a cabo un estudio de la mortalidad en todos los pueblos que comprendían el Área Sanitaria

de Talavera de la Reina, que incluye parte de las provincias de Toledo, Ávila y Cáceres, y que consistió en un estudio transversal que abarcaba desde el año 1920 hasta 1975. En este estudio se tomaban los datos de un año de cada cinco (los años acabados en 0 y en 5), para lo cual se visitaron todos los Registros Civiles de los pueblos y se copiaron a mano todos los datos del Registro Civil, excepto el nombre de la persona.

Como ejemplos de esta ingente labor, se enseña una muestra de este trabajo:

3-9	V	77	fiebre tifoidea
3-9	V	39	causas de estomago
6-9	V	38	TBC pulm
6-9	H	21m	meningitis aguda
9-9	H	87	denecha
9-9	V	56	enterocolitis crónica
10-9	H	8	traumatismo cerebral
0-9	H	7	fiebre tifoidea
11-9	V	79	bronquitis aguda
12-9	V	13	infección intestinal

Figura 14.20. Hoja de recogida de datos de mortalidad. 1980.

De aquella época se pueden decir muchas cosas, entre las más curiosas está el ver cómo van cambiando las causas de mortalidad a través de los años: entre los años de 1920 hasta 1940 encontramos diagnósticos propios de situaciones de subdesarrollo como la mortalidad infantil, que era muy importante; aparecen casos de defunciones por raquitismo, gastroenteritis, coqueluche, desnutrición, meningitis, avitaminosis, no siendo extraños los casos de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 a 25 años, muertos por tuberculosis, paludismo, kala-azar, etc.

En la mortalidad de 1940 aparecen los diagnósticos propios de la situación que atravesó el país: la guerra, viendo cómo ha habido pueblos en los que sus consecuencias se han sufrido más que en otros. Se encuentran certificados con causas de defunción tales como “cosas de la guerra”, “trozos de metralla en la guerra”, “metralla recibida por bombardeo de aviación”, “un mortero”, “haber sido pasado por las armas de los rojos”, “un tiro en el vientre estando en las trincheras”, “muerto por Dios y por España”, “asesinado por los marxistas”, “ejecutado por consejo de guerra” y otras causas igualmente curiosas. También se han dado casos de pueblos en los que se quemaron los Registros Civiles, faltando por tanto la información correspondiente a esos años. Poco a poco, a partir de los años 50, evoluciona la mortalidad y resultan más raros los anteriores diagnósticos, bajan las tasas de mortalidad infantil, las de causas perinatales y las de embarazo, parto y puerperio,

y sube la edad media de la defunción, aumentando la esperanza de vida, con lo que nos acercamos a las cifras o tasas de lo que tenemos hoy día (que corresponderían a un país desarrollado).

Simultáneamente, se aprovechó la cobertura de la declaración obligatoria de enfermedades para incluir datos de mortalidad del municipio durante la semana epidemiológica en la parte de notificación. Los primeros partes que incorporaban datos sobre mortalidad eran como el que se muestra:

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD
CACERES
UNIDAD EPIDEMIOLOGICA
Vigilancia Epidemiológica

Semana que acabó el sábado 5 de mayo de 1972
 Ambulatorio, Consultorio, otro Centro Asistencial _____
 Consultorio Privado _____
 Servicio _____
 Donatille _____

Población de Lacort **PARTE DE DECLARACION DE ENFERMEDADES**

I. Enfermedades cuya declaración es solamente numérica (Gripe, Sarampión, Varicela) casos nuevos vistos durante la semana.

ENFERMEDADES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTAL
Gripe								
Sarampión								
Varicela								

II. Las demás enfermedades cuya declaración debe ser nominal (casos nuevos vistos durante la semana).

ENFERMEDAD	HOMBRE Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	DOMICILIO	LOCALIDAD

Si observa más de un caso de la misma enfermedad (excluido Gripe, Sarampión, Varicela) especifica:
 Casos dispersos: si no Casos agrupados: si no
 III. Brotes epidémicos, aunque no sean de enfermedad de declaración obligatoria: si no en caso afirmativo:
 Que enfermedad _____
 Casos dispersos: si no Casos agrupados: si no
 Zona de distribución de los casos (señalar barrio, zona, localidades, etc.): _____

OTRAS OBSERVACIONES: _____

IV. MORTALIDAD en la semana (declaración numérica) por:

	Tipo enfermedad	Edad	V.	SEXO	M.	TOTAL
— Enfermedades cardiovasculares						
— Cáncer						
— Accidentes de Tráfico						

LISTA DE ENFERMEDADES DE DECLARACION
 Códigos de la OMS (CIE-9) Códigos de la ICD-9 (1965-1980) y Complementarias

- Bacteriemia (021)
- Carbunco (022)
- Cólera (000)
- Difteria (032)
- Disenteria (004)
- Escarlatina (034.1)
- Fiebre amarilla (060)
- F. recurrente por garrapatas (088.1)
- F. recurrente por piojos (088.0)
- F. tifoidea y paratifoidea (001.002)
- Gripe (470-474)
- Lepra (030)
- Meningitis Meningocócica (036.0)
- Otitis Purulenta del recién nacido (098.2)
- Paludismo (054)
- Peste (020)
- Poliomielitis (040-043)
- Rabia (071)
- Sarampión cardiovascular (301)
- Sarampión (055)
- Septicemia Puerperal (670)
- Tifus exantemático (080)
- Tétanos (070)
- Triquinosis (124)
- Tuberculosis Pulmonar (011)
- Varicela (052)
- Viruela (050)

COMPLEMENTARIOS

- Hepatitis vírica A e B
- Peritonitis
- Hidatidosis
- Toxeritis
- Tétanos
- Rubéola

Figura 14.21. Modelo de parte de declaración obligatoria y mortalidad.

Como se ve en la parte inferior del parte se solicitaba información agregada de las defunciones por edad y sexo de una serie de enfermedades seleccionadas con la posibilidad de informar sobre más causas.

1.2. Consolidación de la declaración individualizada de la mortalidad:

Con el paso del tiempo, y a partir de 1988, la captura de datos de mortalidad se afianzó a través de dos fuentes de datos: Por una parte continuaba la recogida manual de defunciones en el Registro Civil de Talavera de la Reina con los formatos ya presentados al principio de esta historia. Y por otra se incluyó en los partes de notificación de enfermedades un apartado para la notificación individualizada de casos de defunción ocurridos en el partido médico del que era responsable el mé-

dico declarante. Estos partes de notificación incorporaban en la parte superior una zona para que el médico reflejara los datos de mortalidad que conociera.

Semana que finalizó el sábado de de 198

Defunciones: Reseñar en el parte las causas de muerte tal y como se reseñaron en el certificado de defunción

Sexo	Edad	Causa Inmediata de muerte	Causa (s) intermedia (s)	Causa Inicial y fundamental
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Número nacidos vivos _____ Número nacidos muertos _____

Casos nuevos y defunciones en la semana de las siguientes enfermedades

	C	D
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA		
DISENTERIA BACILAR		
TOXIINFECCION ALIMENTARIA		
OTROS PROCESOS DIARREICOS		
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		

Figura 14.22. Otro modelo de parte de declaración de enfermedades y mortalidad.

Tanto en el caso de la recogida manual en el Registro Civil de Talavera, como en las notificaciones de los médicos declarantes, la información de mortalidad se codificaba siguiendo las reglas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Hasta 1987 no se dispuso de ordenadores para analizar los datos de mortalidad, haciéndose todas las tabulaciones a mano. A partir de este año, una vez codificadas, los datos se grababan en un ordenador personal para su posterior análisis. Como paso previo a la grabación, los datos se transcribían a una planilla con espacios para la codificación de las variables.

Los datos tabulados semanalmente, eran usados para dos fines:

- Por una parte para la vigilancia epidemiológica publicándose los datos en el Boletín de Vigilancia Epidemiológica. El primer estudio data de 1984, en donde ya se indica la importancia de colaborar con el INE (Instituto Nacional de Estadística) para que el Servicio de Epidemiología disponga de datos de primera mano y fiables para la elaboración de la mortalidad. Este estudio fue publicado en el Boletín Epidemiológico del C.N.D.S. de 1984; 8:32-36 y 1984; 8:63-68.

- Por otra parte, se efectuaban análisis de mortalidad anuales, información que se publicaba en las memorias.

Con la reestructuración en 1988 del Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, y la transferencia del antiguo Centro Nacional de Demostración Sanitaria a la Junta de Comunidades, todo el escenario relacionado con la mortalidad cambió. Por una parte, se cambió la lista de Enfermedades Transmisibles de Notificación, con lo que se unificaron los partes en toda la región desapareciendo la notificación de mortalidad. Por otra parte, se establecieron conversaciones con el INE para que la mortalidad de la región se pudiera tratar descentralizadamente, por lo que se tendría la información individual y original de cada fallecido, tal y como la cumplimenta el médico que certifica la defunción.

Según las conversaciones, el Acuerdo entraría en vigor en 1991, y el último año disponible con la información proporcionada por los médicos en los partes de notificación era 1989, ¿qué hacer con 1990?

1.3. *1990: el año de transición*

El año 1990 iba a ser inicialmente un año en el que no se dispusiese de datos de mortalidad ni del área ni de la región en espera de la entrada en vigor del Acuerdo de colaboración con el INE. En estas circunstancias, los compañeros de la Sección de Epidemiología de la Delegación Provincial de Sanidad de Toledo, ante la necesidad de disponer de datos sobre las defunciones ocurridas en su ámbito de influencia, propusieron el siguiente acuerdo:

- Por su parte, acudirían a la Delegación Provincial del Instituto Nacional de Estadística de Toledo, transcribiendo manualmente los datos necesarios a unas planillas confeccionadas con ese fin.
- Por nuestra parte, y tras la recepción de esas planillas, las codificaríamos (CIE-9), grabaríamos los datos referentes a residencia, edad, sexo y causa de la defunción, explotaríamos los datos correspondientes al Área de Talavera y mandaríamos a Toledo un fichero informático con las variables citadas correspondientes a los municipios de su ámbito de actuación.

Este acuerdo era beneficioso para nosotros ya que nos permitió seguir contando con información sobre la mortalidad del Área Sanitaria y nos permitiría efectuar un entrenamiento intensivo con datos reales (información literal de los motivos de defunción) para codificar las causas de muerte, tal y como el año siguiente íbamos a encontrar a través del Acuerdo con el INE. Las planillas enviadas por Toledo tenían esta apariencia:

C.A.L.M.	F.N.	S.	E.C.	Prof.	H. Muere	H. Def.	C. Inicial	C. Intermedia	C. Definitiva
165	01-08-88	2	2	10	165	01-09-89	Parad. Cardíaca (P.C.A.)	Isquemia Obstruiva	Causa. Panca
165	21-11-09	1	2	11	165	21-09-89	P.C.A.	Coronarios	Sanguínea
165	03-08-13	2	2	10	165	03-09-89	P.C.A.	Pancreatitis	Pancreatitis
165	03-08-32	2	2	10	063	03-09-89	P.C.A.	Encefalopatía Hepática	Cirrosis Hepática Pancreatitis
165	08-10-11	2	3	10	093	03-09-89	P.C.A.	-	Acc. Agudo
165	30-06-52	1	2	07	120	02-09-89	-	Fiebre Tifoidea	-
165	15-09-08	1	2	07	165	04-09-89	Colapso Cardíaco	Encefalopatía de causa	Causa externa
165	21-03-24	1	2	11	165	05-09-89	P.C.A.	Ca. Pulmonar	Ca. Pulmonar
165	24-08-24	1	2	07	165	06-09-89	Deficiencia Respiratoria	Encefalopatía Obstruiva	-
165	16-11-20	2	2	10	120	11-11-89	P.C.A.	-	-

Figura 14.23. Plantillas de notificación de causas de mortalidad. 1990.

2. El Registro de Mortalidad de Castilla-La Mancha en la actualidad:

A partir del 1 de Enero de 1991, en virtud de un Acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE), los Boletines Estadísticos de Defunción (en adelante BED) correspondientes a las muertes acaecidas en Castilla-La Mancha, son remitidas a la Sección de Investigación del C.R.S.P. para el subsiguiente proceso de selección, codificación y grabación de las Causas Básicas de Defunción.

A continuación se tratan el marco normativo del Registro, el funcionamiento, circuito de los datos, documentos que usa, indicadores de evaluación y resultados del último año analizado

2.1. El acuerdo INE - Castilla-La Mancha. Marco normativo:

2.1.1. El Acuerdo entre estas dos administraciones se plasmó en la Resolución de 4 de diciembre de 1990, publicada en el BOE de 16 de enero de 1991. Esta resolución publicaba el "Acuerdo de colaboración entre el Instituto nacional de estadística y la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para la realización de las estadísticas referidas a la causa de defunción en el ámbito territorial de Castilla-La Mancha". Este Acuerdo plasmaba las condiciones en que se cederían los Boletines Estadísticos de Defunción a la Comunidad Autónoma y se devolverían después.

En esquema, el INE se comprometía a remitir mensualmente a la Administración Regional los BED de las personas fallecidas en su ámbito regional, junto con un fichero informático donde se había grabado la información de estas personas con excepción de la causa de defunción, mientras que la Junta de Comunidades se comprometía a codificar la causa de defunción, grabarla en

este soporte magnético y devolverla. También se comprometía a aumentar la calidad de información sobre las causas de defunción, mejorando el conocimiento de los médicos certificadores y recuperando la información que faltase en los BED.

2.1.2. El acuerdo era entre INE y la Consejería de Economía y Hacienda y los trabajos en mortalidad los iba a realizar la Consejería de Sanidad. Por lo tanto era necesario establecer algún tipo de acuerdo entre estas Consejerías. Mediante el Acuerdo firmado el 27 de marzo de 1991, la Consejería de Sanidad, mediante el Servicio de Epidemiología, se encargaba de las tareas de recogida de BED, codificación y grabación de causas de defunción. También enviaría información a la Consejería de Economía y Hacienda. Por su parte, esta última ostentaría la representación ante el INE como Órgano Estadístico y nos enviaría todas las comunicaciones respecto a este tema que recibiera.

2.1.3. Declaración del fichero de mortalidad, finalidad, personas de las que se obtienen datos, y estructura básica ante la Agencia de Protección de Datos. La Agencia comunicó la inscripción de este fichero en 1995.

2.1.4. La incorporación de las Comunidades Autónomas a esta descentralización de la codificación de las causas de defunción había sido muy desigual, tanto en los tiempos como en las competencias. Por una parte Cataluña había iniciado el proceso en 1985, con una serie de atribuciones adecuadas al momento en que se firmó. Por otra parte, según se incorporaban Comunidades Autónomas a los acuerdos, las condiciones iban cambiando. Al llegar al año 1996, no todas las Comunidades Autónomas habían firmado el acuerdo y en las que sí, las condiciones eran muy dispares. En este año, el INE decide unificar los Acuerdos y publican, para cada Comunidad, una nueva Resolución unificando los acuerdos. Para Castilla-La Mancha se publica en el BOE del 14 de febrero de 1996 una Resolución de 15 de enero donde se establecen las condiciones del “Convenio de colaboración entre el Instituto nacional de estadística y la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para la realización de las estadísticas referidas al Movimiento Natural de Población y Causas de Defunción en el ámbito territorial de Castilla-La Mancha”.

En realidad, existieron dos tipos de Convenios distintos (a) Los que incluían todo el Movimiento Natural de Población (Nacimientos, Matrimonios y Defunciones) y (b) las que incluían sólo las defunciones. En Castilla-La Mancha se firmó este último.

2.1.5. El resto de marco normativo específico de la Estadística de Defunciones en Castilla-La Mancha está constituido por:

- Ley Orgánica de la Función Estadística Pública.
- Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal.

2.2. *Funcionamiento del Registro de Mortalidad:*

El proceso de selección de la Causa Básica de Defunción y codificación de la misma, en los BED, es la etapa inicial de las actividades que se llevan a cabo en el registro de mortalidad de Castilla-La Mancha. En un paso ulterior, estos datos serán sometidos a análisis para la obtención de tasas (globales, específicas, estandarizadas...), tablas de vida, años potenciales de vida perdidos, etc.

Otra actividad fundamental es la contenida en el programa de Calidad consistente en mejorar la calidad de la información sobre causas de defunción a través del aumento de los conocimientos de los médicos sobre el proceso de certificación de defunción y de la recuperación de información ausente o de mala calidad en los BED.

Los procedimientos que tienen lugar para la realización del proceso anterior son los siguientes:

1. Recepción y ordenación de los BED acorde con los números de secuencia de grabación.
2. Comprobación de la coincidencia entre el número de BED y MNP-52 (partes judiciales acompañantes) recibidos y los emitidos por las oficinas del INE.
3. Grabación en los soportes informáticos adecuados de la información previamente grabada por el INE con el objetivo de: (1) Incorporar los datos al Sistema de grabación de mortalidad (SIVE) y (2) Incorporar los datos a la aplicación informática que gestiona el programa de calidad.
4. Selección de la Causa Básica de Defunción.
5. Codificación de las causas seleccionadas.
6. Corrección, si procede, de la causa codificada.
7. Recuperación de la información mal especificada en los boletines. La recuperación se hace mediante llamadas telefónicas a los médicos certificadores y a los Registros Civiles. Esta actividad se inició en 1992 y, en esta fase, los BED que son objeto de llamada son los que reúnen los requisitos especificados en el manual de procedimientos.
8. Grabación en soporte informático (SIVE).
9. Grabación de los BED codificados en fichero electrónico.
10. Devolución de los Boletines estadísticos de defunción a las delegaciones provinciales del INE

2.3. *Documentos usados:*

Desde el punto de vista del trabajo de “rutina” en el Registro de Mortalidad trabajamos con dos tipos de documentos:

- Boletín Estadístico de Defunción (para todas las defunciones en mayores de 24 horas).

C) Datos de Causas de Defunción, identificación del médico y código de la causa básica:

Causas de la defunción. A rellonar por el médico que certificó la defunción y, en su defecto, por un funcionario del Registro Civil (Especifique cada uno de los apartados siguientes) (Se ruega escribir con mayúsculas)

Causa básica de defunción

I. Causa inmediata (enfermedad o condición que causó finalmente la muerte) _____
debida a

II. Causa antecedente

a) Intermedia (enfermedad o condición, si hay alguna, que haya contribuido a la causa inmediata) _____
debida a

b) Inicial o fundamental (enfermedad o lesión que inició los hechos que condujeron a la muerte) _____

III. Otros procesos (embarazo, parto, diabetes, etc., que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados ni desencadenantes de la causa inicial o fundamental) _____

Sello del Registro Civil Firma del declarante Firma del médico

Colegio de Médicos de la provincia de _____ Colegiado n° _____

Figura 14.26. Boletín Estadístico de Defunción (3).

2.4. *Circuito de datos:*

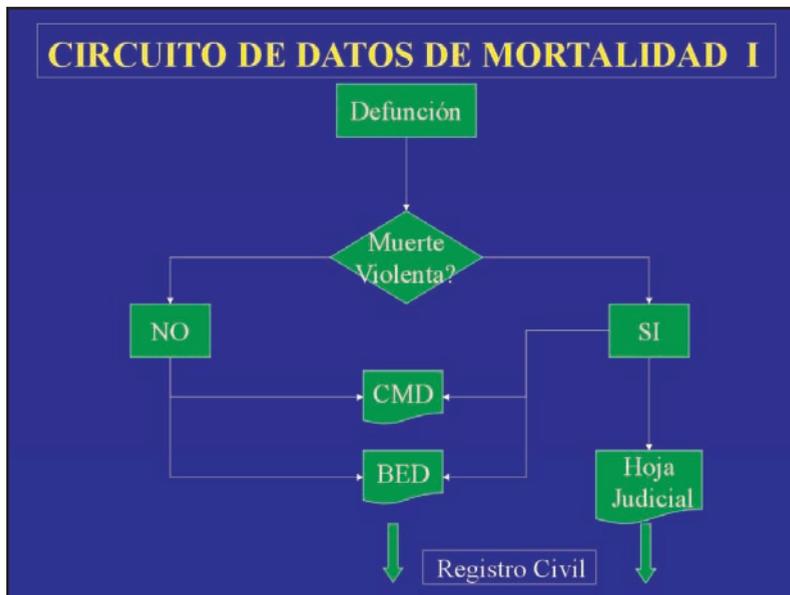


Figura 14.27. Circuito de datos de mortalidad I.

En el gráfico anterior se muestra el camino de los documentos desde una defunción hasta el registro civil. Una vez llegados allí, pasan al INE, después al Registro de Mortalidad y otra vez al INE como puede verse en el esquema siguiente:

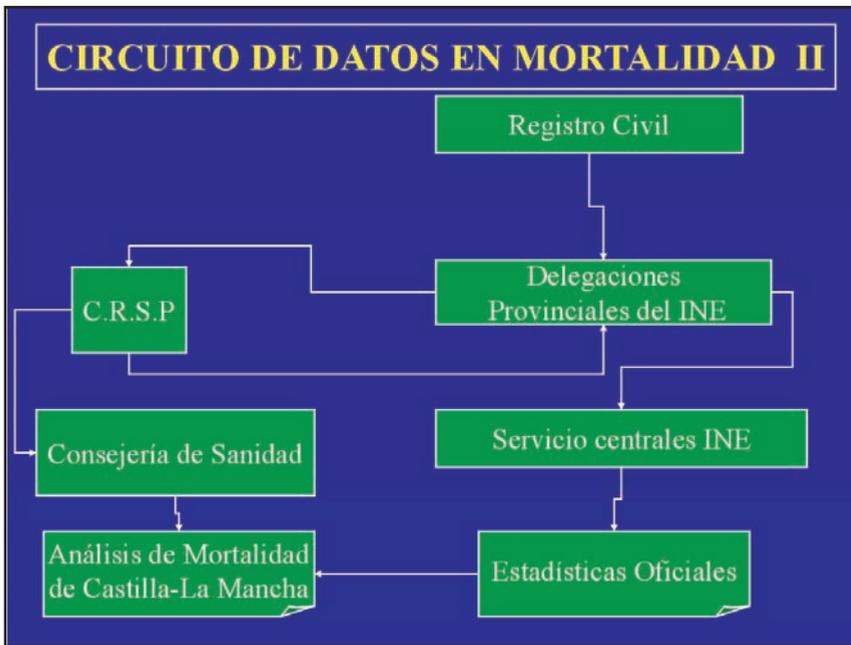


Figura 14.28. Circuito de datos de mortalidad II.

2.5. *Indicadores de evaluación usados en el Registro de Mortalidad de Castilla-La Mancha:*

Desde el principio de su funcionamiento, el Registro de Mortalidad ha usado una serie de indicadores que pretenden evaluar su funcionamiento. Estos indicadores hacen referencia tanto al tiempo usado en dada una de las actividades del registro como a la calidad de sus acciones:

I) *Descripción de los indicadores de evaluación del proceso*

1. *Porcentaje de causas raras:* Expresa el porcentaje de Boletines Estadísticos de Defunción en los que el proceso patológico seleccionado como causa básica de defunción se considera como “infrecuente o de especial significación” y que, por este motivo, requiere confirmación. Se considera como deseable el no superar el 2.5%.

2. *Porcentaje de causas desconocidas:* Engloba a los Boletines que se encuentran sin cumplimentar en el apartado de Causas de la Defunción, e incluye también los boletines ilegibles. Este grupo de Boletines es objeto de un programa de recuperación de información por lo que se considera que el porcentaje ideal es del 0%.

3. *Porcentaje de causas mal definidas:* Este indicador engloba todas las causas de muerte comprendidas entre los códigos 780.0 y 799.9 de la CIE 9.^a Rev. (1975). Suele ser un indicador muypreciado para medir la calidad de un Registro de Mortalidad y valores superiores al 5% son considerados como índices de mala calidad.

4. *Porcentaje de BED corregidos medido mensualmente.* Este indicador informa sobre el porcentaje de BED en los que las personas que actúan como referencia en el registro, modifican el código asignado inicialmente por las personas encargadas de la codificación. Lo ideal sería que los valores mensuales fueran inferiores al 5% y se valoran como un indicador de mal funcionamiento los valores superiores al 10%.

5. *Tiempo medio transcurrido desde la llegada de los BED al CRSP hasta su salida* correctamente codificados y grabado en cinta el código de causa de muerte. Expresa el tiempo global invertido en por el Registro de Mortalidad en todo el proceso. Según las bases del convenio vigente con el INE, los BED deben devolverse a sus delegaciones provinciales a los 60 días de su salida. Calculando 4 días necesarios para recepción y envío, este tiempo de permanencia no debería ser mayor de 56 días.

6. *Lapso de tiempo transcurrido entre dos devoluciones consecutivas:* Expresa la velocidad con que se devuelven los BED al INE (y por lo tanto se incorporan datos al registro de mortalidad). Es un indicador resumen de los tiempos consumidos durante el procesamiento de los BED. Lapsos de tiempo superiores a 30 días indican ritmos de trabajo demasiado lentos y por lo tanto datos disponibles más tardíamente.

7. *Tiempo medio empleado desde llegada de BED hasta la codificación* de causa básica de defunción. Óptimo 21 días.

8. *Tiempo medio desde la codificación hasta la corrección* de la misma. Óptimo 17 días.

9. *Tiempo medio desde la corrección de código asignado hasta la grabación* del mismo en soporte informático. Óptimo 10 días.

10. *Tiempo medio desde la grabación hasta la devolución* de los BED al INE. Óptimo 8 días.

II) Gráficos de Resultado de la evaluación del proceso:

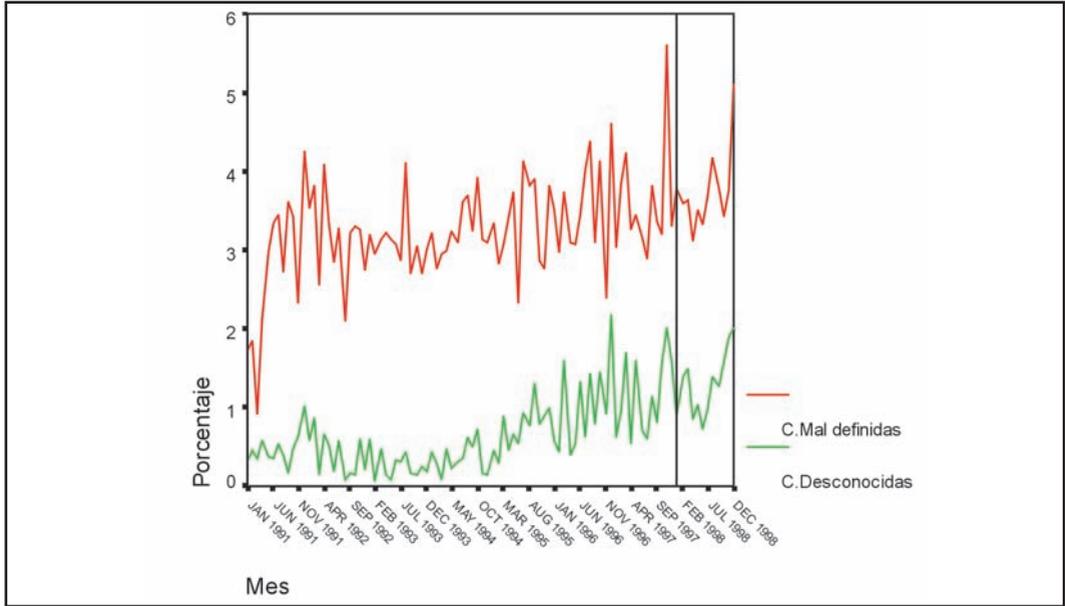


Figura 14.29. Evolución mensual del porcentaje de causas mal definidas y desconocidas. Castilla- La Mancha. 1991-1998.

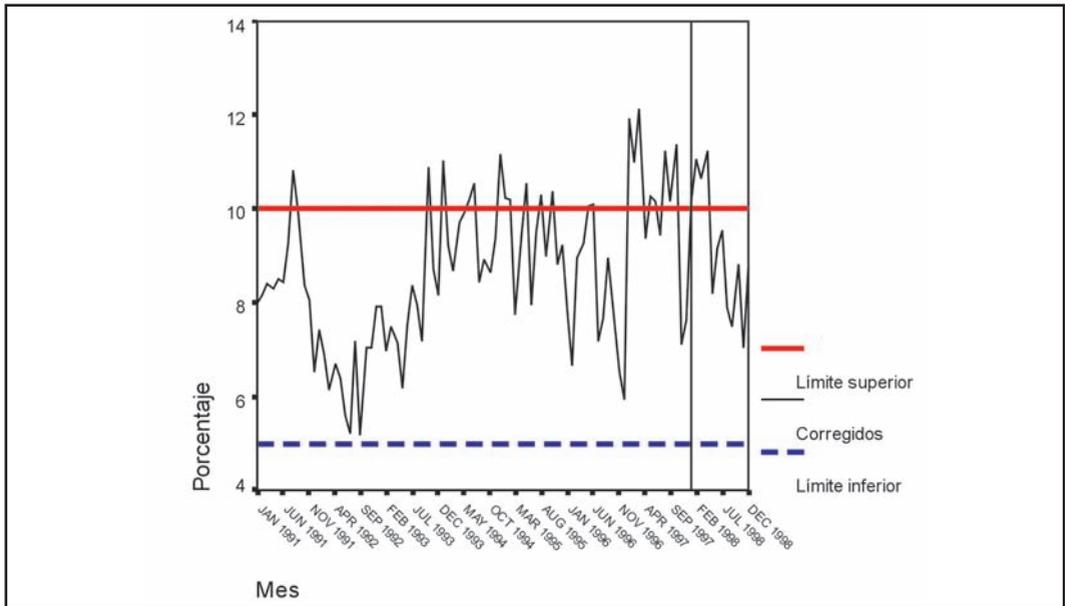


Figura 14.30. Evolución mensual del porcentaje de Boletines Estadísticos de Defunción corregidos tras su codificación. Castilla-La Mancha. 1991-1998.

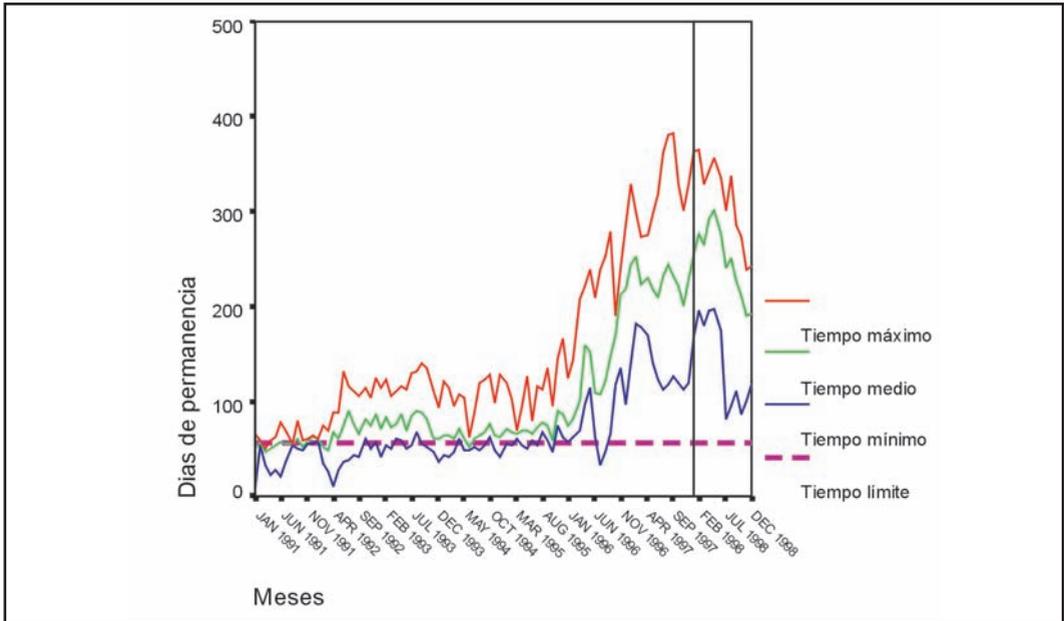


Figura 14.31. Evolución mensual del tiempo mínimo, medio y máximo (junto con el valor ideal) durante el que los BED permanecen en el CRSP.

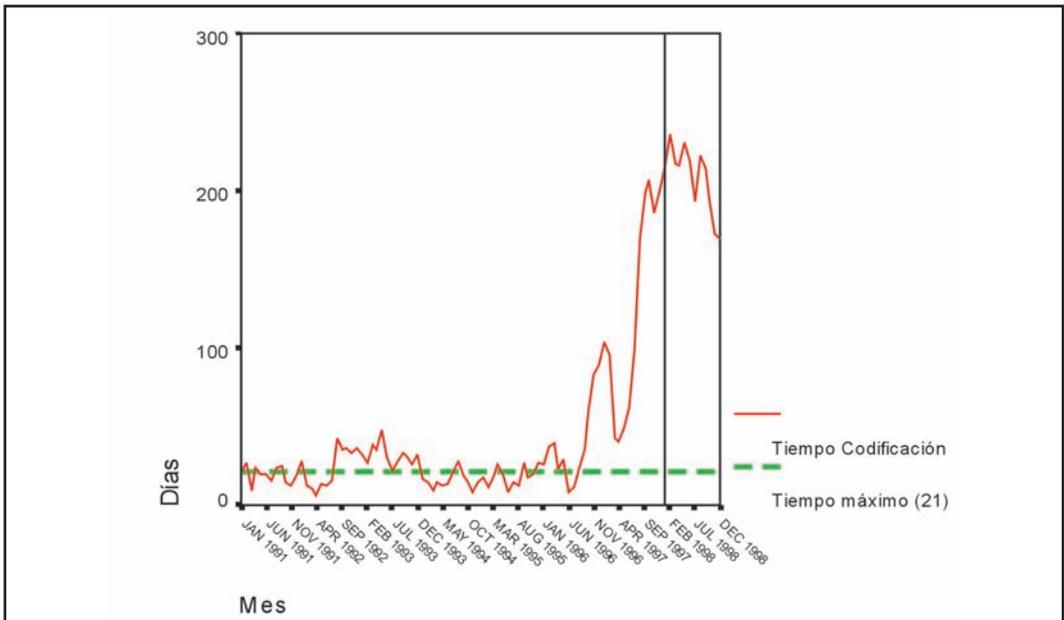


Figura 14.32. Evolución mensual del tiempo entre la llegada de los BED al CRSP y su coficación. Castilla-La Mancha. 1991-1998.

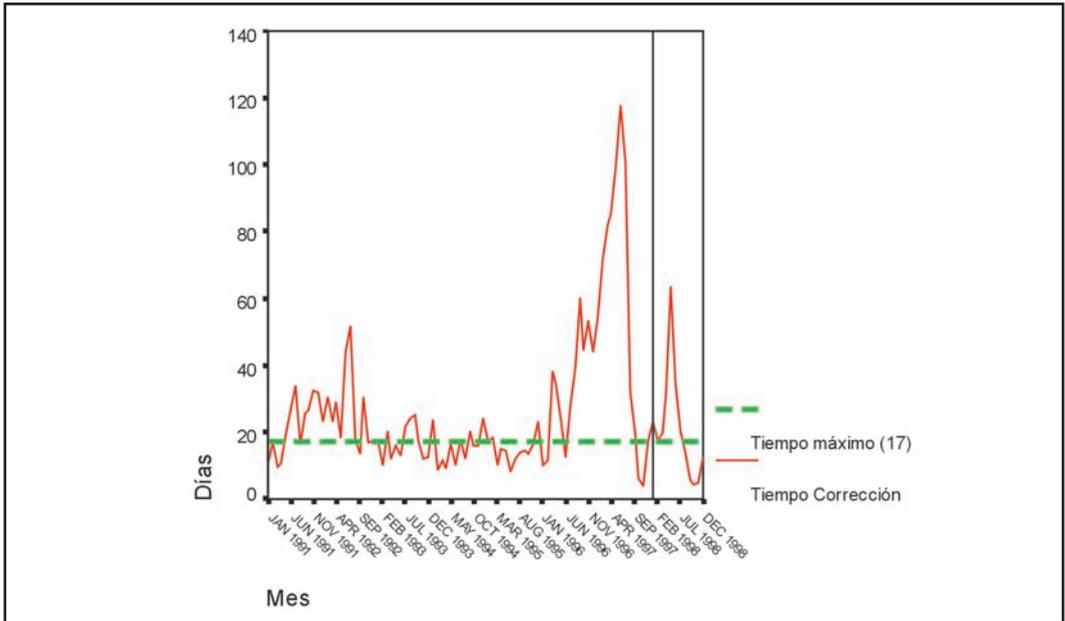


Figura 14.33. Evolución mensual del tiempo que tardan los BED en ser corregidos desde su codificación. Castilla-La Mancha. 1991-1998.

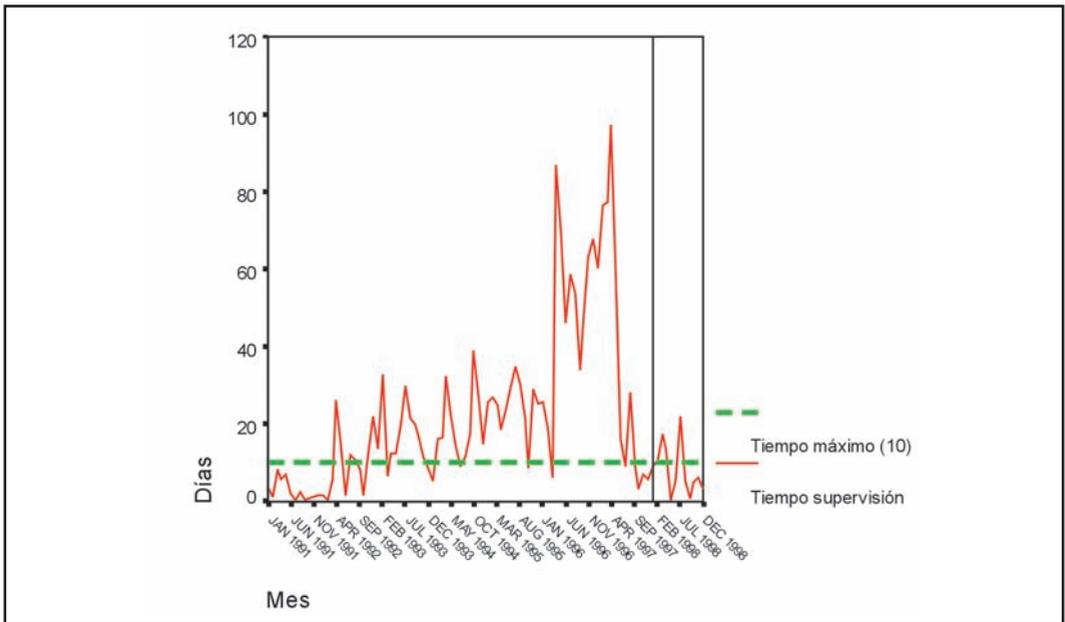


Figura 14.34. Evolución mensual del tiempo que tardan los BED en ser supervisados (revisión de dudosos, revisión de textos clínicos...)

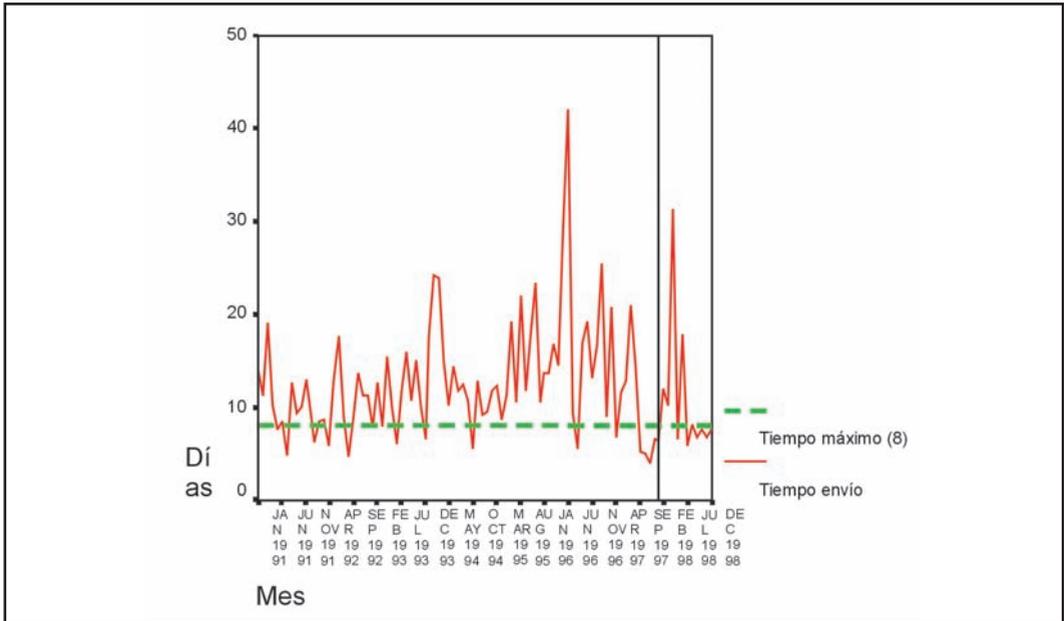


Figura 14.35. Evolución mensual del tiempo que tardan los BED en ser devueltos al INE desde su grabación. Castilla-La Mancha. 1991-1998.

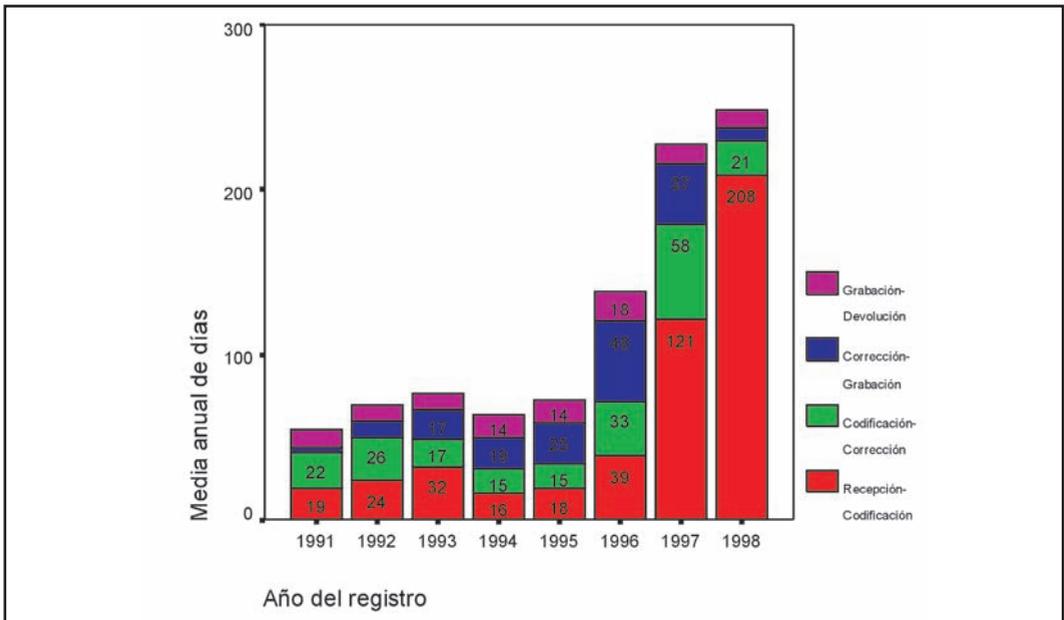


Figura 14.36. Distribución anual de la estructura de los diversos tiempos en que se descompone el proceso. Castilla-La Mancha. 1991-1998.

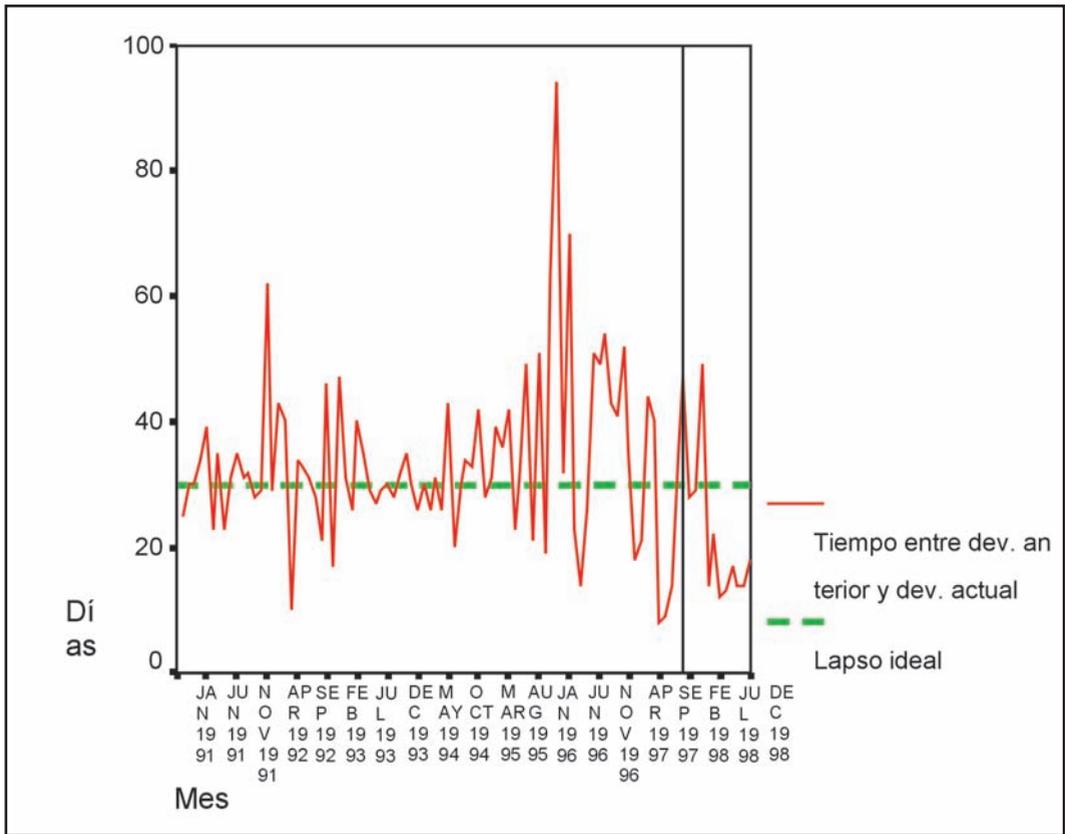


Figura 14.37. Distribución mensual del lapso (tiempo transcurrido) desde un envío al INE y el del mes siguiente. Castilla-La Mancha. 1991-1998.

2.6. Resultados:

Como muestra, a continuación aparecen una serie de cuadros y gráficas procedentes del análisis de mortalidad de Castilla-La Mancha correspondiente al año 1999 (último año disponible para análisis).

Durante el año 1999 se produjeron en Castilla La Mancha, un total de 8319 fallecimientos entre los varones y 7715 entre las mujeres, con unas tasas crudas de 9.93 y 9.06 por 1000 habitantes respectivamente (Tabla 14.3). Para el cálculo de las tasas se ha utilizado la proyección de la población para 1998.

En primer lugar, se han calculado las tasas globales crudas y estandarizadas, para ambos sexos y en cada una de las provincias y área sanitaria; se ha realizado la estandarización por el método directo, utilizando como referencia la población total de Castilla La Mancha que nos permite realizar comparaciones entre las provincias.

Tabla 14.3.

		Albacete	C. Real	Cuenca	Guadal.	Toledo	Talavera
Tasa cruda*	Varones	8,51	10,07	10,73	9,56	10,30	11,41
	Mujeres	7,53	9,79	9,42	8,09	9,46	9,91
Tasa estándar*	Varones	9,84	11,14	8,42	8,24	10,55	9,99
	Mujeres	9,02	10,47	7,60	7,09	9,42	8,70

* Tasas por 1000 habitantes.

Vemos que la provincia de Ciudad Real presenta las tasas estandarizadas más altas y Guadalajara las más bajas, en ambos sexos.

En la distribución por grupos quinquenales de edad, la mortalidad presenta un patrón propio de un país desarrollado y con alta esperanza de vida, con tasas más altas en edades muy avanzadas. Se observa también una sobremortalidad masculina en casi todos los tramos de edad (razón de tasa varón/mujer mayor de 1) que es mayor en los grupos jóvenes (20-50 años), decreciendo en los siguientes años para acercarse al valor 1 en el grupo de 85 y más años.

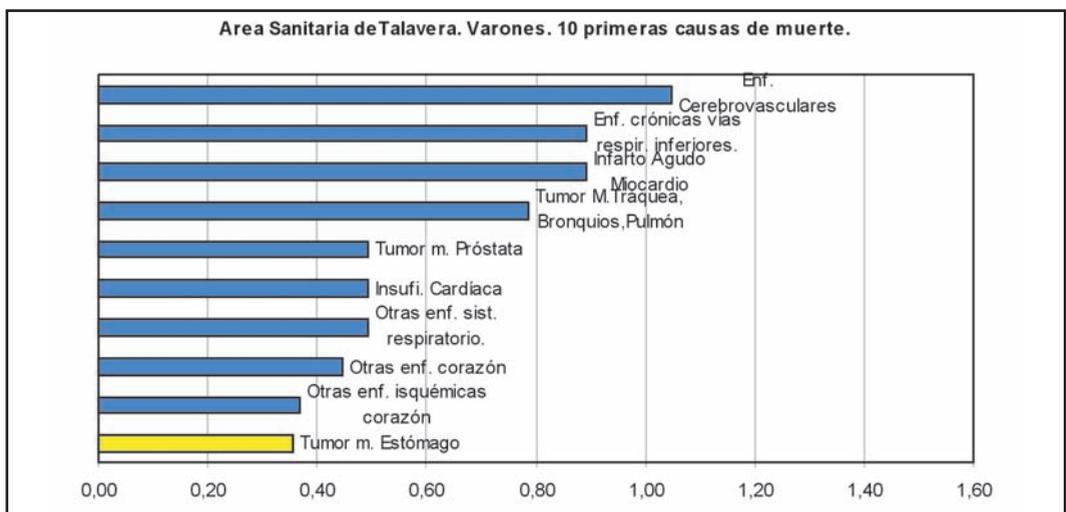
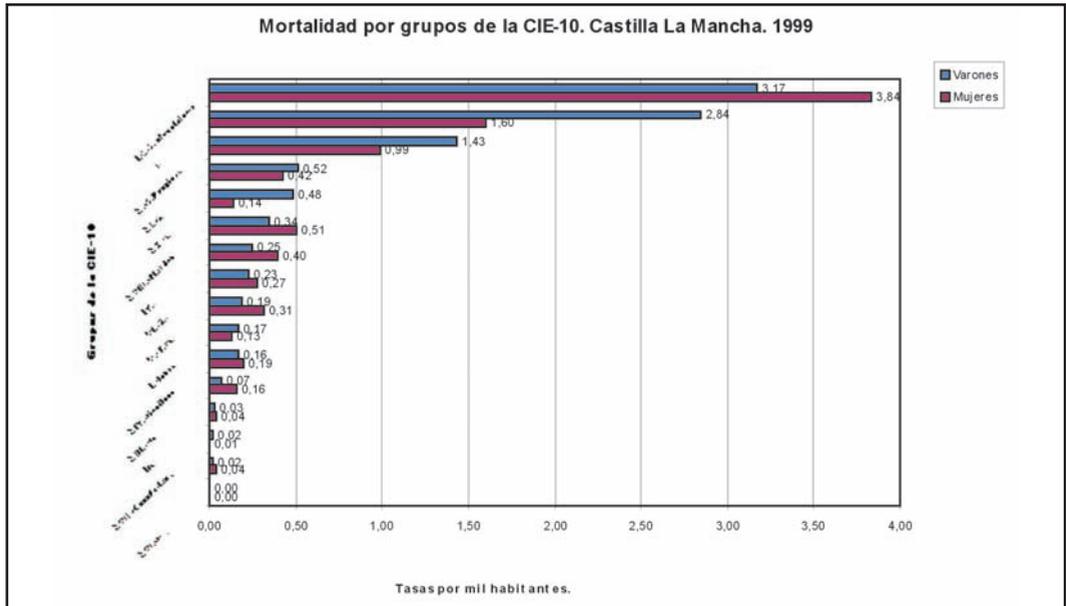
En el gráfico que se muestra a continuación vemos la curva de mortalidad por grupos quinquenales de edad y para ambos sexos. Se ha utilizado una escala logarítmica para representar las tasas con el fin de apreciar los cambios en las edades jóvenes, que por presentar tasas muy bajas, no se perciben en una escala aritmética. Se presenta la tabla con los datos junto al gráfico para facilitar la comprensión. Las tasas están calculadas por 1000 habitantes.

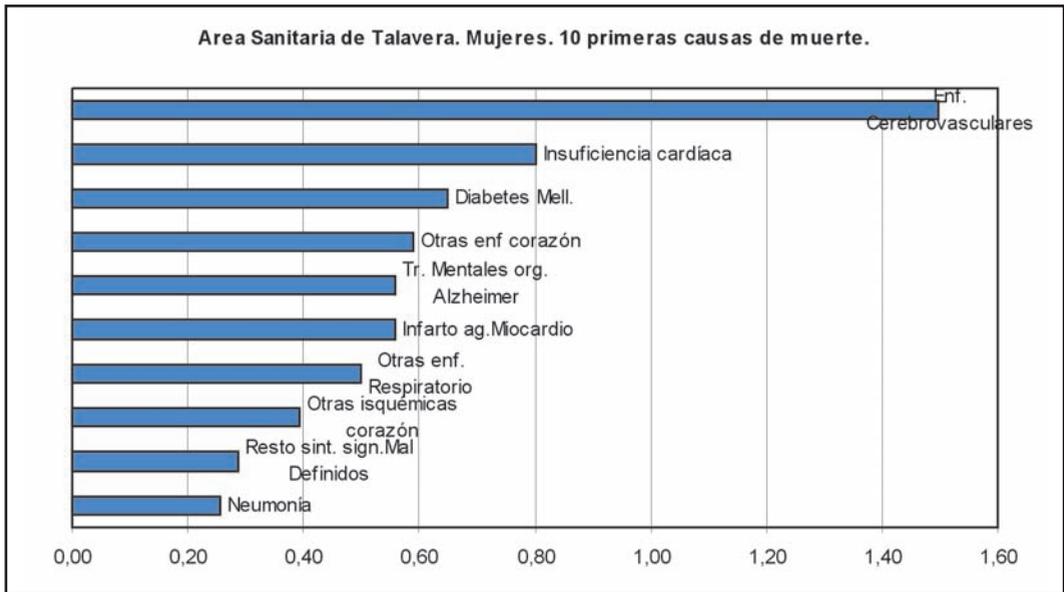


Figura 14.38.

Para el conjunto de Castilla La Mancha se han calculado las tasas crudas de mortalidad en ambos sexos, para cada uno de los 21 grupos nosológicos de la CIE10. Vemos que la tasa más alta es para el grupo de enfermedades del sistema Circulatorio, en segundo lugar aparecen los Tumores con una tasa dos veces mayor en los varones respecto a las mujeres y en tercer lugar las enfermedades del Sistema respiratorio (tasas por 1000 habitantes).

También se han calculado las tasas para las diez causas de defunción más frecuentes en Talavera de la Reina.





3. Perspectivas de Futuro:

Para el futuro, y brevemente, se nos plantean los siguientes retos:

3.1. Consolidación del programa de mejora de calidad, incrementando las actividades en llamadas a médicos certificadores, visitas a Registros Civiles, incremento de las búsquedas en medios de comunicación.

3.2. Implementar en un futuro a medio plazo de un sistema de codificación automática de la mortalidad que permita:

- Mejorar la comparabilidad de la selección y codificación de causas de defunción.
- Permitir el análisis de causas múltiples de defunción.

3.3 Publicación de los datos de la Comunidad Autónoma, tanto en formato papel, como en el electrónico, así como Internet.

SERVICIO DE SANIDAD AMBIENTAL

Introducción

Las primeras actuaciones en Sanidad Ambiental que se llevaron a cabo durante los años 76-78 están íntimamente ligadas al Servicio de Laboratorio, siendo los técnicos de este Servicio los encargados de realizarlas. Todas las actuaciones se dirigieron a obtener información de la infraestructura sanitaria del área, siendo las primeras líneas de actuación, el conocimiento de los sistemas de abastecimiento y potabilización de aguas de bebida y las condiciones higiénico-sanitarias de mataderos y abastecimientos de carne.

Con posterioridad, se fueron ampliando los programas de actuación, incluyendo programas de vigilancia de aguas de consumo, de aguas residuales, de aguas continentales, de vertidos de residuos sólidos, de vigilancia de calidad del aire y radioprotección, así como se mantuvieron las actuaciones en docencia.

Los trabajadores del Servicio compaginaban el trabajo propio de Sanidad Ambiental (inspecciones, toma de muestras, elaboración de informes...) con actividades de laboratorio, ya que hasta el año 1990 los análisis físico-químicos de muestras ambientales (agua y aire) se llevaban a cabo en el Servicio de Sanidad Ambiental, realizándose durante este período la puesta a punto de gran número de métodos analíticos de aguas de consumo, aguas residuales y contaminantes atmosféricos.

Este período podría llamarse la etapa de iniciación en el Servicio de Sanidad Ambiental. Los principales problemas con los que se encuentra el Servicio en esta época son:

- La situación jurídico-administrativa del CNDS se plasma en una total ambigüedad, en cuanto a las competencias del Centro sobre los sanitarios y autoridades administrativas locales.
- Falta de medios económicos para cubrir necesidades como la dotación de vehículo, material fungible (vidrio y reactivos), material inventariable y dietas por salidas del personal.
- Necesidad de coordinación de las actividades con los organismos centrales y

periféricos de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y con el resto de Servicios del Centro.

Durante el período comprendido ente el año 79 y 94, se produce un importante desarrollo del Servicio, mejorándose los programas que se llevaban a cabo e implantando nuevos programas como el de Vigilancia de Embalses usados como Abastecimiento de Agua, el de Vigilancia de Piscinas y Puntos de Baño, Vigilancia de Puntos Críticos en la cesión de Plomo por recipientes de cerámica, el Programa de Vigilancia Sanitaria y Ambiental del uso de Plaguicidas y el Programa de Investigación de Residuos en Carnes Frescas (PNIR). Algunos de ellos se iniciaron en plan piloto en el Área y, posteriormente, se implantaron a nivel regional o nacional. Así, por ejemplo, en el año 1983 se inicia un estudio en profundidad de la infraestructura sanitaria de los municipios del Área, en cuanto a abastecimientos, tratamiento de aguas residuales y basuras, remitiendo a todos los ayuntamientos una encuesta sobre dicha infraestructura. Este estudio culmina en 1986 con la elaboración del Primer Diagnóstico Higiénico de Situación del Área.

Desde 1987, y hasta la actualidad, se vienen elaborando boletines ambientales mensuales con información de la vigilancia de aguas de consumo, de la calidad del aire y de programas de vigilancia de Higiene de los Alimentos. Dichos boletines se remiten a todos los Sanitarios Locales del Área. (Farmacéuticos, Médicos y Veterinarios).

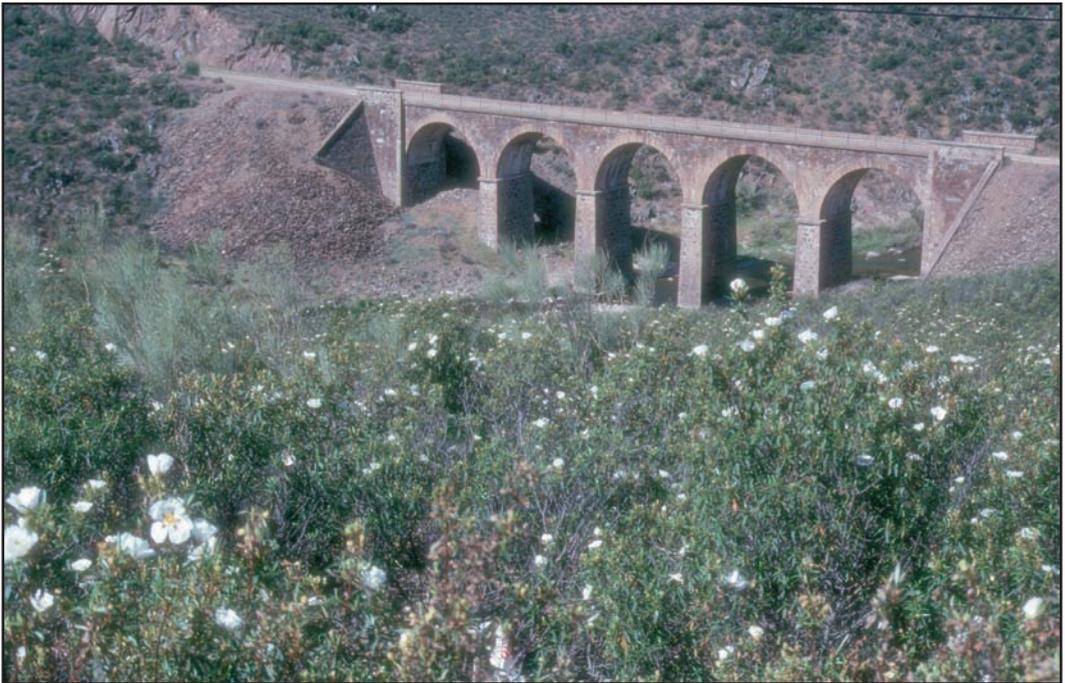


Figura 15.1. Paisaje de la comarca de la Jara.

Por otro lado, cabe destacar la importante labor docente desarrollada en este período, impartándose gran cantidad de cursos dirigidos a sanitarios locales, Médicos Internos Residentes, profesores del Ministerio de Educación y Ciencia... Asimismo, se llevó a cabo una labor investigadora sin precedentes en la Sanidad Ambiental de la Región, a través de Becas de Investigación en temas como Eutrofización de Embalses, Ruidos, Productos Químicos, Aguas Residuales y Residuos Sólidos, participando y presentando comunicaciones y ponencias en congresos y reuniones nacionales y regionales.

A partir del año 1994 las actividades de este Servicio se han centrado en la continuación de los programas de Sanidad Ambiental ya en marcha y en la optimización de los programas de Higiene de los Alimentos, según las directrices de la Dirección General de Salud Pública.

Con motivo de la implantación de programas y sistemas de vigilancia por parte de otros organismos (Confederación Hidrográfica del Tajo, Consejerías de Agricultura, Obras Públicas e Industria...), y a fin de evitar duplicidad de actuaciones, se suspende la red de vigilancia de aguas continentales, la vigilancia de vertido de aguas residuales y de residuos sólidos urbanos, y disminuyen las actividades en la vigilancia de la calidad del aire, limitándose las actuaciones en estos programas de intervención a los casos de problemas puntuales con posibles riesgos para la salud.

Uno de los problemas que, a fecha de hoy, no se ha dado solución, es la definición de las competencias del Servicio en el ámbito regional. Este hecho, unido a la escasa dotación de titulados superiores en la actualidad (dos y, durante algunos períodos, uno sólo) y a la acumulación al Servicio de las tareas de inspección en los municipios en los que se producían bajas por jubilaciones de los Farmacéuticos Titulares, condicionan notablemente las actuaciones del Servicio, centrándose casi exclusivamente en las actividades de inspección y vigilancia del Área, disminuyendo notoriamente las de investigación.

Programa de Vigilancia de Aguas

Vigilancia de Aguas de Consumo

Cuando se iniciaron las actividades en el año 76, los primeros pasos se encaminaron a conocer la situación en cuanto a cloración de aguas de bebida y a obtener la colaboración de los Farmacéuticos Titulares para la medición y control de desinfectantes en los municipios del Área y para la revisión semanal de esta información. La situación de partida indica que sólo el 20% de las localidades del Área realizaban una correcta desinfección. Para mejorar esta situación se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- Gestionar con la Confederación Hidrográfica del Tajo la dotación de “cloradores elementales de goteo” a los municipios del Área.
- Facilitar la dotación de clorómetros a los Farmacéuticos Titulares.

Estas actuaciones supusieron, a finales de 1976, un importante incremento en el porcentaje de localidades con correcta cloración, pasando del 20 al 50%.

Otra de las actuaciones básicas de este programa es la vigilancia de la calidad del agua, que en un principio consistió en la realización de análisis químicos y bacteriológicos, que detectaron graves déficits de potabilización: en el año 77 el 52% de los municipios suministraban agua No Potable a la población. Las muestras para análisis eran recogidas por el equipo móvil del Servicio y por los Farmacéuticos Titulares. Asimismo, en el laboratorio se analizaban muestras de agua aportadas por particulares.

Los datos sobre evolución de los indicadores más importantes de actividades y resultados en el período 1976-1983 se reflejan en las Tablas 15.1 y 15.2, respectivamente. El incremento de las actuaciones sanitarias durante estos años se plasmó en un incremento de los indicadores de calidad de cloración (del 50 al 61%) y en una ligera mejoría de la potabilidad de las aguas, pasando del 48% en 1977 al 57% en el año 1983. Por otro lado, desde el año 1982, se consiguió que la cobertura de información sobre cloración remitida por los Farmacéuticos Titulares superase el 50%.

Tabla 15.1. Vigilancia de aguas de consumo. Evolución de actividades. 1976-1983

	1976	1977	1979	1980	1981*	1982	1983
S. Sanidad Ambiental							
Muestras recogidas	275	143	435	364	154	515	498
Análisis efectuados	343	143	75	451	372	626	866
Farmacéuticos Titulares							
Remisión Partes Cloración	26	—	—	—	390	(52)	(53)
Controles de Cloro	1318	100%	944	874	3661	1723	1766
Muestras Particulares	68	—	105	87	218	234	176

* Datos obtenidos hasta el mes de mayo, momento en que se interrumpieron las actividades, debido a la crisis económica que atravesó el Centro.

Los datos entre paréntesis corresponden al porcentaje de información del Área.

Tabla 15.2. Vigilancia de aguas de consumo. Evolución de resultados: Porcentaje de Potabilidad y Cloración referido a localidades. 1976-1983

	1976	1977	1979	1980	1981*	1982	1983
Potabilidad	—	48	—	—	—	—	57
— Físico-Químico	67	—	53	43	48	20	—
— Microbiológico	43	—	24	38	37	43	—
Cloración	50	63	53	58	54	30 (57)	61 (87)

* Datos obtenidos hasta el mes de mayo, momento en que se interrumpieron las actividades, debido a la crisis económica que atravesó el Centro.

Los datos entre paréntesis se refieren al porcentaje de población clorada en el Área.

Durante el período 1984 a 2000 se producen importantes variaciones en las actividades del Servicio, quedando reflejadas en el resumen que se presenta en la Tabla 15.3. Así, en 1986 se comienza a trabajar por Zonas Básicas de Salud, desaparecen las



Figura 15.2. Vista parcial de una depuradora de agua potable.

antiguas figuras de Subcomarcas y se configura el nuevo Área Sanitaria de Talavera de la Reina (ASTR) con 12 Zonas Básicas de Salud, excluyendo de las mismas los municipios de las provincias de Ávila y Cáceres. A partir de este momento se produce una mayor implicación de los Farmacéuticos Titulares, aumentando la información sobre cloración, que alcanzó valores superiores al 80% y en los últimos años valores del 100%, y un aumento de remisión de muestras de agua de consumo, que se tradujo en una disminución de las muestras de agua recogidas por el Servicio y una mayor disponibilidad de recursos del mismo para dedicarlas a otros Programas.

En 1987 se elabora en este Servicio el primer **Programa de Vigilancia y Control Sanitario de las Aguas de Abastecimiento Público**, que se aplicó a nivel regional. En él se establece una red de vigilancia clara con las actuaciones que deben llevar a cabo cada una de las unidades operativas que integran la vigilancia. Este programa empezó a implantarse en el ASTR a finales de 1986 y se mantiene hasta la actualidad con ligeras modificaciones, motivadas por cambios en la Reglamentación Técnico-Sanitaria (R.D. 1138/90). Las líneas básicas del programa son:

- Vigilancia de la cloración por parte de Entidades Gestoras y Farmacéuticos Titulares.
- Control de la calidad del agua por parte de las Entidades Gestoras y remisión de información a Sanidad.
- Vigilancia de la calidad del agua que incluye tomas de muestras bimensuales de los Farmacéuticos Titulares y análisis y remisión de informes de los Servicios de Laboratorio y Sanidad Ambiental, respectivamente.
- Vigilancia de las condiciones higiénico-sanitarias de los sistemas de abastecimiento, efectuando informes sanitarios en caso de deficiencias y actualizando de manera continua la base de datos del SIRAC, según la información facilitada por Farmacéuticos Titulares y Entidades Gestoras.



Figura 15.3. Alguacil controlando el cloro.

A partir de 1990 se dejan de efectuar análisis de agua a particulares y, desde mayo de este mismo año, el laboratorio asume por completo la ejecución material de los análisis físico-químicos, reflejándose esto en una disminución de los análisis y determinaciones físico-químicas efectuadas por el Servicio (Tabla 15.3).

Tabla 15.3. Vigilancia de aguas de consumo. Evolución de actividades. 1984-2000

	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Servicio Sanidad Ambiental									
— Muestras recogidas	694	399	573	276	244	252	404	1012	924
— Análisis efectuados	1105	1520	1975	1807	383	350	404	1012	924
— Determinaciones									
• Físico-químicas	15435	1897	2026	9062	1573	1079	1212	3036	1848
• Microscópicas	—	5	4208	142	228	186	264	340	298
Farmacéuticos Titulares									
— Remisión Partes Cloración (% información Área)	68	84	94	85	94	100	100	100	99
— Controles de Cloro	1917	964	1138	1198	1266	1344	1296	1291	1284
Muestras Particulares	240	212	205	—	—	—	—	—	—

Si continuamos evaluando durante este período los indicadores de potabilidad y cloración, se puede observar cómo la evolución de la cloración, referida a localidades cloradas, se encuentra entre el 60 y el 80%, acercándose desde el año 1994 a este último valor. Este indicador, traducido a población, supera prácticamente durante todo el período el 90% (Figura 15.4). Lo mismo podríamos decir con respecto a la evolución de la potabilidad, encontrándonos en los últimos años con datos de población abastecida con agua potable próximos o superiores al 90% (Figura 15.5).

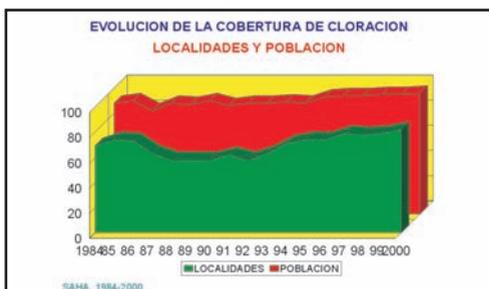


Figura 15.4. Evolución de la cloración.

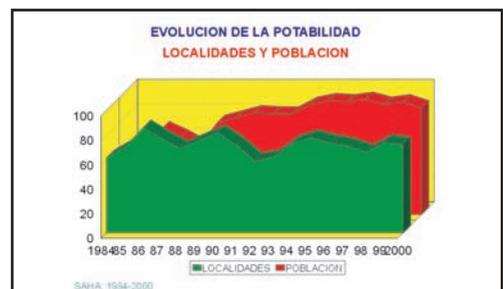


Figura 15.5. Evolución de la potabilidad.

Otro punto del programa está dedicado al estudio de la infraestructura de abastecimiento de las localidades del Área; en este sentido, ya en el año 1977, se obtuvieron datos relativos a las condiciones higiénico-sanitarias de los sistemas de abastecimiento, detectándose importantes problemas en cuanto a dotación de agua a los municipios, sobre todo en la época estival, deficiencias en la infraestructuras de abastecimientos y deficiencias en Estaciones de Tratamiento de Agua Potable (ETAP).

En el año 1979 se aplica en plan piloto en el Área la primera Encuesta sobre las Condiciones Higiénico-Sanitarias de Abastecimientos, diseñada por la Subdirección General de Sanidad Ambiental, para valorar la validez de la misma, a fin de disponer de una única encuesta en todo el país. Los primeros datos se refieren a 34 municipios del Área, pertenecientes a las subcomarcas de Valdepusa y Talavera de la Reina. Como resultados más significativos podemos citar que de los municipios estudiados el 59% tenían dotación de agua suficiente, el 56% disponían de acometida domiciliaria y el 35% llevaba a cabo una cloración irregular. En el Diagnóstico Higiénico de Situación del Área, finalizado en 1986, resaltan como datos más relevantes que el 55% de la población se abastece de embalses y que el 55% de los municipios poseen sistemas de cloración automática.

En el año 1989 se efectuó un segundo diagnóstico de situación que fue remitido a todos los sanitarios del Área, observándose un aumento de la población abastecida con agua de embalse, de los abastecimiento que poseen cloración automática y de los abastecimiento que reciben tratamiento completo del agua (aireación, coagulación, decantación, filtración y desinfección).

En 1991 se inspeccionaron los sistemas de abastecimiento de todas las localidades del Área, cumplimentándose las encuestas de infraestructura de abastecimiento del Censo Nacional de Sistemas de Abastecimientos de Aguas Potables de Consumo Público (SINAC) del Ministerio de Sanidad y Consumo. Como resultado de estas inspecciones se elaboraron informes individualizados sobre las características higiénico-sanitarias de los sistemas de abastecimiento público, que fueron remitidos a la Delegación Provincial de Sanidad. Las principales deficiencias que se encontraron, se refieren al mal estado del depósito de regulación y a la falta de carnet de manipulador de alimentos de los operarios (52% y 97% de los abastecimientos, respectivamente). Esta segunda deficiencia motivó la realización de "Cursos especiales de Manipuladores de Alimentos", dirigidos a operarios municipales encargados de instalaciones de abastecimiento de agua.

La informatización de los datos de estas encuestas se inició en 1992, siendo el modelo que se sigue utilizando en la actualidad y sobre el que se van introduciendo todas las modificaciones y actualizaciones en cada uno de los sistemas de abastecimiento.

Los datos de infraestructura de abastecimiento de 1998 muestran una diferencia notable sobre tipo de cloración y tipo de tratamiento de las aguas, con respec-

to a los datos de 1986, aumentando notablemente los municipios dotados de cloración automática y cómo desaparecen los abastecimientos que no efectúan ningún tratamiento en las aguas de consumo.

Como estudios especiales y que merecen una reseña especial cabría destacar:

- El subprograma de flúor llevado a cabo en 1981 y encaminado a la prevención de caries dental. Entre las actividades realizadas se pueden señalar la presentación del proyecto de fluoración de las aguas de consumo y la puesta a punto de la técnica analítica para la determinación de este parámetro. Se analizaron muestras de agua en 120 municipios del Área, quedando patente las bajas concentraciones de flúor (inferiores a 0,25 mg/l de ion fluoruro) en la mayoría de los municipios (65).
- En 1984 se llevó a cabo un estudio de los factores medioambientales que motivaron la aparición de olor y sabor desagradable en las aguas de consumo de los municipios que se abastecen del embalse de Cazalegas (incluye a Talavera de la Reina). Como resultado, se constató que el origen del episodio se debió a la proliferación de algas cianofíceas de los géneros *Anabaena* y *Microcystis* en el embalse, productoras del olor y sabor. Estos episodios se repiten en nuestros embalses durante la temporada estival, por lo que se abrió una línea de trabajo en la que este Servicio es pionero a nivel nacional. Así, se iniciaron distintas actuaciones encaminadas al estudio y control de este fenómeno, como fueron una beca de investigación en 1986, un programa específico de vigilancia de embalses, una vigilancia especial de aguas de consumo procedentes de embalses, la firma de un convenio con el Ministerio de Sanidad (1991-1992), como resultado del cual se elaboró en 1995 un Protocolo de Vigilancia y Control de algas tóxicas en embalses de abastecimiento, que ha sido remitido al Ministerio y a distintas Comunidades Autónomas con este problema. De estas actuaciones se profundizará en el apartado de aguas embalsadas. Desde 1998 se efectúan determinaciones microscópicas en aguas de consumo procedentes de embalses eutróficos y desde 1999 se somete, además, a estas muestras a determinaciones de toxinas (microcistinas).
- En 1985 se llevó a cabo un estudio sobre el contenido en nitratos y dureza en las aguas de los municipios del Área, que concluyó dictaminando que predominan las aguas con bajo contenido en nitratos. Tan sólo el 5% de los municipios (2% de la población) consume agua con nitratos elevados. En cuanto a la dureza, las aguas son mayoritariamente blandas (74,3% de los municipios y 85% de la población).

Por otro lado se ha colaborado con el resto de provincias en la solución de problemas puntuales relacionados con la calidad de las aguas de consumo, así podemos mencionar el estudio realizado en la Mancomunidad de la Sagra (1980), el es-

tudio de un brote de hepatitis en Los Yébenes (1983), el informe de las aguas de consumo de Abenójar (Ciudad Real, 1985) y el estudio del brote de legionella en Almansa (1986).

Vigilancia de Aguas Residuales

En este programa se han llevado a cabo, a lo largo de los distintos años y de forma alternativa, tres tipos de actividades:

- Muestreo y análisis de aguas residuales en colectores.
- Estudio de la infraestructura de saneamiento de los municipios del Área.
- Estudio de eficacia de funcionamiento de Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales (EDAR).

Desde 1976 se han muestreado las aguas procedentes de colectores en el punto de vertido de los mismos a los cauces públicos. Los primeros análisis que se efectuaron fueron bacteriológicos, incluyendo únicamente la determinación de *Vibrio* durante los años 1976 a 1980; posteriormente se incluyó la determinación de *Salmonella*, observándose una disminución de la presencia de *vibrio* entre 1982 y 1989. La determinación de parámetros físico-químicos comenzó a realizarse en 1980, tras la puesta a punto en el Servicio de los métodos de determinación de DBO, DQO y Sólidos en Suspensión. Esta vigilancia de la calidad del agua en los colectores dejó de realizarse en 1990, limitándose a partir de ese año a actuaciones puntuales en casos de denuncias o a solicitud de determinados organismos. La evolución de actividades se refleja en la Tabla 15.4.

Tabla 15.4. Vigilancia de aguas residuales. Evolución de actividades: Muestras recogidas en colectores. 1976-1989

	76	77	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
– Muestras recogidas	60	32	98	78	29	09	116	76	91	92	80	68	61
– Análisis													
• Físico-químicos	—	—	—	103	21	37	—	—	—	—	43	—	83
• Microbiológicos	60	—	98	76	8	109	116	76	91	92	37	68	140

En el año 1992, se realizó una beca de investigación para evaluar la toxicidad de las aguas residuales de los municipios del Área, llevándose a cabo toma de muestras de agua en todos los colectores, efectuándose en dichas muestras determinaciones “in situ” y ensayos de toxicidad Microtox. En este estudio se concluyó que los vertidos de los colectores de las localidades del Área presentan un grado

de toxicidad bajo y no implican un efecto negativo considerable sobre la fauna del cauce receptor.

En relación con la segunda actividad del programa, en los primeros estudios de infraestructura de saneamiento de los municipios del Área y según los datos recogidos en los años 1976 y 1977, se pone de manifiesto que *“no existe ningún punto de depuración de aguas residuales en la totalidad de las redes de alcantarillado del Área..., incluyendo la ciudad de Talavera de la Reina de cerca de 70.000 habitantes que carece de cualquier tipo de depuración de sus aguas residuales”* (Memoria de Actividades. 1977). Posteriormente, en 1979, se censaron 45 depuradoras de todos los tipos en el Área, aunque la casi totalidad de ellas no funcionaban con regularidad. Es significativo el hecho reflejado en la Memoria de este año, donde *“unánimemente, todos los municipios achacan el estado de abandono de las depuradoras al elevado coste de mantenimiento (personal, fluido eléctrico...) y a la apreciación subjetiva de su escaso o nulo rendimiento”*.

En la primera encuesta de infraestructura de saneamiento realizada en 1979, que al igual que la de abastecimiento se efectuó en plan piloto a 34 municipios del Área pertenecientes a la subcomarcas de Valdepusa y Talavera de la Reina, se pone de manifiesto que el 53% poseen red de alcantarillado y el 12% poseen EDAR; esto se corresponde con menos del 70% y 30% de la población estudiada, respectivamente.

En 1984 se efectuó un inventario de los sistemas de depuración existentes en todos los municipios del Área, concluyendo que:

- El 21% de los municipios poseen EDAR.
- Los sistemas instalados en el Área son del tipo oxidación total por turbina, tanque Imhoff, y en menor número fosa séptica.
- No se tiene constancia de que funcione ninguno de los sistemas de depuración existentes, a excepción de una EDAR de Oxidación por turbina (Navalmoral de la Mata), en la cual se efectuaron estudios de eficacia de funcionamiento, como se verá posteriormente.

En el Diagnóstico Higiénico-Sanitario del Área, llevado a cabo en 1989, se estudiaron las características higiénico-sanitarias de los sistemas de alcantarillado, depuración y vertido de aguas residuales. Según estos datos, el 100% de los municipios dispone de red de alcantarillado.

En el año 1992, con motivo de la beca de investigación anteriormente citada, se efectuó un nuevo diagnóstico de situación de los sistemas de recogida, evacuación y tratamiento de las aguas residuales de los municipios del Área. Con los resultados obtenidos se remitieron informes individualizados con recomendaciones de medidas correctoras e introducir a corto, medio y largo plazo a las autoridades locales correspondientes. De este estudio se concluyó que:

- Existe alcantarillado en el 100% de las localidades del Área.

- No depuran sus aguas residuales el 87% de los municipios (93% de la población).
- Los principales riesgos sanitarios por el vertido de aguas residuales son: malos olores (74% de localidades) proliferación de insectos y roedores (64%), y cruces con la red de abastecimiento (45%). Cabe destacar que en el 6% de las localidades del Área, se riegan huertas con aguas residuales.
- Los vertidos industriales individuales en el sistema de alcantarillado son de carácter temporal, destacando por su importancia los alpechines.
- Deficiente conocimiento de los Ayuntamientos sobre tipo de vertidos y sobre el control, conservación y mantenimiento de los sistemas de tratamiento.

Los datos de la evolución de indicadores más destacados en los distintos años se reflejan en los gráficos.

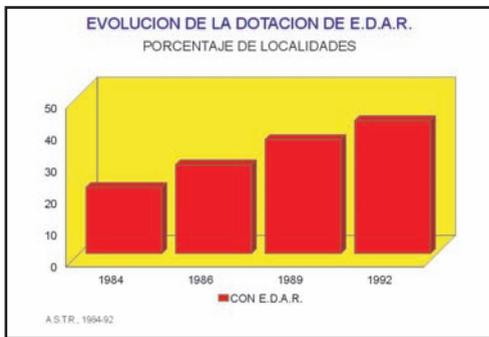


Figura 15.6. Dotación de EDAR.

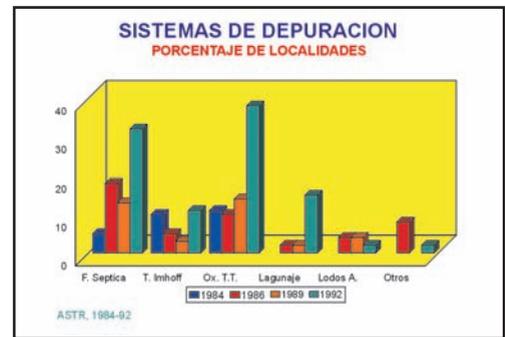


Figura 15.7. Sistemas de depuración.

La tercera actividad se centró en el estudio de la eficacia de depuración de las EDAR. A este respecto, como ya se apuntó anteriormente, en los estudios iniciados en 1979 se comprobó que sólo funcionaba con regularidad una de las 45 depuradoras existentes en el Área; por lo que, a pesar de que se recogieron muestras durante el período 1979-1982, no se obtuvieron resultados significativos, por estar las depuradoras fuera de servicio la mayor parte del tiempo. Los primeros datos se obtienen en los años 1983 y 1984, en el estudio efectuado en la estación de oxidación por turbina con funcionamiento regular (Navalmoral de la Mata). Se tomaron muestras quincenales en agua bruta y agua depurada, y se analizaron los parámetros pH, temperatura, oxígeno disuelto, turbidez, conductividad, oxidabilidad, amoníaco y sólidos totales en suspensión. Como resultado, se concluyó que el control de la depuradora por parte de la entidad gestora había sido bastante incompleto, que la eficacia del sistema no es buena, a pesar de que reduce el contenido de sólidos en suspensión, y que el elevado coste de mantenimiento motivó su parada a finales de 1984. En la Memoria de Actividades de 1984 se pone de manifiesto que

no se tiene conocimiento de depuradoras que estén en funcionamiento, a excepción de las fosas sépticas. Por este motivo, no se vuelven a efectuar estudios de eficacia de funcionamiento hasta el año 1990. La evolución de actividades durante los periodos 79-84 y 90-94 se refleja en las Tablas 15.5 y 15.6 respectivamente.

Tabla 15.5. Vigilancia de aguas residuales. Evolución de actividades: Estudio de eficacia de EDAR. 1979-1984

	1979	1980	1981	1982	1983	1984
— EDAR estudiadas	2	20	21	1	1	1
— Muestras recogidas	19	40	36	58	88	48
— Determinaciones	95	405	396	290	470	240

Tabla 15.6. Vigilancia de aguas residuales. Evolución de actividades: Estudio de eficacia de EDAR. 1990-1995

	1990	1991	1992	1993	1994
— EDAR estudiadas	2	2	2	2	1
— Muestras recogidas	231	162	48	24	2
— Determinaciones	2398	1120	248	138	20

Durante los años 1990-1992 y con motivo de la realización de una beca de investigación cuyo objetivo fue valorar la eficacia de las depuradoras de aguas residuales por el sistema de lagunaje (estanques de estabilización), se estudiaron las depuradoras de Cebolla y Velada. Se efectuaron toma de muestras y análisis de agua bruta y efluente con periodicidad quincenal. En las muestras se determinaron parámetros físico-químicos, microbiológicos y biológicos. Como resultado más relevante, se puso de manifiesto que este sistema de depuración presenta su máxima eficacia en la eliminación de los coliformes presentes en las aguas residuales. En la tabla 15.6 y como consecuencia de este estudio, se observa claramente el aumento de actividades (muestras y determinaciones) en estos años.

A partir del año 1992, sólo se han llevado a cabo estudios esporádicos de eficacia de funcionamiento de depuradoras, motivadas por solicitudes de Ayuntamientos o de otras instituciones. Cabe destacar, en este sentido, un estudio elaborado durante



Figura 15.8. Depuradora por lagunaje.

alpechines y vinazas). Como dato más significativo se comprobó el alto rendimiento (superior al 95%) de este sistema en la reducción de DQO, amoníaco y sólidos en suspensión (Memoria 1993).

los años 1993 y 1994 sobre el rendimiento de depuración de un sistema de filtración con membranas cerámicas, aplicado a aguas residuales agroindustriales, cuya finalidad iba dirigida a dar solución a los vertidos procedentes de este tipo de industrias, muy numerosos en nuestra región (purines,

Vigilancia de Aguas Continentales

La vigilancia de aguas continentales en el ASTR se inicia en 1979 con un estudio llevado a cabo sobre el “Sistema Hidrológico del Tajo y sus Afluentes”, cuyo objetivo es la vigilancia y el control de la calidad sanitaria de las aguas continentales superficiales mediante el establecimiento de una red de vigilancia. Se controlaron 11 puntos de baño, 5 en el río Tajo y 2 en el río Tiétar y río Alberche.

La periodicidad de las muestras fue semanal y se determinaron los siguientes parámetros:

- In situ: Oxígeno disuelto, turbidez, temperatura, conductividad y pH.
- Determinaciones físico-químicas: amoníaco, fosfatos, nitratos, valor permanganato, residuo seco, cloruros, alcalinidad y dureza.
- Determinaciones microbiológicas: coliformes totales y fecales.

Con los resultados obtenidos se calculaba el índice de calidad del agua (I.C.A.). Los valores de éste índice oscilan de 0 a 100, considerándose mala calidad de 0 a 25 y de buena calidad de 75 a 100. Estas actuaciones se llevaron a cabo desde 1979 a 1991 tal y como figura en la tabla 15.7.

Tabla 15.7. Vigilancia de aguas continentales. Evolución de actividades: 1979-1991

	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
- Puntos de muestreo	11	11	11	3	9	9	9	9	8	8	8	8	8
- Muestras recogidas	516	506	386	184	342	376	272	274	258	326	305	310	102
- Análisis													
• Físico-químicos	258	253	184	92	171	188	136	137	128	163	155	155	51
• Microbiológicos	258	253	184	92	171	189	136	137	128	163	150	155	51

Los resultados de calidad obtenidos en los distintos ríos, se reflejan en los gráficos 13, 14 y 15. En ellos puede observarse que la peor calidad es la del río Tajo, con valores en todos los años inferiores a 50. Por otro lado, en todos los ríos puede observarse una disminución progresiva de la calidad a lo largo del período de estudio.

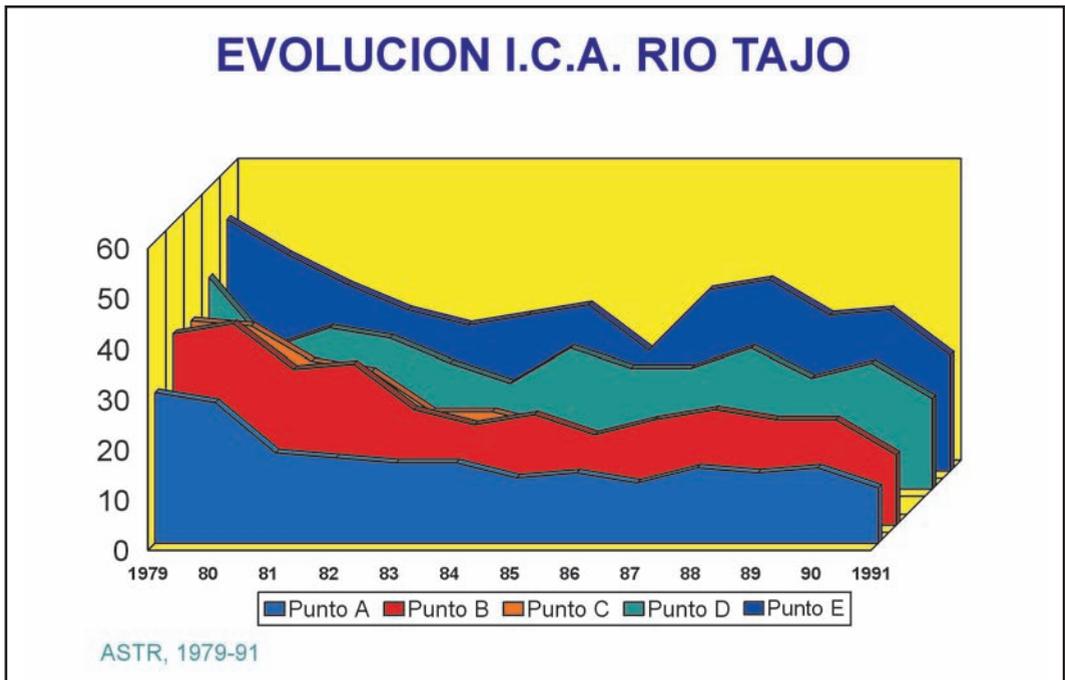


Figura 15.9. Evolución del Índice de Calidad del río Tajo, 1979-91.

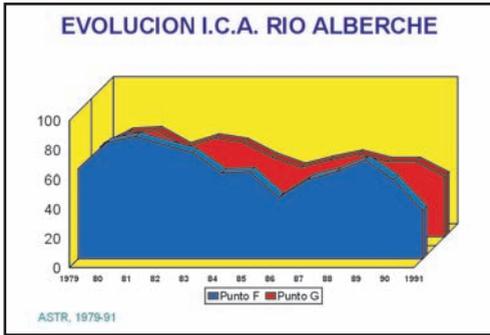


Figura 15.10. ICA río Alberche.

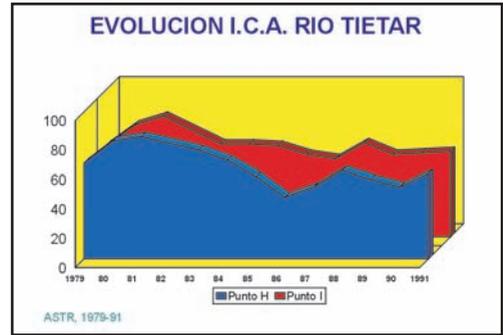


Figura 15.11. ICA río Tiétar.

Merece la pena reseñar el estudio realizado durante los años 1987 y 1988 sobre puesta en marcha de la Evaluación Mutagénica, Toxicológica y Ecotoxicológica de las Aguas Superficiales para consumo humano en Castilla-La Mancha, con motivo de la cual se pusieron en marcha diferentes test de toxicidad y ecotoxicidad.

Desde 1991 y motivado por la implantación de redes de vigilancia por parte de la Confederación Hidrográfica del Tajo y a fin de evitar duplicidades se suspendió la red de vigilancia de aguas continentales, efectuándose desde entonces muestreos esporádicos en distintos ríos, motivados por problemas puntuales relacionados con vertidos o mortandad de peces.



Figura 15.12. Muestreando.

Vigilancia de Piscinas y Puntos de Baño

Desde 1976 hasta 1984 se llevaron a cabo actuaciones puntuales de vigilancia en las piscinas de distintos municipios del Área, pero fue a partir de este último año cuando se inicia un programa de vigilancia específico de piscinas en el A.S.T.R. que se consideró el paso “*preliminar para la elaboración de un correcto y económico programa de vigilancia*” (Memoria 1984). En este primer año se estudiaron 20 piscinas y como conclusiones más significativas se destaca:

- Las instalaciones son en general aceptables, pero la mayoría no cumplen la Reglamentación vigente (Orden de mayo de 1960).
- La depuración y desinfección de las aguas es incorrecta, detectándose contenidos de amonio elevados.

- Los parámetros que se revelan como mejores indicadores de calidad son el cloro y el pH.
- Se recomienda revisar la Legislación en vigor (Orden Ministerial de 31 de mayo de 1960. Régimen de las Piscinas Públicas y la Directiva 76/160/CEE de 1975. Calidad requerida en las aguas de baño) y elaborar un programa regional único para el estudio y vigilancia de las aguas de baño.

El programa definitivo se elaboró en 1985 y se puso en marcha a nivel regional por la Dirección General de Salud Pública en las distintas provincias. Los objetivos específicos del mismo son:

- Conocer las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas públicas y privadas de carácter colectivo, así como las zonas de baño.
- Detección precoz de riesgos y corrección de las deficiencias aparecidas.
- Fijar criterios de modificación de la legislación existente en base a los resultados obtenidos.

Las actividades a llevar a cabo por los Farmacéuticos Titulares y las secciones de higiene del medio son:

- Elaborar el censo de piscinas y zonas de baño.
- Inspección de las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas e instalaciones anejas aplicando una encuesta estandarizada
- Inspección de las zonas de baño, inventariando los vertidos potencialmente peligrosos.
- Control de la calidad de las aguas de baño y supervisión del libro de registro.
- Información continuada y alerta aconsejando en su caso prohibición del baño.
- Educación sanitaria e información a gestores y población general.

Las entidades gestoras vigilaban la calidad del agua con carácter diario y los Farmacéuticos Titulares con periodicidad semanal. En el A.S.T.R. el Servicio de Sanidad Ambiental vigilaba y controlaba todas las piscinas del Area con periodicidad mensual. Este programa se ha venido ejecutando desde entonces y hasta la actualidad con ligeras modificaciones, motivadas fundamentalmente por el cambio de legislación ya que la orden ministerial del año 1960 fue sustituida por la orden 11 de mayo de 1988 de la Consejería de Sanidad, por la que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas públicas y ésta última se modificó en el año 1999. Así en 1988 y en 1999 se elaboraron sendas encuestas con las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas. Desde 1990, y motivado por falta de personal en el Servicio, se dejaron de efectuar inspecciones periódicas mensuales. Por otro lado, debido a la acumulación de las funciones de los Farmacéuticos Titulares en

baja o jubilados, la carga del trabajo del personal del Servicio en época de verano impidió la visita a todas las piscinas del Área, visitando únicamente aquellas en las que no existía Farmacéutico Titular o en casos puntuales para apoyo a los Sanitarios Locales o a las entidades gestoras. En la actualidad las actuaciones del Servicio de Sanidad Ambiental en el Programa de Aguas de Baño son:

- *Antes del comienzo de la temporada de baño:* Envío de información preliminar sobre censos, programa de actuación y normas a aplicar a los Ayuntamientos, Sanitarios y Entidades Gestoras.
- *Durante la temporada de baño:*
 - Inspección de las condiciones higiénico-sanitarias de cada zona de baño y controles quincenales o mensuales.
 - Recogida de muestras de las zonas de baño.
 - Análisis de los parámetros físico-químicos “in situ”: conductividad, aceites minerales, temperatura, color, fenoles, pH, oxígeno disuelto, sólidos en suspensión, sustancias tensioactivas y transparencia.
 - Inspección de las piscinas de diversos municipios, debido a la integración en la Sección de Sanidad Ambiental e Higiene de los Alimentos de cuatro partidos farmacéuticos tras la jubilación de sus titulares.
 - Calificación de la situación de las piscinas y puntos de baño y envío del correspondiente informe a los sanitarios y autoridades locales.
 - Remisión de informes quincenales a la Delegación Provincial de Sanidad de Toledo sobre el estado de piscinas y puntos de baño.
 - Envío de información quincenal sobre los cuatro puntos de baño de la Unión Europea a la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Sanidad de Toledo.
- *Al término de la temporada de baño:* Remisión del estudio de las piscinas, puntos de baño y campamentos a la Dirección General de Salud Pública.

En la Tabla 15.8 se presenta la evolución de las principales actividades llevadas a cabo en el programa de vigilancia de piscinas y puntos de baño desde 1983 hasta el año 2000.

**Tabla 15.8. Vigilancia de piscinas y puntos de baño.
Evolución de actividades: 1983-2000**

	83	85	88	90	92	94	97	2000
- Puntos de baño vigilados	5	15	22	19	7	20	17	17
- Muestras recogidas	92	44	147	56	60	147	75	55
- Piscinas vigiladas	18	63	59	69	76	89	84	92

Tabla 15.8. (Continuación)

	83	85	88	90	92	94	97	2000
– Municipios incluidos en el programa	—	36	49	—	59	54	65	70
– Inspecciones efectuadas	136	1241	1305	1241	1450	2545	1164	1233
• Sanitarios Locales	—	1013	926	1119	—	2545	1108	1122
• Servicio Sanidad Ambiental	136	228	379	122	—	—	56	111
– Análisis efectuados	1014	1173	564	1389	1390	3232	2947	2410



Figura 15.13. Calidad de puntos de baño.



Figura 15.14. Piscina natural en el río Pusa.

Por otro lado la trasposición de la Directiva de 1976 al R.D. 734/88 de 1 de julio sobre normas de calidad de las aguas de baño, todavía en vigor, supuso una modificación sustancial de la vigilancia de las zonas de baño naturales. En este sentido, fue necesario en 1988 elaborar un censo de puntos de baño con un número de bañistas importante, los cuales se incorporaron a la red nacional de aguas de baño. A lo largo de los últimos años han cambiado los puntos de baño pertenecientes a la red nacional, siendo en la actualidad cuatro, ubicados tres en el río Alberche (uno de ellos en el embalse de Cazalegas) y uno en el embalse de Rosarito. El motivo de dar de baja a algunos puntos de baño es la falta de bañistas, al aumentar el número de piscinas municipales y la sequía.

Como actuaciones más significativas en las que ha colaborado este Servicio en lo relativo al programa de vigilancia de piscinas y puntos de baño, podemos citar:

- Documento elaborado en 1985 sobre el estado sanitario de las piscinas y zonas de baño de la región, en el que se pone de manifiesto el trabajo efectuado por las Secciones de Higiene del Medio de las Direcciones Provinciales de Salud y se hacen sugerencias para la puesta en marcha y desarrollo

- del programa en los siguientes años. En este trabajo se reagrupan el conjunto de datos obtenidos por cada una de las provincias, exponiendo la calidad de las instalaciones y las aguas de baño, así como la importancia de los indicadores utilizados, siendo remitido a todas las Delegaciones de Sanidad y a la Dirección General de Salud Pública.
- Elaboración de resúmenes anuales del estado sanitario de piscinas y zonas de baño del ASTR.
 - Colaboración con la Dirección General de Salud Pública en la elaboración de las Órdenes de piscinas de 1988 y 2000.
 - Elaboración de encuestas sobre condiciones higiénico-sanitarias de piscinas (1989 y 2000) y puntos de baño (1989) que se han utilizado a nivel regional por todas las delegaciones provinciales.
 - Presentación de comunicaciones sobre evolución de la calidad de las aguas de baño en el período 1990-1993, y sobre condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas en el Área.
 - Elaboración de un programa informático para la gestión de los datos sobre piscinas y aguas de baño, que fue entregado en el año 2000 a la Dirección General de Salud Pública, a fin de que se pueda implantar en todas las delegaciones provinciales.

Vigilancia de Aguas Embalsadas

El programa de vigilancia de embalses destinados al consumo humano se inicia en 1985, con motivo de evitar o controlar episodios de olor y sabor en el agua de la red de distribución, tras la proliferación en 1984 de algas cianofíceas en el embalse de Cazalegas.

En un principio el programa sólo se llevaba a cabo en la época estival, efectuándose muestras con carácter semanal en el embalse de Cazalegas. Se determinaban parámetros “in situ” y el parámetro clorofila como valor del ecosistema del embalse.

En 1986, y con el fin de profundizar en este tema, comenzó una beca con el nombre “*Puesta a punto de un método sencillo y eficaz de vigilancia de las aguas embalsadas con destino al consumo humano*”, estudiándose durante un año dos embalses de abastecimiento del Área (Cazalegas y Navalcán). Este trabajo intentó ser el primer paso en el estudio de la eutrofización de embalses de abastecimiento en la región. De este trabajo presentado a la Dirección General de Salud Pública en 1987, se concluyó:

- En base a indicadores tróficos, los dos embalses se caracterizan como hiperreutróficos.

- Como buenos parámetros indicadores de la proliferación de algas, se puede utilizar la clorofila “a”.
- Es necesario conocer la evolución trófica de los embalses y establecer una vigilancia de los mismos, a fin de detectar las proliferaciones de algas (blooms).

Por otro lado se propone un método sencillo de vigilancia de embalses, basado en el estudio de clorofila “a”, especificando el método de muestreo, la periodicidad, los parámetros a estudiar y los procedimientos.

A partir del año 1988 se aplica este método en la vigilancia de dichos embalses en el Área Sanitaria, efectuándose muestreos quincenales de octubre a mayo y semanales de junio a septiembre, y determinando parámetros “in situ” (pH, conductividad, transparencia, temperatura y oxígeno disuelto), parámetros físico-químicos (determinación cualitativa de algas).

En 1990 se pone a punto el método de recuento de fitoplancton en microscopio invertido, efectuándose desde entonces determinaciones cuantitativas de algas. Durante este período se produjeron proliferaciones de algas cianofíceas en los embalses estudiados, ocasionando episodios de olor y sabor en el agua de la red de distribución de diversos municipios.

Estos hechos motivaron la suscripción en 1991 de un Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad de nuestra región, para el desarrollo de un Programa Piloto sobre los Procesos de eutrofización de Aguas Embalsadas y su repercusión sobre la salud de los consumidores. Se estudiaron todos los embalses de abastecimiento de la región (33), siguiendo el siguiente protocolo:

1. Diagnóstico del grado trófico de los embalses usados para consumo, utilizando como indicadores tróficos la clorofila “a” y el fósforo total.
2. Vigilancia de los embalses eutróficos, utilizando parámetros físico-químicos, biológicos e identificación y recuento de algas.
3. Vigilancia de las aguas de consumo en la red de distribución de los municipios que utilizan embalses hipereutróficos, efectuando determinaciones físico-químicas e identificación y recuento de algas.
4. Identificación de microcontaminantes y metabolitos producidos por las algas (en origen y red).
5. Determinación de la toxicidad celular y mutagenicidad de los polucionantes del agua en origen y red.

Como resultados más significativos se conoció que la cuenca hidrográfica del Tajo es la más eutrófica, siendo Toledo la provincia con mayor número de embalses eutróficos, presentando cinco de ellos blooms de algas cianofíceas, y siendo predominantes las algas cianofíceas de los géneros *Microcystis*, *Anabaena* y *Oscillatoria*.

Como continuación del estudio, en el año 1995 se presentó un Protocolo de Vigilancia y Control de Algas Tóxicas en embalses, que fue presentado al Ministerio de Sanidad para su remisión a otras Comunidades Autónomas con estos problemas. Se basó en el modelo de vigilancia implantado en este Centro desde 1991, en la larga experiencia del Servicio y en amplias revisiones bibliográficas. En este protocolo se incluyen medidas correctoras a introducir en las plantas de tratamiento y sistemas de información a autoridades locales y regionales, así como recomendaciones a los usuarios.

Durante todo este tiempo se ha colaborado con distintas provincias de nuestra región (Guadalajara, Cuenca y Toledo) y con otras regiones (Extremadura, Castilla-León, Asturias y Cataluña) en la solución de problemas relacionados con “blooms” de algas cianofíceas, efectuando identificación y recuento de algas o remitiendo el protocolo de actuación anteriormente mencionado. En este campo se han presentado seis comunicaciones a congresos y jornadas nacionales y provinciales. Desde 1999 se ha incluido como parámetro indicador de toxicidad de cianofíceas la determinación de microcistinas en agua en origen y en red de distribución.

Programa de Vigilancia de la Calidad del Aire

Vigilancia de la Contaminación Atmosférica

Las primeras actuaciones se llevaron a cabo en 1979 con un estudio sobre parámetros indicadores de la Contaminación Atmosférica en Talavera de la Reina. Los objetivos del estudio eran: conocer los niveles de inmisión para una posterior clasificación de la zona en función de los niveles establecidos, la integración en la Red Nacional de Vigilancia y Prevención de la Contaminación Atmosférica y proporcionar información a las autoridades y población en general.

Se instaló un equipo captador en el centro de Talavera de la Reina. Se efectuaron tomas de muestras de aire diarias y se determinaron los niveles de SO₂ y de partículas en suspensión. Se puso a punto la técnica de determinación de SO₂ por el método de la Thorina y la medición de las partículas en suspensión se realizaba en el Departamento de Sanidad Ambiental de la Escuela Nacional de Sanidad. De este estudio se concluyó que Talavera de la Reina se encuentra dentro de una situación admisible, con niveles de calidad superiores a los establecidos. A partir de este año, la Estación de Análisis funcionó de forma continua hasta que, por fin, en 1984 se integra en la Red Nacional. Cabe destacar que en 1981 los datos sobre contaminación atmosférica se publicaban en la prensa local.

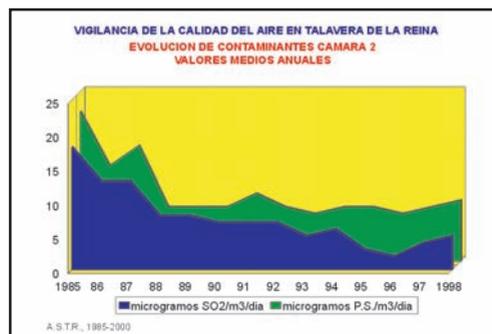
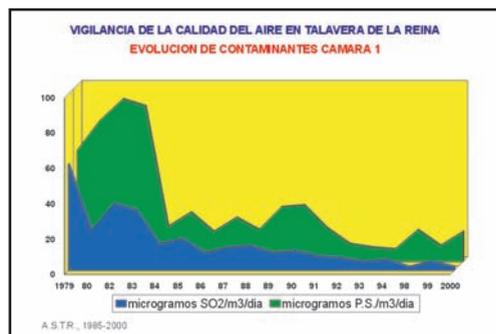
En 1982 se incorporó un equipo para la toma de muestras de óxidos de nitrógeno y se modificó el emplazamiento de la estación captadora. Asimismo, en este año se instaló un equipo de determinación de partículas sedimentables. Durante estos años el programa se vio afectado por averías en los equipos de toma de muestras.

Una vez se tuvieron series de valores de óxido de nitrógeno y partículas sedimentables y tras conversaciones con técnicos de la Escuela Nacional de Sanidad, se consideró que no era necesaria su medida, ya que en la ciudad de Talavera de la Reina eran muy bajos. Centrándose, desde entonces y hasta la actualidad, en el control de óxidos de azufre y partículas en suspensión.

A finales de 1985 se instala una nueva estación sensora, ubicada en el Centro Regional de Salud Pública (Cámara 2) y a partir de este año se comienza a efectuar la determinación reflectométrica de las partículas en suspensión en el Servicio de Sanidad Ambiental. Los datos de contaminación atmosférica se remitían mensualmente al Ministerio de Sanidad. En este mismo año se llevó a cabo un curso sobre Análisis de los Contaminantes Atmosféricos, impartido por técnicos de la Escuela Nacional de Sanidad, a fin de dar a conocer las técnicas de muestreo y análisis de contaminantes atmosféricos a los técnicos de Sanidad Ambiental de las cinco delegaciones provinciales. El objetivo del curso fue armonizar las técnicas para incorporarse distintas estaciones sensoras de Castilla-La Mancha a la Red Nacional de Vigilancia, elaborándose en el Servicio este mismo año el proyecto de la Red de Vigilancia y Prevención de la Contaminación Atmosférica de Castilla-La Mancha, que fue remitida a la Dirección General de Salud Pública. En el proyecto se describen los contaminantes a medir, las estaciones sensoras, la frecuencia de los muestreos y los laboratorios de análisis.

A partir de 1987 los datos obtenidos por todas las estaciones sensoras de la región eran introducidas en el SIVE y desde allí se remitían al Ministerio de Sanidad.

Los valores de los contaminantes medidos en las estaciones sensoras se reflejan en los siguientes gráficos.



Figuras 15.15. y 15.16. Valores de contaminantes medidos por los dos captadores de Talavera de la Reina.

A partir de 1995 el Ministerio de Medio Ambiente asume las competencias en la Vigilancia de la Calidad del Aire. Por este motivo, y debido a la avería de las Cámaras, desde este año sólo se mantiene una de las estaciones sensoras (Cámara 1). En 1998 la Consejería de Agricultura y Medio Ambiente crea la Red de Vigilancia de la calidad del aire en Castilla-La Mancha, por lo que se suspenden las actuaciones que en este programa se venían realizando. En la actualidad se mantiene una estación sensora ubicada en el centro de la ciudad (Casa de la Cultura), a petición del Ayuntamiento, ya que Talavera de la Reina no se ha incorporado, hasta la fecha, a la red anteriormente citada.

Plan de Radioprotección

En 1979 se inició un Plan de Radioprotección con el objetivo de controlar mediante dosimetría personal las dosis de radiación recibida por el personal sanitario expuesto, vigilar los locales sanitarios con fuentes de radiación y determinar niveles de radiactividad en el ambiente exterior. Las actividades que se llevaron a cabo fueron:

- Distribución de encuestas entre todos los médicos del Área, con el fin de poseer un censo fiable de las fuentes emisoras de radiaciones de origen médico.
- Medición de la radiación ambiental y control de las radiaciones de origen médico, mediante contadores portátiles, que se leían en la Subdirección General de Sanidad Ambiental.

Como resultados más significativos podemos citar que:

- Ninguno de los trabajadores utilizaba hasta ese momento dosímetro personal.
- Gran número de fuentes de radiaciones censadas.
- Necesidad de establecer un sistema de vigilancia de radiación ambiental en las cercanías de la Central Nuclear de Almaraz.

Debido a dificultades técnicas para conseguir los dosímetros personales y los contadores portátiles, el programa se suspendió, reiniciándose de nuevo en 1981. Las principales actuaciones llevadas a cabo en este programa han sido:

1. Control de radiaciones de origen industrial, mediante instalación de 8 bulbos en diversos puntos alrededor de la Central Nuclear de Almaraz. Estos bulbos fueron sustituidos a finales de 1982 por un medidor de continuo de radiaciones ionizantes que aún está en funcionamiento.
2. Control de radiaciones de origen médico, mediante recogida de informa-

ción con dosímetros personales, que eran enviados para su lectura a la Subdirección General de Sanidad Ambiental.

En el primer punto cabe destacar el control exhaustivo que durante los años 1981 a 1985 se realizó en la inmediaciones de la Central Nuclear de Almaraz, mediante la instalación de dosímetros ambientales y de la cámara de ionización para efectuar medición en continuo de radiaciones gamma. También se efectuaron toma de muestras de agua para medir la radiactividad de las mismas en los pantanos de Valdecañas y de la central. A partir de 1986, y con motivo de la exclusión de Cáceres y Ávila del ASTR, se suspendió la vigilancia en las proximidades de la central, trasladándose la cámara de ionización al Centro Regional de Salud Pública. Durante todo el período las medidas de radiactividad en aire y agua fueron inferiores a lo establecido en la reglamentación vigente. Desde 1986 y hasta la actualidad, salvo los períodos en que ha estado fuera de servicio, se han efectuado medidas en continuo cuyos resultados expresados como valores medios anuales se reflejan en el siguiente gráfico.



Figura 15.17. Niveles de radiación gamma.



Figura 15.18. Cámara de ionización

En cuanto al control de profesionales médicos expuestos, los resultados de todos los años indican que las dosis recibidas están por debajo de los límites establecidos en la legislación. Estas cantidades fueron disminuyendo desde 1990 hasta dejar de realizarse, debido fundamentalmente a la falta de interés de los profesionales y a problemas técnicos con los dosímetros.

Como actividad especial cabe destacar el diseño en 1991 del plan de trabajo y protocolo de inspección para la *“Elaboración del Censo de Establecimientos Emisores de Radiaciones Ionizantes de origen sanitario en Castilla-La Mancha”*, mediante una beca concedida por la Consejería de Sanidad. Los resultados de la misma fueron presentados en 1992 y en ellos cabe destacar:

- Existían 189 centros con instalaciones emisoras de radiaciones ionizantes.
- Se han contabilizado 25 unidades de protección radiológica.

- Cerca del 40% de las instalaciones censadas poseen blindajes estructurales.

Cabe resaltar la importancia de esta beca, ya que por primera vez se tuvo el censo de establecimientos emisores de radiaciones ionizantes tanto públicos como privados, así como los generadores de cada establecimiento, y que se han obtenido datos sobre protección al paciente ambiental y personal.

Tras la creación del Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria en la Consejería, todas las competencias sobre inspección de centros sanitarios fueron asumidas por el mencionado Servicio, de ahí que no se hayan llevado a cabo más actuaciones en este sentido.

Programas de Vigilancia de Productos Químicos

Programa de Contaminación por Pesticidas

En 1979, y en colaboración con el Departamento de Sanidad Ambiental de la Escuela Nacional de Sanidad, se llevó a cabo una prospección del nivel de contaminación por pesticidas en el Área, cuyo objetivo fue determinar el nivel de pesticidas en el hombre, los alimentos y el medio dentro del Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina. Para ello se realizaron las siguientes actuaciones:

- Inventario de uso y aplicación de pesticidas en el Área.
- Determinación de colinesterasa en suero humano.
- Determinación de colinesterasa en vegetales.
- Determinación de organoclorados en tejido adiposo humano.

Como resultados más significativos se puede señalar que se encontraron en las muestras de tejido adiposo concentraciones significativas de DDT, derivados del DDT, HCH, Endrín Aldrín y PCB. Merece la pena destacar que es uno de los pocos estudios realizados sobre este tema a nivel nacional y que dichos estudios son sumamente valiosos en la actualidad, para conocer los efectos de los Disruptores endocrinos en el hombre.

Hasta 1987 no se volvió a retomar el tema de la vigilancia del uso de plaguicidas, efectuándose en este año una amplia revisión bibliográfica y confeccionán-



Figura 15.19. Aplicador de plaguicidas.

dose los protocolos de un estudio sobre Vigilancia Sanitaria y Ambiental del uso de Plaguicidas.

Durante 1989 y 1990, y como primera fase de este programa, se efectuó mediante una beca de investigación el Diagnóstico de la Situación Higiénico-Sanitaria del uso de Plaguicidas en toda la Comunidad Autónoma, resultado de la cual fue la elaboración en 1990 del Programa de Seguridad de Productos Químicos en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, entre cuyas actividades están:

- Encuesta regional sobre uso de plaguicidas.
- Vigilancia y valoración del impacto de los plaguicidas y metales pesados en los seres humanos y el medio ambiente.
- Cumplimiento de la Reglamentación Técnico Sanitaria sobre plaguicidas.
- Educación Sanitaria de los trabajadores que utilizan estos compuestos.
- Difusión y aplicación de prácticas de atención a intoxicados.
- Redacción de la legislación específica autónoma.
- Puesta a punto y aplicación de test para evaluaciones ecotoxicológicas.
- Cruzar datos con indicadores epidemiológicos.

Este programa no se implantó en su totalidad, pero sirvió de base para la puesta en marcha de cursos de Aplicadores de Plaguicidas, que se iniciaron en 1991 y continúan hasta la actualidad, y para la elaboración de la normativa autonómica (Orden de 30 de junio de 1993 sobre registros de Plaguicidas de uso Ambiental y Alimentario, y Orden de 10 de noviembre de 1995 sobre Carnet de Aplicadores de Plaguicidas). Por otro lado, se presentaron tres comunicaciones en distintas Jornadas Nacionales (Madrid y Almería).

Por otro lado, en 1992 se presentó el Diagnóstico de la Situación de Plaguicidas tóxicos y muy tóxicos en Castilla-La Mancha, en el cual se pone de manifiesto la existencia de 443 Establecimientos y Servicios Plaguicidas en la región que consumen 4.141 toneladas de fitosanitarios, siendo los fungicidas los productos de mayor venta y las provincias de Toledo y Ciudad Real las de mayor venta.

Programa de Puntos Críticos en Recipientes de Cerámica

Las primeras actuaciones se iniciaron en 1979, con un estudio sobre los parámetros medioambientales y biológicos que se ven afectados por la utilización de compuestos de plomo en pinturas y esmaltados de cerámica y azulejos. Estudio que se suspendió por cese de actividad de la empresa en la que se iniciaron.

Durante el período 1979 a 1985, y gracias a la colaboración del Servicio de Medicina Interna de la Residencia de la Seguridad Social, se diagnosticaron y estudiaron epidemiológicamente 37 casos de saturnismo en el Área Sanitaria, asociándose gran número de ellos con niveles elevados en plomo de alimentos conservados

en recipientes de cerámica vidriada. Este hecho motivó el estudio llevado a cabo desde 1986 a 1988 sobre los Niveles de Cesión de Plomo de recipientes de uso doméstico producidos en Castilla-La Mancha, en colaboración con la Dirección General de Consumo y la Escuela de Artes de Talavera de la Reina. Del mismo se concluyó que los puntos críticos en el proceso de fabricación de recipientes de cerámica que determinan la cesión de plomo y cadmio de los son: el tipo de esmalte, el tipo de barro y el tipo de recipiente.

Desde entonces y hasta la actualidad se estudian los factores ambientales asociados a intoxicaciones de saturnismo, que en la mayoría de los casos están producidos por recipientes de cerámica vidriada y uso de alambiques con soldaduras de plomo.

En la actualidad, las actuaciones que se desarrollan dentro del programa de Vigilancia de Productos Químicos son:

- Cursos de Aplicadores de Plaguicidas.
- Inspecciones sobre Condiciones Higiénico-Sanitarias de Plaguicidas de uso Ambiental y Alimentario.
- Actuaciones puntuales con motivo de Alertas de Productos Químicos remitidas por la Subdirección General de Sanidad Ambiental del Ministerio.

Programa de Higiene de los Alimentos

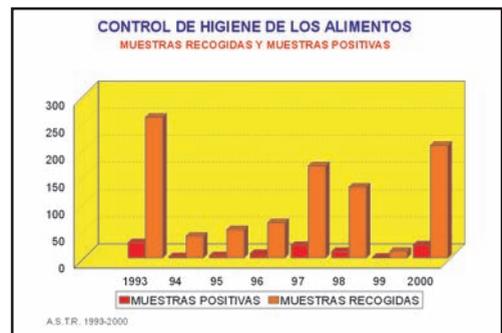
Las primeras actuaciones en Higiene de los Alimentos se iniciaron en 1979 en el entonces Servicio de Veterinaria de Salud Pública y de Bromatología, integrado por dos veterinarios y un técnico de laboratorio. Se analizaban alimentos provenientes de comedores colectivos, muestras de leche y queso para determinación de brucelas y se dieron los primeros pasos en lo que posteriormente serían el Plan Nacional de Investigación de Residuos en Carnes Frescas (PNIR), ya que en este año se determinaban hormonas (Metiltiouracilo) en muestras de tiroides, sangre, orina y suero. En estos años se inspeccionaron todos los mataderos del Área.

A partir de 1985 este Servicio se integró parte en Sanidad Ambiental y parte en el Laboratorio. Pero es en 1989, y motivado por la aparición de cinco brotes de tox infecciones alimentarias, cuando se inicia un Programa de Vigilancia de TIAS y se implanta un Programa de Vigilancia de Comedores Colectivos en doce colegios de Talavera. Este programa se llevó a cabo durante los años 1989 a 1991, pudiendo resaltar que en líneas generales los comedores presentaban buenas condiciones higiénicas, siendo las deficiencias más significativas las de diseño estructural y las relacionadas con la educación sanitaria de los gestores y manipuladores de alimentos. La vigilancia de tox infecciones alimentarias se comenzó a protocolizar en 1989, estableciéndose con los servicios de laboratorio, epidemiología y sanidad

ambiental un protocolo de actuación ante brotes. Durante los años 1991, 1992 y 1993 no se detectaron brotes de TIAS, pudiéndose deber esto a la importante labor de educación sanitaria realizada en esos años (Curso para Manipuladores de Alimentos de Alto Riesgo), al incremento de la inspección sanitaria y a la prohibición de elaborar salsas y mahonesas que no estén sometidas a tratamiento térmico. En el período 1994-2000 se han detectado 17 brotes, siendo 1996 el año en el que se produjo el mayor número de ellos (5).

En 1990 se pone en marcha el Plan Nacional de Investigación de Residuos en Carnes (PNIR), en el cual se toman muestras en mataderos de las especies ovina, bovina y porcina para la determinación de los grupos de sustancias que establece la legislación. Las matrices de las muestras son de orina, grasa y músculo. Las muestras son remitidas a los correspondientes laboratorios encargados de efectuar los análisis. Este programa se mantiene desde entonces con ligeras modificaciones. Cabe resaltar que desde 1995 ninguna de las muestras recogidas ha resultado positiva.

En 1993 se implanta el Programa de Control de Alimentos en nuestro Área, ello conllevó la planificación de la toma de muestras por grupos de alimentos, que fueron recogidas por los Veterinarios Oficiales de Salud Pública y por los Farmacéuticos Titulares. Este programa se mantiene en la actualidad, con ligeras modificaciones motivadas por las limitaciones impuestas para el análisis de las muestras por el Servicio de Laboratorio, con motivo del proceso de Acreditación del mismo. En este mismo año y hasta la actualidad se implantó la red de alerta alimentaria, basada en el Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI), establecido por el Ministerio de Sanidad. En función del tipo de alerta se adoptan las medidas necesarias para evitar riesgos para los consumidores. Como alerta importante, cabe destacar la notificada en 1999, referente a la presencia de dioxinas en alimentos de origen belga, lo que supuso la movilización de 35.537 productos que posteriormente fueron desinmovilizados.



Figuras 15.20. y 15.21. Evolución de actividades del PNIR y del control de Higiene de los Alimentos.

Programas de Formación e Investigación

Durante los años 1979, 1980 y 1984 se llevó a cabo una importante labor docente, dirigida a Sanitarios Locales (Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios), impartándose Cursos de Diplomado en Sanidad. Asimismo, durante este período se hizo una importante labor de formación dirigida a Auxiliares de Clínica del Centro y a alcaldes y concejales de los Ayuntamientos del Área, así como formación continua al personal del Servicio.

Durante los años 1984 y 1985 se impartieron cursos de Iniciación en la programación en Atención Primaria de Salud. A partir de 1986 se incorpora el Servicio al Programa Docente de Formación de Médicos Internos Residentes (MIR) que se sigue llevando a cabo en la actualidad. En este mismo año, y hasta 1988, se vuelven a impartir cursos de Diplomado en Sanidad para Sanitarios Locales, parados y técnicos de grado medio.

Es importante resaltar la colaboración del Servicio de Sanidad Ambiental durante los años 1986 hasta 1991 con la Dirección General de Renovación Pedagógica del Ministerio de Educación y Ciencia en la formación del profesorado, que impartirá los nuevos módulos de Formación Profesional de Técnicos en Sanidad Ambiental (TESA). En total se realizaron 8 cursos de reciclaje para profesores en técnicas y procesos básicos en Salud Ambiental, de más de 100 horas de duración cada uno de ellos. Asistieron profesores del territorio MEC (Albacete, Madrid, Zaragoza, Salamanca, Santander y Oviedo) y de otras Comunidades Autónomas (Canarias, Valencia y Alicante). En los años 1991 a 1995 se colaboró con el mismo Ministerio en elaborar un documento sobre “Desarrollo Curricular y Formativo del TESA” y se participó en la elaboración de Propuestas Didácticas de apoyo al profesorado de Formación Profesional del Ciclo Formativo Salud Ambiental de grado superior.

A partir de 1991 y hasta la actualidad se han impartido cursos de Aplicadores de Plaguicidas. Desde 1992 se vienen impartiendo ediciones anuales de Cursos Básicos de Sanidad Ambiental para profesionales de Atención Primaria de Salud. Desde 1994 a 1997 se han impartido Cursos de Especialización en Medio Ambiente, dirigidos a Policías Locales de Castilla-La Mancha y de Gestión Ambiental, dirigidos exclusivamente a Veterinarios. A partir de 1997 se ha colaborado en la realización de Cursos de Asistencia Farmacéutica y Salud Pública, que se siguen realizando en la actualidad.

Desde 1998, y debido a los problemas de falta de personal de grado superior en el Servicio, han disminuido considerablemente las actividades docentes del, centrándose exclusivamente en los Cursos de Aplicadores de Plaguicidas DDD, Curso Básico de Sanidad Ambiental y Curso de Asistencia Farmacéutica y Salud Pública.

Las actividades de investigación (becas, publicaciones y comunicaciones) se han venido comentando a lo largo de los programas descritos en páginas anterior-

res. Si bien cabe señalar que éstos se realizaron de forma más intensa durante el período de 1986 a 1992.

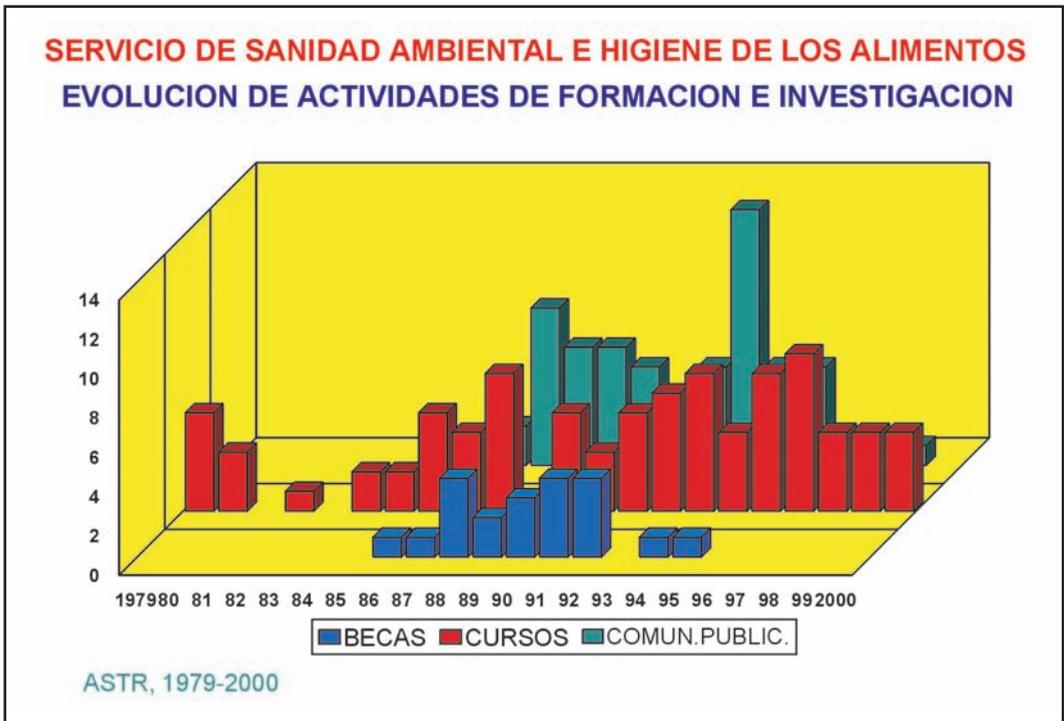


Figura 15.22. Actividades de formación e investigación.

EL LABORATORIO REGIONAL DE SANIDAD Y CONSUMO

Desde el comienzo de las actividades del Centro se configuró la existencia de un laboratorio que prestara servicios tanto en el campo asistencial como en el de la salud pública, marcando desde el principio una clara orientación docente, que incluía un área específica destinada a cursos de carácter práctico. Al comienzo de las actividades el Laboratorio se distribuyó en dos áreas diferenciadas del Centro: la sección de análisis clínicos ubicada en la planta baja del edificio general y la sección de bacteriología instalada en el edificio docente. Inicialmente el Servicio de Laboratorio asumió el montaje de las técnicas de análisis físico-químico del agua que posteriormente serían trasladadas al Servicio de Sanidad Ambiental hasta su asunción definitiva por el Laboratorio en 1989.

Esta separación de secciones significó notables problemas de funcionamiento y coordinación, haciendo que en la práctica las dos secciones actuaran de forma autónoma. Esta circunstancia hizo que desde muy pronto se considerara la conveniencia de unificar físicamente las dos secciones, lo que se consiguió en 1987 con la construcción del nuevo laboratorio en la tercera planta del edificio general, coincidiendo con la negociación del proceso de transferencia del Centro a la Junta de Comunidades y aprovechando el espacio infrutilizado de dicha planta que permanecía diáfana desde el origen del Centro. Esta obra fue acompañada de la dotación de elementos arquitectónicos, técnicos y de seguridad que le configuraron como el mayor y más avanzado laboratorio de la región.

La dotación inicial de personal constaba de 4 facultativos, 2 ATS y 8 auxiliares de laboratorio que fue evolucionando hasta la actual de 6 facultativos, 3 ATS, 15 técnicos de laboratorio y 5 administrativos. El incremento en el personal facultativo, de grado medio y administrativo se debió a la asunción progresiva de nuevas funciones, mientras que el fuerte crecimiento en el personal técnico se vio facilitado por la reestructuración producida en 1979 al abandonar

buena parte de la actividad asistencial. Durante los primeros meses de actividad se desarrolló un intenso proceso de formación del personal auxiliar, que se vio complementado por las actividades de formación continuada dentro del servicio.

La dotación técnica del laboratorio también ha experimentado una notable evolución, pasando de la práctica totalidad de técnicas manuales en los primeros años hasta la actual dotación de avanzados instrumentos: absorción atómica, espectrometría de gases-masas, cromatografía de gases y líquidos de alta resolución, autoanalizadores de aminoácidos y drogas, etc, así como una amplia dotación informática, comprendiendo hardware, software específico y conexión en red, con acceso a internet.

Como áreas transversales de trabajo se debe destacar la participación del laboratorio en tareas de:

- **Docencia**, colaborando en la impartición de cursos, tanto de carácter general como específicos de laboratorio, abordando los aspectos teóricos y prácticos, de diferente nivel de especialización, y facilitando la formación práctica de profesionales (técnicos superiores y de formación profesional) mediante estancias regladas a través de convenios de colaboración con instituciones o previa solicitud personal de los interesados.
- **Investigación**, participando en proyectos propios o asociados con otros grupos (enfermedades cardiovasculares, transmisibles y genéticas).
- **Colaboración con otras Instituciones**, tales como el INSALUD realizando técnicas analíticas que el mismo no había desarrollado, Ministerio de Justicia, fundamentalmente atendiendo necesidades analíticas de las Instituciones Penitenciarias y Ministerio de Educación en la formación de profesorado del Módulo de Técnicos Especialistas en Sanidad Ambiental y estudiantes de Formación Profesional.
- **Referencia y asesoramiento** a otros Laboratorios de Salud Pública de la Región y de fuera de la misma.
- **Calidad de los servicios**, tarea muy pronto abordada (1979) incorporándose a controles de calidad externos y desarrollando actualmente actividades encaminadas a conseguir la acreditación por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) de la actividad del Laboratorio según la Norma ISO 45001, solicitada desde 2000, tras pasar las correspondientes fases de asesoría y auditoría.

Sección de Análisis Clínicos

Esta sección nació para dar soporte a la actividad asistencial del Centro, así como a las actividades de medicina preventiva (exámenes en salud) que se ini-



Figura 16.1. Visita del Presidente Bono y otras autoridades al Laboratorio.

ciaron muy tempranamente. Posteriormente amplió su actividad a cumplimentar la demanda generada por los sanitarios locales, una vez admitida la posibilidad de que los mismos recibieran soporte analítico para sus actividades asistenciales.

Su actividad inicial estuvo dirigida a la realización de análisis en las áreas de hematología, bioquímica, serología y análisis de orina, con una muy básica dotación instrumental, de acuerdo con las condiciones de desarrollo de la época, siendo la mayoría de las técnicas de carácter manual. Posteriormente se irían introduciendo instrumentos automatizados como un autoanalizador monocanal para la determinación de glucosa, en relación con la campaña de detección de riesgos cardiovasculares o las técnicas de enzoinmunoensayo, cuando no estaban generalizadas en nuestro país, aplicadas al diagnóstico de enfermedades infecciosas de interés sanitario como la hepatitis B, rubéola y toxoplasmosis y más tarde al sida, junto con otras técnicas como la inmunofluorescencia. Estas determinaciones se realizaban sobre muestras enviadas por el Hospital Nuestra Señora del Prado tanto para descartar la existencia de patología específica como para el control de embarazadas, sin que a lo largo de estos años el Hospital se hiciera cargo, siquiera mínimamente, de los gastos realizados.

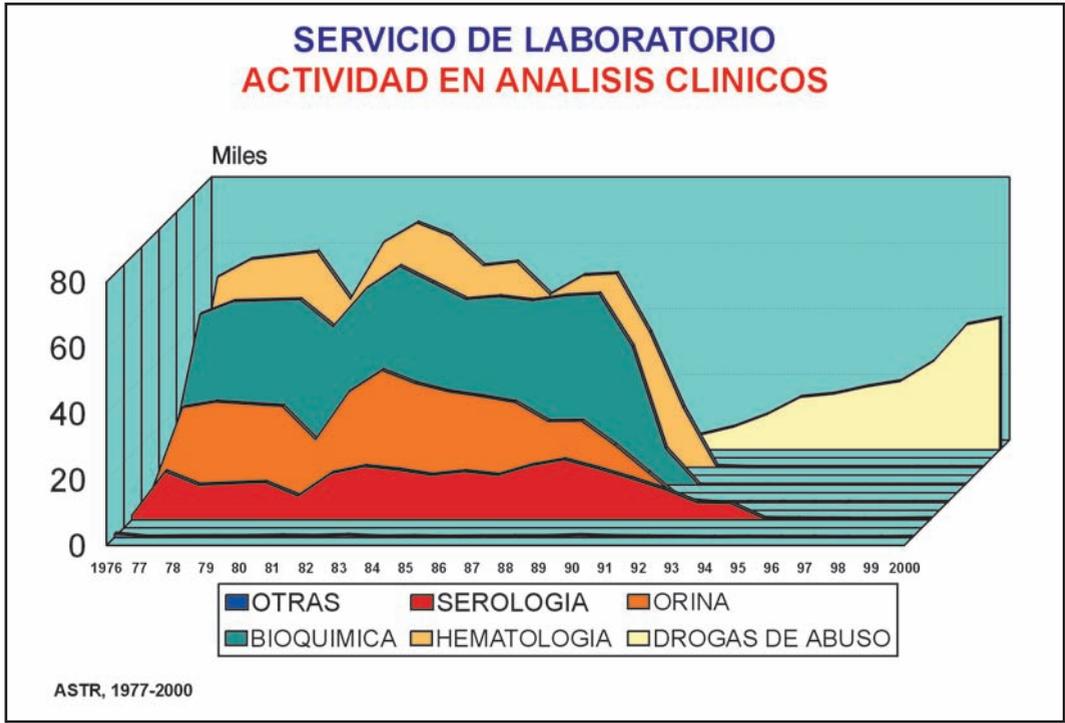


Figura 16.2. Actividad de la Sección de Análisis Clínicos. 1976-2000.

Desde el comienzo de la actividad se observa un notable incremento de su actividad, únicamente interrumpido por los problemas económicos del Centro en el año 1981, que llega hasta 1990 (Figura 16.2), año en que se decide no mantener esta actividad al no contar con financiación por parte del INSALUD y por el abandono de toda actividad clínico-asistencial decidida por la Consejería de Sanidad, siendo otro factor determinante que el INSALUD se hiciera cargo de las determinaciones de laboratorio de los enfermos ingresados en la Unidad de Salud Mental, según los acuerdos establecidos. Esto obligó a una reestructuración de la sección, de manera que parte de su personal fue adscrito a otras secciones del Laboratorio y el resto se hizo cargo de la demanda de determinaciones de drogas de abuso, generada por el Equipo de Atención a Drogodependientes y de otros puntos



Figura 16.3. Trabajo en el Laboratorio de Análisis Clínicos.

de la Región, que experimenta un rápido incremento, dotándose de moderno instrumental automatizado. Posteriormente se determina que esta sección se integre en la Sección de Metabolopatías, con la nueva denominación de Química Clínica.

Tabla 16.1. Cartera de servicios de Análisis Clínicos. 2001

PARÁMETROS	MATRICES
Drogas de abuso:	Orina y suero.
— Opiáceos.	Orina y suero.
— Cannabinoides.	Orina, suero y sangre total.
— Etanol.	Orina y suero.
— Cocaína.	Orina y suero.
— Buprenorfina.	Orina y suero.
— Benzodiacepinas.	Orina y suero.
— Anfetamina/metanfetamina.	Orina y suero.
— Metadona.	
Anticuerpos antiVIH.	Suero.
Sífilis: RPR y ELISA.	Suero.
Test de embarazo.	Orina.

Sección de Metabolopatías

En 1989 la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha decide asumir la gestión del cribaje neonatal de Metabolopatías e Hipotiroidismo Congénito, diseñando un programa para tal fin, dirigido a todos los niños nacidos en la Comunidad Autónoma, hasta este momento controlados en Madrid Hospital (Gregorio Marañón) y Murcia (Campus de Espinardo), decidiéndose que el Laboratorio Regional de Sanidad y Consumo del Centro Regional de Salud Pública se hiciera cargo de la puesta a punto de las técnicas correspondientes, siendo dotado del personal técnico y administrativo necesario (parcialmente mediante una reestructuración en el laboratorio), así como del instrumental apropiado (fluorímetro, densitómetro, autonalizador de aminoácidos y un programa informático elaborado en los propios servicios de informática del Centro que permite una adecuada gestión de la actividad.

La base normativa en la que se apoya el Programa de despistaje de enfermedades endocrino-metabólicas en nuestra Comunidad es la orden de 14 de septiembre de 1989, por la que se dictan instrucciones sobre la realización de las pruebas para la detección precoz de Hipotiroidismo Congénito y Fenilcetonuria en los recién nacidos.

El objetivo general del programa consiste en disminuir la incidencia de minusvalías psíquicas y físicas debidas a Hipotiroidismo Congénito e Hiperfenilala-

ninemias, uniéndose posteriormente la Hiperplasia Adrenal Congénita. La incorporación de las diferentes provincias y áreas al Programa se realiza de forma escalonada en las distintas provincias y áreas:

- *Talavera de la Reina*: Área piloto. Comienzan las actividades en diciembre de 1989.
- *Toledo*: Febrero de 1990.
- *Guadalajara*: Marzo de 1990.
- *Cuenca*: Mayo de 1990.
- *Albacete*: Mayo de 1990.
- *Ciudad Real*: diciembre de 1990.

A lo largo de los años de existencia del programa se van incorporando nuevas actividades o funciones, entre las que cabe destacar:

- En 1991 se informa de otras enfermedades metabólicas como tirosinemias, jarabe de arce etc., ya que las técnicas para determinar fenilalanina nos permiten ver todos los aminoácidos sanguíneos.
- En 1995 se incorpora la detección de Hiperplasia Adrenal Congénita.
- En 1996 nos incorporamos al Grupo de trabajo de monitorización de la seroprevalencia al VIH en recién nacidos a nivel nacional.
- En 2000 se nos aprueba el proyecto “Estudio piloto de incidencia de fibrosis quística en neonatos de Castilla-La Mancha: Determinación de niveles de tripsina inmunoreactiva (IRT) y estudio genético complementario de las mutaciones más frecuentes presentes en el gen CFTR”. Este proyecto nos ha permitido introducir en el Laboratorio técnicas de PCR necesarias en un centro moderno de diagnóstico de enfermedades moleculares.

El Programa de Cribaje Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas consta de varias fases:

1. Captación de recién nacidos.
2. Toma de muestra.
3. Realización de la analítica.
4. Emisión de resultados.
5. Recaptación de recién nacidos.
6. Evaluación.

En las distintas fases está implicado personal de Atención Primaria, Atención especializada y Laboratorio. Cabe destacar que el programa tiene un diseño único dentro de los existentes a nivel de otras Comunidades Autónomas, recibándose la notificación nominal de todos los recién nacidos en nuestra Comunidad, tanto en Centros públicos o privados y esto nos permite realizar recaptación de niños que no se han sometido al cribaje, así como tener una relación de todos aquellos a los que no se le ha podido realizar la prueba por diferentes causas.

En cuanto al papel del Laboratorio, además de realizar la analítica e informar a los padres, deriva a los Centros Hospitalarios los casos positivos, monitoriza niveles de fenilalanina en niños afectos de PKU o Hiperfenilalaninemia para control del tratamiento dietético y establece la coordinación entre las distintas partes implicadas en el Programa, emite informes anuales en los que se realiza valoración del Programa proponiendo acciones correctoras a las desviaciones observadas durante la actividad de dicho Programa. Desde 1989 hasta 2000 se han estudiado 176.288 niños, en los que se han detectado las siguientes patologías:

- Hipotiroidismo Congénito: 92 casos.
- Hiperplasia Adrenal Congénita: 8 casos.
- Fenilcetonuria: 8 casos
- Hiperfenilalaninemia benignas: 12 casos.
- Hiperfenilalaninemia maligna por déficit de cofactor: 1 caso.
- Enfermedad de Jarabe de Arce: 1 caso.
- Tirosinemia Tipo I: 1 caso.

Los resultados más destacables en estos años de vigencia se presentan en las figuras 16.4 a 16.6, en las que se puede observar el lento declive del número de recién nacidos en la región y una cobertura del programa muy cercana al 100% en todos los años de funcionamiento del mismo.

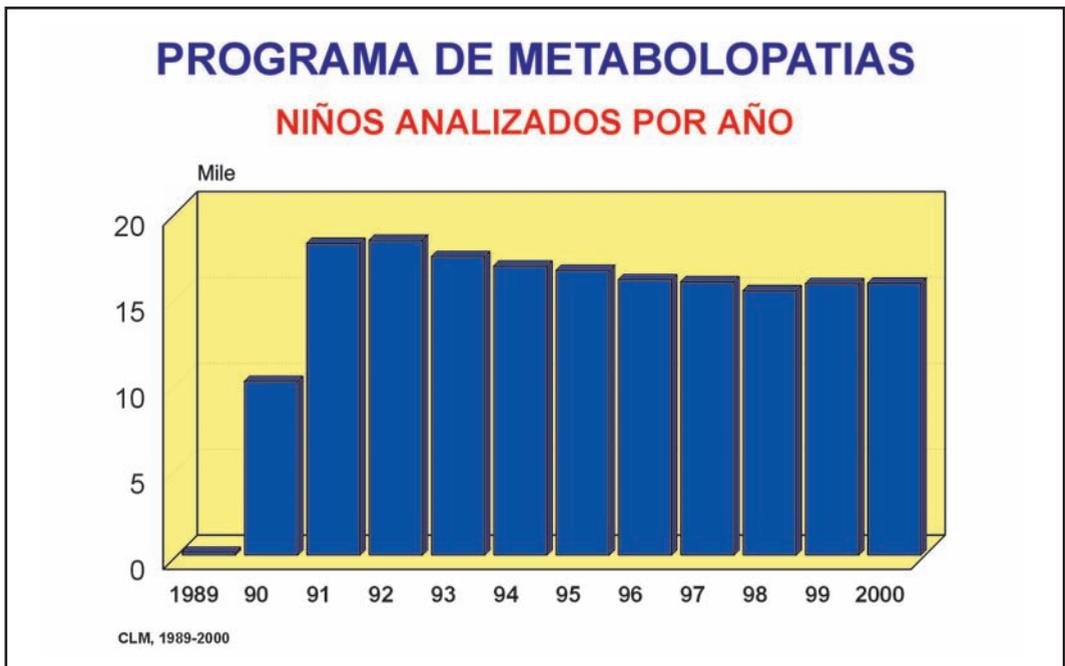


Figura 16.4. Programa de Metabolopatías: niños analizados por año. 1989-2000.

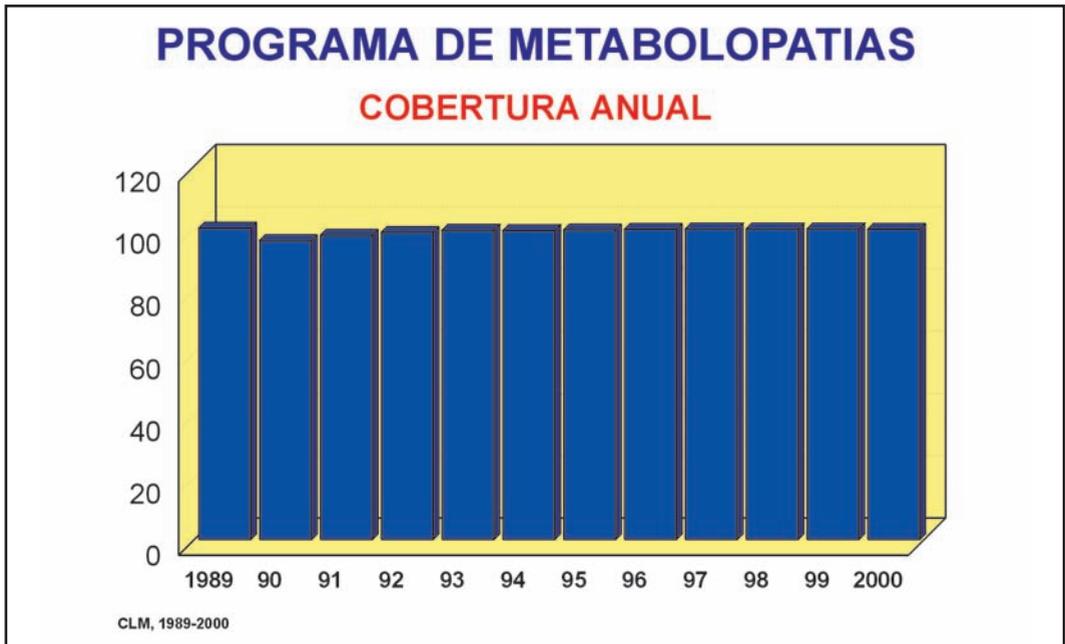


Figura 16.5. Programa de Metabolopatías. Nº de determinaciones analíticas, según técnica. 1989-2000.

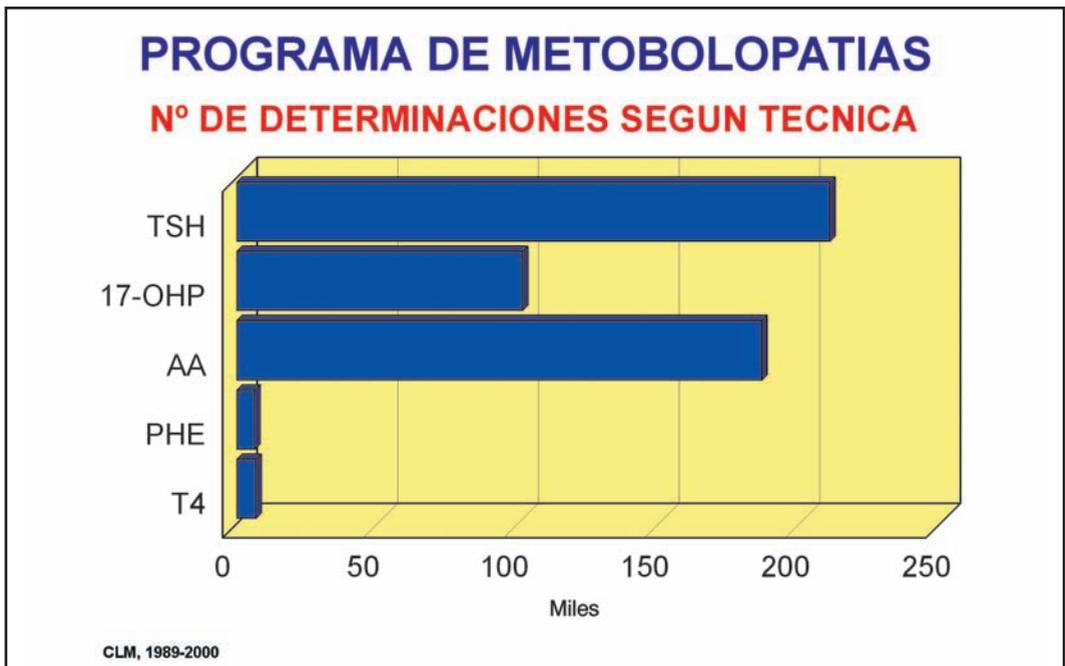


Figura 16.6. Cobertura anual del Programa de Metabolopatías. 1989-2000.

Tabla 16.2. Patologías detectadas en el Programa de Metabolopatías, según año. 1989-2000

AÑO	HC	HAC	PKU	HFA	Aapatías
1989	—	—	—	—	—
1990	1	—	1	1	—
1991	6	—	3	1	—
1992	11	—	1	1	—
1993	9	—	1	1	—
1994	16	—	—	1	—
1995	7	—	1	1	—
1996	3	1	—	1	—
1997	4	2	1	—	—
1998	13	2	—	—	—
1999	8	1	—	2	—
2000	14	2	—	1	Tirosinemia tipo I Jarabe de Arce

HC: Hipotiroidismo congénito. HAC: Hiperplasia adrenal congénita. PKU: Fenilcetonuria. HFA: Hiperfenilalaninemia. Aapatías: Otras aminoácidopatías.

Tabla 16.3. Cartera de Servicios de la Sección de Metabolopatías. 2001

PARÁMETROS	MATRICES
Hormona tireotropa (TSH)	Sangre seca sobre papel filtrante Suero
Tiroxina total (T4 total)	Sangre seca sobre papel filtrante
Tiroxina libre (T4 libre)	Suero
Aminoácidos	Sangre seca sobre papel filtrante Suero
Fenilalanina	Sangre seca sobre papel filtrante Suero
Tripsina inmunoreactiva	Sangre seca sobre papel filtrante
17 hidroxiprogesterona (17-OHP)	Sangre seca sobre papel filtrante
Mutaciones del gen CFTR	Sangre seca sobre papel filtrante Sangre entera
Microcistinas *	Agua

* Como colaboración con el Centro de Estudios de Sanidad Ambiental.

Sección de Microbiología

Esta Sección del Laboratorio comenzó sus funciones en 1976 bajo la denominación de Sección de Bacteriología, contando con 2 facultativos y 3 auxiliares, una de las cuales realizaba las labores administrativas, contando en la actualidad con 1 Jefa de Sección, 1 Asesor, 1 ATS-DUE y siete técnicos de laboratorio.

Los primeros meses se dedicaron intensamente a la formación básica del personal auxiliar de laboratorio, y al montaje y puesta en marcha en este caso de la Sección, incluyendo la realización de tareas con una gran dedicación por parte de sus trabajadores, que posteriormente serían asumidas por otros servicios, a medida que se fueron desarrollando estos.

Otras características de la sección fueron la disposición de un modesto animalario (conejos, palomas y carnero) del que se ocupaba el personal auxiliar, y que continuó durante unos años y su participación activa en las tareas docentes, tanto en cursos propios del Centro de carácter teórico y práctico como mediante de profesionales en prácticas (de formación y perfeccionamiento), con diferentes grados de cualificación.

Desde el comienzo de la actividad se mantuvo una fructífera colaboración con el Servicio de Bacteriología del CNMVIS de Majadahonda, donde se realizaron diversas estancias para formación en diversas técnicas (Micobacterias, Neisserias, etcétera), así como con los laboratorios de la Escuela Nacional de Sanidad, remitiéndose cepas para confirmación y serotipado a ambos laboratorios. Igualmente se realizaron dos estancias en el Instituto Pasteur de Paris.

En los dos primeros años de funcionamiento predominó la actividad clínica, como consecuencia de la actividad asistencial del Centro. Con el cese de la actividad del Servicio de Enfermedades Infecciosas comienza a desarrollarse con mayor intensidad el área de Microbiología ambiental, sin que ello significara que se abandonaran las actividades clínicas, ahora dirigidas fundamentalmente al estudio de problemas de interés sanitario desde el punto de vista de la epidemiología.

A partir de 1979 se cambió la denominación de la Sección, pasando a llamarse de Microbiología. En este año se produce su designación como Laboratorio de Referencia Nivel II en Micobacterias, a propuesta del Laboratorio Nacional de esta área. El paulatino incremento de la plantilla permitió el desarrollo de la actividad analítica, incorporándose a la realización de trabajos de investigación como el estudio sobre la etiología de los cuadros diarreicos en nuestra área sanitaria, en colaboración con el Servicio de Epidemiología del CNDS y con el CNMVIS de Majadahonda, de dos años de duración, siendo financiado por la OMS y publicado a su finalización, así como el programa en Guarderías infantiles, estudiando diferentes aspectos sociosanitarios, caracterizando analíticamente los alimentos consumidos, el agua de bebida y las heces,

desde el punto de vista bacteriológico, virológico y parasitológico, financiado por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el Ayuntamiento de Talavera de la Reina y el estudio sobre eutrofización de aguas continentales, junto con el Servicio de Sanidad Ambiental, lo que exigió la puesta a punto de técnicas de cultivos celulares.

En 1984 la Sección aumentó su plantilla en un facultativo más, que se haría cargo de una parte de la analítica que se denominó como Bromatología, tanto microbiológica como físico-química (aceites, leches, bebidas alcohólicas), continuando el proceso de puesta a punto de técnicas de cultivo e identificación entre las que podemos destacar las de *Campylobacter*, *Yersinia*, *Vibrio parahaemolyticus*, así como la detección de Rotavirus por enzimoinmunoensayo.

A partir de 1988 comienza a desarrollarse la informatización de la sección, proceso que culmina en 1992, con excepción de la emisión de informes. En 1990 la Sección pasó a denominarse Sección de Análisis Microbiológicos, iniciándose en la misma época los controles de calidad externa dirigidos por la SEIMC y de *Salmonella* por el LNR y, posteriormente, por la SECQ y FEPAS. Dentro de esta área, en 1992 se comienza a trabajar con criterios de calidad, de acuerdo con los usos y normas del momento.

En 1997 se inició la participación en controles de calidad externos en dos tipos de ensayos interlaboratorios: detección de residuos de antibióticos del PNIR, liderado por el CNA, y de análisis microbiológicos de aguas por EQUASE (proyecto para el el laboratorio fue propuesto como laboratorio líder), participando en todas las reuniones de grupo y nacionales. En este mismo año se inicia la implantación de la Norma UNE 45001, comenzando el asesoramiento en calidad, la realización de procedimientos y la calibración de equipos, realizándose la primera auditoría interna en 1999. En 2000 se solicitó a ENAC la acreditación de la Sección en 27 técnicas, ampliándose en 6 técnicas más en el primer trimestre de 2001.

Áreas de trabajo analítico

En función del tipo de muestras que se analizan la actividad se divide en dos grandes áreas: Análisis Microbiológicos Clínicos (muestras de origen humano) y Análisis Microbiológicos Ambientales (muestras de origen no humano). Funcionalmente se distribuyen en las siguientes categorías:

- Microbiología Clínica.
- Microbiología de Aguas.
- Microbiología de Alimentos.
- Investigación de Inhibidores (P.N.I.R.).

- Microbiología Aire confinado.
- Microbiología animal (muestras o cepas).
- Además de los laboratorios de las Delegaciones Provinciales de Sanidad, nos remiten muestras, y/o cepas aisladas por ellos, de distintos orígenes, otros laboratorios de la Región (INSALUD, Laboratorio Provincial Agroalimentario de Toledo, Centro de Estudios de Rapaces Ibéricas, Clínica Marazuela).

Ensayos interlaboratorios

En la actualidad se participa en diferentes ensayos intercolaborativos para control de calidad externo: 1 de Análisis microbiológicos de Aguas y 2 de Análisis microbiológicos de Alimentos.

Otras actividades

- Como Laboratorio Regional se realiza además del serotipado de las cepas de Salmonella aisladas por otros Laboratorios de Castilla-La Mancha, e identificación y/o confirmación de otras cepas, el apoyo a otros laboratorios remitiendo información de técnicas, reactivos, o realizando análisis en algunos casos.
- Remisión trimestral de la información de brotes, obtenida a partir de las cepas de Salmonella remitidas para su tipado, al Servicio Regional de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica.
- Envío al Laboratorio Nacional de Referencia en el C.N.M.V.I.S. del Instituto de Salud Carlos III de las cepas de Salmonella aisladas o la información de los aislamientos, también con carácter trimestral.
- Declaración semanal de los aislamientos de interés efectuados, enviando dicha información al B.M.S. en el C.N.E. del Instituto de Salud Carlos III.
- Declaración semanal de la información de los hallazgos de interés epidemiológico de nuestro área a la Sección de Vigilancia Epidemiológica.
- Preparación de la práctica totalidad de los medios de cultivo utilizados en la sección.
- Recogida, conservación y procesado de todas las muestras totalmente protocolizadas.
- Mantenimiento del cepario de microorganismos.

Cartera de Servicios

Tabla 16.4. Cartera de Servicios de la Sección de Microbiología. 2001

PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS	TÉCNICAS ANALÍTICAS
Aerobios a 37°C	Recuento en placa (RC)
Aerobios a 22°C	RC
Coliformes Totales	Índice NMP (TM) / Filtración de Membrana (FM)
Coliformes Fecales	TM/FM
Escherichia Coli	TM/FM
Estreptococos fecales	TM/FM
Clostridios sulfito-reductores	Recuento en tubo (RT) /FM
Pseudomonas aeruginosa	Enriquecimiento / FM
Estafilococos totales	TM/FM
Estafilococo aureo	TM/FM
Salmonella	Preenriquecimiento/FM/serotipado
Vibrio Cholerae	Preenriquecimiento
Legionella pneumophila	FM
Otros patógenos	Preenriquecimiento/Enriquecimiento/FM
ENSAYOS TOXICOLÓGICOS	TÉCNICAS
Toxicidad celular	Cultivos celulares
ALIMENTOS	TÉCNICAS
Enterobacteriaceas totales	TM/RC
Coliformes	TM/RC
Escherichia coli	TM/RC
Escherichia coli patógenos (EPEC y EHEC)	Enriquecimiento/Serología
Salmonella	Preenriquecimiento/Serotipado
Shigella	Preenriquecimiento/Serología
Estafilococo coagulasa positiva	TM/RC
Estafilococo áureo enterotoxigénico	TM/RC
Clostridium sulfito-reductores	RT/RC
Clostridium perfringens	RT/RC
Vibrio para hemolítico	TM/Enriquecimiento
Vibrio cólera	Preenriquecimiento/Aglutinaciones
Listeria monocytogenes	Enriquecimiento
Campylobacter	Enriquecimiento
Yersinia enterocolítica	Enriquecimiento
Otros: Brucella, aeromonas,...	Enriquecimiento

Tabla 16.4. (Continuación)

ALIMENTOS		TÉCNICAS
Fosfatasa		Detección de la enzima
Peroxidasa		Detección de la enzima
PNIR EN CARNES FRESCAS		TÉCNICAS
Antibióticos		Técnicas de 4-5 placas/Bioensayo múltiple
AIRE CONFINADO		TÉCNICAS
Bacterias (no exigentes)		Método de las placas
Hongos (mohos y levaduras)		Método de las placas
ESPECIMEN	MUESTRAS CLÍNICAS	TÉCNICAS
Heces	Salmonella	Cultivo, serotipado (con cambio de fase)
	Shigella	Cultivo, serotipado
	Campylobacter	Cultivo
	Yersinia	Cultivo
	ECEP	Cultivo, serotipado
	EC 0157	Cultivo, confirmación serológica
	Vibrio cólera	Cultivo, aglutinaciones
	Rotavirus	EIA, Látex
	Adenovirus 40/41	EIA
	Protozoos	Visualización (con/sin concentración heces)
	Helmintos	Visualización (con/sin concentración/Graham)
Espustos/aspirados	Micobacterias	Baciloscopia, cultivo, identificación
Orina	Micobacterias	Baciloscopias, cultivo, identificación
	Otros microorganismos	Urocultivo, antibiograma
Exudados vaginal y uretral	Trichomonas	Examen en fresco, tinción y cultivo
	Cándida	Examen en fresco, tinción, cultivo, antifungigrama
	Chlamydia	EIA
	Neisseria gonorrhoeae	Tinción, cultivo
	M. hominis/U.ureal	Cultivo, antibiograma
	Gardnerella vaginalis	Cultivo
	Otros	Examen en fresco, tinción, cultivo, test aminas
Otras muestras	Saprophytos/Patógenos	Según tipo de muestra y motivo de análisis.
CEPAS		Identificación y/o confirmación bioquímica y serológica
		Antibiograma de los organismos de interés sanitario

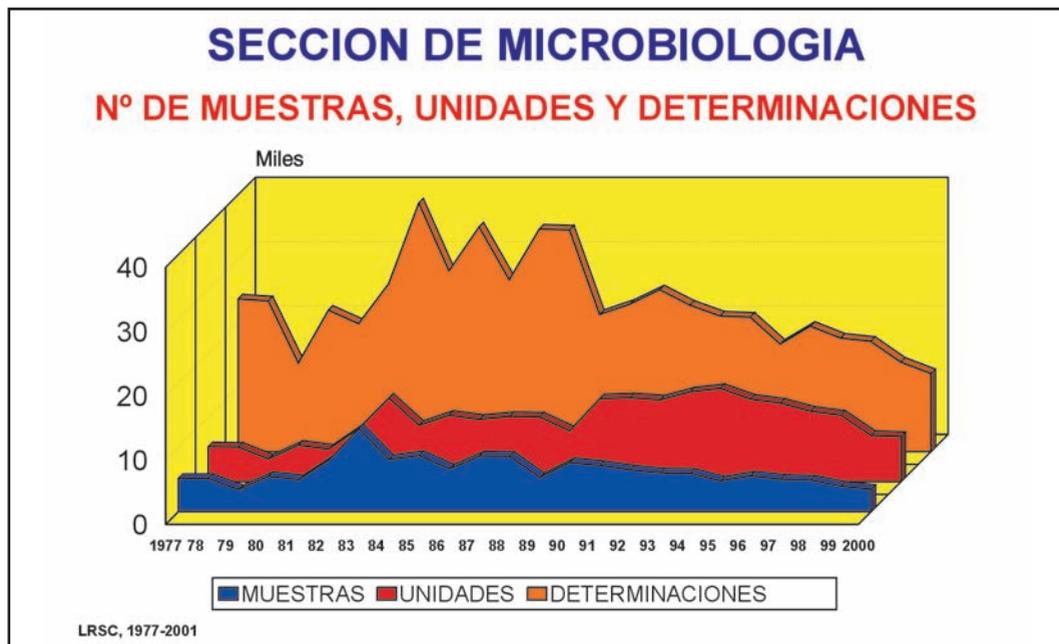


Figura 16.7. Evolución de la actividad de la Sección de Microbiología, 1977-2000.

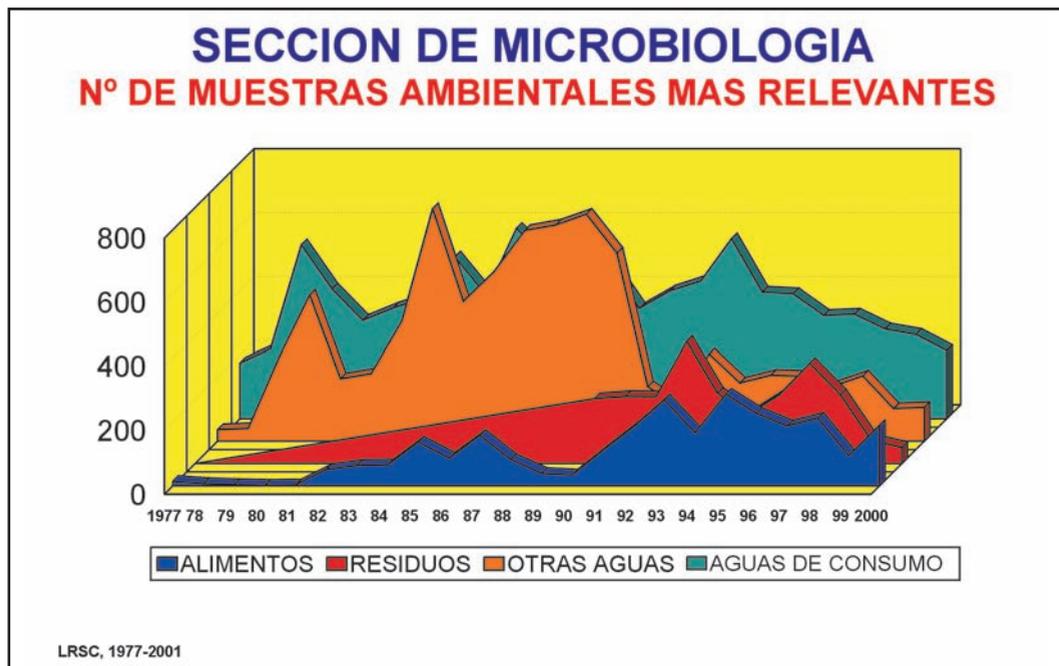


Figura 16.8. Evolución de la actividad analítica en muestras ambientales más relevantes. 1977-2000.

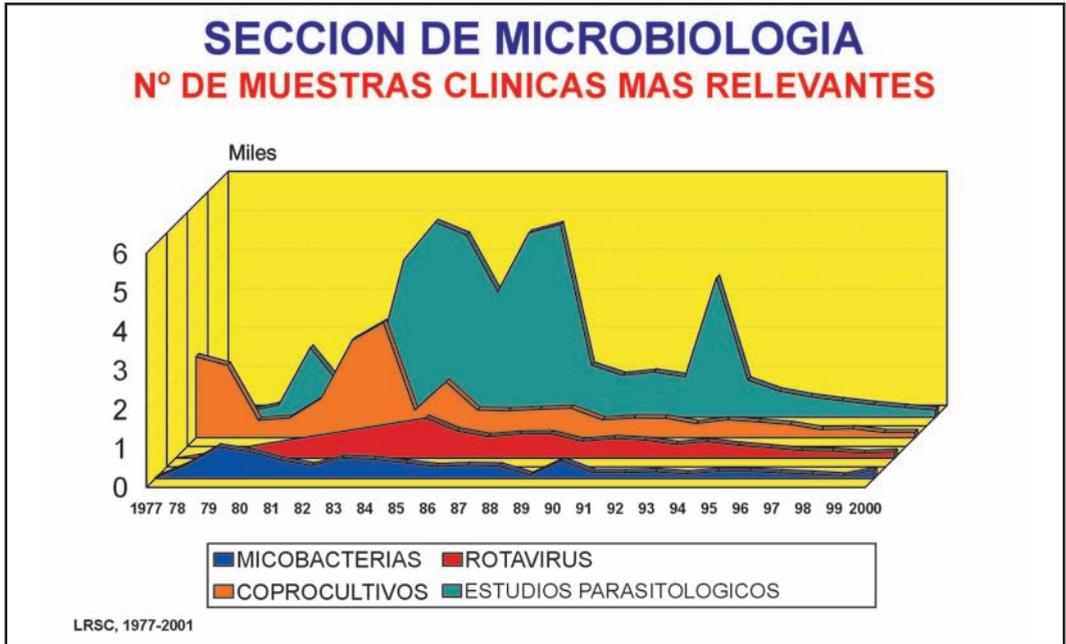


Figura 16.9. Evolución de la actividad analítica en muestras clínicas más relevantes. 1977-2000.

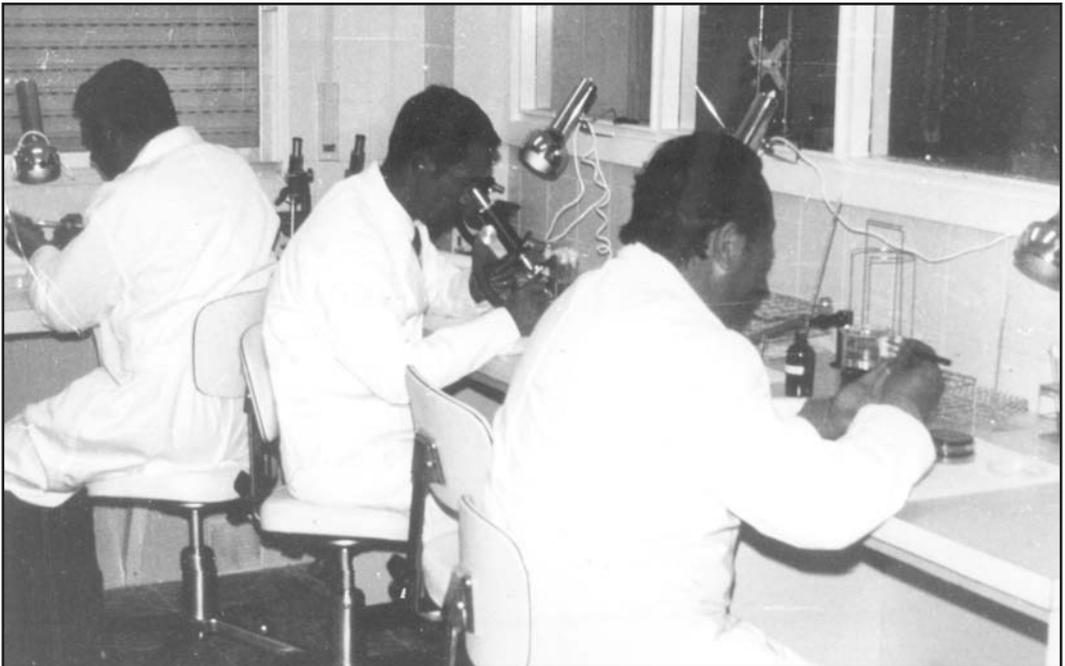


Figura 16.10. Realizando prácticas de Microbiología.

Sección de Análisis Físico-químicos

Desde su creación el laboratorio ha venido realizando análisis químicos de aguas y alimentos, aunque hasta el año 1987 no se crea una sección específica para este área. Así en 1976 empezó a realizar el control de parámetros físico-químicos de calidad de las aguas de abastecimiento público; posteriormente, desde 1979 hasta 1987, fueron realizados por sanidad ambiental. Los análisis químicos de alimentos se realizaron desde veterinaria de salud pública o el área de bromatología existente temporalmente en el laboratorio, pero con un escaso desarrollo. Desde la creación de la sección hasta el año 1990, los análisis físico-químicos fueron realizados de manera conjunta por personal de la sección y de sanidad ambiental, todo ello favorecido por no estar ocupada la plaza de jefe de la sección. A partir de este año se da un giro este tipo de análisis incorporando personal exclusivo a la sección.

Desde 1990 la sección queda constituida por un jefe de sección, un asesor y un técnico superior, como personal titulado, aunque prácticamente nunca dispuso de más de dos técnicos superiores trabajando simultáneamente. La dotación de técnicos de laboratorio se establece en cuatro. Así comienza a rodar esta sección, asumiendo el trabajo que se estaba desarrollando y comenzando nuevas líneas.

De manera transversal para todas las áreas se ha trabajado en el diseño de experimentos para la validación de métodos analíticos y el control de calidad, así como en la informatización y docencia interna y externa.

Las áreas de trabajo principales han sido:

Aguas: de consumo, embotelladas y residuales

Una de las áreas clásicas de actuación es el control físico-químico de las aguas de consumo público, realizándose los análisis mínimo, normal y completo, de acuerdo con el programa de control correspondiente. Igualmente se analizan aguas embotelladas, en sus controles de calidad rutinarios, así como para los estudios previos a su comercialización.

El control de aguas residuales se realiza a demanda, ante la posible presencia en las mismas de sustancias que planteen riesgos para la salud humana, siendo aportadas por diferentes servicios de salud o a demanda judicial. En este mismo campo se trabajó mediante la realización de una beca de investigación de control de calidad de dos depuradoras de aguas residuales.

Otra de las líneas de trabajo significativas en aguas fue la participación a partir de 1991 en la realización del proyecto de investigación sobre Eutrofización de Aguas Embalsadas destinadas a Consumo Humano; para este proyecto se contó con la colaboración de un facultativo becado para ello, aunque finalmente hubieron de asumirse sus funciones por pasar a otro puesto de trabajo fuera del Centro.

También es reseñable la adquisición de un nuevo equipo de espectroscopía de absorción atómica que va a permitir en los próximos años un avance notable en el análisis de metales potencialmente tóxicos en aguas, alimentos y medio ambiente. En este año se pusieron a punto las técnicas de análisis en aguas.

Dentro de esta área de trabajo se ha participado en diversos programas de control de calidad externos, organizado primeramente por el Centro Nacional de Alimentación y, posteriormente, se comienza a participar en ensayos interlaboratorios de aguas del circuito Calitax y en los ensayos interlaboratorios de carácter europeo del circuito FAPAS. En 1997 se comienza a trabajar en implantar un sistema de garantía de calidad en la sección.

Plan Nacional de Investigación de Residuos en Carnes Frescas

En 1986 comenzó en nuestra comunidad autónoma el Plan Nacional de Investigación de Residuos en Carnes (P.N.I.R.), incorporándose nuestro laboratorio al mismo, lo que trajo consigo la adquisición de material específico, como el primer cromatógrafo de gases con detector espectrométrico (masas por fraccionamiento por impacto electrónico) de Castilla-La Mancha, con lo cual habría la posibilidad de iniciar el análisis de residuos de compuestos orgánicos en muestras biológicas, ambientales y alimentarias, y por tanto disminuir y estudiar los riesgos para la salud de estas sustancias. La primera sustancia que se analizó fue clenbuterol, betaagonista responsable de múltiples brotes de intoxicación por su uso fraudulento en la alimentación animal.

Progresivamente se continúa modificando métodos analíticos existentes y aumentando los existentes. Un hecho significativo es la consecución de un detector espectrométrico (red de diodos) para acoplar al cromatógrafo de líquidos existente en metabolopatías con objeto de poder abordar la investigación de residuos de analitos que son inestables al vaporizarlos o que tienen un mayor peso molecular y no se pueden analizar por cromatografía gaseosa. Posteriormente se comienzan a analizar residuos por cromatografía líquida y metales en muestras alimentarias.

También en este campo se participa en el primer ensayo (y sucesivos) interlaboratorio de residuos de fármacos (clenbuterol en orina) que tiene lugar en España, así como en las jornadas sobre el P.N.I.R. organizadas por el Instituto de Salud Carlos III.

Otras actividades analíticas

Sobre las actividades de control analítico en aguas y alimentos establecidos como soporte de los respectivos programas de vigilancia hay que citar una serie de

actividades desempeñadas por la sección, unas veces como parte de programas específicos con una duración temporal limitada y otras motivados por la existencia de alertas o alarmas sanitarias. Entre estas podemos destacar:

- *Control de la contaminación atmosférica:* controlando los parámetros SO₂, partículas en suspensión y humos hasta tanto se mantuvieron estas actividades por la Consejería de Sanidad.
- *Riesgos para la salud:* Por circunstancias específicas se montaron técnicas como *plomo en sangre, plaguicidas en vegetales y en pescado, metales en aire y PCBs en carne.*
- *Cesión de metales por recipientes cerámicos:* plomo y cadmio, dando soporte a un programa de la Dirección General de Consumo.

Formación

La Sección a lo largo del período ha mantenido una actividad constante en temas de formación, asistiendo sus componentes a diferentes cursos, tanto propios de la Dirección General de Salud Pública como organizados por otras instituciones, como el Instituto de Salud Carlos III, lo que facilitó el avance en nuevas técnicas analíticas y en procedimientos de calibración y validación de métodos. También como método de aprendizaje se ha recurrido a la interconsulta y estancia temporal en otros centros.

Al mismo tiempo se ha participado como profesores de diversas actividades docentes realizadas en el Centro, destacando la colaboración en impartir cursos de reciclaje del profesorado de técnicos especialistas en sanidad ambiental y la estancia de profesionales de diferente nivel en prácticas.

Consideraciones finales

Durante estos años la sección ha ido evolucionando desde el análisis de parámetros de calidad de agua y aire al análisis de estos parámetros y de residuos de elementos y compuestos químicos que suponen un riesgo elevado para la salud humana. En la actualidad un tercio de las muestras que se procesan actualmente no se analizaban hace 11 años y el número de técnicas se ha quintuplicado. Esto sería imposible si el personal no estuviera debidamente formado y su nivel de cualificación no fuera muy elevado; además hay que resaltar la importancia que para este trabajo requiere la estabilidad y permanencia del personal durante largo tiempo en el mismo puesto de trabajo. Pero es indispensable que la sección se dote al

completo para poder todo lo que el personal podría dar de sí. Además si deseamos la acreditación es imposible llevarla a cabo sin el personal necesario.

Otro dato importante sobre la evolución es que en 1990 casi el 100% de las muestras procedían del Área sanitaria de Talavera de la Reina, siendo en la actualidad el 33% muestras del resto de la comunidad autónoma. Todo ello sin dejar prácticamente de analizar lo que antes se analizaba.

Tabla 16.5. Cartera de parámetros analizados en la sección de físico-químico, agrupando las matrices. 2001

PARÁMETRO	MATRIZ	MÉTODO
Alcalinidad	Aguas consumo, superficiales	Volumetría acido-base
Amonio	Aguas consumo, superficiales, residuales	Espectrometría absorción molecular
Hidrocarburos aromáticos policíclicos	Aguas consumo, superficiales, residuales	Cromatografía de gases con espectrometría de masas
Calcio	Aguas de consumo	Volumetría complexométrica
Cloro libre	Aguas consumo, residuales	Espectrometría absorción molecular
Clorofilas	Aguas de consumo	Espectrometría absorción molecular
Sulfatos	Aguas de consumo	Espectrometría absorción molecular
Cloruros	Aguas de consumo	Volumetría de precipitación
Demanda de cloro	Aguas residuales	Espectrometría absorción molecular
Identificación compuestos orgánicos	Aguas consumo, residuales	Cromatografía de gases con espectrometría de masas
Sustancias extraíbles con cloroformo	Aguas consumo, residuales	Extracción y gravimetría
Conductividad	Aguas consumo, residuales	Electrometría
Detergente (aniónicos)	Aguas consumo, residuales	Espectrometría absorción molecular
Dureza	Aguas de consumo	Volumetría-complexometría
Flúor	Aguas de consumo	Potenciometría
Fósforo	Aguas de consumo	Espectrometría absorción molecular
Fósforo total	Aguas de pantano, residuales	Espectrometría absorción molecular
Compuestos volátiles	Aguas de consumo, residuales	Cromatografía de gases con Espectrometría de masas
Nitratos	Aguas de consumo	Espectrometría absorción molecular
Nitritos	Aguas de consumo	Espectrometría absorción molecular
Oxidabilidad	Aguas de consumo, residuales	Volumetría redox
D.B.O.	Aguas de consumo, residuales, lodos	Digestión y determina. de la presión
D.Q.O.	Aguas de consumo, residuales, lodos	Digestión y Volumetría redox (reflujo abierto y reflujo cerrado)
ph	Aguas de consumo, residuales, lodos	Potenciometría
Residuo seco	Aguas de consumo	Gravimetría

PARÁMETRO	MATRIZ	MÉTODO
Materias totales en suspensión	Aguas de consumo	Gravimetría
Sólidos totales	Aguas residuales, lodos	Gravimetría
Sólidos totales fijos	Aguas residuales, lodos	Gravimetría
Sólidos Totales Volat.	Aguas residuales, lodos	Gravimetría
Sólidos susp. totales	Aguas residuales	Gravimetría
Sólidos susp. volátiles	Aguas residuales	Gravimetría
Sólidos susp. fijos	Aguas residuales	Gravimetría
Sólidos sedimentables	Aguas residuales	Volumétrica
Sólidos filtrables total.	Aguas residuales	Gravimetría
Sólidos filtrables fijos	Aguas residuales	Gravimetría
Sólidos filtra. volátiles	Aguas residuales	Gravimetría
Sulfatos	Aguas de consumo	Turbidimetría
Turbidez	Aguas de consumo, residuales	Nefelometría
MAGNESIO	Aguas de consumo	Volumetría complexometrica
ALUMINIO	Aguas de consumo, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
ALUMINIO	Aguas de consumo, superficiales residuales	Espectrometría absorción molecular
HIERRO	Aguas de consumo, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
HIERRO	Aguas de consumo, superficiales residuales	Espectrometría absorción molecular
HIERRO	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
MANGANESO	Aguas de consumo, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
MANGANESO	Aguas de consumo, superficiales residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
COBRE	Aguas de consumo, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
COBRE	Aguas de consumo, superficiales residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
PLOMO	Aguas de consumo, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
PLOMO	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
PLOMO	Hígado	Espectrometría en horno de grafito
PLOMO	Músculo	Espectrometría en horno de grafito
PLOMO	Recipientes cerámicos	Espectrometría llama aire-acetileno
NIQUEL	Aguas de consumo, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
NIQUEL	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
ARSENICO	Aguas de consumo, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
ARSENICO	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
ARSENICO	Hígado	Espectrometría en horno de grafito
ARSENICO	Músculo	Espectrometría en horno de grafito
ZINC	Aguas de consumo, superficiales,	Espectrometría en horno de grafito

PARÁMETRO	MATRIZ	MÉTODO
	residuales, lodos	
ZINC	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
CADMIO	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
CADMIO	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
CADMIO	Hígado	Espectrometría en horno de grafito
CADMIO	Músculo	Espectrometría en horno de grafito
CROMO	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría en horno de grafito
CROMO	Aguas de consumo, superficiales, residuales, lodos	Espectrometría llama aire-acetileno Screening metales antes de grafito
Plaguicidas	Aguas de consumo, superficiales, residuales	Cromatografía de gases con Espectrometría de masas
Plaguicidas	Vegetales	Cromatografía gas-liquido con Espectrometría de masas
Plaguicidas (organofosforados)	Músculo (carnes y pescados)	Cromatografía gas-liquido con Espectrometría de masas
Plaguicidas (organoclorados)	Músculo (carnes y pescados)	Cromatografía gas-liquido con Espectrometría de masas
Nitrógeno total	Aguas superficiales, residuales	Espectrometría absorción molecular
MERCURIO	Aguas superficiales, residuales	Espectrometría absorción atómica del vapor frío
MERCURIO	Lodos	Espectrometría absorción atómica del vapor frío
MERCURIO	Músculo	Espectrometría absorción atómica del vapor frío
SODIO	Aguas de consumo, superficiales, residuales	Emisión de llama
POTASIO	Aguas de consumo, superficiales, residuales	Emisión de llama
Dióxido de azufre	Aire	Espectrometría absorción molecular
Estilbenos	Orina, músculo, medicamentos, correctores, pienso	Cromatografía gas-liquido con Espectrometría de masas
Sustancias Acción Hormonal (S.A.H.)	Orina, músculo, medicamentos, correctores, pienso	Cromatografía gas-liquido con Espectrometría de masas
Xenobióticos	Orina, músculo, medicamentos, correctores, pienso	Cromatografía gas-liquido con Espectrometría de masas
Sulfamidas	Orina, medicamentos, correctores, piensos, hígado, músculo, riñón	Cromatografía líquida con Espectrometría absorción molecular
Tetraciclinas	Orina, medicamentos, correctores, piensos, hígado, músculo, riñón	Cromatografía líquida con Espectrometría absorción molecular
Tranquilizantes	Orina, medicamentos, correctores, piensos, hígado, músculo, riñón	Cromatografía líquida con Espectrometría absorción molecular
Aditivos (benzoico etc.)	Alimentos	Cromatografía líquida con

PARÁMETRO	MATRIZ	MÉTODO
		Espectrometría absorción molecula
PCBs (bifenilos policlorados)	Leche, huevos, grasa	Cromatografía gas-liquido con Espectrometría de masas
Geosmina	Aguas de consumo, superficiales, concentrados de algas en embalses	Cromatografía de gases con detector de masas
Metil isoborneol	Aguas de consumo, superficiales, concentrados de algas en embalses	Cromatografía de gases con detector de masas
Clembuterol	Pienso, hígado, pelo	Cromat. gases con detec. de masas

Por último, podemos ver brevemente cuál ha sido la evolución en cuanto a número de muestras y determinaciones (Figura 16.11).

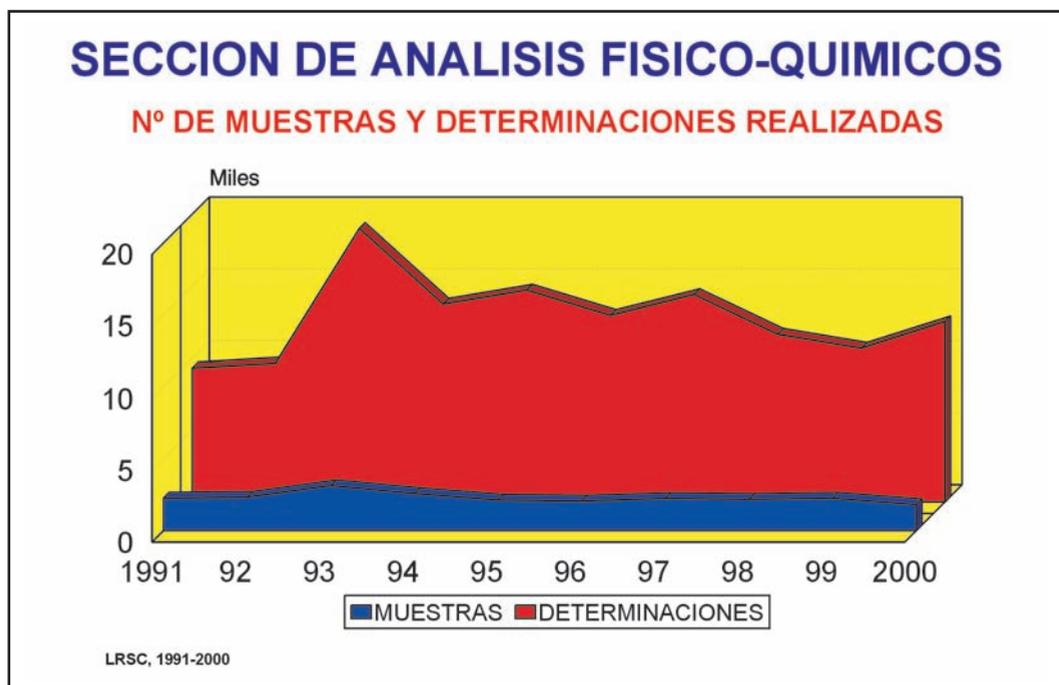


Figura 16.11. Sección de análisis físico-químicos: Evolución del Número de muestras y determinaciones realizadas. 1991-2000.

ESCUELA REGIONAL DE SALUD PÚBLICA

A lo largo del año 1988 se configura el Servicio Escuela Regional de Salud Pública (ERSP) con estructura propia, asumiendo las funciones que hasta el momento eran gestionadas por la Sección de Formación e Investigación de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y continuando con las tareas docentes que el Centro Regional de Salud Pública ha desempeñado desde su inauguración, a través de la Jefatura de Estudios. Estas funciones son las siguientes:

- Formación de recursos humanos.
- Fomento de la Investigación en Ciencias de la Salud.
- Fondo de Documentación Sanitaria.

Los objetivos de estos tres programas pueden resumirse de la siguiente forma:

Programa de Formación de Recursos Humanos

- Capacitar a los diversos profesionales para una elevada competencia en su trabajo habitual.
- Proporcionar o mejorar la formación de base en Salud Pública y la formación específica en Gestión de Servicios de Salud que permita a los profesionales una visión amplia del fenómeno de la Salud-Enfermedad, sus determinantes y el modo de medirlo y estudiarlo, gestionar los recursos e intervenir sobre él.
- Promover el desarrollo y la carrera de los profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha.

El diseño del programa anual se basa en los siguientes criterios:

- a) Recoger las prioridades y necesidades formativas establecidas por la Consejería de Sanidad.

- b) Recoger las necesidades expresadas por los profesionales sanitarios.
- c) Recoger las prioridades que surgen del desarrollo de los programas de la Dirección General de Salud Pública.

Programa de Fomento de la Investigación

- Fomentar la creación de grupos de investigadores que se inicien en la Investigación en Ciencias de la Salud.
- Financiar Proyectos de Investigación de calidad de especial interés para la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, de forma complementaria con el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS).
- Becar la asistencia de profesionales a programas de formación de larga duración no ofertados por la Consejería de Sanidad, que sean de especial interés en relación con el puesto de trabajo que desempeñan.
- Subvencionar la Organización de actividades Científicas y Formativas y otorgar ayudas para la Asistencia a Actividades Formativas de Larga Duración sobre temas de Salud, que contribuyan a mejorar la formación de los profesionales y al intercambio de conocimiento y experiencias en el ámbito de la Comunidad Autónoma.



Figura 17.1. Una de las aulas de la ERSP.

Programa de Documentación en Ciencias de la Salud

- Proporcionar a los profesionales e investigadores el material bibliográfico necesario para mejorar su práctica diaria, docencia e investigación.
- Coordinar los fondos documentales regionales en Ciencias de la Salud.

Para describir los aspectos más importantes de este periodo, utilizaremos los tres ejes clásicos:

- Estructura (medios materiales y humanos).
- Proceso (funcionamiento, métodos de trabajo).
- Resultados (actividad realizada).

Estructura

A lo largo de estos casi 14 años, los medios materiales y humanos han sufrido una importante evolución.

Recursos humanos

En los momentos iniciales (1988), el personal asignado a la ERSP se reducía al Jefe de Servicio con el apoyo de una auxiliar. En el año 2001 la dotación de personal se recoge en la siguiente tabla:

PERSONAL	PROGRAMAS		
	1	2	3
Jefe de Servicio	R	R	R
Jefe de Estudios	R		C
Técnico Superior	C	R	C
Técnico Superior			R
Técnico Medio		R	C
Auxiliar	C	C	
Auxiliar	C	C	
Auxiliar	C		
Auxiliar	C	C	
Auxiliar	C		C
Auxiliar	C		C
Auxiliar	C		C
Ordenanza encargado de reprografía	C	C	C

R = responsable . C = colabora.

1= Programa de Formación, 2 = Programa de Investigación, 3 = Fondo Documental.

Es de destacar que la mayor parte de estas plazas no son de nueva creación, sino recuperadas de otros servicios del CRSP.

Medios materiales:

Han mejorado considerablemente a lo largo de este período. En 1988 se habilitó el edificio-vivienda del Director como sede de la ERSP, con sucesivas ampliaciones a medida que se produce la incorporación de personal. Así mismo se ha ampliado las instalaciones docentes y las dedicadas al Fondo de Documentación sanitaria, contando con un Salón de Actos con 110 plazas de capacidad, dos aulas para 30-40 alumnos, una de ellas dotada para aula informática y una con 20 plazas de capacidad, así como diversas salas para trabajo de grupos. Existe un sistema de traducción simultánea, así como los medios audiovisuales necesarios (proyectores de diapositivas y transparencias, cañones de proyección de datos, etc). Otra característica de la ERSP es la existencia de una residencia para los estudiantes, con habitaciones individuales (26) y dobles (12), con una capacidad máxima de 50 camas, lo que posibilita la realización de cursos en régimen de internado, aspecto de gran utilidad en una región del tamaño de Castilla-La Mancha.

En el momento actual el espacio es insuficiente. Las instalaciones administrativas están al máximo de capacidad y no podrían absorber la eventual incorporación de nuevas personas. Las instalaciones docentes necesitarían una ampliación ya que el número de camas disponibles para residencia de alumnos y profesores (42 camas efectivas, si se usan las habitaciones dobles como de uso individual) son escasas y restringen la posibilidad de realizar varios cursos a la vez. El Fondo de Documentación Sanitaria se encuentra en una situación de agobio y sería necesaria la construcción o habilitación de una amplia sala-biblioteca.

En lo que respecta al equipamiento informático (hardware), ha pasado en este período de cero a una razonable equipación, si bien faltan puestos para usuarios del Fondo Documental y algunos equipos están casi obsoletos. No ocurre lo mismo respecto al software. A medida que se fue ampliando la equipación informática se fueron diseñando aplicaciones de gestión por los propios técnicos del Servicio, con las bases de datos y lenguajes de programación de la época, sin visión integral, con duplicación y hasta triplicación de información en algunos casos. El 80% de las aplicaciones que funcionan hoy en día fueron diseñadas hace bastantes años. Se está avanzando en el diseño de nuevas aplicaciones con bases de datos más modernas y en entorno windows, pero el ritmo es muy lento, de forma que si se mantiene el actual, en una estimación optimista, pasarán dos años hasta que la actualización sea completa.



Figura 17.2. Habitación de la ERSP.

En el acceso a través de Internet, el retraso es considerable. Actualmente está en fase finalización una página web que permitirá acceder a abundante información y servicios.

Es especialmente preocupante la situación del Fondo Documental, muy sensible al desarrollo de las nuevas tecnologías. La situación actual es prácticamente la misma de hace 10 años, con toda la documentación en papel. Queda pendiente el desarrollo de un sistema de teledocumentación con acceso *on-line* a bibliografía, medicina basada en la evidencia y revistas electrónicas con texto completo para los profesionales del Servicio de Salud, y una coordinación también *on-line* entre los Fondos Documentales en Ciencias de la Salud de la Región.

Proceso:

Formación de recursos humanos:

A lo largo de estos 14 años, las funciones de la ERSP en materia de Formación no han sufrido modificaciones importantes, si bien sí ha aumentado la cantidad de actividades realizadas. En esencia estas funciones se concretan en la coordinación anual del programa de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad y la organización, ejecución y evaluación de las actividades formativas centralizadas que se realizan en la propia Escuela. Los métodos utilizados para la definición de los programas anuales de Formación sí han sido objeto de un proceso que merece la pena destacar.

En la etapa inicial se apostó por dos objetivos metodológicos claros:

- Diseñar un programa de formación plurianual a medio plazo (4 años), basado en las necesidades formativas objetivadas mediante un estudio detallado de las mismas entre los profesionales de la región, utilizando el análisis de tareas.
- Este programa sería definido y ejecutado coordinadamente con el INSALUD.

Para ello se realizó en 1998-99 un estudio de necesidades formativas con la metodología propuesta por la OMS, con la siguiente metodología:

- Identificar las profesiones sanitarias relevantes en la Comunidad Autónoma.
- Constituir un grupo de trabajo por cada profesión con representantes de sus distintos ámbitos profesionales. Al grupo se le pedía que llegara a un consenso sobre las diferentes tareas de cierta relevancia que el profesional realiza en su trabajo habitual.
- Para cada profesión se elaboró un cuestionario que contenía todas las tareas



Figura 17.3. Actividad en el Salón de Actos de la ERSP.

identificadas. Este cuestionario se envió a la totalidad de los profesionales de la región. En él debían calificar cada tarea sobre su importancia y la necesidad o no de formación respecto a ella.

- Con los resultados de la encuesta se pudieron priorizar necesidades formativas para cada profesión y cada ámbito profesional dentro de ellas, transformándose en actividades específicas con objetivos concretos y colectivos diana bien definidos.
- Con estos resultados se elaboró un plan cuatrienal para el periodo 1990-1993 que se ofertó a los profesionales.

El resultado práctico fue decepcionante. Muchos de los cursos que se ofertaron no tuvieron demanda suficiente y hubo que suspenderlos. Al final del primer año se tomó la decisión de revisar el plan, incorporando cada año nuevas actividades formativas basadas en las propuestas puntuales de los profesionales.

Desde 1991, la metodología utilizada para definir los programas centralizado y descentralizado es la recogida anual (con métodos más o menos formales) de las necesidades formativas prioritarias para los servicios y programas de salud y para los profesionales.

En este periodo 1988-2001, se han realizado algunos intentos de elaborar una oferta formativa diferente a la propiamente de Formación Continuada (en este sentido la ERSP entiende que la Formación Continuada es una formación que realiza

el profesional titulado, muy concreta y dirigida a mejorar una tarea que debe realizar en su trabajo diario, por tanto con un componente de mejora en la habilidad muy acusado, y generalmente son cursos relativamente cortos de 5 a 25-30 o máximo 40 horas). Estas diferentes ofertas (o intentos de oferta) han sido las siguientes:

a) ***Formación básica en Salud Pública: Cursos de Diplomados de Sanidad***

Se realizaron diversas ediciones en la región hasta el año 1988, no solamente para titulados superiores (médicos, farmacéuticos, veterinarios, etc.) sino que hubo ediciones para titulados medios y otras para desempleados. A lo largo del año 1988 la Consejería de Sanidad decidió suspender la realización de estos cursos debido al peso desproporcionado que tenían en los baremos, de forma que un profesional que hubiera hecho el curso una importante ventaja en siguientes concursos. Además de ciertos reparos sobre la utilidad de sus contenidos formativos, muy amplios y generales y abordados de forma muy superficial, dado el reducido número de horas (120).

Ha sido un Curso que jugó un importante papel en épocas anteriores, pero que debería sufrir una remodelación importante contemplando el uso de las nuevas tecnologías, además de situar su valor en los baremos en sus justos términos, equiparándolo hora a hora (crédito a crédito) con otras actividades formativas. Es un curso que podría tener su lugar para la formación introductoria a profesionales que se inician en su trabajo en Salud Pública y no tienen una formación previa en estas áreas. Pero actualmente la selección se realiza por baremo, por lo que son elegidos los profesionales con más puntos (por tanto más antiguos, con mayor formación previa, etc.). La Escuela Nacional de Sanidad está coordinando un intento de redefinir y adaptar este curso a las nuevas necesidades.

b) ***Programa Superior de Salud Pública:***

Este proyecto quedó en fase de diseño en el año 1995. Se trataba de estructurar un título (en coordinación con la Universidad de Castilla-La Mancha) equivalente a un Master, que se realizaría de forma modular a lo largo de un máximo de 4 años, acumulando créditos en las áreas General, Metodología, Sanidad Ambiental e Higiene de los Alimentos y Gestión de Servicios de Salud, más la realización de un trabajo original de investigación, dentro de los cursos que se ofertan anualmente por la Consejería de Sanidad. La complejidad del proyecto, la falta de recursos para soportarlo y la falta de definición de su prioridad estratégica hicieron que quedara en un mero proyecto.

c) ***Formación “especializada”. Cursos monográficos de media-larga duración:***

Durante estos años se han acometido de forma esporádica algunos intentos de formación más amplia y especializada, sobre todo en áreas de Gestión. Así en 1989-

90 se realizó el Curso de Dirección de Hospitales, en colaboración con la Universidad de Castilla-La Mancha y la Escuela Nacional de Sanidad con 440 horas lectivas y en 1998-99 el Curso de Gestión de Servicios de Salud con 300 horas, título propio de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Merece especial atención el Curso a Distancia de Tecnologías Educativas para profesionales de la Salud, iniciado en 1997, con 130 horas lectivas de duración, que constituye la primera (y única) experiencia de formación a distancia de la ERSP. Sus resultados son muy satisfactorios y previsiblemente continuará en los próximos años.

d) ***Curso de Asistencia farmacéutica y Salud Pública en Castilla-La Mancha:***

Creado con motivo del concurso para la adjudicación de Oficinas de Farmacia en 1997, se han realizado numerosas ediciones tanto en la ERSP como en las diferentes provincias. Con 120 horas de duración, va dirigido exclusivamente a farmacéuticos.

Fomento de la Investigación en Ciencias de la Salud

Durante estos años no se han modificado sustancialmente las funciones de la ERSP en relación con este apartado, manteniendo las que originalmente correspondían a la Sección de Formación e Investigación de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, que son las siguientes:

- Gestión de la convocatoria anual de ayudas para proyectos de investigación en salud.
- Gestión de la convocatoria anual de ayudas para asistencia a actividades formativas de larga duración.
- Gestión de la convocatoria anual de subvenciones para organización de actividades científicas y formativas.

Respecto a la metodología empleada, cabe mencionar la implantación de un sistema de revisión por evaluadores externos desde 1989 para la evaluación de los proyectos de investigación presentados a la convocatoria, que desde 1995 se amplió con la evaluación adicional de la Agencia Nacional de Evaluación (ANEP).



Figura 17.4. Seminario de la OMS.

Fondo de Documentación Sanitaria

El Fondo de Documentación Sanitaria se constituyó en 1988 a partir de los fondos existentes en la biblioteca del Centro Regional de Salud Pública, ampliando considerablemente la colección de revistas y la propia biblioteca, implantando un sistema de catalogación basado en el utilizado por BIREME, iniciando la difusión mensual a toda la región del Boletín de Información Bibliográfica que recoge los sumarios de las revistas nuevas recibidas en la hemeroteca en el último mes. Se inició la oferta gratuita a los profesionales de búsquedas bibliográficas y un servicio de acceso a documentos con reproducción de artículos científicos. En el año 1992 se inició un proceso de coordinación con los Fondos Regionales de Documentación Sanitaria radicados en los hospitales y en la Universidad que dio lugar a la confección de un catálogo colectivo de publicaciones periódicas que posteriormente se incluye en el catálogo colectivo nacional, publicado en CD-ROM y actualmente accesible a través de Internet para las bibliotecas especializadas.

Esta oferta se mantiene en el momento actual, sin modificaciones sustanciales, habiendo quedado insuficiente por las razones anteriormente expuestas.

Resultados

A continuación se ofrecen los datos más sobresalientes de actividad realizada.

Formación de recursos humanos

Número de actividades formativas

En la Figura 17.5 se muestra la evolución por años del número de actividades formativas realizadas en el Centro desde 1976. Se identifican con claridad 3 periodos:

- Periodo inicial, desde 1976 a 1980, en el que se realizaron un número de actividades que oscilaba entre 3 y 12 al año que, como después veremos, eran sobre todo cursos de formación integral.
- Periodo 1981-1984: caracterizado por la escasa actividad formativa, coincidiendo con la situación general del Centro.
- Periodo 1985 hasta la actualidad: aumenta progresivamente la actividad docente del Centro, a raíz de la creación de la Consejería de Sanidad.

Horas lectivas realizadas

En la Figura 17.6 se recoge la evolución del número de horas lectivas, tanto totales como de las pertenecientes al programa de Salud propio de la Consejería de

Sanidad, que muestra una evolución paralela al número de actividades. Es destacable que a partir de 1986, comienzan a realizarse en las instalaciones del Centro actividades promovidas por otras instituciones u otras Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad (Consumo, Plan Regional de Drogas, etc.), que algunos años, han supuesto casi el 50% de la actividad docente realizada en el Centro.

Contenidos de la actividad docente

Tiene interés analizar con un cierto detalle los contenidos de la actividad docente realizada dentro del programa de Salud propio de la Consejería de Sanidad, ya que difiere en las distintas etapas del Centro, coincidiendo con las necesidades y prioridades de cada una de ellas.

En la Figura 17.7 se muestra la distribución global en estos 25 años de las áreas temáticas impartidas en el programa de Salud de la Consejería de Sanidad: Promoción de la Salud, Sanidad Ambiental, Administración-Gestión sanitarias, Métodos epidemiológicos, Asistencia sanitaria y cursos de Formación integral. Puede apreciarse que están bastante equilibradas, con una ligera supremacía del área de Asistencia sanitaria que incluye Salud Mental; sin embargo la distribución temporal varía de unas áreas a otras, reflejando las prioridades de la Consejería en cada momento:

- En la Figura 17.8 se aprecia que Promoción de la Salud se ha impartido durante todo el período, con un aumento en los últimos 6 años.
- En la Figura 17.9 puede observarse cómo el área de Sanidad Ambiental se ha desarrollado, sobre todo a partir de 1994, coincidiendo con la reestructuración de los servicios veterinarios.
- El área de Metodología epidemiológica tuvo un máximo en los años 1993-94-95 siendo prácticamente inexistente antes de ese periodo y habiendo descendido sustancialmente en los últimos años (Figura 17.10).
- Administración-Gestión sanitaria se ha concentrado en 3 periodos: 1985-86-87 en que se comenzó la reestructuración de los servicios de Atención Primaria y se impartieron cursos de iniciación a la programación, y posteriormente la impartición de dos cursos largos de Gestión en 1980-90 y más recientemente en 1999 (Figura 17.11).
- La formación en Asistencia sanitaria se mantiene durante todo el periodo, con picos esporádicos. El mayor volumen de formación (en número de horas lectivas) tuvo lugar en los años 1986-87 con motivo de la programación de cursos de reciclaje clínico para médicos de Atención Primaria (Figura 17.12).
- Finalmente, la formación integral se concentra en los primeros años de funcionamiento del Centro, desapareciendo prácticamente a partir de 1991, al haberse optado por programar actividades más específicas (Figura 17.13).

Alumnos formados en las instalaciones del Centro

En la Figura 17.14 se muestra la evolución del número de alumnos formados en la ERSP, con un total de 19.217 en estos 25 años.

En lo que respecta a la profesión de los alumnos que se puede ver en la Figura 17.15, predominan los médicos (38% del total), seguidos de enfermeros, veterinarios, farmacéuticos y otras profesiones.

Finalmente, en la procedencia de los alumnos, el 44% son del ámbito de Atención Primaria, 37% personal de la propia administración sanitaria y el resto de Atención especializada (Figura 17.16).

Fomento de la Investigación en Ciencias de la Salud

Ayudas solicitadas y concedidas (en pesetas)

En la Figura 17.17 se muestran las cantidades solicitadas y concedidas en el conjunto de las tres convocatorias que gestiona la ERSP. Se solicitan del orden de 180 millones de pesetas al año y se conceden ayudas por valor de unos 50 millones.

Número de solicitudes

En la Figura 17.18 se muestra la evolución temporal del número de solicitudes de los distintos tipos de ayudas: Proyectos de investigación (50-70 por año), Asistencia a actividades formativas de larga duración (120-160 por año), Organización de cursos (80-110 por año) y Organización de reuniones científicas (10-25 por año).

Número de ayudas concedidas

En la Figura 17.19 se muestra la evolución temporal del número de ayudas concedidas de los distintos tipos: Proyectos de investigación (20-30 por año), Asistencia a actividades formativas de larga duración (50-100 por año), Organización de cursos (25-50 por año) y Organización de reuniones científicas (10-20 por año).

Fondo de Documentación Sanitaria

Número total de peticiones atendidas

Desde 1991 el número de peticiones al Fondo creció desde algo más de 2000 a un máximo de 7600 en 1996, para estabilizarse y decrecer ligeramente en los dos últimos años (Figura 17.20).

Biblioteca: libros y monografías

La biblioteca ha ido creciendo paulatinamente contando en la actualidad con 6996 volúmenes (Figura 17.21). En los dos últimos años el número de nuevas incorporaciones al Fondo ha sido escaso (alrededor de 110 volúmenes al año, Figura 17.22). El número de préstamos (Figura 17.23) también se ha reducido en los dos últimos años, con alrededor de 1.000 volúmenes prestados.

Hemeroteca

El número de revistas (Figura 17.24) crece lentamente en 7-10 nuevas revistas al año, existiendo en la actualidad 172 revistas “vivas”. Es destacable el hecho de que el Fondo de Documentación Sanitaria funciona en Red de manera coordinada con el resto de Fondos Documentales de la región, de los hospitales y Universidad (Escuelas de Diplomados en Enfermería). La Red está integrada en el Catálogo Colectivo Nacional de Publicaciones Periódicas en Ciencias de la Salud.

Búsquedas bibliográficas

Es la actividad del Fondo que ha sufrido un mayor descenso en los dos últimos años (Figura 17.25) debido posiblemente al creciente uso de las nuevas tecnologías (posibilidad de búsquedas a través de internet) que hace que los profesionales no tengan que acudir a los Fondos Documentales. Es previsible que en los próximos años se acreciente este descenso.

Reproducción de artículos científicos

Algo similar se observa respecto a los artículos científicos (Figura 17.26), aunque en menor medida, explicable por el creciente uso de las revistas electrónicas a texto completo disponibles en la red.

Boletín mensual de información bibliográfica

Continúa editándose mensualmente este boletín de sumarios en papel, que está llamado a ser sustituido en un futuro no demasiado lejano por otros productos y servicios virtuales a través de internet.

Copias realizadas en la unidad de reprografía

Se mantiene estable en torno a 3,2 millones de copias/año, tanto para las necesidades del Fondo como de las otras unidades de la ERSP y otros servicios del CRSP (Figura 17.27).



Figura 17.5. Total de cursos realizados en la ERSP. 1976-2000.

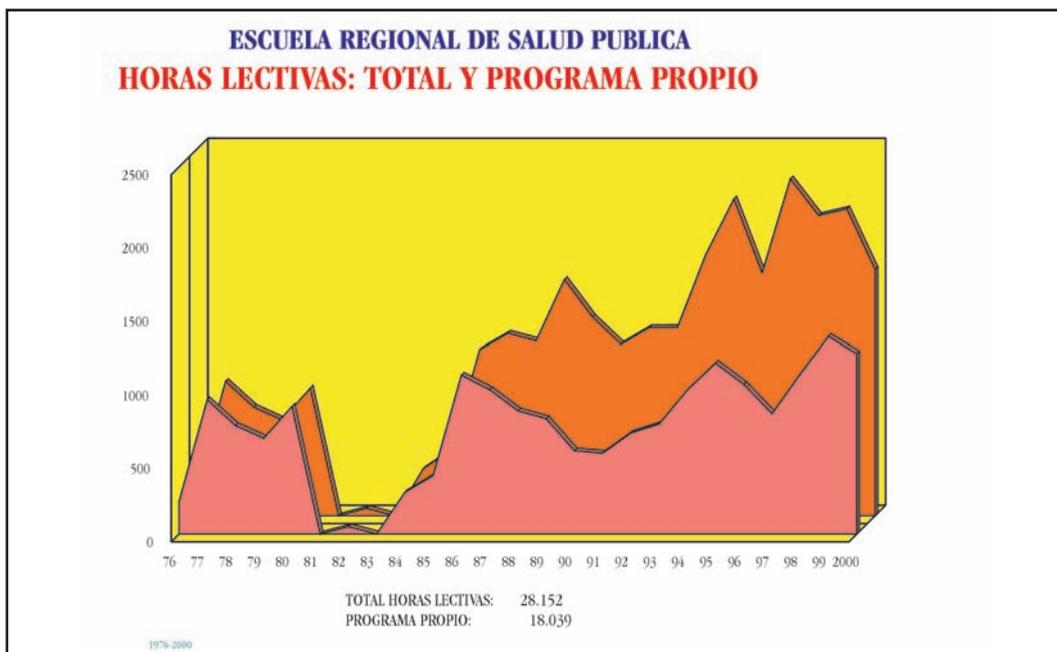


Figura 17.6. Horas lectivas: total y programa propio. 1976-2000.

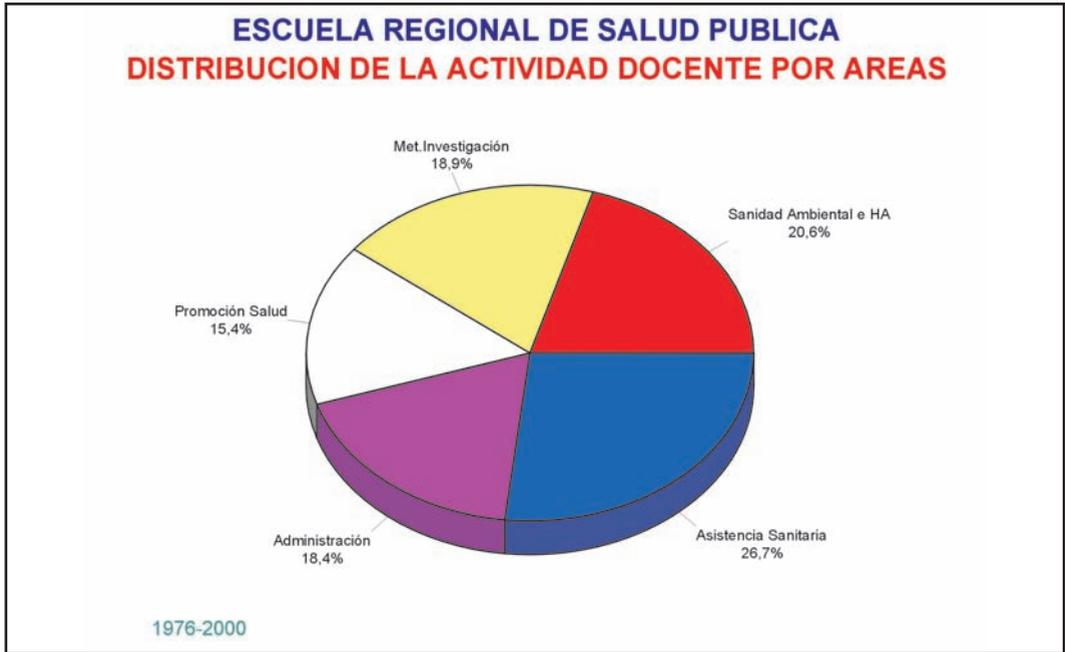


Figura 17.7. ERSP. Distribución de la actividad docente por áreas. 1976-2000.

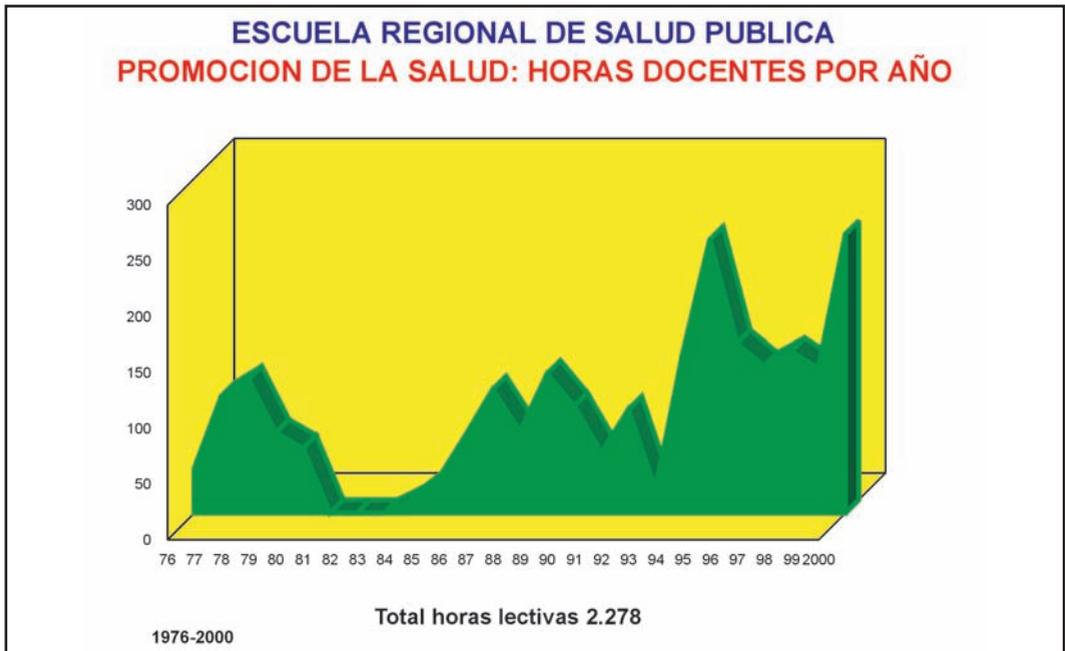


Figura 17.8. ERSP. Distribución de la actividad docente de Promoción de la Salud. 1976-2000.

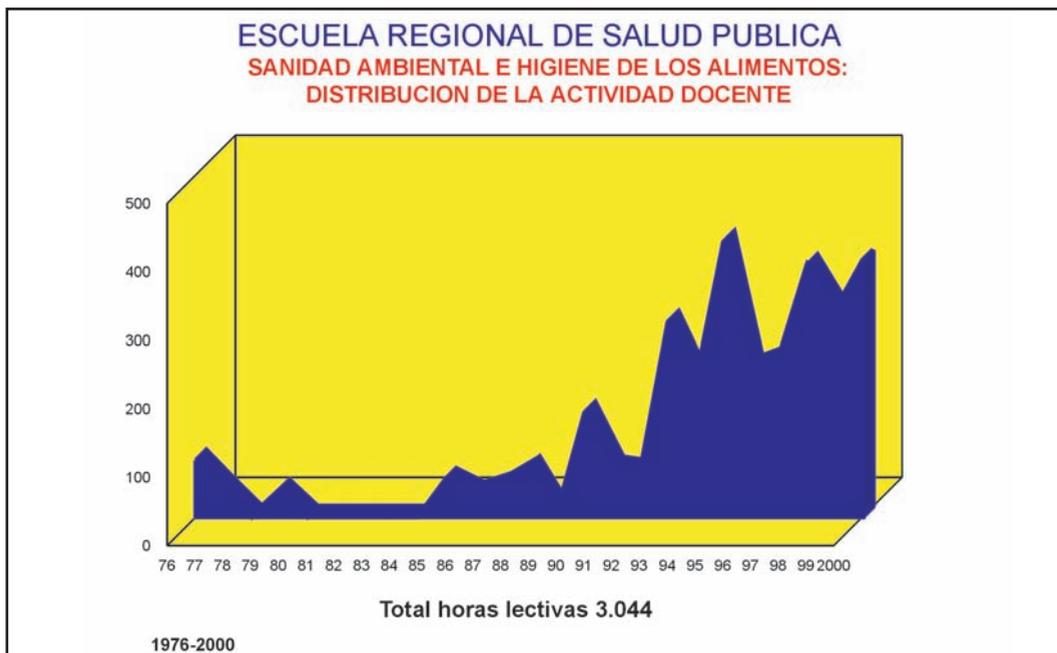


Figura 17.9. ERSP. Distribución de la actividad docente de Sanidad Ambiental e Higiene de los Alimentos.

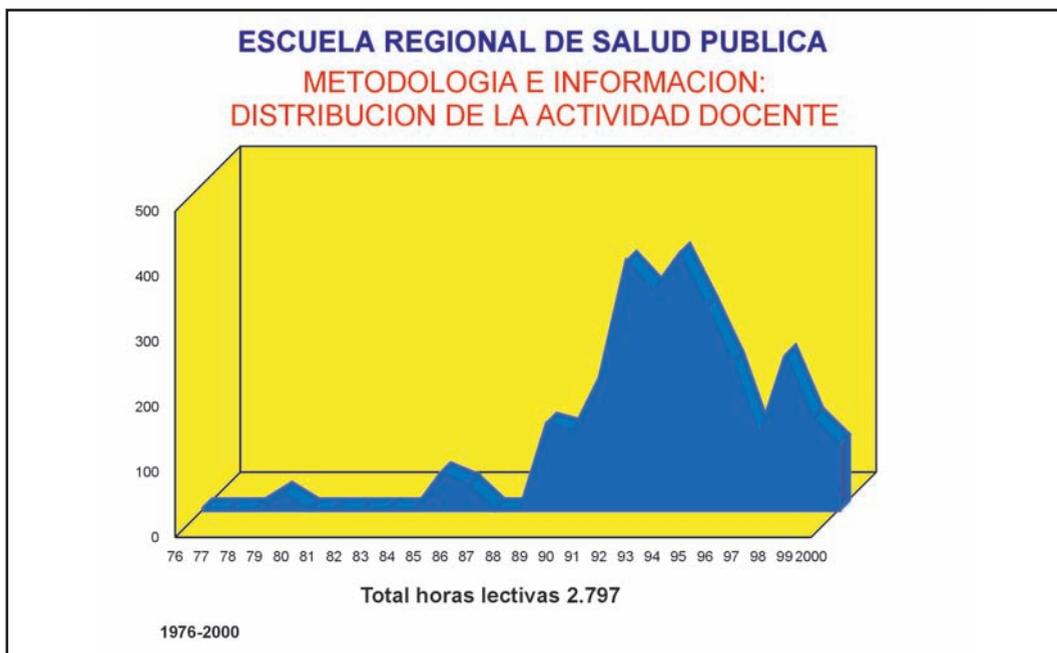


Figura 17.10. ERSP. Distribución de la actividad docente de Metodología e Información. 1976-2000.

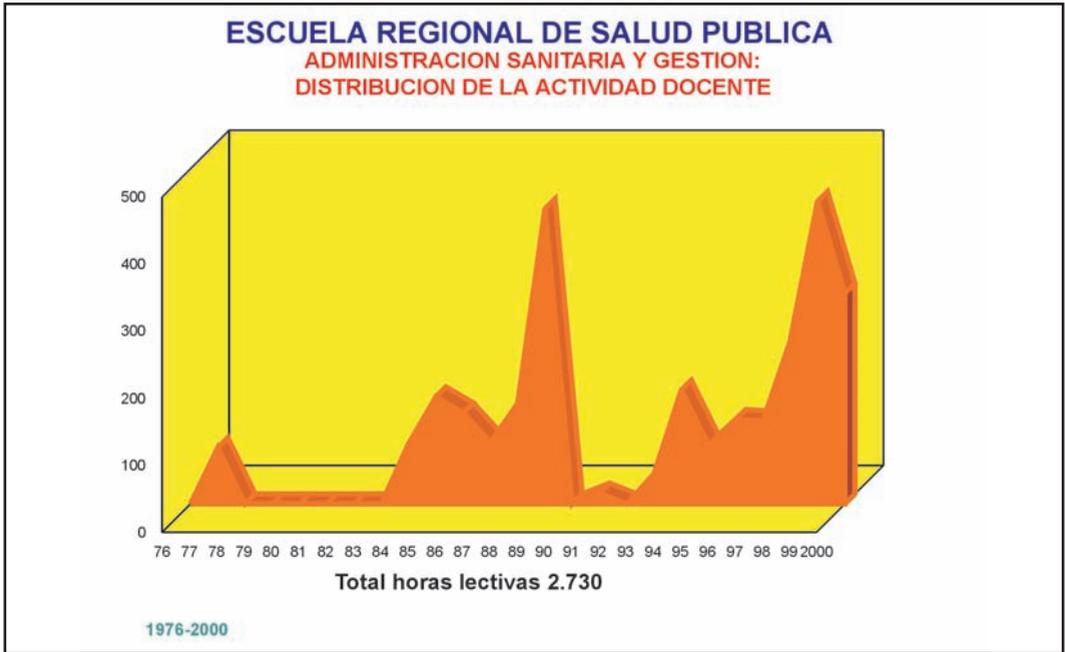


Figura 17.11. ERSP. Distribución de la actividad docente de Metodología e Información. 1976-2000.

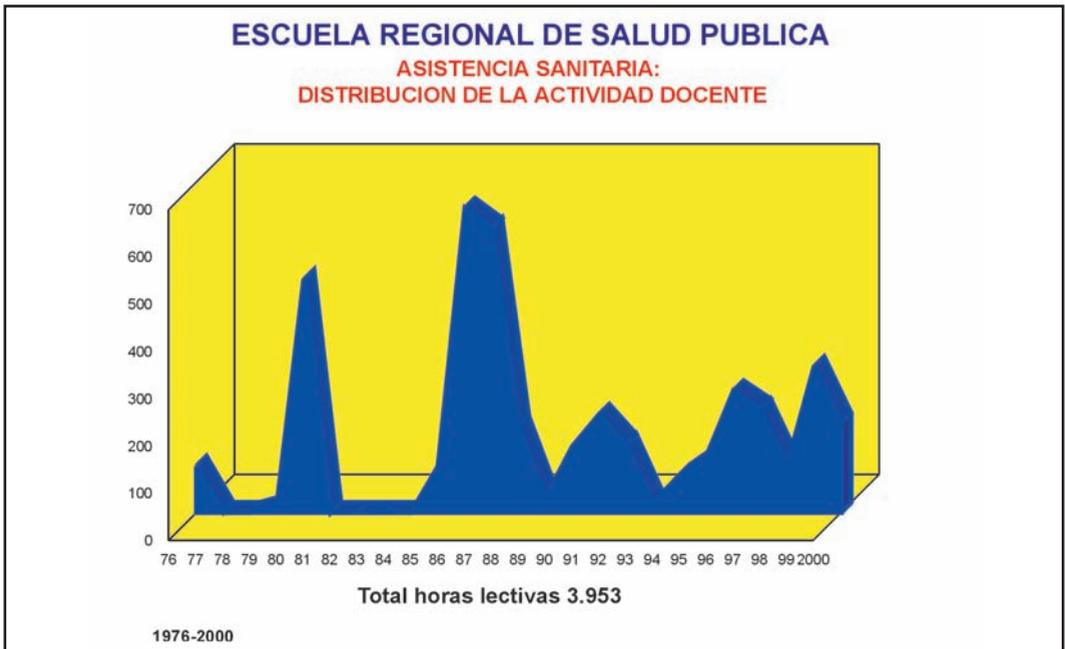


Figura 17.12. ERSP. Distribución de la actividad docente de Asistencia Sanitaria. 1976-2000.

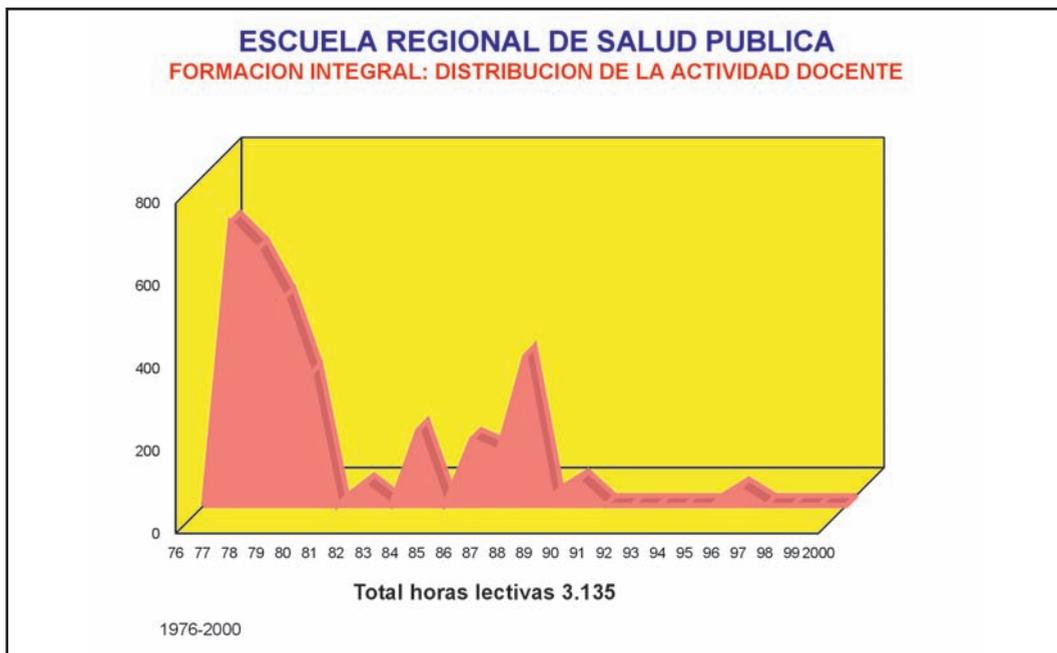


Figura 17.13. ERSP. Distribución de la actividad docente de Formación Integral. 1976-2000.

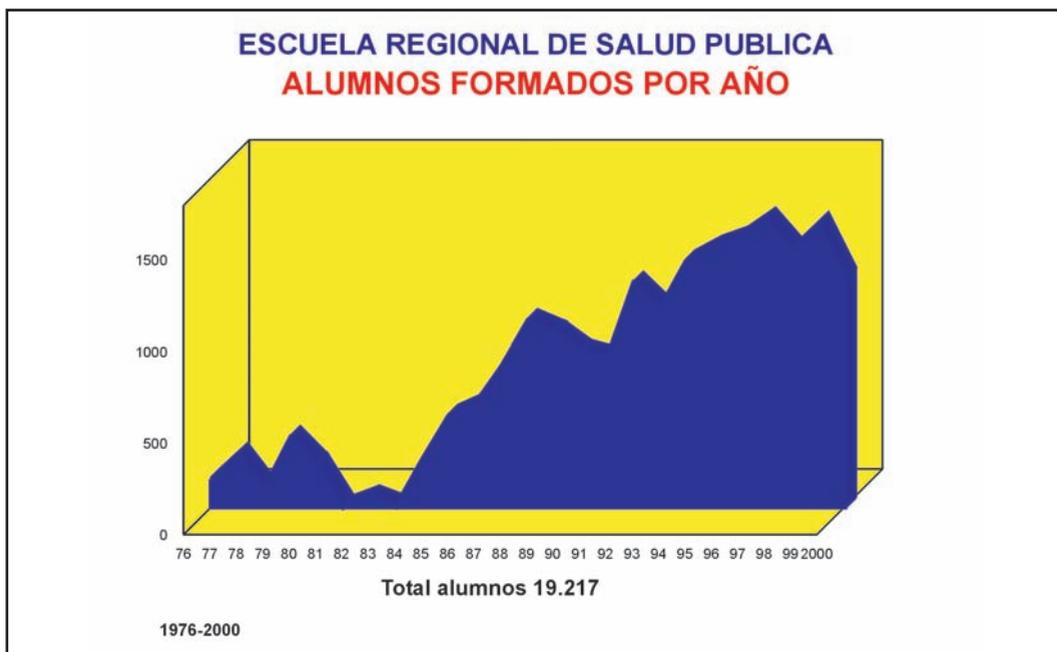


Figura 17.14. ERSP. Alumnos formados por año. 1976-2000.

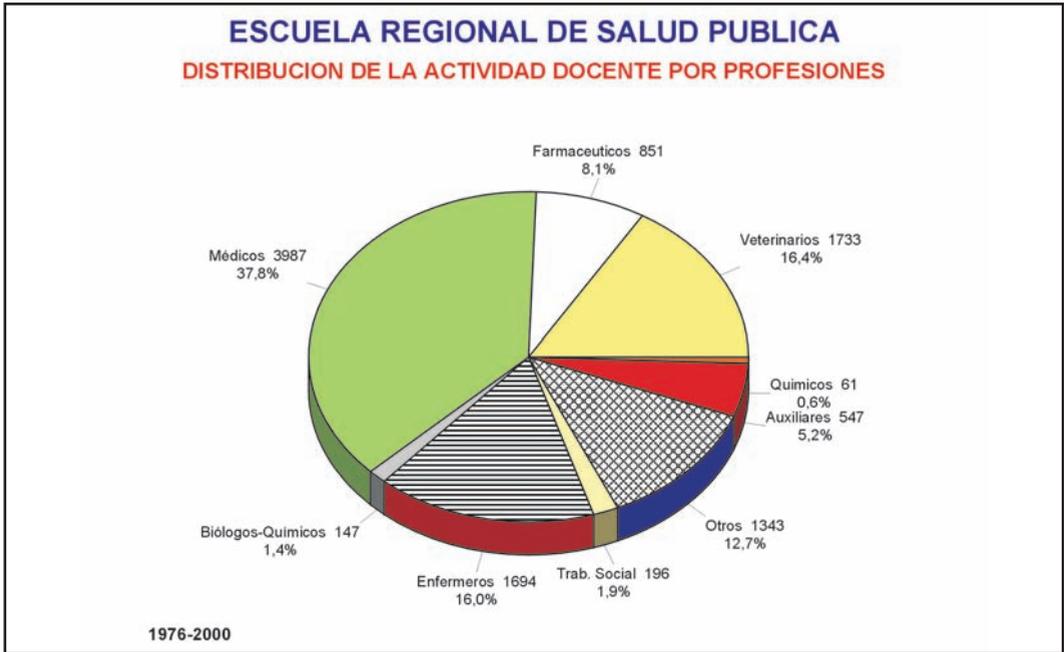


Figura 17.15. Distribución de la actividad docente por profesiones. 1976-2000.

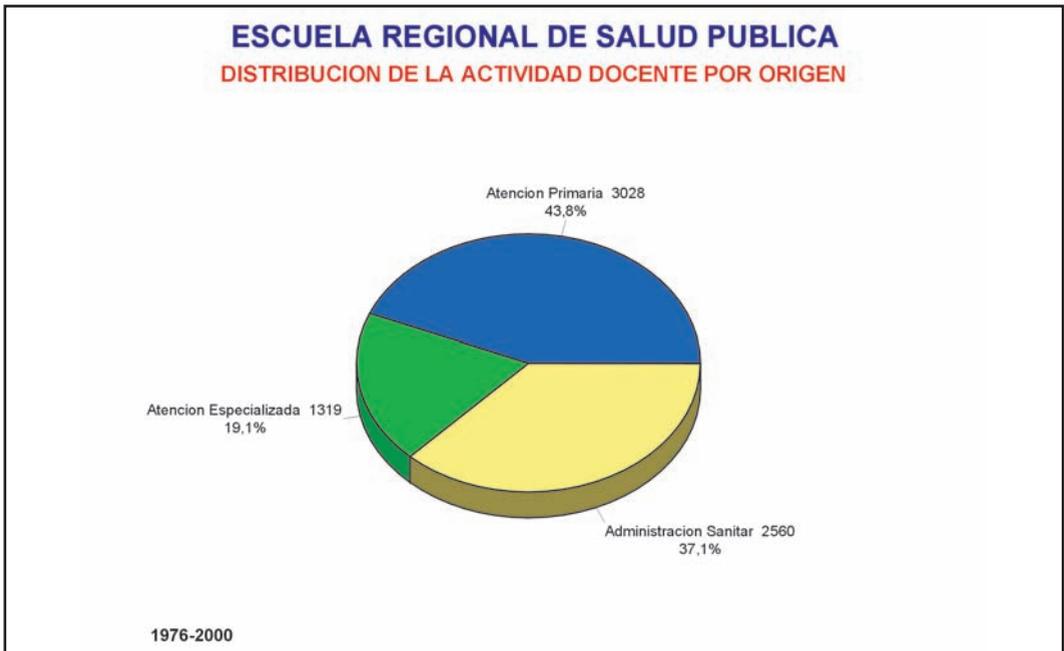


Figura 17.16. Distribución de la actividad docente según origen. 1976-2000.

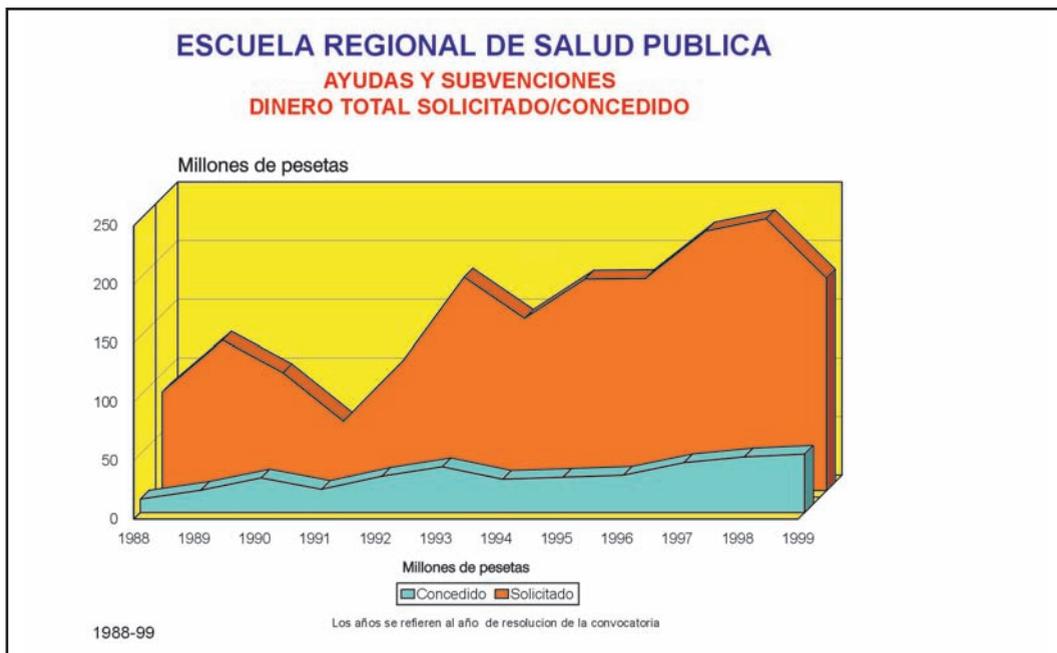


Figura 17.17. ERSP. Ayudas y subvenciones. Dinero total solicitado/concedido. 1988-89.

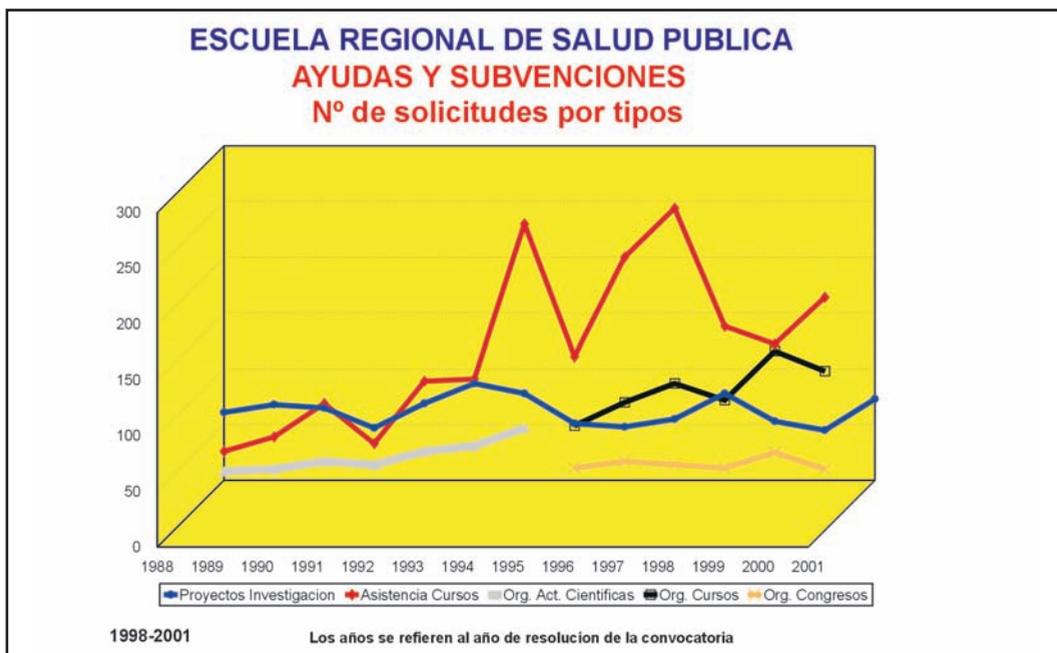


Figura 17.18. ERSP. Ayudas y subvenciones; número de solicitudes por tipos. 1988-2001.

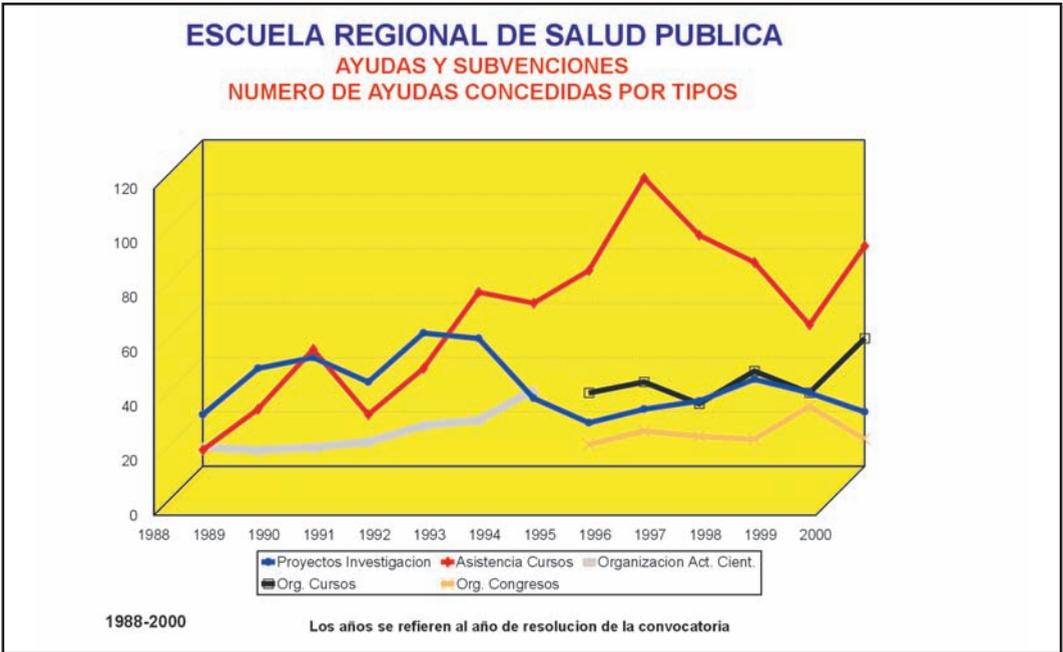


Figura 17.19. ERSP. Ayudas y subvenciones. Número de ayudas concedidas por tipos. 1988-2000.

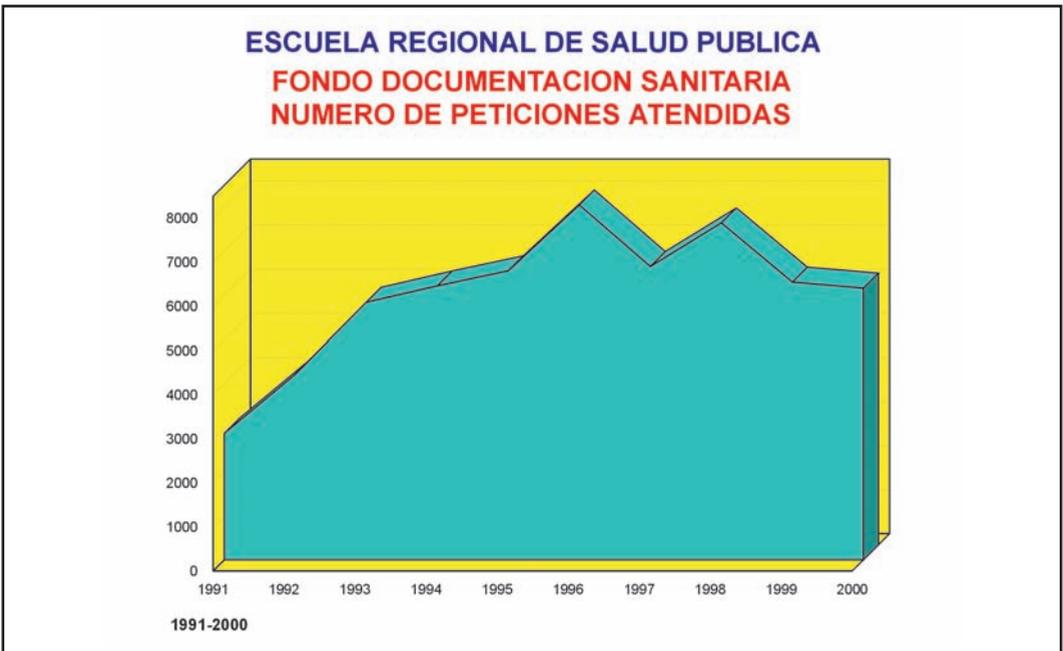


Figura 17.20. FDS. Número de peticiones atendidas. 1991-2000.

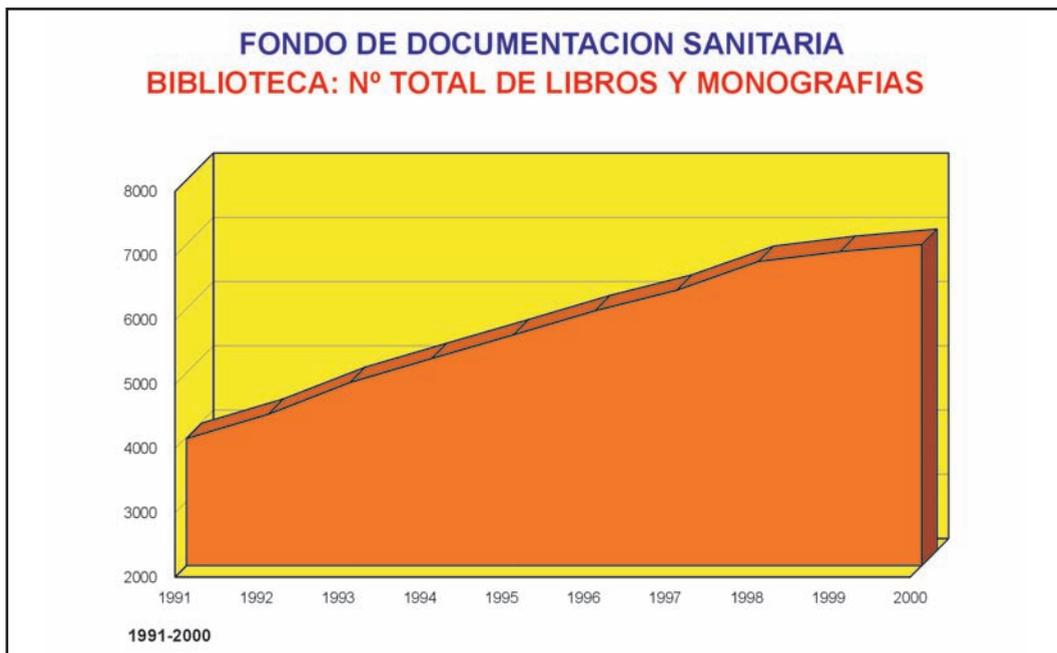


Figura 17.21. Biblioteca: Número total de libros y revistas. 1991-2000.

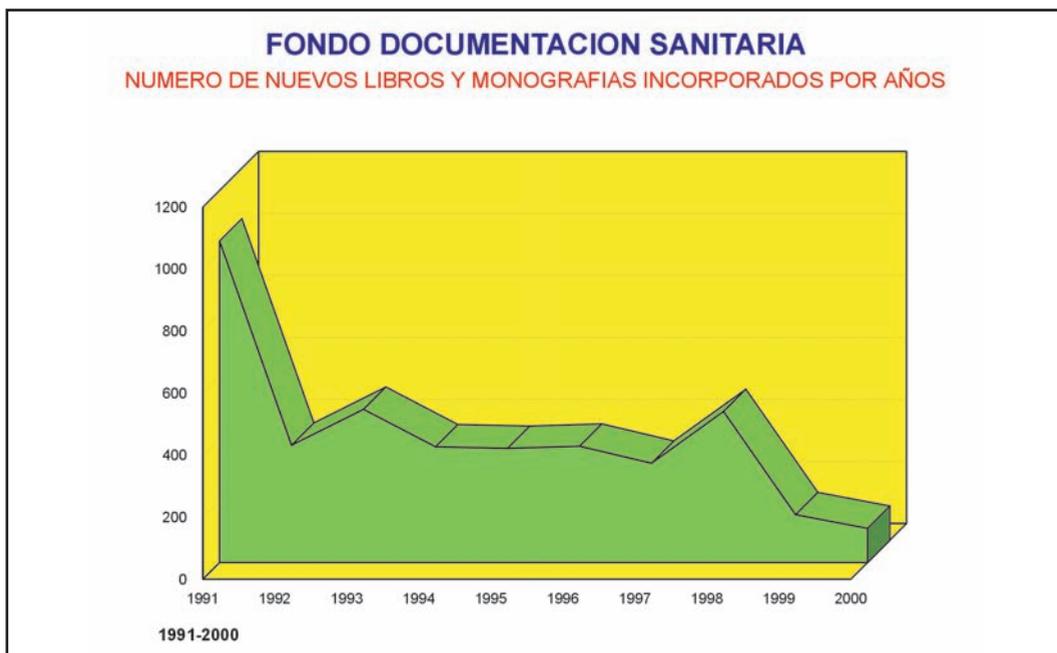


Figura 17.22. Biblioteca: Libros y monografías incorporados por años.

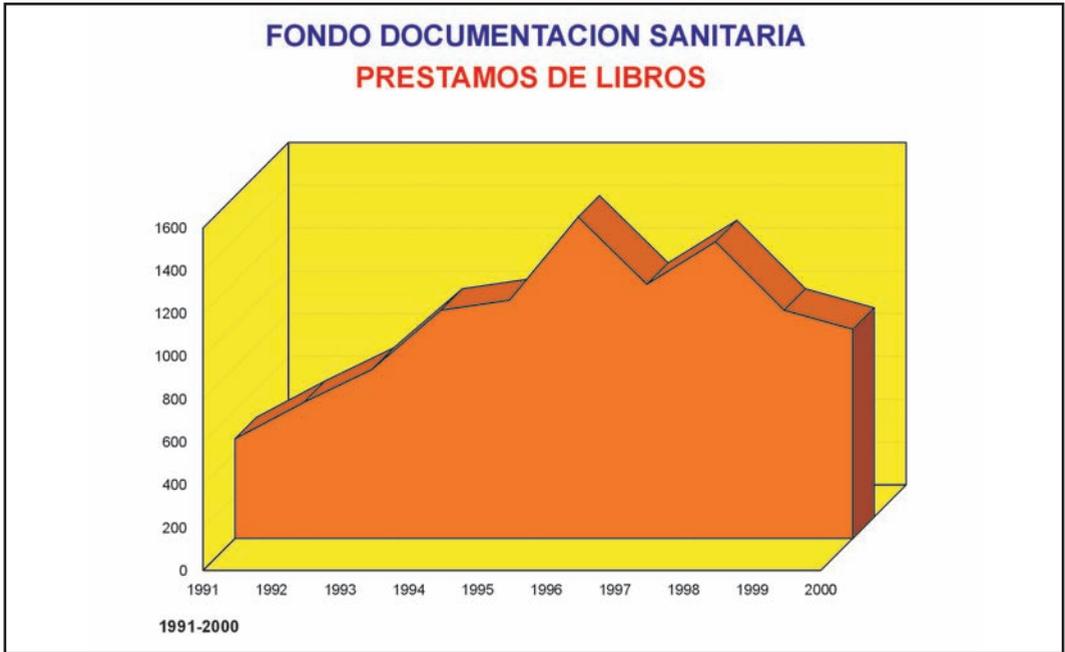


Figura 17.23. FDS: Préstamos de libros por año. 1991-2000.

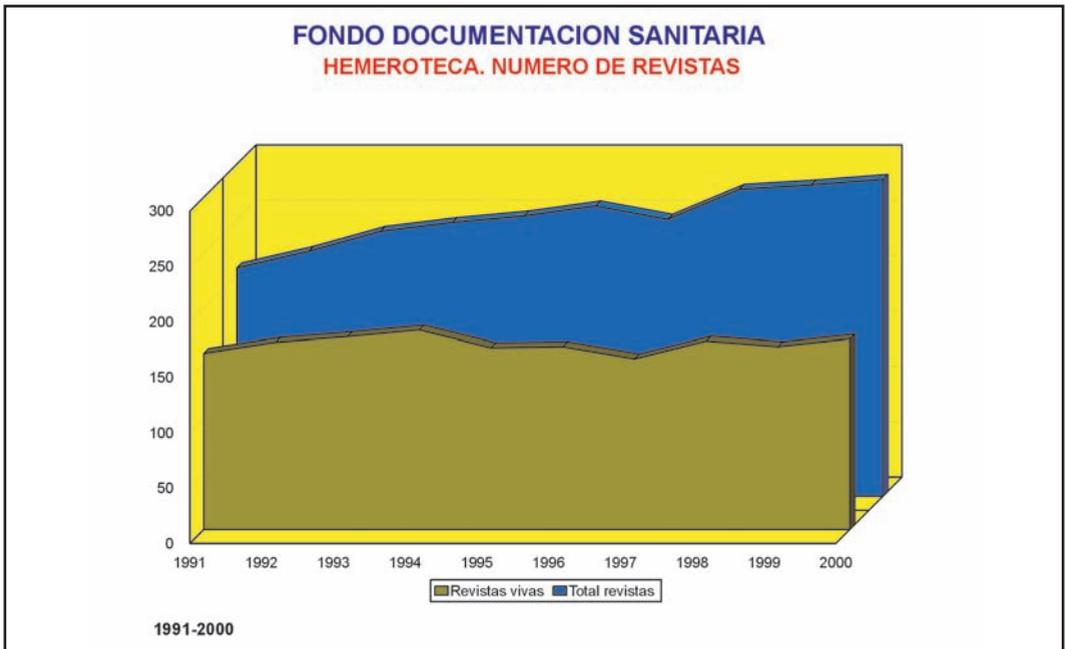


Figura 17.24. FDS. Hemeroteca: Evolución del número de revistas vivas y total. 1991-2000.

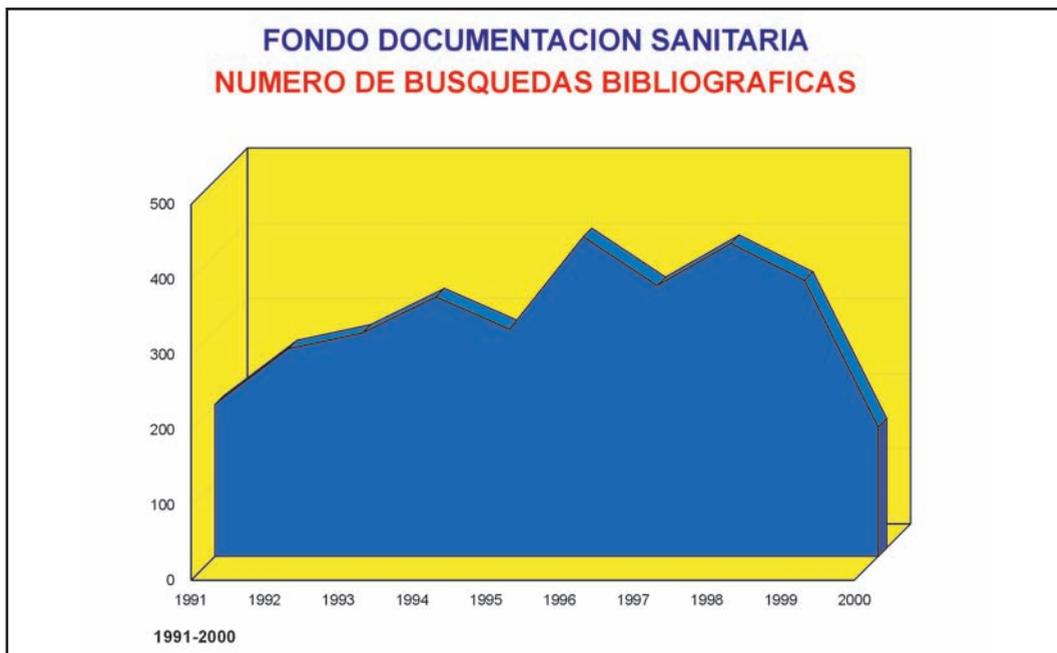


Figura 17.25. FDS: Número de búsquedas bibliográficas por año. 1991-2000.

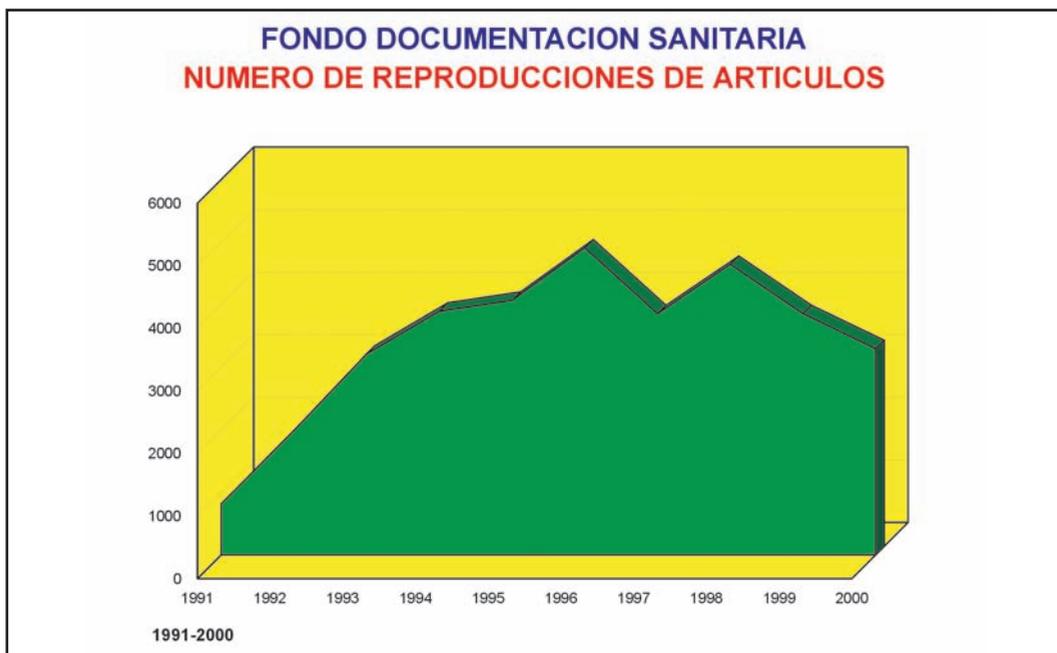


Figura 17.26. FDS: Número de reproducciones de artículos. 1991-2000.

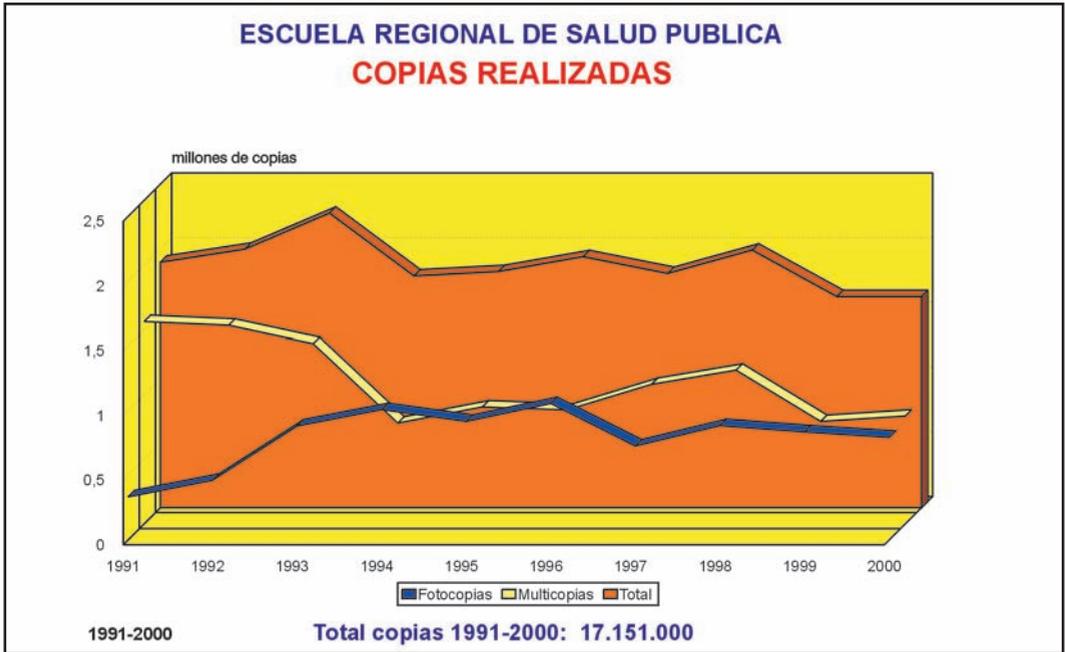


Figura 17.27. ERSP: Fotocopias y multicopias realizadas. 1991-2000.

SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Servicio de Promoción de la Salud comenzó a funcionar como tal a partir del mes de mayo de 1977. Por esas fechas la plantilla estaba formada por 4 médicos, contando con un número variable de enfermeras (2-3) y de auxiliares de clínica (4-6), ya que en esos primeros tiempos las actividades que se desarrollaban no estaban claramente definidas ni delimitadas entre los diferentes Servicios que formaban el Centro Nacional de Demostración Sanitaria (CNDS).

La estructura del Servicio de Promoción de la Salud ha sufrido los lógicos cambios a lo largo del tiempo, adaptándose a las diferentes circunstancias organizativas del Centro, que podríamos sintetizar en las siguientes áreas funcionales, coincidentes o no con secciones del mismo: salud materno-infantil, salud escolar, salud del adulto y educación para la salud. A partir de la Reforma de la Atención Primaria en 1984 poco a poco las actividades que desarrolla el Servicio (y en general todo el Centro) y que al principio tenían un marcado carácter integral (en el sentido de integrar en un mismo programa acciones de asistencia, prevención y promoción) y experimental (en el sentido primitivo de testar y desarrollar programas piloto que luego pudieran aplicarse de forma extensiva), se fueron convirtiendo cada vez más en tareas de orientación, supervisión y gestión, ya que la mayor parte de las actividades de los programas tradicionales, materno-infantil, escolar y adulto van siendo asumidas paulatinamente por los equipos de atención primaria de los nuevos Centros de Salud, que desarrollan ahora gran parte de las tareas que anteriormente se realizaban por parte del CNDS.

Ya en 1976 se iniciaron una serie de acciones, tales como campañas de vacunaciones, reconocimientos periódicos en salud y de manipuladores de alimentos, consulta de puericultura-pediatría, etc., que aunque en un sentido estricto no fueran de promoción, pues tenían que ver más con la prevención y la protección que con la promoción de la salud, posteriormente serían incorporadas y desarrolladas por el Servicio. Asimismo se debe citar como la participación del Servicio en programas específicos, como el Plan de Acción Sanitaria de Robledo del Mazo y Espinoso del Rey.

Área de Salud Maternoinfantil

Inicialmente se ponen en marcha las actividades asistenciales de pediatría/puericultura, recogidas en el capítulo sobre el Servicio de Enfermedades Infecciosas. Asimismo se pone en funcionamiento una consulta de vacunaciones a demanda, atendida por una enfermera y auxiliar que paulatinamente irá captando a la población infantil susceptible de ser vacunada de Talavera de la Reina. Al mismo tiempo se desarrollan actividades para vacunar a población marginal, cuya asistencia a los servicios sanitarios es muy improbable. Tras la supresión de la actividad asistencial la consulta de Pediatría deriva hacia actividades de puericultura, manteniendo actividad asistencial dirigida a la población infantil (0-14 años) sin cobertura de la Seguridad Social.

A partir de 1980 se pone en marcha el **Plan continuado de vacunación infantil**, sistematizándose el registro de vacunaciones mediante el parte de declaración nominal de vacunaciones, de remisión obligatoria para todos los sanitarios del Área. Se realiza en colaboración con el Servicio de Epidemiología la primera estimación de cobertura vacunal del Área que de acuerdo con el calendario vacunal vigente. En ese año la cobertura oscila para la primovacuna-ción (3 primeras dosis de D.T.P.) entre el 21,4% en la comarca de la Vera (Cáceres) y el 100% en la comarca de Valdepusa (en la que se estaba desarrollando el programa de Organización de la Comunidad para la Salud). En Talavera de la Reina la cobertura estimada fue para ese año del 75,2%, realizándose la mayor parte de las vacunaciones de la ciudad en la consulta de vacunaciones del CNDS.

Tabla 18.1. Calendario vacunal vigente en 1980

EDAD NIÑO	V A C U N A S
3 meses	D.T.P., Polio tipo I
5 meses	D.T.P., Polio tipo I,II,III,
7 meses	D.T.P., Poli tipo I,II,III,
15 meses	Sarampión
18 meses	D.T., Polio tipo I,II,III,
6 años	Tétanos, Polio tipo I,II,III,
11 años	Rubéola (solo niñas)
14 años	Tétanos, Polio I,II,III,



Figura 18.1. En la consulta de salud materno-infantil.

A finales de 1987, se pone en marcha el programa informático de vacunas que tiene como objetivos:

- La captación de los recién nacidos del Área sanitaria.
- La informatización de la recogida de todos los datos referentes declaración vacunal (parte nominal de vacunaciones) que remiten los sanitarios locales.
- Proporcionar información individualizada a sanitarios sobre el estado vacunal de su población adscrita.
- Facilitar información a los padres sobre fechas de vacunaciones, etc.
- Facilitar la gestión de stocks y su distribución.

Con la informatización se consigue mejorar considerablemente el control del programa de vacunaciones y conocer con precisión el estado vacunal de toda la población infantil del Área, consiguiéndose niveles de cobertura muy elevados, prácticamente siempre por encima del 90%. Algunos descensos temporales son atribuibles más a problemas con la declaración que a caídas reales en la cobertura vacunal.

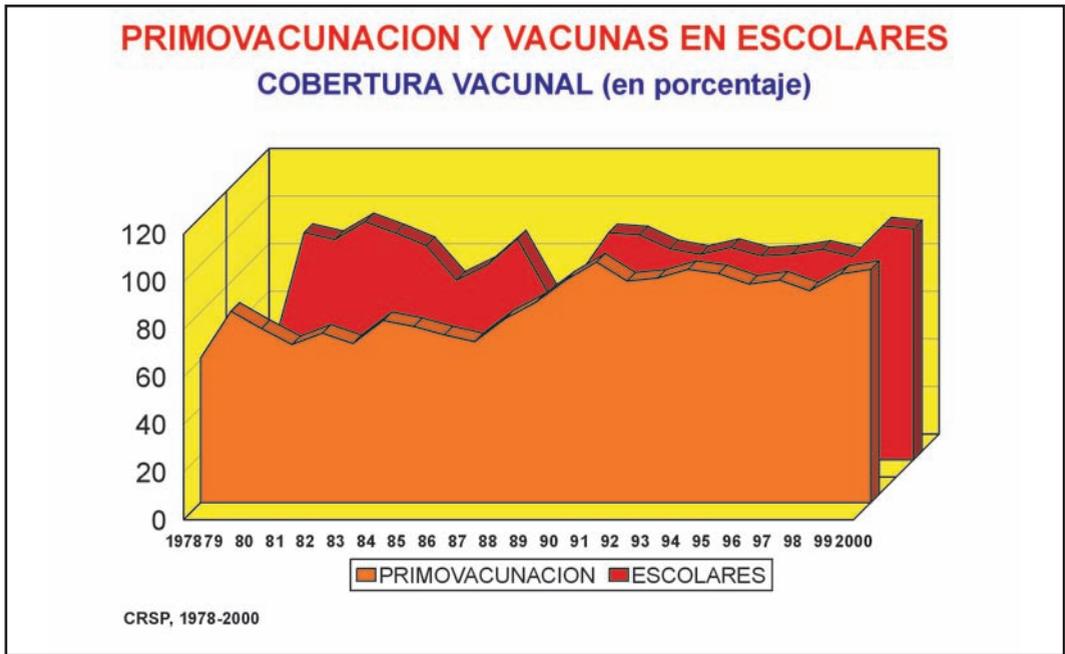


Figura 18.2. Evolución de la cobertura vacunal, 1978-2000.

En 1983, después de realizar un detallado estudio de necesidades en el campo de la **salud materno-infantil** en Talavera de la Reina realizado por la sección correspondiente, se decide la descentralización este tipo de actividades a diversos barrios de la ciudad, en los que coinciden las circunstancias de difícil acceso al sistema sanitario y nivel de desarrollo socioeconómico medio o bajo. Desde ese año y hasta 1989 (fecha en que el programa materno-infantil es asumido oficialmente por los servicios asistenciales del INSALUD), todas las actividades relacionadas con la salud de la madre y el niño pequeño, se agrupan funcionalmente en un programa común denominado de salud materno-infantil, que se desarrolla en diversos consultorios periféricos de Talavera cedidos por el Ayuntamiento, la Iglesia o asociaciones ciudadanas a los que se desplaza diariamente un equipo móvil integrado por personal sanitario del Servicio de Promoción de la Salud (un médico, una enfermera, una-dos auxiliares y un trabajador social). En el CNDS se mantiene la consulta de pediatría/puericultura a demanda que atiende fundamentalmente población rural y a población marginal de la ciudad que no era atendida en las consultas de barrios.

Los objetivos que se propone el Programa materno infantil son los siguientes:

- Definición del área materno-infantil incluyendo como tal la salud del embarazo, la planificación familiar y la salud del niño pequeño hasta cumplir los 6 años.

- Descentralización de las actividades que hasta entonces se vienen realizando en el CNDS, para mejorar y garantizar la accesibilidad de los servicios a toda la población.
- Implantación de la educación para la salud como actividad prioritaria del programa.

Se protocolizan y se implantan las actividades siguientes:

- Cuidados higiénicos y nutricionales con especial fomento de la lactancia materna.
- Inmunizaciones.
- Prevención, diagnóstico precoz y orientación sanitaria de las alteraciones más frecuentes en el niño y en la embarazada.
- Prevención del embarazo no deseado.
- Preparación al parto.

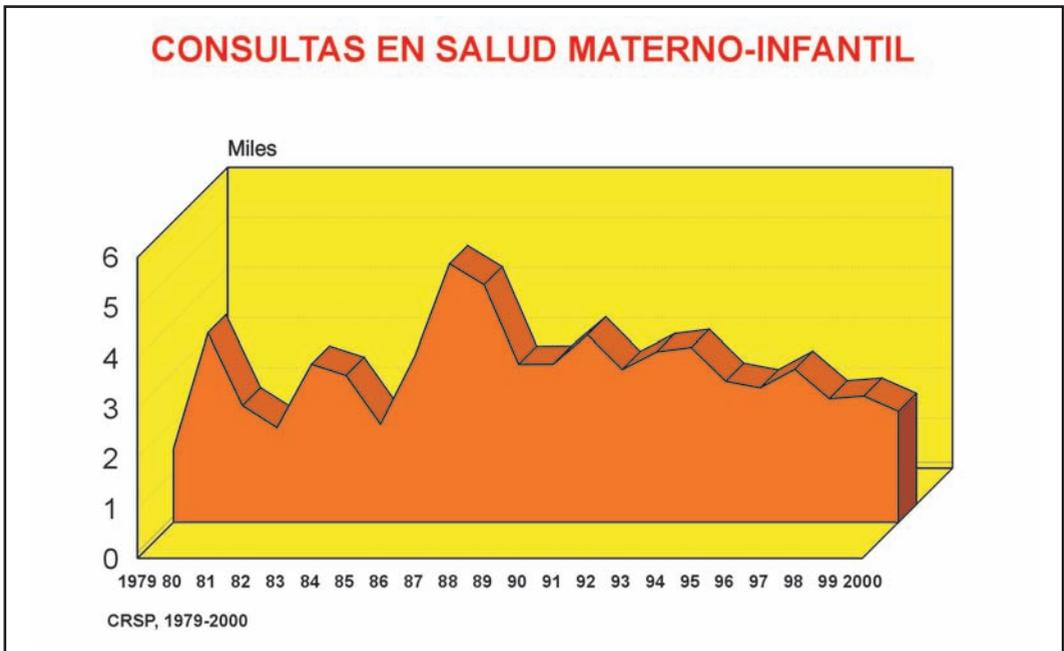


Figura 18.3. Evolución del número de consultas de salud materno-infantil.

Con la descentralización se consigue un aumento muy importante en la asistencia y control de madres y niños, aumentando las coberturas vacunales de forma espectacular (llegando en algunas zonas al 100% de los niños).

Tabla 18.2. Calendario vacunal en vigor a finales de 2000

EDAD	V A C U N A
RECIÉN NACIDO	Hepatitis B (HB)
2 MESES	Polio (PVO) Difteria, tétanos y tosferina (DTP) Haemophilus influenza B (HiB) Hepatitis B (HB) Meningitis Meningocócica tipo C
4 MESES	Polio (PVO) Difteria, tétanos y tosferina (DTP) Haemophilus B (HiB) Meningitis Meningocócica tipo C
6 MESES	Polio (PVO) Difteria, tétanos y tosferina (DTP) Haemophilus influenza tipo B Hepatitis B (HB) Meningitis Meningocócica tipo C
15 MESES	Sarampión, rubéola y parotiditis (TV)
18 MESES	Polio (PVO) Difteria, tétanos y tosferina (DTP) Haemophilus influenza tipo B (HiB)
6 AÑOS	Polio (PVO) Difteria, tétanos y tosferina (DTP) Sarampión, rubéola y parotiditis (TV)
11 AÑOS	Sarampión, rubéola y parotiditis (TV)*
14 AÑOS**	Difteria y tétanos (DT)

* TV – A los 11 años, a aquellos niños que no las hubieran recibido a los 6 años.

** HB – Todos aquellos niños nacidos antes del uno de enero de 1.999 se vacunarán con tres dosis.

En 1989 coincidiendo con cambios en los responsables de la Sección y constatándose la progresiva asunción por parte de los profesionales de Atención Primaria de la asunción del programa de control del niño sano, cesan las actividades de salud materno-infantil en los barrios de Talavera de la Reina. Al tiempo se implanta la cartilla de la embarazada, el carnet de salud infantil y la visita puerperal obligatoria, que poco a poco se van generalizando a todo el Área sanitaria.

La cobertura de visita puerperal alcanza el 73% en 1995 (sobre el total de partos), aunque si tenemos en cuenta que los porcentajes de muestras de sangre extraídas a recién nacidos para realizar la detección de metabopatías que se remiten al Laboratorio del C.R.S.P. durante la primera semana de vida, están próximos al 100%, podemos deducir que probablemente existe una subdeclaración de las visitas realmente efectuadas por parte de los sanitarios de los equipos de atención primaria, ya que la extracción se realiza habitualmente durante dichas visitas. Los datos más significativos obtenidos a partir de la ficha de visita puerperal remitida por los sanitarios de los equipos de atención primaria se han recogido en la tabla siguiente:

Tabla 18.3. Condiciones de riesgo materno-infantil. ASTR. 1983

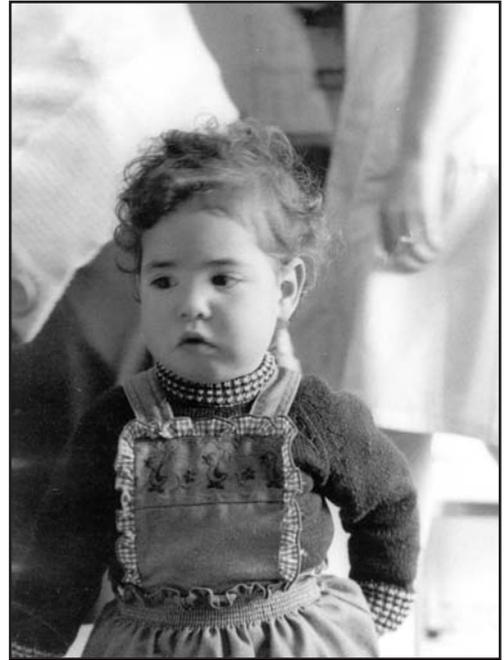
RIESGO MATERNO-INFANTIL	N.º DE CASOS	PORCENTAJE
Embarazo no deseado	169	18,8
Tabaquismo en embarazadas	102	11,3
No preparación al parto	296	33,3
Parto distócico (excepto cesárea)	105	11,7
Cesárea	111	12,3
Madre sin pareja	30	3,3
No realiza planificación familiar	292	33,0
Síndrome depresivo posparto	89	9,9
Lactancia materna < 3 meses	207	23,1
Peso < 2,5 k. al nacer	30	3,3
Edad madre < 20 años	49	4,8
Edad “ 20-35 años	904	88,8
Edad > 35 años	64	6,2

Fuente: Declaración a través de la visita puerperal.

*El porcentaje se ha calculado sobre el total de **visitas declaradas (896)** de un total de **1.017 partos**.

Llama la atención de estos datos el elevado número de cesáreas y partos distócicos existentes en el A.S.T.R., cercano al 25 % del total de partos.

A partir de 1990 el Laboratorio del CRSP pone en funcionamiento el programa de detección precoz de metabopatías, que tiene como objetivos la detección precoz del hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria (posteriormente se incorporará la hiperplasia adrenal congénita), a partir de una gota de sangre procedente del talón del recién nacido. La extracción es realizada por las enfermeras o matro-



Figuras 18.4. y 18.5. Inauguración de una consulta de Salud Materno-infantil y “usuaria” de la misma.

nas de los equipos de atención primaria durante la visita puerperal, y la captación de los niños, así como la supervisión y control del programa la realiza la sección materno-infantil del Servicio de Promoción de la Salud. Los datos de actividad quedan recogidos en el capítulo sobre el Laboratorio.

El Centro de Orientación Familiar (COF) comienza a funcionar a finales de 1979, siendo adscrito al Servicio de Promoción de la Salud, aunque manteniendo una gran autonomía de funcionamiento. Su puesta en marcha significó un hito importante en la historia sanitaria del Área de Salud de Talavera de la Reina y de la región, al ser el primero de estas características que se puso en funcionamiento. Su dotación de personal constaba de un médico-ginecólogo, una enfermera, una auxiliar, una asistente social y un psicólogo.

El COF mantuvo su actividad con ligeros altibajos en su funcionamiento, debidos fundamentalmente a la inestabilidad laboral de la primera época y a las dificultades para encontrar técnicos que asumieran su dirección. En 1990 puso fin a sus actividades, de acuerdo con la política de la Consejería de Sanidad de que las actividades de carácter clínico y asistencial fueran asumidas por el IN-SALUD. Durante los casi 11 años que prestó servicio, su campo de actuación se amplió a otros ámbitos de la salud femenina como la prevención del cáncer de mama y ginecológico, siendo sus actividades muy demandadas por parte de la población.

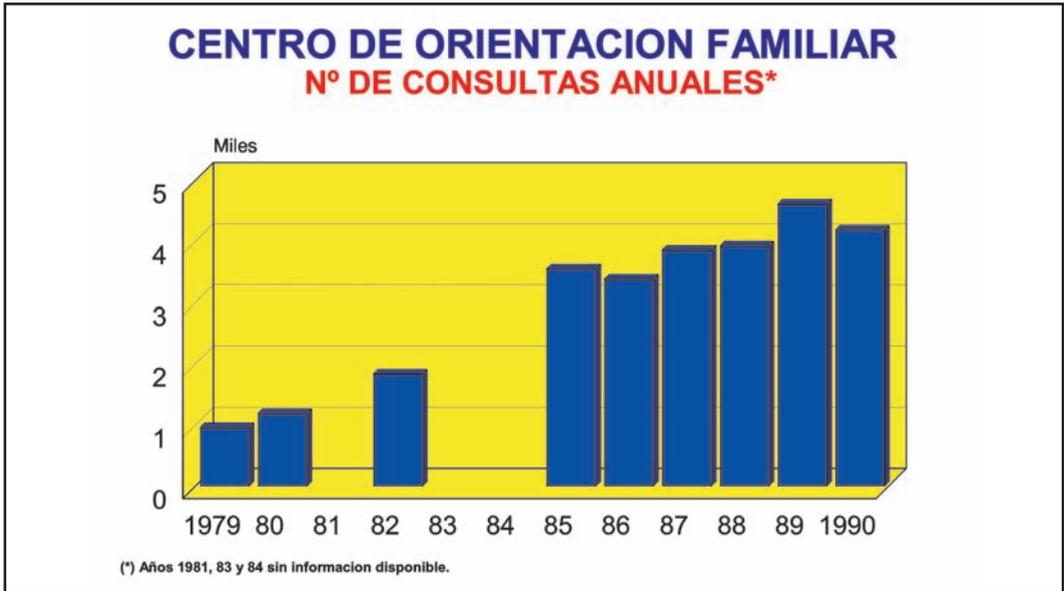


Figura 18.6. Centro de Orientación Familiar: Número de consultas anuales, 1979-1990.

Sección de Salud Escolar

En septiembre de 1977 se pone en marcha el programa de reconocimientos escolares, de forma incremental, comenzando por los escolares de primero de Educación General Básica (EGB). Las pruebas incluidas en el reconocimiento eran: examen estatura-ponderal, exploración clínica general, tests de visión y audición, análisis elemental de orina, test tuberculínico y examen radiofotográfico.

Tabla 18.4. Principales alteraciones encontradas en el reconocimiento escolar en niños de 1.º de EGB (n=780). Talavera de la Reina, curso escolar 1977-78

ALTERACIÓN	PORCENTAJE
Retraso en estatura	9.3
Obesidad	4.5
Caries dental	58
Defectos visuales corregidos/no corregidos	7.9/15
Hipoacusia	3.3
Cardiopatías	2.7
Retraso en el aprendizaje	5.6

En 1979 el Servicio de Promoción de la Salud realiza un estudio de las condiciones higiénico-sanitarias de las escuelas de la ciudad de Talavera de la Reina, visitándose 22 escuelas. Los resultados obtenidos, indicativos de unas claramente mejorables condiciones sanitarias, fueron los siguientes:

Tabla 18.5. Características higiénico-sanitarias de las escuelas de Talavera de la Reina, 1979

CARACTERÍSTICAS SANITARIAS	PORCENTAJE
Estado de conservación malo o muy malo	27.2
Carencia de agua potable	9.1
Presencia de Extintores	45,4
Existencia de humedad	53.5
Cerramiento del edificio escolar	81.8
Peligro de explosión o incendio	13.6
Escaleras o barandillas peligrosas	4.5
Estercolero a menos de 25 m.	4.5
Mala ventilación	9
Retretes	100
Urinarios	54.5
Duchas	45.4
Alcantarillado	90.1
Recogida municipal de basuras	100
Calefacción central	40.9
Campo de juego	36.6
Gimnasio	27.2
Peligro de accidente	59
Existe gabinete médico	18.8

Asimismo durante ese año y en colaboración con el Servicio de Epidemiología se realiza un estudio comparativo de alteraciones en población escolar que asisten a colegios privados y a colegios públicos de Talavera de la Reina, que demuestra que las diferencias de talla y peso encontradas así como el retraso escolar son más frecuentes en los niños que asisten a colegios de nivel socio-económico bajo que los inscritos en los colegios con nivel socioeconómico alto. El resto de alteraciones encontradas no mostraron diferencias significativas (prueba de Chi cuadrado ajustada) entre unos colegios y otros (Tablas 18.6 y 18.7).

Tabla 18.6. Comparación de tallas en colegios con nivel socioeconómico alto y bajo de Talavera. Curso escolar 1982/83

AÑO NACIMIENTO	TALLA MEDIA EN VARONES			TALLA MEDIA EN MUJERES		
	n. alto	n. bajo	X2	n. alto	n. bajo	X2
1969	160,3	157,6	p<0,01	157,6	56,8	n.s
1971	143,3	141,9	p<0,002	143,9	142,2	p<0,05
1975	120,0	117,8	p<0,0001	119,5	116,5	p<0,00001

Tabla 18.7. Comparación del retraso escolar* en colegios con nivel socio-económico alto y bajo de Talavera. Curso escolar 1982/83

	Colegios de nivel s.ec. alto	Colegios de nivel s.e.c. bajo	Prueba X2
Retraso escolar (ambos sexos)	12,9%	24,5%	p<0,00001

* Niños que no están en el curso correspondiente a su edad.

A partir del curso escolar 1986/87 se implanta en toda la Comunidad Autónoma el reconocimiento y vacunación obligatoria de todos los escolares de 1.º, 5.º y 8.º cursos de EGB y el subprograma de salud buco-dental. Los reconocimientos se desarrollaban en la propia escuela, lo que permitía al equipo de salud escolar tener un contacto directo con el entorno escolar y los profesores, así como la realización de actividades de educación sanitaria con los niños. En la zona rural el equipo de salud escolar lo formaban los médicos y A.T.S. locales, y en la zona urbana (Talavera de la Reina), debido al gran número de escolares existentes, se conformó un equipo móvil de enfermería (1 A.T.S. y 2 auxiliares de salud pública) del Servi-



Figura 18.7. Tallando a un escolar.

cio de Promoción de la Salud, con el que colaboraban los médicos titulares de la ciudad en una primera fase y médicos contratados para este fin específico posteriormente.

Poco a poco, en base a la experiencia acumulada a lo largo de todos estos años, las actividades de salud escolar se fueron sistematizando hasta que en 1995 la Consejería de Sanidad elabora definitivamente las normas técnicas y organizativas que se plasman en el **Programa marco de salud escolar de Castilla la Mancha**. Los objetivos que se establecen son los siguientes:

- Fomentar conocimientos, actitudes y hábitos saludables en la población escolar.
- Contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de los problemas más importantes en la edad escolar.
- Contribuir a disminuir las enfermedades prevenibles por vacunación.
- Contribuir a mejorar la salud buco-dental.
- Contribuir a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias de las escuelas.
- Conocer la situación de la salud colectiva de los escolares de nuestra Región.
- Favorecer la formación de los profesionales, tanto sanitarios como profesores implicados en el programa.
- Fomentar la investigación en Salud Escolar.

En la tabla 18.8 se han recogido algunos de los datos más significativos de los reconocimientos escolares referidos a la ciudad de Talavera realizados por el equipo móvil de salud escolar.

Tabla 18.8. Alteraciones encontradas en los reconocimientos escolares de Talavera de la Reina. Distribución por curso. Año escolar 1991/92

	1.º E.G.B	5.º E.G.B	8.º E.G.B
N.º alumnos	925	1.159	1.223
Caries	34.5%	53.7%	48,6%
Anomalías dentofaciales	15.6%	20.9%	21.9%
Defectos visuales	14.6%	22.1%	25.2%
Hipoacusia	1.4%	0.6%	0.08%
Auscultación cardíaca sospechosa	4.4%	—	—
Criptorquidia	4.9%	—	—
Anomalías de la piel	1.8%	3.5%	0.8%
Anomalías del aparato locomotor	11.6%	11.9%	15.1%

Durante el curso escolar 1990/91, el equipo de salud escolar, en colaboración con el Dispensario antituberculoso, realiza el estudio de un brote de infección tuberculosa en un colegio de educación especial, en el que se detectó un caso de tuberculosis. Se estudiaron 183 personas (44 profesores y 139 alumnos) a los que se practicó historia clínico-epidemiológica, exploración física completa, análisis de sangre, radiografía de tórax y prueba de Mantoux, descubriéndose 12 casos de tuberculosis pulmonar posiblemente relacionados con el caso índice.

Durante ese mismo curso y el siguiente, se realiza un estudio de infección tuberculínica de escolares en la ciudad de Talavera, para comprobar los índices de prevalencia e incidencia de la infección tuberculosa y poder así valorar el Riesgo Anual de Infección (RAI). Se realiza la prueba de Mantoux a dos cohortes consecutivas de niños de 7 años (nacidos en 1983 y 1984), comparándose los resultados. Se concluyó que la prevalencia de tuberculosis en nuestra ciudad es de 1,33% para la cohorte de nacidos en 1983 y de 0,84 para la de nacidos en 1984 (Tabla 18.9).

Tabla 18.9. Investigación tuberculínica en dos cohortes de escolares de Talavera de la Reina (cohortes de 1983-1984). Curso escolar 90/91

N.º DE MANTOUX RELIZADOS	CICATRIZ VACUNAL		CON CICATRIZ VACUNAL > 13 MM.	SIN CICATRIZ VACUNAL > 5 MM.	TOTAL POSITIVOS COHORTE 1983	PREVALENCIA *
	SI	NO				
COHORTE 1983 902	17	885	3	9	12	1,33
COHORTE 1984 945	16	929	0	8	8	0,84

* Se considera prevalencia baja por debajo del 2 %.

A partir del año 1995 los equipos de atención primaria de Talavera asumen definitivamente la realización de los reconocimientos escolares lo que permite a la sección de salud escolar desarrollar nuevas acciones de prevención y promoción de la salud del adolescente (14- 18 años), ya que el programa de salud escolar solo contempla actuaciones en niños de 6 a 14 años. Se llevan a cabo diversos proyectos



Figura 18.7. Número de consultas realizadas en reconocimientos escolares, 1977-2000.

de educación para la salud en varias escuelas y se comienza a colaborar con los Institutos de Enseñanza Secundaria:

- Desarrollo de un programa de Educación para la Salud (EpS) en el Colegio Público del barrio de Santamaría en el que participan maestros, niños y padres.
- Desarrollo de un programa de prevención del alcoholismo juvenil en el colegio Rafael Morales en colaboración con los maestros.
- Participación en la escuela de padres del colegio público “Federico García Lorca” en colaboración con la asociación de padres.
- Desarrollo de un programa para la prevención del alcoholismo y tabaquismo juvenil en el Instituto de Enseñanza Secundaria “Puerta de Cuartos” a través de una tutoría (1 hora semanal durante 12 semanas) con alumnos de 2.º curso de B.U.P.
- Charlas de educación sanitaria a demanda en diversos colegios e Institutos de Talavera de la Reina.

Asimismo durante 1995 se llevan a cabo diversas actividades relacionadas con la **prevención de los accidentes de tráfico en jóvenes:**

- 1 curso de 20 horas de formación de formadores al que asisten 38 personas (maestros, profesores de autoescuelas, policías municipales y guardias civiles, voluntarios de Cruz Roja, etc.).

- 2 cursillos en autoescuelas a los que asistieron 53 personas.
- Reparto de materiales de educación sanitaria (postales, llaveros folletos, etcétera) en 11 autoescuelas.
- Participación en 3 semanas culturales de Institutos de Secundaria.
- Realización de un programa radiofónico en el colegio Fernando de Rojas en colaboración con la Dirección Provincial de Tráfico.
- Colaboración con el Ayuntamiento de Talavera de la Reina para planificar la campaña de prevención de accidentes de tráfico a nivel local.

A partir de 1996 se consolida **el programa de educación para la salud en el adolescente** y se ponen en marcha las “Aulas de educación para la salud”. Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- Conseguir que todos los centros docentes de Educación Secundaria del A.S.T.R. se incorporen al programa en un plazo no superior a 5 años.
- Asesorar y formar a los profesores en el campo de la EpS a través de un curso anual que se ofertaría al Centro de Profesores y Recursos.
- Conseguir que progresivamente se vayan incorporando a los currículos docentes los contenidos y la práctica de la EpS (temas transversales, tutorías de alumnos, actividades extraescolares, etc.).
- Conseguir que todos los Centros Docentes de Educación Secundaria participen anualmente en las “Aulas de Educación para la Salud” que se desarrollan en el C.R.S.P.

Las actividades a desarrollar contemplan el trabajo con profesores tutores, en los propios centros docentes y con los adolescentes en las “Aulas de Educación para la Salud” que se desarrollan en el C.R.S.P. En dichas aulas se desarrollan diversas actividades (talleres, grupos de discusión, proyección de audiovisuales, etc.) sobre los problemas más importantes que les afectan (consumo cada vez más precoz de tabaco, alcohol y drogas, embarazos precoces, enfermedades de transmisión sexual-sida, trastornos del estado de ánimo y del comportamiento alimentario, violencia juvenil, etc.).

Dentro del programa se incluyen asimismo la realización de cursos de educación para la salud en adolescentes que se desarrollaron en el Centro de Profesores y Recursos de Talavera. Durante el curso escolar 1998/99 se puso en marcha de forma experimental en varios centros docentes una consulta de salud preventiva, en la que se atendían de forma individual a los alumnos que así lo solicitaban. Dicha consulta tenía una hora de duración semanal y tenía como objetivo prestar asesoramiento y apoyo a los alumnos en todos aquellos temas relacionados con la salud del adolescente (consumo de drogas, sexualidad, etc.). La demanda de estas actividades ha ido creciendo progresivamente.

Programa de Salud Bucodental

Por otra parte durante 1983, la sección de salud escolar realiza un estudio de Prevalencia de caries e índices de salud buco-dental sobre una muestra de población escolar de 1.349 niños de 6 a 13 años. El muestreo se hizo por conglomerados, utilizando el aula como unidad de muestreo y los resultados demostraron la alta prevalencia de caries y la escasa higiene entre la población escolar (Tablas 18.10 y 18.11).

Tabla 18.10. Prevalencia de caries e índices CO y CAO * en población escolar de Talavera. Distribución por edad. Año 1983

Años de Edad	N.º de Alumnos	% Niños con caries	Índice CO	Índice CAOD	Índice CAOM
6	182	74,2	3,3	0,6	0,6
7	180	73,3	3,2	1,2	1,2
8	174	81,0	3,7	2,1	2,0
9	163	91,4	3,4	3,2	2,3
10	173	88,4	2,2	3,6	2,9
11	151	90,7	0,9	3,6	2,8
12	181	92,8	0,0	4,3	3,0
13	145	87,6	0,0	5,5	3,0

* Número de piezas con caries, ausentes y obturadas.

Tabla 18.11. Higiene dental en población escolar de Talavera. Año 1983

	N.º Alumnos	Porcentaje
Tenencia de cepillo	1.275	94,5
Cepillado diario	258	19,1
Ingestión diaria dulces	881	65,3
No visitan odontólogo	805	59,7

Entre 1984 y 1986 se pone en funcionamiento un sillón odontológico con la incorporación de un odontólogo al Servicio de Promoción de la Salud, con lo que se inician las actividades preventivas de salud buco-dental en escolares, realizándose un total de 2.433 consultas durante los tres años. Dichas actividades consistían en:

- Aplicación de geles fluorados.
- Sellado de piezas temporales.
- Obturación de piezas permanentes.
- Educación sanitaria que incluye enseñanza y demostración de cepillado correcto.

También es reseñable la realización de un estudio en el que se comparan el CAOD de dos poblaciones del ASTR, una con unos elevados niveles de flúor en sus aguas de abastecimiento y otra con valores bajos, como corresponde a la mayor parte de los municipios del área. Como era de esperar los valores del CAOD de los escolares que consumían agua naturalmente fluorada eran más bajos que los de la población con niveles bajos de flúor, comprobándose además que las caries presentes en niños con agua fluorada estaban mucho menos avanzadas que las del otro grupo.

Igualmente se participó de manera activa en el estudio de prevalencia de la caries dental en España, coordinado por el Dr. Moller de la Organización Mundial de la Salud, quien visitó personalmente el CRSP. Estas iniciativas contribuyeron de manera significativa a la puesta en marcha de programas de prevención en el ASTR que muy pronto fueron extendidos a toda la región.

El subprograma de prevención de la caries dental tiene como objetivo prioritario la realización de colutorios o enjuagues, de dos minutos con una solución fluorada, cada 15 días, por parte de todos los niños de 6 a 14 años en la propia escuela, supervisado por los maestros. Los colutorios se fueron implantando progresivamente desde 1.º a 8.º de EGB y con ligeros altibajos (dependientes de problemas logísticos que algunos años han retrasado la distribución del flúor) se vienen realizando hasta la actualidad en todas las escuelas del Área.

Durante el curso escolar 1989/90, se realiza por el equipo de salud escolar la valoración del programa de colutorios fluorados que se venía realizando ininterrumpidamente desde hacia 6 años en las escuelas del ASTR. En la misma se estudió el CAOD (piezas careadas, ausentes u obturadas en la dentadura definitiva) en 1.045 escolares de Talavera de la Reina que durante el curso escolar de 1988/89 asistían al 6.º curso de EGB (11-12 años), que no habían realizado ningún programa previo de colutorios fluorados, comparándose con el CAOD de los escolares del 6.º curso de EGB correspondientes al curso escolar 1989/90, que habían realizado un programa de colutorios fluorados durante los últimos 6 cursos escolares (1.365 niños). La determinación del CAOD fue realizada mediante inspección directa, utilizándose espéculo y sonda dental, en todos los casos por la misma per-

sona, un auxiliar de salud pública, especialmente adiestrada.

El CAOD final correspondiente a los niños del curso escolar 1988/89 que no habían realizado el programa de colutorios fue de 3,19, lo que significa que cada niño tiene un promedio de 3,19 piezas cariadas, ausentes (por caries que provoca destrucción masiva o por extracción) o empastadas. El CAOD final de los niños sometidos durante 6 años al programa de colutorios fluorados tuvo un valor de 2,72, lo que avala claramente la eficacia del programa.

Por otro lado desde el curso escolar 94/95, comienza a funcionar el “Programa Dentobús de Castilla-La Mancha” que tiene cómo objetivos la aplicación de geles fluorados progresivamente a todos los niños a partir de los 6 años y el sellado de fisuras, así como la enseñanza del cepillado correcto. Dichas acciones se realizan mediante un equipo móvil odontológico compuesto por un odontólogo y un auxiliar o higienista dental que se desplaza a todas las escuelas de la Región (incluida naturalmente el A.S.T.R.).

Área de Salud del Adulto

Los exámenes en salud a adultos, conocidos normalmente como chequeos, constituyeron una de las primeras actividades preventivas que se iniciaron en el Centro, siendo la base del Plan de Acción Sanitaria desarrollado en Robledo del Mazo y Espinoso del Rey en 1977, abandonándose posteriormente. En 1979 se realizan los primeros exámenes en salud al personal del CNDS con carácter de examen de salud laboral con carácter voluntario, extendiéndose a ciertos colectivos ajenos al Centro que lo solicitan igualmente como prevención laboral o ligados al ejercicio físico. Las actividades abiertas al público generaban una tasa, que en aquella época de grandes dificultades económicas aliviaba la precaria situación existente, lo que motivaría que se estableciera una consulta de exámenes en salud para población adulta.

- Dichos reconocimientos alcanzaron muy pronto una gran aceptación por parte de la población, desbordando la capacidad de oferta, generándose notables listas de espera. El hecho de que se ofreciera una atención detallada y de calidad, junto con la pequeña tasa que se cobraba fueron factores adicionales que explicaban la gran demanda existente. A partir de 1982 los reconocimientos se sistematizan y se pone en marcha el **Programa de exámenes en salud del adulto**, que se realiza de forma ininterrumpida hasta 1989. Se dividió a la población en tres grupos de edad a los que se les realizaba una historia socio-sanitaria muy amplia y un reconocimiento médico completo, amén de numerosas pruebas.

Las alteraciones más frecuentemente encontradas (según código C.I.E), fueron

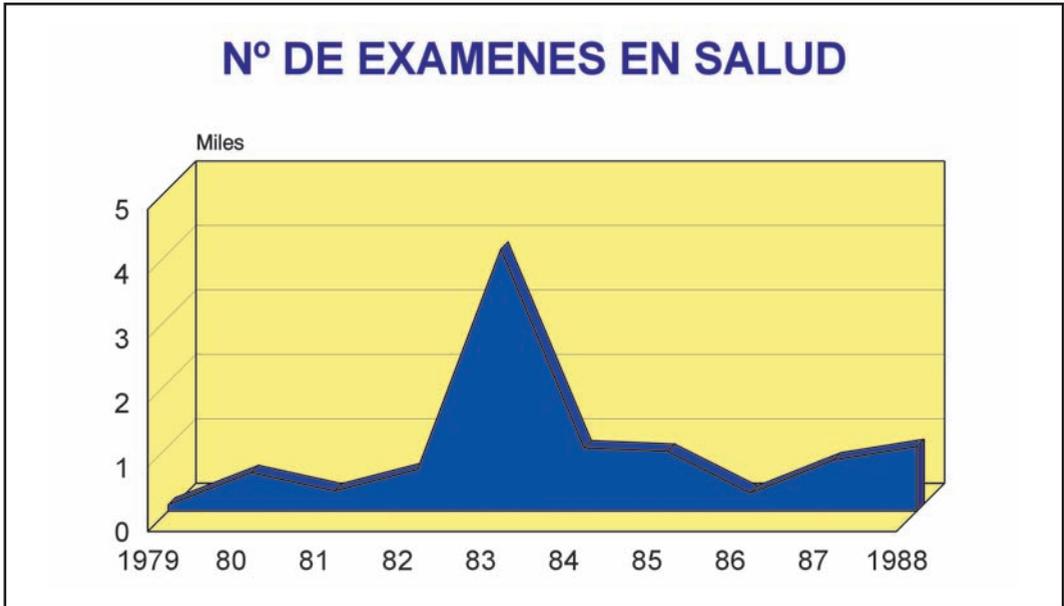


Figura 18.12. Número de exámenes en salud efectuados. 1979-1988.

las siguientes:

- Obesidad, diabetes mellitus e hiperlipemias.
- Alteraciones bucodentales como caries, piorrea, etc.
- Alteraciones de la visión y de la audición.
- Enfermedades reumáticas.
- Enfermedades gastrointestinales, cirrosis hepática y enfermedades respiratorias, especialmente la E.P.O.C. (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
- Trastornos mentales.

Del análisis de todos estos datos se concluyó:

- La existencia de un gran número de personas adultas que son portadoras sin saberlo de algún tipo de alteración o enfermedad.
- Los reconocimientos preventivos son útiles desde el punto de vista del diagnóstico precoz individual.
- Muchas personas que ya conocían su dolencia por haber sido diagnosticadas anteriormente no realizaban ningún tratamiento para su enfermedad.
- La demanda de reconocimientos preventivos es muy alta por parte de la población, (probablemente debido la orientación casi exclusivamente curativa de los servicios asistenciales).
- La escasa utilidad de estos exámenes como actuación de salud pública, por

la dificultad de llegar a grandes grupos de población.

En 1988 se decide la suspensión de la actividad dado su escaso interés como programa de salud pública, su carácter eminentemente clínico y la inexistencia de necesidad económica para su mantenimiento.

Por otro lado, desde 1983 comienzan a realizarse los reconocimientos de **manipuladores de alimentos** desde el Servicio de Promoción de la Salud, utilizándose la siguiente sistemática:

- Realización de ficha encuesta sobre hábitos higiénicos y para detección de enfermedades transmisibles.
- Examen de exudado nasal para detección de estafilococo patógeno.
- Coprocultivo para detección de salmonelosis y enfermedades parasitarias.
- Examen de esputos para sospechosos de padecer tuberculosis pulmonar.

A partir de 1984 y teniendo en cuenta la poca efectividad de los reconocimientos médicos para este fin se sustituyen los mismos por actividades de educación sanitaria para toda persona que solicite el carnet de manipuladores, de acuerdo con lo establecido en la nueva normativa.

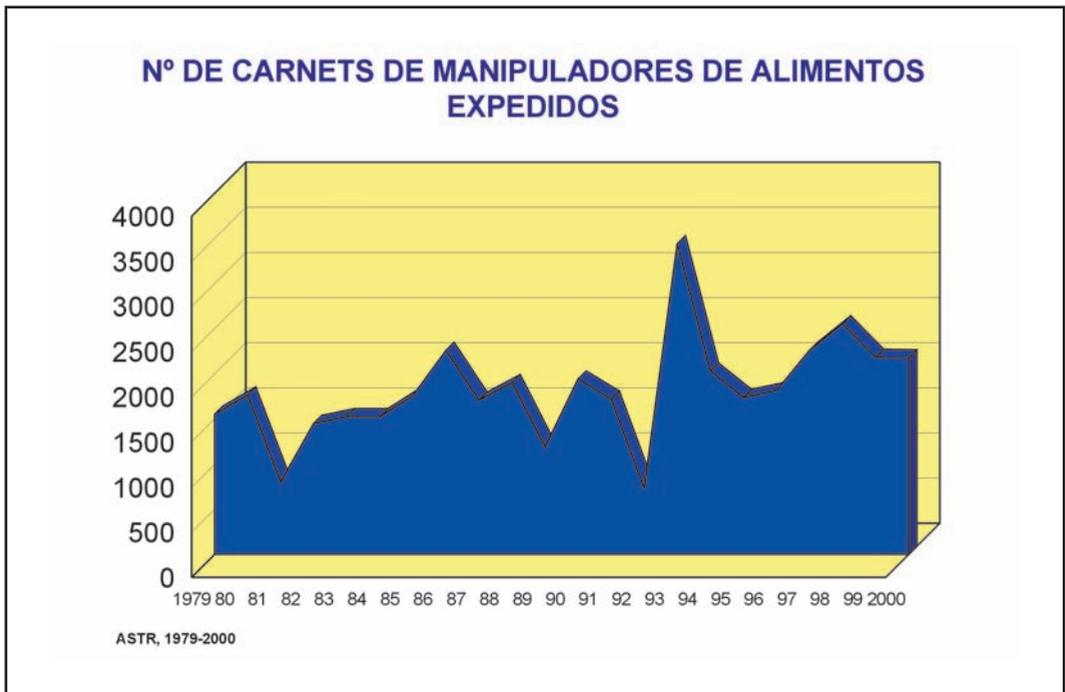


Figura 18.13.



Figura 18.15. Algunos de “nuestros” manipuladores de alimentos.

Dispensario Antituberculoso

Desde inicio de actividades del Centro el control de la tuberculosis fue una de las áreas de trabajo prioritarias. En la primera época el dispensario antituberculoso fue adscrito al Servicio de Enfermedades Infecciosas y posteriormente al de Luchas y Campañas. Desde 1982 y hasta 1986 en que cesa su actividad es adscrito al Servicio de Promoción de la Salud. Su actividad dirigida prioritariamente al diagnóstico y control de los casos de tuberculosis, prestando una especial atención al estudio de convivientes. La posibilidad de contar con los servicios de Epidemiología, Laboratorio y Radiología, así como el alto grado de relación del Centro con los Sanitarios Locales facilitó su labor, posibilitando el adecuado control de un gran número de casos de tuberculosis. Finalmente, la anteriormente citada política de transferencia de actividades asistenciales al INSALUD hizo que en 1986 cesara su actividad.

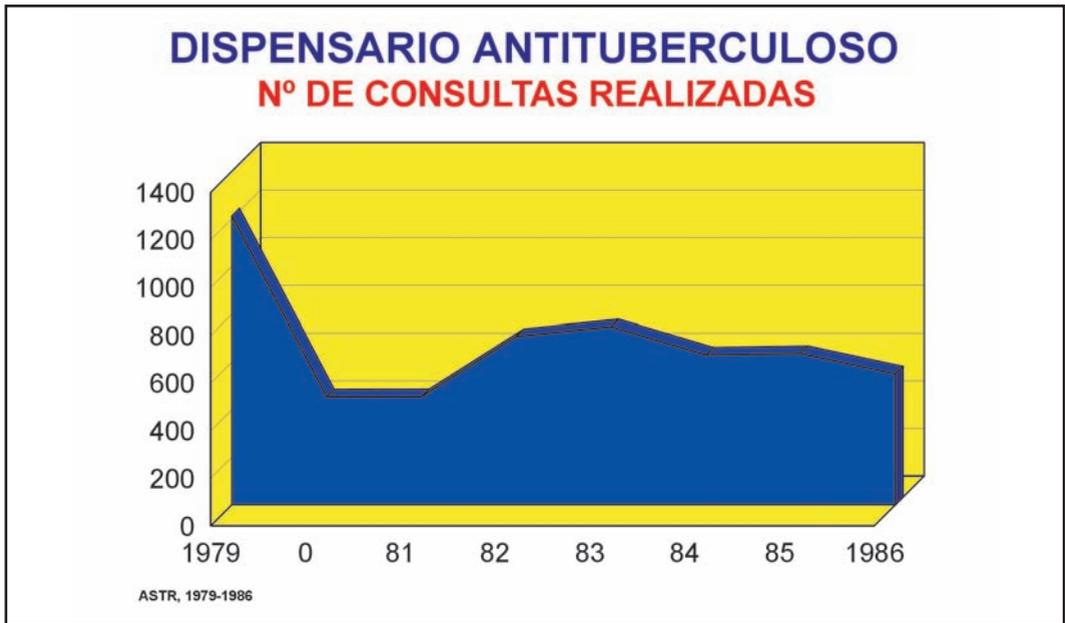


Figura 18.14. Número de consultas realizadas por el Dispensario antituberculoso. 1979-1986.

Programa de detección precoz de cáncer de mama

Comienza a funcionar en 1994 teniendo como objetivo la realización de una mamografía bianual a todas las mujeres residentes en el Área que tengan entre 45 y 64 años. La mamografía se realiza en un centro asistencial contratado por la Consejería de Sanidad y tiene carácter gratuito, incluidos los medios de transporte (se pone un autobús a disposición de todas las mujeres que tienen que desplazarse desde fuera hasta Talavera de la Reina). Las personas con mamografía sospechosa son derivadas al Hospital Nuestra Señora del Prado, donde son estudiadas y se prescribe la decisión terapéutica pertinente.

Tabla 18.12. Indicadores del Programa de detección precoz del cáncer de mama. 1994-1999

	Cobertura Mamografías	Mamografías Positivas (%)	N.º de PAAF* realizadas	Tumores detectados
1994-95	61	1.5	167	37
1996-97	66	0.3	25	23
1998-99	67	0.2	17	14



Figura 18.16. Imagen de una “Fiesta de la Salud”.

EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Por qué llamarse Servicio de Salud Mental

El Servicio de Salud Mental del Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina fue uno de los primeros de España en denominarse de tal modo. El nombre de Salud Mental pretende contraponerse al concepto de Hospital Psiquiátrico que, a su vez, es la evolución de los antiguos manicomios o frenopáticos, y también pretende ser un avance con respecto al concepto de Servicio de Psiquiatría que empieza a instaurarse en aquellos momentos en España, porque se considera que la psiquiatría es una especialidad médica dedicada al tratamiento de la enfermedad mental y la atención a la salud mental es un concepto más amplio que incluye además de los aspectos asistenciales a los enfermos mentales, los aspectos preventivos y los de mejora de la salud mental.

El Servicio inicia su historia el 1 de abril de 1976, poco antes de la inauguración oficial. En el contexto sanitario internacional antecede a la famosa conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata (antigua U.R.S.S.) en donde se definen los conceptos modernos de salud y los centros adecuados para llevarlo a cabo. Así el Centro Nacional de Demostración Sanitaria incluye servicios pioneros como el de Sanidad Ambiental o Promoción de la Salud en el campo de la Salud Pública y asimismo el Servicio de Salud Mental. En un contexto doméstico, en la década de los años 70 se está iniciando en España la creación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, concebidos como unidades hospitalarias para pacientes con enfermedad psiquiátrica aguda, para tratamientos intensivos de duración breve; este modelo se contrapone con el antiguo concepto de Hospital Psiquiátrico que suponía el ingreso del enfermo mental, concebido prácticamente como irrecuperable, en instituciones segregadas del resto de las instituciones sanitarias, desde luego distante de las otras unidades hospitalarias de la medicina y con la idea de residencia para enfermos mentales más que de modernos tratamientos médico-psiquiátricos hospitalarios.

Además, en la década de los 70 se introducen los antipsicóticos, tales como la clorpromacina y el haloperidol, que contribuyen decisivamente al control de los síntomas principales de las enfermedades psiquiátricas mayores, como por ejemplo, la esquizofrenia y se inicia un movimiento teórico caracterizado por la intención de tratar al enfermo mental en el seno de la comunidad, como a otro enfermo con cualquier otra enfermedad. Esta nueva orientación de la Psiquiatría surgida en América del Norte y Europa Occidental a partir de la segunda guerra mundial, se denomina Psiquiatría Comunitaria.

La vocación del Servicio de Salud Mental

La vocación del Servicio de Salud Mental del Centro Regional de Salud Pública fue pues la Psiquiatría Comunitaria tanto en sus teorías como en su espíritu; y acorde con ello su vocación primera fue preventiva, asistencial y rehabilitadora. La Psiquiatría Comunitaria inspiró desde sus comienzos al Servicio de Salud Mental de Talavera de la Reina. Sus planteamientos eran los de formar equipos multi e interdisciplinarios que atendieran a los pacientes psiquiátricos en su propio medio a través de una atención psiquiátrica por sectores geográficos que mantuviera lo más insertado posible al enfermo mental en su medio socio-familiar y de residencia, dotándose de diferentes estructuras (psiquiatría infantil, hospital de día, visitas domiciliarias, etc.) que lo permitieran.

También, es destacable, el interés en la epidemiología, ya que desde 1976 se registran ordenadamente los datos asistenciales y de otras actividades. Este cúmulo de datos históricos es el que nos ha permitido elaborar este resumen de las principales actividades desarrolladas a lo largo de estos 25 años como a continuación se irá exponiendo. Se han realizado actividades asistenciales a pacientes de todas las edades afectados de los distintos trastornos mentales y del comportamiento, se han realizado múltiples actividades formativas y trabajos de investigación. Las actividades formativas se han organizado para la población en general y para los distintos estamentos sanitarios, también para otros profesionales tales como educadores, policías, bomberos, etc. Para el personal sanitario se han hecho numerosos cursos y talleres dirigidos a auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, enfermeras/os, psicólogos, médicos de atención primaria y psiquiatras.

Finalmente y como exponente de dicha vocación comunitaria ha de citarse el esfuerzo de la Unidad en favorecer el desarrollo de estructuras sociales comunitarias como las asociaciones ATAFES, de amigos, familiares y enfermos psiquiátricos, y Tabora, de alcohólicos anónimos, cuya labor, principalmente de la primera por su persistencia y grado de desarrollo facilita y completa la labor rehabilitadora y reinsertadora de los profesionales de la Unidad de Salud Mental.

Algunos momentos críticos en la historia del Servicio de Salud Mental

El capítulo de personal (véase la Figura 19.1 o de evolución del personal) ha sido uno de los más ajetreados en los 25 años de historia del Servicio de Salud Mental. En 1976 se partía de una dotación total de 15 personas, que ha llegado a ser de 54 en 2000. A pesar de este incremento se han sufrido diversos avatares y atravesado por momentos verdaderamente críticos, en especial en lo referente a los médicos especialistas en psiquiatría y, en menor medida en la dotación de enfermeras. En 1985, por motivo del traslado de cuatro psiquiatras del Servicio, se suspenden las consultas externas y se crea el programa de seguimiento de crónicos para atender en consulta ambulatoria a los pacientes psiquiátricos más graves o frequentadores. Este programa ha sido mantenido hasta el año 2001 en el que las consultas han sido asumidas junto al resto de consultas externas por las dos psiquiatras que llevan la consulta externa de psiquiatría, y que están adscritas a la plantilla del INSALUD, aunque a la vez funcionalmente forman parte del Servicio de Salud Mental.

Desde casi el comienzo de las actividades se cree necesario la puesta en marcha de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, lo que se realiza sin contar con una adscripción de recursos suficiente, pero desarrollando a pesar de ello una labor fundamental. La publicación de la Orden de la Consejería de Sanidad que definía estas Unidades, así como su dotación de personal vino a paliar esta creencia; sin embargo la falta de un equipo completo de psiquiatría infanto-juvenil, especialmente la inestabilidad de la plaza de su responsable, con múltiples cambios y largos períodos sin cubrir por la escasez de profesionales, ha impedido el desarrollo continuado de la actividad de este elemento asistencial del Servicio de Salud Mental hasta el año 1995, desde entonces dicho equipo constituido por un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, una enfermera y el apoyo del personal auxiliar y administrativo del resto del Servicio ha permitido desarrollar una importante labor asistencial en el área sanitaria de Talavera de la Reina.

En 1991 el Servicio de Salud Mental sufre un cambio de denominación pasando a llamarse Unidad de Salud Mental. A partir de ahora, en el texto aparecerá indistintamente el nombre de Servicio de Salud Mental o el de Unidad de Salud Mental.

La unión funcional o coordinación entre los recursos asistenciales de la Junta de Comunidades, representados por el Servicio de Salud Mental del C.R.S.P., y las consultas externas o ambulatorias de psiquiatría del INSALUD, unidos funcionalmente en la sede del Servicio de Salud Mental, ha supuesto un hito en la racionalización de la atención a la salud mental en el área sanitaria de Talavera de la Reina, habiéndose producido en el año 1991. Con esta unificación funcional se ha conseguido que toda la asistencia sanitaria en materia de salud mental se preste a los habitantes del área sanitaria de Talavera de la Reina en el mismo lugar y por el



Figura 19.1. Evolución del personal de la Unidad de Salud Mental, 1976-2001.

mismo equipo terapéutico, con un registro de historias clínicas común y una Unidad de Hospitalización psiquiátrica común, aunque también se debe señalar que esta unificación no ha estado exenta de problemas, existiendo áreas en que no se ha podido llegar a hacerla efectiva en su totalidad.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de la Unidad de Salud Mental

La unidad de hospitalización se constituyó como Unidad de Agudos desde sus comienzos en 1976, sin haber pasado por una etapa previa de unidad hospitalaria psiquiátrica de Hospital Psiquiátrico y al no ser una transformación de esas estructuras, no heredó sus problemas en forma de hábitos de manicomio, situándose en la vanguardia de la atención psiquiátrica hospitalaria en España, al modo de las unidades hospitalarias que el INSALUD estaba creando por entonces en algunos hospitales generales.

La Unidad de Hospitalización breve comenzó a funcionar con 25 camas, teniendo en la actualidad las mismas 25 camas: 18 camas dedicadas a pacientes con enfermedades psiquiátricas en general y 7 camas dedicadas a desintoxicación y tratamiento de pacientes alcohólicos y drogodependientes. En los años 1990 y 2000 se realizan mejoras por necesidades arquitectónicas en las habitaciones y en las

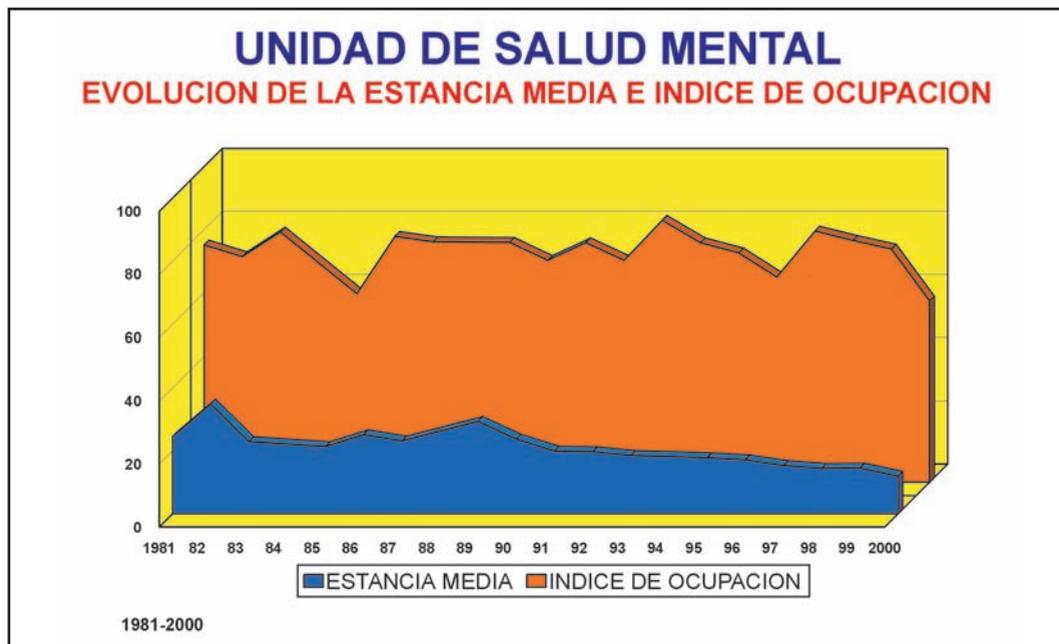


Figura 19.2. Evolución de la estancia media e índice de ocupación. 1981-2000.

condiciones de seguridad y habitabilidad. El equipo humano de la unidad de hospitalización está formado por tres psiquiatras, un psicólogo, una trabajadora social, siete enfermeras y dieciocho auxiliares sanitarios.

La estancia media, que como se sabe es uno de los indicadores de calidad habituales utilizados en la evaluación del funcionamiento hospitalario, ha evolucionado desde los 26.25 días por paciente ingresado del año 1977 hasta los 11.89 días por paciente ingresado en el año 2000 (Figura 19.2); dicha evolución ha presentado altibajos, teniendo un máximo de 34.81 días por paciente en el año 1982.

El índice de ocupación de camas de la unidad se ha mantenido entorno al 70% con varias fluctuaciones y tendencia en los últimos años a bajar dicho índice de ocupación, teniendo en el año 2000 prácticamente el mínimo histórico del 57.33 % de ocupación (Véase también Figura 19.2).

El Equipo de Atención a Drogodependencias

La atención integral por un equipo multidisciplinar a los pacientes con enfermedades de dependencia, tanto a alcohol como a otras drogas o dependencias, es una innovación terapéutica reciente en la historia de la asistencia psiquiátrica y que tempranamente se impuso en el estilo de trabajo de la Unidad de Drogode-

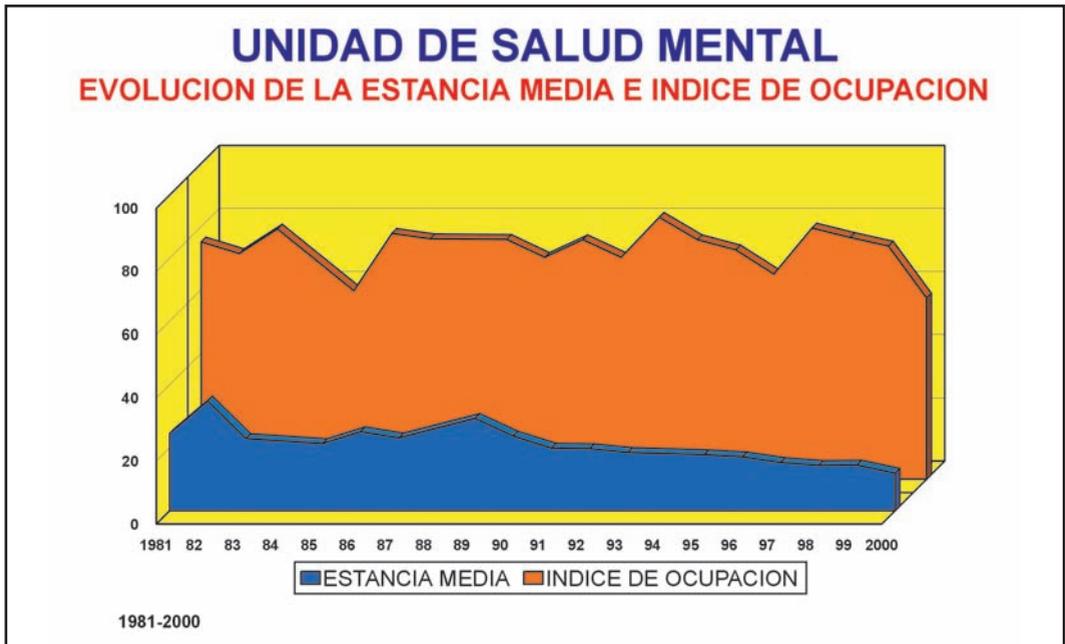


Figura 19.3. Evolución del número de consultas de drogodependencias.

pendencias del Servicio de Salud Mental de Talavera de la Reina. La propia existencia de dicha unidad con un equipo dedicado con exclusividad es ya de por sí una novedad en la historia asistencial.

El equipo de atención a drogodependencias ha estado formado habitualmente por un médico especialista en psiquiatría, un médico general con experiencia en psiquiatría, un psicólogo, tres enfermeras, una trabajadora social, un auxiliar sanitario y un auxiliar administrativo. Disponen de 7 camas de hospitalización para desintoxicación y una infraestructura de consultas y grupos principalmente para pacientes y familias de pacientes alcohólicos. El simple número de consultas demuestra a las claras la progresión asistencial habida en este aspecto cada día más relevante en la atención a la Salud Mental. En el periodo 1976-1980 se realizaron 910 consultas y en el período 1996-2000 se realizaron 27.327 consultas (véase la Figura 19.3). En los últimos años la drogodependencia a opiáceos ha ocupado un lugar muy destacado en la atención a las drogodependencias en consonancia con el aumento de la patología de dependencia por opiáceos que ha irrumpido socialmente. Son destacables los programas llevados a cabo denominados Libre de Drogas con naltrexona y el programa de Mantenimiento con Metadona, primero de sus características puesto en funcionamiento en Castilla-La Mancha, que se instauró en el año 1995 y en el cual se encuentran en la actualidad unos 125 pacientes.

La creación en 1994 de un Equipo de Atención a Drogodependencias de la Cruz Roja en Talavera de la Reina, financiado por la Consejería de Sanidad a través del Plan Regional de Drogodependencias, que fue adscrito y ubicado en el Centro Regional de Salud Pública, permitió completar la dotación de personal destinado a esta tarea e incrementar de manera notable la cartera de servicios ofrecida, llegándose a un abordaje integral del problema.

El Hospital de Día de la Unidad de Salud Mental

La Unidad de Hospitalización parcial u Hospital de Día es un elemento asistencial característico de este Servicio de Salud Mental desde sus inicios. También supone una seña de identidad por su carácter profundamente reformista con respecto a las unidades asistenciales anteriores a la Reforma Psiquiátrica. La idea de tratar a pacientes graves sin desarraigarlos de su medio social y familiar e incluso con la posibilidad de mantener durante una parte del día sus actividades y relaciones cotidianas es un avance terapéutico significativo en toda la estrategia de atención psiquiátrica al enfermo mental; y esta idea fue recogida y llevada a cabo en este Servicio desde sus comienzos.

Los recursos humanos de los que dispone el Hospital de Día son un médico psiquiatra y un psicólogo a tiempo parcial ambos, una enfermera, una terapeuta ocupacional, una monitora ocupacional, una trabajadora social a tiempo parcial y el apoyo de auxiliares sanitarios y administrativos del resto del servicio.

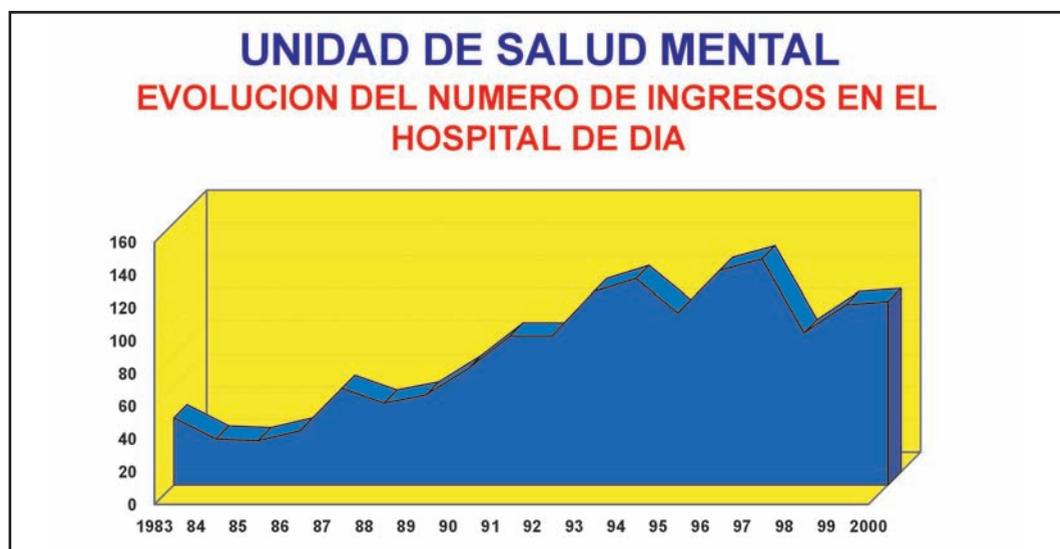


Figura 19.4. Evolución del número de ingresos en Hospital de Día, 1983-2000.

La Unidad de Hospitalización parcial tiene 15 plazas que ocupan habitualmente pacientes con enfermedades mentales graves tales como psicosis esquizofrénicas, trastornos bipolares o trastornos graves de la personalidad; estos pacientes se benefician del Hospital de Día acudiendo diariamente en horario de mañana de 9 a 14 horas en días laborables. Este tipo de asistencia les permite continuar viviendo en sus domicilios y manteniendo sus relaciones e incluso parcialmente sus actividades. Muchos de ellos han visto así acortados los tiempos de ingreso en al Unidad de Hospitalización psiquiátrica y otros ni siquiera han tenido la necesidad de ser ingresados. Su estancia se plantea para un tiempo aproximado de uno a tres meses, lo cual permite el iniciar la reinserción social de los pacientes.

Los datos del número de ingresos nos permiten ver la evolución de la actividad en el período, con un crecimiento sostenido hasta 1997 y una ligera disminución posterior, no significativa (véase la Figura 19.4).

Las Consultas Externas de la Unidad de Salud Mental

Las consultas externas constituyen uno de los elementos esenciales en la atención psiquiátrica actual, pero en el Servicio de Salud Mental de Talavera de la Reina, esta consideración es así desde hace 25 años. Las consultas externas, es decir, la atención al paciente psiquiátrico en su medio, ha sido el centro de la atención psiquiátrica, si bien este planteamiento en ocasiones, durante temporadas y por motivos de las circunstancias del personal disponible, solo ha sido un planteamiento teórico. La intención desde el comienzo de la historia del Servicio de Salud Mental fue primar la atención ambulatoria sobre cualquier otro dispositivo asistencial, llegando a la creación de consultas de sector en las poblaciones de Navalморal de la Mata (Cáceres), Arenas de San Pedro (Ávila) y Los Navalморales (Toledo), que hubieron de ser suspendidas en 1981 debido a la crisis de personal y definitivamente descartadas por el desarrollo de las Autonomías y los cambios subsiguientes en el territorio de actuación del Centro.

En ocasiones, solo la Unidad de Hospitalización psiquiátrica ha podido ser mantenida, dadas circunstancias ajenas a la intención de los propios integrantes del servicio, fundamentalmente por falta de médicos especialistas en psiquiatría suficientes para atender debidamente dicha demanda asistencial. Afortunadamente durante los últimos años y con la racionalización de los recursos psiquiátricos disponibles representado principalmente por la unidad funcional entre los psiquiatras de la Junta y los del INSALUD, el Centro de Salud Mental ha funcionado a pleno rendimiento. No obstante debe aumentarse a cuatro el número de médicos psiquiatras para que se cumpla la mínima proporción racional entre médicos especialistas y pacientes atendidos (actualmente hay 2 médicos psiquiatras para atender las consultas psiquiátricas de una población de 140.000 habitantes, que es la del área sanitaria de Talavera de la Reina).

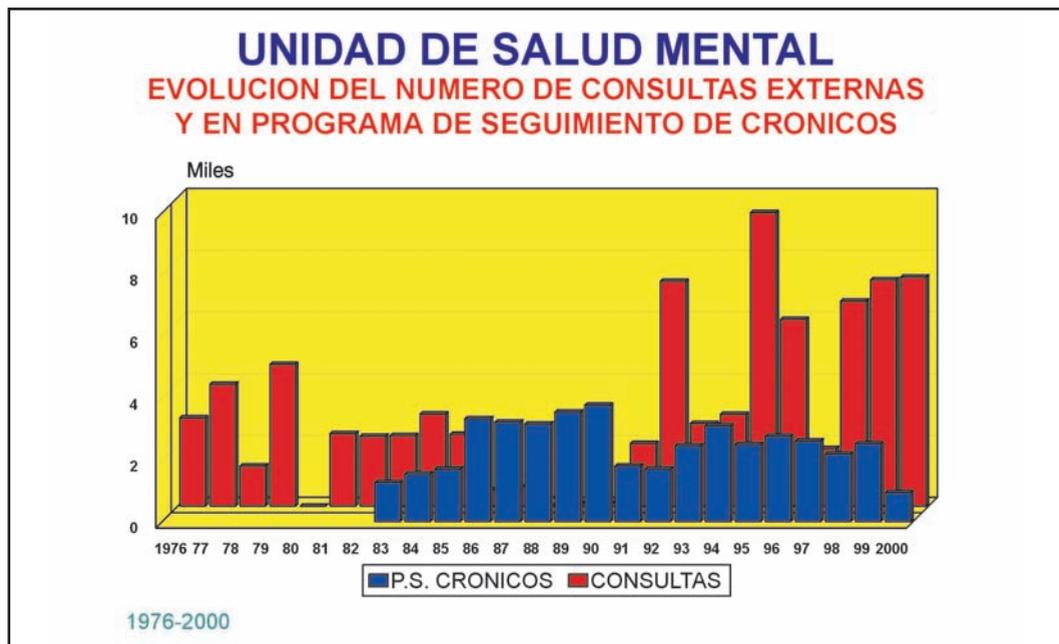


Figura 19.5. Evolución del número de consultas externas y del Programa de Seguimiento de Crónicos.

Las consultas externas tienen en la actualidad un equipo humano compuesto por dos médicos especialistas en psiquiatría, 2 psicólogos, una enfermera, un trabajador social y el apoyo de auxiliares sanitarios y administrativos del resto del servicio. En el centro de salud mental se hacen psicoterapias individuales, terapias grupales; se atienden los problemas y necesidades de los pacientes desde la perspectiva social con apoyo a las diversas gestiones y en particular a la consecución de prestaciones sociales; se les prestan a los pacientes los cuidados de enfermería necesarios y por supuesto se realiza la consulta psiquiátrica, en la cual se diagnostica, trata y sigue la evolución de los diversos pacientes del área sanitaria de Talavera de la Reina afectados por trastornos mentales y del comportamiento. Según cifras que pueden observarse gráficamente (véase la Figura 19.5) se comprueba el significativo aumento del número de consultas psiquiátricas realizadas en el periodo 1996-2000 (29.268), con respecto al periodo inicial 1976-80 (12.725). Es digno de destacarse el hecho de que a partir de 1986 se reduce drásticamente el número de consultas realizadas quedando dicho número en el periodo 1986-1990 en 1.338; esta reducción se debe a la disminución ya referida en determinados períodos de tiempo del número de psiquiatras del servicio. En el periodo 1991-1995 durante el cual se integran las consultas y los recursos humanos del INSALUD en los recursos del Servicio de Salud Mental de Talavera de la Reina aumentan espectacularmente las actuaciones médicas pasando de los 9.224 actos a los 24.482 actos médicos rea-

lizados. En el período citado de 1986 a 1990 se aumentan las consultas externas realizadas dentro del Programa de Seguimiento de Crónicos que representa un modo de atención ambulatoria en un período crítico con respecto a los recursos humanos del Servicio de Salud Mental, disponiéndose los psiquiatras presentes en ese momento en el Servicio, y que están adscritos a la Unidad de Hospitalización, a atender en consulta externa o ambulatoria a los pacientes más frecuentadores o graves de todo el área sanitaria de Talavera de la Reina; y así observamos que el programa de seguimiento de crónicos comienza sus actuaciones en el período de 1981 a 1985, período en el cual como se ha dicho disminuyen la disponibilidad de psiquiatras en las consultas externas, siendo asumida una parte de las consultas externas por dicho programa de seguimiento de crónicos. En la actualidad el programa de seguimiento de crónicos tiende a su desaparición asumiendo el centro de salud mental (consultas externas) todas las consultas ambulatorias del Servicio de Salud Mental.

Las Urgencias Psiquiátricas

La atención urgente por su especial delicadeza, dificultad y grado de exigencia inmediata supone uno de los parámetros para medir la actividad y capacidad de

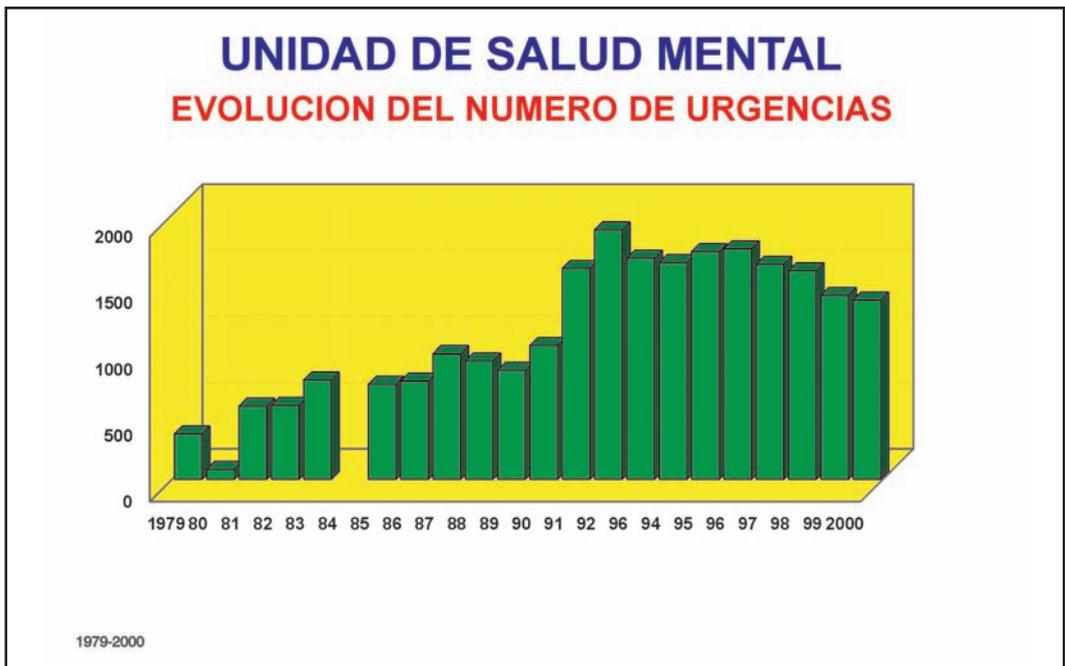


Figura 19.6. Evolución de las consultas de urgencias, 1979-2000.

respuesta de un Servicio de Salud Mental; estas actuaciones de urgencias han sido realizadas por los diversos elementos asistenciales del Servicio de Salud Mental. El número total de actuaciones medico-psiquiátricas urgentes en los distintos períodos de tiempo puede verse en la Figura 19.6, observándose un crecimiento sostenido hasta 1991, año en el que se estabiliza y comienza a decrecer suavemente; esta evolución se explica por la unificación en 1991 de las consultas externas de psiquiatría del área sanitaria de Talavera de la Reina en el centro de salud mental del Servicio de Salud Mental del área sanitaria de Talavera de la Reina.

Programa de Visitas Domiciliarias

Las visitas domiciliarias han sido traídas a colación en este resumen de los 25 años de historia de nuestro servicio por su carácter emblemático e indicativo de una concepción de la asistencia del paciente mental en su medio, y también de una concepción de la patología mental que relaciona las circunstancias socio-familiares con la propia aparición o evolución de la enfermedad mental, creyendo por supuesto que la ayuda o modificación en las condiciones socio-familiares pueden favorecer la mejoría en los síntomas de la enfermedad y sobre todo la calidad de vida del paciente psiquiátrico. El programa de visitas domiciliarias se realiza por



Figura 19.7. Evolución del número de visitas domiciliarias.

un equipo encargado a tal fin compuesto por una trabajadora social y una enfermera, aunque en la definición de objetivos y de pacientes a visitar se implica todo el servicio. El programa de visitas domiciliarias se inicia, de un modo organizado y con continuidad hasta la fecha actual, en 1983, detallándose en el gráfico el número de visitas por año realizadas (véase la Figura 19.7).

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

La Unidad Infanto-Juvenil es un elemento esencial en el Servicio de Salud Mental de Talavera de la Reina desde su constitución hace ya 25 años. Dentro de la patología mental hay actuaciones y modificaciones que solo pueden realizarse en los periodos de tiempo en el que los pacientes están conformando su personalidad o en el inicio de los conflictos, y es por ello que las actuaciones precoces provocan unos grandes beneficios terapéuticos, todo lo cual hace que la importancia de la Unidad Infanto-Juvenil sea capital en un planteamiento global integral e integrador en la atención a la salud mental de la población de un área sanitaria determinada. El equipo que compone la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en la actualidad (2001) está compuesto por una médico especialista en psiquiatría, una psicóloga, una enfermera, un trabajador social y el apoyo de auxiliares sanitarios y

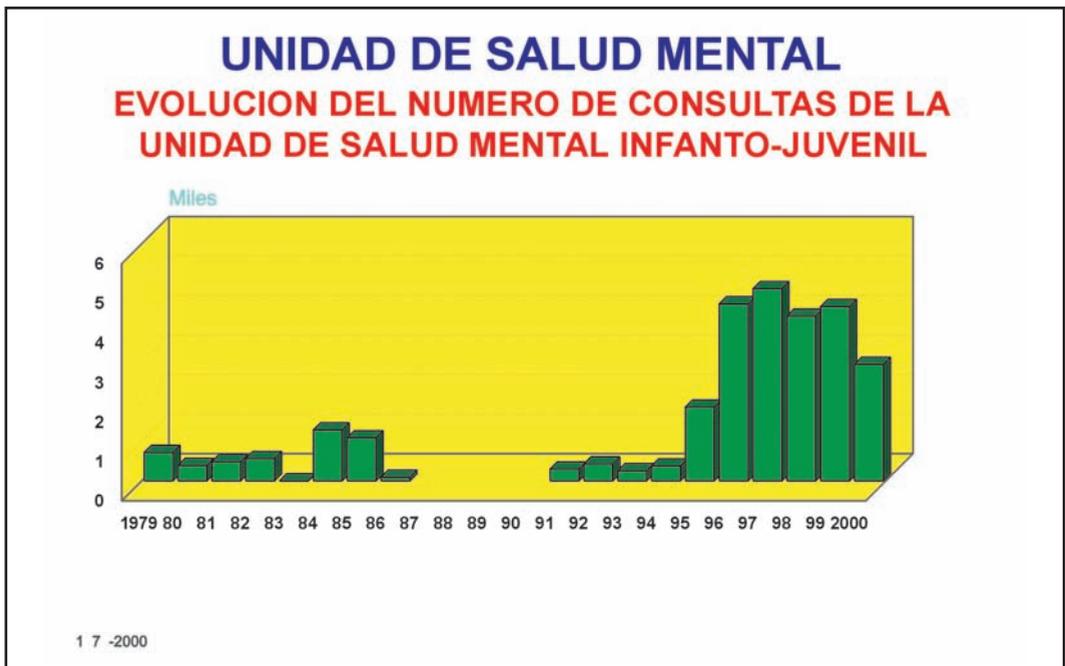


Figura 19.8. Evolución del número de consultas de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil.

auxiliares administrativos del resto del Servicio de Salud Mental. Su actuación prioritaria y primordial es ambulatoria pero en las ocasiones que los jóvenes pacientes deben ser ingresados utilizan los recursos de la unidad de hospitalización psiquiátrica o de la unidad de hospital de día, asimismo también son atendidos en ocasiones por la unidad de drogodependencias, en el caso lógico de consumo de sustancias adictivas, o también pueden beneficiarse del programa de visitas domiciliarias. Su nivel de actuación ha sido fluctuante a lo largo de estos 25 años, sufriendo de modo sensible las variaciones en el número de psiquiatras del servicio y como puede observarse en la Figura 19.8 no se extiende y consolida su actuación hasta 1995 fecha desde la cual y hasta la actualidad el equipo funciona de modo estable habiendo realizado 20.856 consultas, número muy superior al resto de las consultas realizadas en los 20 años anteriores. El estilo de trabajo de la Unidad Infanto-Juvenil es fundamentalmente psicoterapéutico como corresponde a las expectativas y esperanzas de mejoría o curación que tienen los pacientes infanto-juveniles y este trabajo también representa una esperanza para la salud mental de toda la población del área sanitaria de Talavera de la Reina.

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

El Servicio de Radiodiagnóstico del C.R.S.P. como todos los servicios centrales trabaja por y para los demás servicios, según las demandas y sin apenas iniciativas propias.

Este Servicio además de las vicisitudes y altibajos del Centro, ha tenido las suyas propias... empezamos con una sala con dos puestos de trabajo (radiología general y seriador) y otra sala con un fotoseriador además de un aparato portátil; al día de hoy tenemos una sala de radiología general (el fotoseriador perdió actualidad y se desmontó y el seriador unida su dudosa eficacia, según algunos, a que se fundió el tubo, quedó inutilizado...).

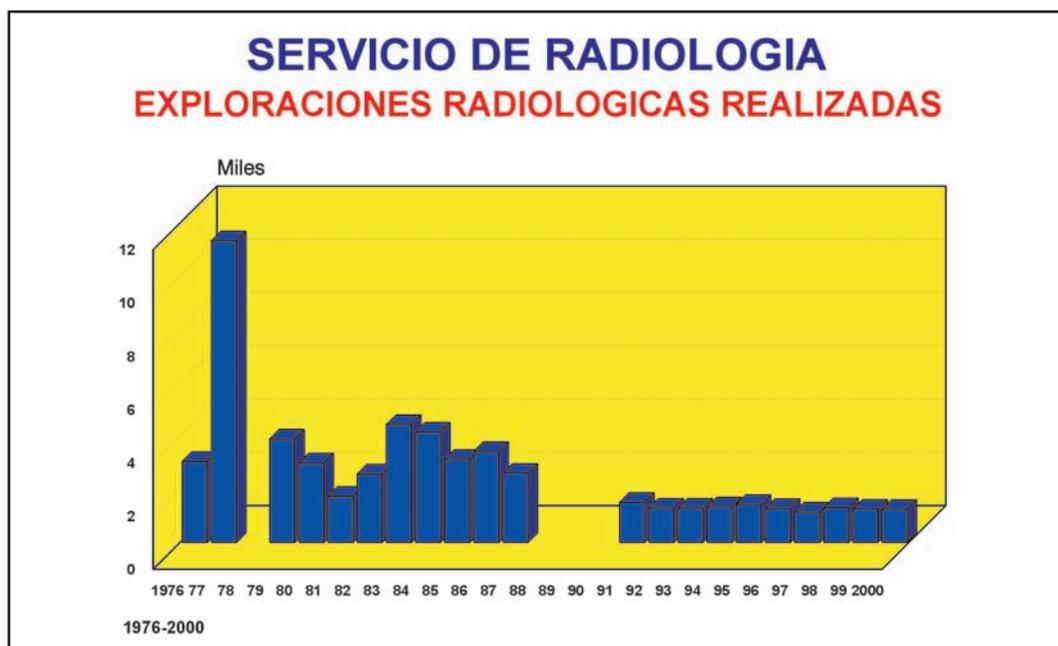


Figura 19.8. Evolución del número de consultas de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil.

Hemos pasado de épocas de trabajo abrumador a otras escaso en demasía, salvado una etapa por el apoyo muy gratificante a los médicos generales de los pueblos de la comarca; hasta hace ocho años que al firmar un convenio la Consejería y el Insalud pasamos a trabajar para las consultas externas del Hospital de Talavera.

Desde que se abrió el Centro hemos estado en este Servicio las mismas personas; un médico radiólogo y dos auxiliares técnicos en rayos con el apoyo circunstancial de algún A.T.S. en momentos concretos; hace ocho años al entrar en vigor el convenio Consejería-Insalud se incorporó un técnico-radiografo contratado por Insalud, el cual se encuentra integrado en el equipo.

No quiero terminar sin hacer referencia a una faceta que nos hace sentirnos orgullosos a todos los componentes del servicio, hemos sido paño de lágrimas de todo el Centro; me explico: hemos hecho radiografías sin protocolo a todo trabajador/a, familiar o amigo que nos lo han pedido.

Talavera de la Reina, Mayo de 2001



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha
www.jccm.es