

OBJETIVO 4

REDUCIR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Andreu Segura Benedicto
Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya

1. INTRODUCCIÓN

El análisis de la evolución de la situación respecto del objetivo 4, entre los 38 que establece el programa europeo Salud para Todos de la OMS, se formula en términos de reducción de un 10% de la morbilidad o de la incapacidad atribuible a los problemas crónicos de salud. Sin embargo, hubiera sido deseable definir cuáles son los problemas específicos más susceptibles de aplicación del objetivo, porque algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes se incluyen en otros objetivos y, también, porque no todos los problemas de salud crónicos son igualmente sensibles o resistentes a las intervenciones sanitarias.

De ahí que resulte necesario definir cuáles son las enfermedades y los problemas de salud que se consideran afectados por el objetivo 4 antes mencionado. Aunque la edición española de 1986 (1) no los especifica, la edición actualizada en septiembre de 1991, en francés, sí que se refiere a algunos problemas específicos (2).

Entre ellos, la reducción, al menos en una tercera parte de las complicaciones diabéticas, particularmente la ceguera, la insuficiencia renal, las amputaciones, las complicaciones del embarazo y la cardiopatía coronaria. También se señala como objetivo específico la reducción de la gravedad de las caries dentales y de las parodontopatías, de manera que el número de piezas dentales cariadas, ausentes o empastadas sea inferior a dos entre los niños de 12 años.

Otros objetivos específicos no cuantitativos son, por una parte, la reducción continuada de la morbilidad, la invalidez y el sufrimiento asociado a las enfermedades degenerativas, reumáticas y neurológicas, a las afecciones respiratorias crónicas y a las alergias. Por otro lado se propone el establecimiento de medidas que garanticen la posibilidad de beneficiarse de los consejos genéticos y de las intervenciones preventivas apropiadas a todas las personas expuestas al riesgo (se supone que a un riesgo elevado de padecer o de transmitir enfermedades congénitas o hereditarias) y la adopción de una estrategia para reducir las enfermedades crónicas y no transmisibles que están asociadas a factores de riesgo múltiples y que comportan intervenciones multisectoriales en la comunidad y, finalmente, se propone la mejora del sistema de información que permita la vigilancia de las enfermedades crónicas, considerándose prioritario disponer de las bases de datos que permitan el análisis de la evolución de la esperanza de vida sin incapacidad ni enfermedades graves.

El Ministerio de Sanidad y Consumo publica periódicamente una actualización de los indicadores de salud para evaluar el grado de satisfacción de los 38 objetivos. La última actualización disponible es la tercera, editada en 1995 (3) que en el epígrafe correspondiente al objetivo nº 4, titulado "Añadir salud a la vida", comprende ocho tipos de indicadores que se reproducen en el Anexo 1.

Se presenta, pues, la evolución de los indicadores disponibles sobre la esperanza de vida libre de incapacidad, sobre incapacidades derivadas de problemas de salud y sobre la frecuencia de algunos problemas crónicos como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, los reumatismos, la salud bucodental y algunas patologías infecciosas, básicamente en España y, en algunos casos, se comparan con los de la media de la Unión Europea.

Las fuentes de información accesibles a este tipo de indicadores son relativamente escasas. Se dispone de estimadores de la esperanza de vida libre de incapacidad en el ámbito español, elaborados a partir de las estadísticas de mortalidad y de información complementaria proporcionada por la encuesta de incapacidades del INE (1986) y de la esperanza de vida en buena salud correspondientes a 1986 y a 1991 a partir de las estadísticas de mortalidad y de los datos suministrados por las ediciones correspondientes de la Encuesta Nacional de Salud. Sin embargo, el impacto de los diversos problemas de salud que tienen consecuencias sobre la calidad de vida no ha sido convenientemente analizado. De otro lado, la

información sobre incapacidades laborales transitorias o permanentes adolece de un sesgo administrativo que limita su validez a los efectos orientativos.

En cuanto a los problemas de salud considerados específicamente hay que tener en cuenta que la mejor información sanitaria por su exhaustividad —que son las estadísticas oficiales de mortalidad— resulta poco pertinente en este caso ya que muchas de las enfermedades crónicas tienen una letalidad baja. A pesar de ello, problemas como el sida son susceptibles al análisis de la mortalidad y, en cierta forma, la diabetes y las enfermedades respiratorias.

Otras fuentes de información son las estadísticas de utilización de servicios sanitarios por causas. En este caso se dispone de la encuesta anual de morbilidad hospitalaria que lleva a cabo el INE y también de la explotación del CMBD que se ha instaurado en los últimos años. Pero esta información se refiere básicamente a los centros hospitalarios destinados a la atención de enfermos agudos, de manera que los llamados centros socio-sanitarios que atienden enfermos crónicos no se ven adecuadamente reflejados. Lamentablemente, tampoco se dispone de información comparable en el ámbito de la Atención Primaria.

La percepción de la población se recoge en las encuestas de salud de las que se dispone de cinco ediciones desde 1987. Además de la valoración del estado de salud propio se dispone de datos para estimar prevalencias de trastornos crónicos, lo que técnicamente se acostumbra a denominar morbilidad percibida.

Finalmente algunos estudios epidemiológicos proporcionan datos, generalmente de prevalencia de algunos trastornos crónicos.

Por lo que respecta a la información internacional se ha consultado la base de datos del programa Salud para Todos de la OMS y la de la OCDE, ECOSANTE98. A menudo los datos no corresponden a los mismos años y casi nunca se dispone de una valoración de su validez

2. ESPERANZA DE VIDA

Se dispone de indicadores relativos a la esperanza de vida libre de incapacidad, sólo para el año 1986, según datos de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías llevada a cabo por el INE. En la actualidad el INE está realizando la segunda versión de la encuesta.

También se dispone de datos relativos a la esperanza de vida en buena salud y a la expectativa de mala salud subjetiva, ambas calculadas sobre la base de los datos de dos ediciones de la encuesta nacional de salud (1987 y 1993). Las cifras correspondientes a 1997, fecha de la última edición de la ENS se publicarán a finales de año (Regidor E. Comunicación personal).

2.1. ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE INCAPACIDAD Y EXPECTATIVA DE INCAPACIDAD (1986) PARA DIVERSAS EDADES

Aunque la esperanza de vida a cualquier edad es superior en las mujeres, la proporción de la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) respecto de la esperanza de vida total es inferior para las mujeres a cualquier edad:

EVLI	VARONES	MUJERES
al nacer	83,1%	78,6%
al año	82,8%	78,3%
a los 15 años	79,6%	74,2%
a los 45 años	65,1%	57,4%
a los 65 años	45,3%	35,3%

La expectativa de incapacidad (EI) también es superior para ellas a cualquier edad. El diferencial en años de expectativa de incapacidad es el siguiente:

EI	DIFERENCIA ENTRE MUJERES Y VARONES
al nacer	4,7 años
al año	4,7 años
a los 15 años	4,8 años
a los 45 años	4,7 años
a los 65 años	3,7 años

Hasta que no se publique la encuesta actual no podrá cuantificar la diferencia con la anterior, aunque es muy probable que los indicadores hayan mejorado. Una cuestión importante será ver si la diferencia por géneros se reduce y en qué grado.

2.2. ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD (EVBS) Y EXPECTATIVA DE MALA SALUD SUBJETIVA (MS) PARA DIVERSAS EDADES. EVOLUCIÓN ENTRE 1986 Y 1991

Entre 1986 y 1991 la esperanza de vida aumenta en ambos géneros y para todas las edades, y lo mismo ocurre con la EVBS, mientras que la expectativa subjetiva de mala salud disminuye también en ambos géneros y para todas las edades. Sin embargo, los años de EVBS son siempre más para los varones, con la única excepción de los que corresponden a la EVBS a los 65 años en 1991.

La proporción de años de EVBS respecto de la EV es siempre más alta para los varones, tanto en 1986 como en 1991. Aunque la evolución del porcentaje entre 1986 y 1991 es ligeramente mejor para las mujeres:

% EVBS/EV	1986		1991	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
al nacer	73,8%	64,6%	74,3%	66,2%
al año	73,4%	64,1%	73,9%	65,8%
a los 15 años	69,6%	58,5%	70,4%	60,6%
a los 45 años	55,1%	41,5%	57,0%	45,8%
a los 65 años	42,7%	31,5%	44,8%	37,0%

Aunque las diferencias por género muestran una tendencia a la disminución, ésta no es lo intensa que debiera. El reconocimiento del sexismo en la sociedad —que afecta también a la sanidad— no es suficiente para garantizar la equidad en este ámbito. De hecho existen indicios suficientes como para denunciar que no se da, siquiera, una equidad de acceso a los servicios sanitarios, como sugieren las tasas de hospitalización por género, sistemáticamente superiores para los varones con la única excepción del grupo de edad que incluye a las gestantes (4). En sentido contrario se podría producir una promoción del hiperconsumo respecto de situaciones como el embarazo (número excesivo de ecografías), parto (episiotomías frecuentes, tasas elevadas de cesáreas) y menopausia (tratamiento hormonal substitutivo) (5).

El incremento de la esperanza de vida y de la esperanza de vida en buena salud difícilmente se pueden atribuir a intervenciones específicamente sanitarias. La tendencia demasiado suave a la equiparación por géneros seguramente se podría incrementar con una política explícita frente a la desigualdad por géneros.

3. INCAPACIDAD TEMPORAL

Los días de restricción de la actividad son una medida del impacto que los problemas de salud ocasionan sobre la capacidad de las personas. La información disponible en España procede de las distintas ediciones de la ENS. Sin embargo, no resulta posible distinguir entre problemas agudos y crónicos las causas a las que se atribuye esa restricción puesto que la formulación de las preguntas lo impide.

Los indicadores disponibles se refieren a número de días de restricción de la actividad principal (laboral o habitual) y al número de días que han requerido guardar cama. Las variables independientes son ambos géneros, cuatro grupos de edad y nivel de estudios.

Desde 1993 el porcentaje de adultos que manifiesta restringir su actividad por causa de enfermedad, padecimiento o molestia se mantiene en torno al 19%. Es decir, uno de cada cinco adultos declara una limitación superior a los diez días. Los problemas de salud que justifican esta limitación son las enfermedades articulares (27,4% de las restricciones en 1995 y el 26,4% en 1997), los traumatismos (17,7% y 16,5% respectivamente), las cardiopatías (9,2% y 9,5%) y los procesos respiratorios, excluida la gripe (7,7% y 7,6%).

Una fuente de información complementaria procede de las incapacidades laborales temporales o transitorias (ILT) aunque a las limitaciones sobre el período de vigencia, señaladas para la fuente anterior, se suman los derivados de la restricción a la población laboral asegurada y otros como consecuencia del carácter económico y administrativo de la estadística.

Potencialmente, los indicadores de incapacidad temporal son de gran utilidad para cuantificar el impacto que la población sufre cuando padece determinados problemas de salud. Para ello, una fuente deseable sería la de las encuestas de salud periódicas, siempre que permitieran distinguir la duración de la restricción y la causa a la que el afectado la atribuye. Esta información permitiría clasificar los problemas de salud según una de las consecuencias más relevantes para la población.

Desde 1993 no se observa una mejora en la prevalencia de limitaciones habituales superiores a diez días, que es el único indicador disponible. Esta negativa situación puede ser consecuencia —además de la influencia de un eventual incremento de la incidencia de este tipo de causas que originan las limitaciones, en ocasiones de difícil prevención— de la poca importancia que se concede a la autonomía como objetivo de las intervenciones sanitarias.

4. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE

La fuente directa de esa información es la encuesta de discapacidades y minusvalías del INE pero como sólo existe la de 1986 es imposible estimar la evolución. Está en curso la segunda edición de la encuesta cuyo trabajo de campo finaliza en junio de 1999 y se esperan resultados preliminares en el primer trimestre del año 2000.

En ausencia de esta información se dispone de una serie de 1986 a 1993 del número medio anual de procesos “activos” de invalidez provisional por mil trabajadores según los diversos regímenes de la Seguridad Social, publicada en la tercera actualización de indicadores del Ministerio. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) dispone de los datos hasta 1998, aunque por razones legales, desde 1994 el concepto es a extinguir. No se observa una tendencia clara en relación con los afiliados al Régimen General, que pasan de 7,2 a 7,0 (procesos por mil en 1986 y en 1993) ni tampoco del régimen especial agrario por cuenta ajena (de 11,1 a 13,8). En cambio, el de trabajadores del mar experimenta un ligero descenso (12,1 a 8,6) mientras que el de la minería del carbón muestra un incremento sostenido (10,1 a 18,3) y el de empleados del hogar también (38,9 a 51,1).

A partir de 1994 se producen cambios legislativos que suponen la desaparición progresiva de la invalidez provisional y su substitución por la incapacidad permanente que incluye a los trabajadores que no pueden volver a trabajar en el mismo tipo de trabajo (parcial) y a los que no pueden trabajar en ningún caso (absoluta). El indicador disponible es el número medio anual de pensiones por cada mil beneficiarios. La evolución desde 1989 a 1997 de este indicador es relativamente estable pasando de 85,6 en 1989 a 80,6 en 1997 con un máximo de 87,9 pensiones por cada mil beneficiarios en 1994. El régimen especial que tiene más pensiones por incapacidad permanente por cada mil beneficiarios es el de empleados de hogar (243,1 en 1997 y 196,6 en 1989, con un máximo de 259,5 en 1995). El régimen especial agrario pasa de 156,7 en 1989 a 159,8 en 1997 con un máximo de 173,6 en 1994. El de los trabajadores del mar pasa de 87,3 a 101,6 con un máximo de 108,8 en 1996 y el de la minería de carbón pasa de 120,4 a 108,0. El régimen general está en torno a las 60 pensiones por mil (57,1 a 55,8) y el de autónomos pasa de 44,7 a 49,7. El número de pensiones de incapacidad permanente (modalidad contributiva) alcanza su máximo en 1996 con 1.694.440. En 1997 se reduce a la mitad (811.485) y todavía algo más en 1998 (800.644).

Al tratarse de fuentes administrativas con repercusión económica cabe suponer que se trata de estimadores sesgados de la incapacidad laboral.

La reducción de la proporción de incapacidades permanentes puede deberse tanto a una disminución de los problemas de salud que las comportan como a la influencia de nuevos criterios administrativos más restrictivos.

5. SALUD BUCO-DENTAL

Los indicadores de salud buco-dental que se recogen en las respectivas actualizaciones de la evolución de los indicadores de cumplimiento de los objetivos del programa Salud para Todos por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo se limitan al índice CAO (número de piezas con caries, más piezas ausentes, más piezas obturadas —empastadas—) y a las proporciones de individuos con encías sanas, que sangran a la exploración, con cálculos y con bolsas patológicas, todos ellos correspondientes a los niños de 12 años.

Estos son los indicadores de problemas buco-dentales que se acostumbran a proporcionar a las agencias internacionales, aun cuando no reflejan la amplitud de los problemas orales puesto que no tienen en consideración a las personas de más edad.

En España se han llevado a cabo, hasta la fecha, cuatro grandes estudios de ámbito estatal desde 1969, cuando Gimeno de Sande los iniciara (6). En 1983 el Ministerio de Sanidad encargó a la OMS un informe

que se elaboró a partir de una encuesta epidemiológica de ámbito español (7) que fue analizado por Emili Cuenca (8). En 1987 tuvo lugar el tercero de los estudios (9-10). Finalmente, el último de los estudios afectó a 2.505 personas de una muestra representativa de diversos grupos de edad y género, en tres ámbitos demográficos distintos (urbano, periurbano y rural) correspondientes a siete comunidades autónomas, mediante ocho equipos. Según sus autores, la investigación se ajustó a las recomendaciones de la OMS (11) y contó con la supervisión de Jeniffer Sardo Infirri (científicista de salud oral de la OMS) quien, en el prólogo del informe publicado por los autores (12), reconoce que la investigación:

“Presenta datos que cubren suficientemente los rangos socioeconómicos y geográficos de la situación en España, incluyendo cinco grupos etarios desde el grupo de 5/6 años al de 65/74 años, lo que supone una exposición clara de la enfermedad dental en España en 1994.

El nivel de caries a los 12 años (CAOD de 2.3) está por debajo del objetivo fijado por la OMS para el año 2000 (CAOD <3). Sin embargo, los niveles de caries se encuentran en un rango moderado para el grupo 35-44 (CAOD de 10.9) y en un rango alto para el grupo de 65-74 años (CAOD de 21.1).

Asimismo, se ha asistido a una mejoría global de la salud gingival de los adultos habiéndose producido una disminución de la prevalencia de bolsas profundas en el grupo de 35-44 años, pasando del 18% en 14 al 11% en 1994.”

Las diferencias entre los distintos estudios dificultan el análisis de las tendencias experimentadas por los problemas de salud bucales en España. No sólo como consecuencia de que los grupos de población estudiados no han sido los mismos sino también debido a peculiaridades metodológicas. No obstante, se dispone de una serie correspondiente a los niños de 12 años común a todos los estudios, desde 1983, de manera que resulta posible su comparación formal (Tabla 11).

Tabla 11

Comparación de los resultados periodontales y de caries obtenidos en los estudios epidemiológicos de ámbito español. Edad 12 años

	OMS 1983 N= 1021	SICILIA 1987 N= 220	NOGUEROL 1994 N= 2505
CAOD	4.2	3.5	2.32
PERIODONTALGIAS			
% SANOS	17.3	22.4	33.0
% SANGRANTES	51.5	38.4	34.6
% CON CÁLCULOS	22.3	34.2	32.4
% CON BOLSAS(<5mm.)	7.5	5.0	0.0
% CON BOLSAS(>6mm.)	0.3	0.0	0.0

Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores (3ª actualización). Noguerol B, et al. (12)

De acuerdo con la valoración de los autores del último de los informes, se señala que las estimaciones de la OMS en 1983 probablemente fueron sesgadas con el resultado de una sobreestimación. En aquellos momentos en nuestro país no existían programas comunitarios de salud buco-dental; no se procedía a la fluoración de las aguas de consumo público ni, tampoco, de la sal de alimentación; los niveles de caries se suponía que eran superiores a los del resto de Europa; no había apenas estudios epidemiológicos de referencia; el sistema de atención dental público sólo cubría las urgencias y las extracciones y tampoco existía una planificación explícita de la organización de los recursos.

Las causas que han favorecido la evolución positiva de los indicadores son diversas. Entre ellas cabe destacar la disminución del consumo de azúcar per cápita desde 1980 hasta 1985 (fecha en la que los productores de azúcar llevan a cabo ingentes esfuerzos publicitarios para detener la caída del consumo) cuando parece que se estabilizan. Sin embargo el consumo en España es sensiblemente menor que el del conjunto de países europeos incluyendo Italia, Portugal y Grecia. Alrededor de 1989 el consumo per cápita se estimaba en unos 26 kilos, mientras que el del Reino Unido casi alcanzaba los 40. También se ha incrementado —aunque de forma lenta— el consumo de productos de higiene bucal fluorados.

Algunas comunidades autónomas han venido desarrollado programas comunitarios de salud dental desde los años 80, particularmente en Andalucía, con el abastecimiento de aguas fluoradas que afectan a unos dos millones de habitantes; la creación de 50 consultas de odontostomatología en centros de salud y algunas actividades de educación sanitaria.

En Cataluña sólo se ha procedido a la fluoración de las aguas en Gerona. Desde el año 1990 se calcula que se benefician unas cien mil personas. Además, se llevan a cabo 4 programas con diversos grados de implantación: colutorios fluorados desde 1982 de aplicación voluntaria a unos 400.000 escolares; prevención en disminuidos físicos y psíquicos desde 1986 (cepillado diario y colutorios con clorhexidina y flúor) a unas 15.000 personas; programa escolar de cepillado dental desde 1991 a niños de 6/7 años. Abarca unos 40.000 niños cada año y programa marco de salud buco-dental en las áreas básicas de salud.

En el País Vasco se puso en marcha en 1987 un programa de salud dental que culminó en 1990 con el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Sus objetivos —fijados a partir del estudio epidemiológico de la salud dental de los escolares realizado en 1988— fueron reducir a la mitad el 83% de niños de 14 años con caries y un índice CAOD de 4, y mejorar la salud dental de toda la población. Para ello se procedió a la formación de expertos en salud pública dental (en la Universidad de Londres), a la fluoración de las aguas de consumo, al establecimiento de campañas de educación dental y a la puesta en marcha de un Servicio Dental Comunitario (SDC) para todos los niños entre 7 y 15 años que fue incrementándose gradualmente (una nueva cohorte cada año). El SDC se caracteriza por su enfoque preventivo y la evaluación sistemática de sus actividades y resultados a través de la base de datos PADI; la creación de la figura del “dentista de cabecera” (público o privado), de libre elección anual y pago capítativo con “cheque dental”; y la cobertura de los siguientes servicios: revisiones necesarias (una como mínimo), aplicación de selladores de fosas y de fisuras; obturaciones en dentición permanente, atención de cualquier urgencia; y tratamientos especiales por malformaciones, traumatismos de grupo incisivo-canino; se excluyó la ortodoncia y la restauración de la dentición temporal. El pago era por ítem, previa conformidad del SDC. La fluoración de las aguas de bebida, obligatoria desde 1988 y subvencionada, cubre en la actualidad a más del 80 % de la población.

A los 9 años de la implantación de este programa, una evaluación epidemiológica de 1998 (13) revela que el 42% de los escolares de 14 años está libre de caries, que el promedio de dientes afectados es de 1.73 (reducción superior al 50% propuesto en 1988), y que el índice de restauración ha pasado del 38% de 1988 al 74% de 1998. La comparación de la salud bucodental escolar en el País Vasco con respecto al conjunto de España y otros países europeos, sólo puede hacerse para el grupo de 12 años, al ser la única cohorte etaria que coincide con la estudiada en la Encuesta en España de 1994. En el País Vasco el 57.2% de los niños de 12 años está libre de caries, frente al 31.5% en el conjunto de España; el CAOD es menos de la mitad del conjunto español (1.05 frente a 2.32) y el índice de restauración es casi el doble (73.3% frente a 37.9%). El porcentaje de niños libres de caries en el País Vasco y su CAO (57.2% y 1.0 respectivamente) también se compara favorablemente con los datos de dos países europeos particularmente avanzados en esta materia: Dinamarca (1994) 49% y 1.3, y Suecia (1994) 43% y 1.6, según los últimos datos disponibles de la OMS de 1997.

En Navarra se importó el PADI vasco, gracias a las buenas relaciones entre ambos gobiernos y se llevan a cabo actividades similares: la educación escolar desde 1987 que abarca unos 45.000 niños; los colutorios semanales con flúor desde 1985 que afectan a unos 49.000 alumnos; el sellado de fisuras en Atención Primaria y el programa de asistencia dental infantil.

En 1995 prácticamente todas las CCAA disponían de algún programa, fundamentalmente en el ámbito escolar. La excepción era, al menos en ese momento, la Comunidad de Baleares.

A pesar de ello no se han conseguido todos los objetivos fijados en 1983 por la OMS, particularmente el que corresponde a que el 85% de los jóvenes de 18 años conservaran todos sus dientes ya que, según datos de 1994, esto sólo ocurría en el 83% de los jóvenes de 15 años. Tampoco se ha conseguido que el 50% de los adultos de 65 años y más conserven al menos 20 piezas dentales. En 1994 menos del 36% de estas personas poseía 20 dientes y como la cifra de desdentados totales era del 27% parece imposible llegar a esa proporción en breve. Actualmente está en curso una investigación epidemiológica dirigida específicamente a los adultos mayores para evaluar el porcentaje de desdentados totales y la proporción de personas que conservan 20 piezas o más (Carles Subirà: comunicación personal).

Las principales razones de estas deficiencias se pueden atribuir a la inexistencia o, en su caso, a la inoperancia de una institución encargada de la planificación de las actividades de higiene y control buco-dental, de manera que no se dispone siquiera de un procedimiento establecido para el seguimiento de los problemas buco-dentales, puesto que la última investigación epidemiológica global se ha realizado a iniciativa del Consejo General de Odontólogos con financiación privada. Parece que el Ministerio de

Sanidad ha auspiciado la creación de una comisión de coordinación de los responsables de salud buco-dental con el fin de crear un sistema estandarizado de recogida de datos y de elaboración de indicadores.

Las limitaciones del Sistema Nacional de Salud para establecer las prestaciones financiadas públicamente contribuyen de forma decisiva a la persistencia de problemas buco-dentales en la población adulta. La distribución geográfica de los profesionales muestra notables desequilibrios, de manera que existe plétora en las zonas urbanas y déficit en las rurales. Además, la transformación del sistema educativo, mediante el establecimiento de los estudios de odontología, de cinco años de duración, se produjo con prontitud pero sin atender a las recomendaciones del llamado informe de Dublín (14-15) en el sentido de incrementar la formación médica de los profesionales.

Finalmente, se echa en falta una decisión político-administrativa acerca de la conveniencia de fomentar la fluoración del agua potable como principio básico de la prevención de la caries. Asimismo se deberían establecer unas bases comunes para todos los programas comunitarios, cuyo ámbito y actividades se distribuyen de forma muy irregular y cuya continuidad no está garantizada. La evolución de los indicadores que corresponden a los niños de 12 años resulta francamente positiva. Sin embargo, no lo es tanto si se atiende a los indicadores referidos a otros grupos de edad. Las limitaciones de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud son una de las causas principales que afecta, además, a la equidad social (la partida más importante del gasto sanitario privado corresponde al consumo de visitas al dentista). Las actividades preventivas de carácter comunitario se han desarrollado de forma muy irregular, según la comunidad autónoma de que se trate.

6. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La evolución de la incidencia de las enfermedades contagiosas que se consideran indicadores del objetivo 4 es, en general, favorable. Las fuentes de información utilizadas son el sistema de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y el programa del sida. Con excepción del sida y, en parte, de la tuberculosis respiratoria, el resto muestra descensos continuos e intensos durante el período 1985-1998.

Las hepatitis víricas pasan de 117,1 nuevos casos por cien mil habitantes en 1985 a 13,86 en 1998; la sífilis, de 10,3 a 1,96; la gonococia, de 81,2 a 5,51; y la tos ferina, de 157,4 a menos de 1 (0,8 en 1998). En general, pues, se trata de una disminución muy intensa.

Las altas de enfermos hospitalizados por hepatitis víricas fueron 1.239 casos en 1985, con una tasa de 3 por cien mil altas (4 para los varones y 2 para las mujeres). En 1995 se produjeron 2.349 altas con unas tasas de 6 por cien mil (8 para los varones y 4 para las mujeres).

La evolución de las tasas notificadas de tuberculosis respiratoria es irregular con pequeños altibajos. En 1986 se registra la tasa más elevada con 35,6 nuevos casos por cien mil, aunque en 1998 la tasa estimada es de 22,67. Las estimaciones de la SEPAR, sin embargo, son más altas.

Según fuentes del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria) la morbilidad hospitalaria correspondiente a tuberculosis respiratoria señala, en 1985, un número de 14.035 altas, con una tasa de 36 por cien mil habitantes (56 para los varones y 18 para las mujeres). En 1995 el número de altas fue de 8.942, con una tasa de 23 altas por cien mil, 33 para los varones y 13 para las mujeres. Así pues, se observa un descenso de las tasas de frecuentación por tuberculosis respiratoria (tasas brutas) entre 1985 y 1995 del orden del 36%, mayor en los varones (41,1%) que en las mujeres (27,8%).

En cuanto al sida, el incremento de la incidencia se mantiene hasta 1994 (según las fuentes) con 7.228 nuevos casos, para ir descendiendo desde entonces de forma sostenida hasta los 3.664 que se estiman en 1998. La tasa de incidencia máxima de la Unión Europea corresponde también a 1994 con 6,02 nuevos casos por cien mil habitantes, unas tres veces menor que la española.

El elevado número de casos de sida en España ha sido objeto de diversos análisis y de críticas de la pasividad de las autoridades sanitarias (16). Aunque en medios clínicos y oficiales, el mantenimiento del descenso de la incidencia se atribuye fundamentalmente [sic] al éxito del tratamiento médico (17), la influencia de la terapéutica sobre la incidencia sólo puede manifestarse, bien mediante una disminución de la capacidad de contagio de los enfermos tratados, bien porque se tratan los infectados que no llegan a desarrollar el síndrome. En buena lógica, ni una ni otra explicación son convincentes para dar cuenta de la totalidad del descenso observado que cabe atribuir a una hipotética mejora de la profilaxis de exposición o a características desconocidas de la evolución espontánea de la epidemia.

Las causas de la disminución de la incidencia del resto de procesos transmisibles considerados probablemente tengan que ver con el impacto de la vacunación cuando existe y se utiliza (tos ferina, hepatitis B) o con cambios en los comportamientos de riesgo (hepatitis, gonococia, sífilis) sin que se

puedan descartar artefactos, ya que el sistema de notificación sirve básicamente para alertar sobre eventuales brotes.

La evolución global de estos indicadores es claramente positiva, a pesar que las incidencias de sida y de tuberculosis siguen siendo de las más altas de la Unión Europea. La reducción de la frecuencia de estos dos procesos requiere intervenciones preventivas de carácter comunitario mucho más intensas que hasta el momento, para lo cual probablemente resulte imprescindible un acuerdo social explícito de forma que iniciativas preventivas como la promoción del uso de preservativos o, en general, la estrategia de reducción del daño no se vean interferidas. La respuesta más fácil del Sistema Nacional de Salud es la médica de forma que, en ausencia de posibilidades de vacunación, queda muy reducida.

7. DEFECTOS CONGÉNITOS Y METABOLOPATÍAS

Entre las 17 alteraciones sometidas a control por parte del *Estudio colaborativo español de malformaciones congénitas* las más frecuentes en 1985 fueron las hipospadias (18,6 por diez mil nacidos), trisomía 21 (16,5), anencefalia (5,7) y espina bífida (5,6). En 1997 la incidencia de estas alteraciones había descendido, siendo la disminución más importante la de la anencefalia (0,8) mientras que el síndrome de Down señalaba 11,5 casos por diez mil, las hipospadias 13,9 y la espina bífida 2,3.

Del resto de anomalías sólo los gastroquistes y la anoftalmia/microftalmia han experimentado un ligero aumento que tiene poco significado dada la bajísima incidencia registrada (pasan de 0,3 a 0,5 y de 1,4 a 1,5 respectivamente).

El Programa de “Diagnóstico neonatal precoz de metabolopatías” de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo proporciona estimaciones de incidencia de fenilcetonuria y de hipotiroidismo congénito para 1991-1992 y la Comisión de errores metabólicos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Biología Molecular para 1996-1997. Existe, además, una valoración de la calidad y la cobertura de los registros poblacionales de defectos congénitos en España, recientemente publicada (30).

Según los datos proporcionados por la EMH del INE para 1985 y 1995, las anomalías congénitas registraron 35.923 altas hospitalarias en 1985, lo que corresponde a una tasa de 93 altas por cien mil habitantes, 124 para los varones y 64 para las mujeres (no se especifica si el denominador son habitantes o nacidos). En 1995 se produjeron 31.113, con una tasa global de 79 altas por cien mil (99 para los varones y 61 para las mujeres). Llama la atención la diferencia por género, difícilmente atribuible a diferencias de la incidencia. En cualquier caso la disminución global es del orden del 15% aunque mucho más marcada en los varones (20,16%) que en las mujeres (4,49%). Es probable que esta disminución en las tasas de hospitalización refleje el descenso de la incidencia que, a su vez, viene influida por el bajo número de nacimientos.

La fenilcetonuria mantiene tasas estables en torno a los 0,4 casos por diez mil nacidos vivos (más bajos que los que se acostumbra a considerar en los tratados de patología), mientras que el hipotiroidismo registra tasas, también estables, unas diez veces superiores en torno a los 4 nuevos casos por diez mil nacidos y año.

Las actividades preventivas potencialmente útiles son las del diagnóstico y tratamiento precoz, en el caso de las metabolopatías, y el diagnóstico precoz y la interrupción del embarazo, en los defectos congénitos que no pueden ser tratados intrauterinamente o después del nacimiento. El consejo genético no es de aplicación general en estos casos.

Probablemente las razones de la disminución de las incidencias de los defectos congénitos se asocien al incremento de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo, aunque resulte difícil atribuirla a una intervención preventiva específica, al menos para aquellas alteraciones que no pueden ser detectadas precozmente. La notable disminución de los nuevos casos de síndrome de Down (de 16,5 en 1991 a 11,5 en 1997) puede atribuirse de forma verosímil a la intensificación del diagnóstico precoz entre las gestantes añosas, aunque no se dispone de información sobre el número de análisis practicados. La persistencia de cifras relativamente elevadas (la incidencia en Alemania o en el Reino Unido entre 1994 y 1995 fue de 7,36 y 4,68 respectivamente) podría deberse a la falta de intervención en los grupos más jóvenes de mujeres embarazadas, con un riesgo relativo mucho menor pero con un riesgo atribuible mucho más elevado. De todos modos, parece razonable reservar el diagnóstico precoz a aquellas mujeres que estuvieran dispuestas a abortar en caso de que se detectase un feto con trisomía 21.

8. ENFERMEDADES CRÓNICAS

Muchas son las enfermedades que se pueden considerar crónicas, aunque la cronificación se puede producir también como consecuencia de la evolución de otros problemas de salud, así, determinadas secuelas de accidentes en los que se ha producido una lesión medular, por ejemplo. Del mismo modo se pueden considerar procesos crónicos muchas enfermedades cardiovasculares y bastantes tumores malignos, sobre todo cuando el diagnóstico de estos procesos se adelanta y la capacidad terapéutica se incrementa. La tendencia a la medicación de la vida cotidiana comporta, también, una cierta cronificación de situaciones que, en rigor, no son problemas de salud como, por ejemplo, la hipertensión arterial primaria cuando no se han afectado órganos diana, o la hipercolesterolemia.

Por tanto, resulta imprescindible establecer una definición operativa de las enfermedades consideradas crónicas, así como de los indicadores que permitan controlar su evolución. En ausencia de esta definición consideraremos la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, algunos procesos digestivos, las enfermedades neurológicas y los reumatismos. Las enfermedades mentales constituyen el último de los grandes grupos de problemas crónicos.

Cabe señalar que desde el punto de vista de la población, las percepciones sobre los problemas de salud se refieren básicamente a cuestiones como la incapacidad funcional para desarrollar actividades cotidianas, a la dependencia de otros o del sistema sanitario y de apoyo social, al dolor crónico de cualquier tipo y a las alteraciones del estado de ánimo. A pesar de la ausencia de estimaciones en el ámbito español, los datos disponibles, sobre todo los que corresponden a Cataluña, resaltan la importancia del dolor y de las alteraciones del estado de ánimo. Existe un estudio sociológico del Gabinete Bernard Krief, según el cual la proporción de personas que se quejan de dolor de origen locomotor (reumático, musculoesquelético y traumático) sería del 38,7%; un 25% padecería dolor de garganta, un 9,5% dolor bucal y un 18,2% de las mujeres dolor menstrual (18).

Las actualizaciones periódicas publicadas por el Ministerio de Sanidad se limitan, hasta ahora, a proporcionar tasas estandarizadas de mortalidad por edad para ambos géneros de la diabetes, bronquitis-asma-EPOC y cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.

Otras fuentes disponibles se refieren a la utilización de servicios sanitarios, básicamente establecimientos hospitalarios, o a la percepción de la morbilidad por parte de la población objeto de encuestas de salud.

La percepción que tiene la población sobre su propia afectación señala que alrededor del 30% de los mayores de 15 años se consideran enfermos crónicos. Este porcentaje se mantiene bastante estable desde 1993 hasta 1997. En 1987, la proporción de adultos que no creía padecer ninguna enfermedad crónica era del 39%. Sin embargo, desde 1993 la formulación de la pregunta de la ENS varía y sólo se recogen las respuestas de quienes declaran haber utilizado los servicios sanitarios por esos motivos.

8.1. DIABETES

De acuerdo con la propia percepción de la población, la prevalencia de diabéticos entre los adultos se ha incrementado desde 1987. En ese año se consideraban diabéticos el 3,8%, mientras que en 1993 eran el 4%, el 4,7% en 1995 y el 5,0% en 1997. Este aumento puede reflejar tanto un incremento de la incidencia como un mayor diagnóstico, o ambos.

No se han publicado estudios epidemiológicos poblacionales que hayan estimado la evolución de la prevalencia de diabetes en el ámbito español. El único estudio que estima la prevalencia de diabetes en España es el de Figuerola et al. (19) pero lo hace a partir del consumo de medicamentos, de manera que ignora la diabetes controlada mediante medidas higiénico-dietéticas y la diabetes ignorada. Este trabajo estimaba, mediante el cálculo de la dosis diaria definida, la prevalencia de diabetes con tratamiento farmacológico en un 1,8% de la población. Sin embargo, la estimación correspondiente a la provincia de Ávila (1,08%) no se correspondía con la de un estudio algo posterior de Calle-Pascual et al. (20) en el que se calculó la dosis diaria prescrita llegando a un resultado del 2,53% (IC 95%: 2,1—2,99). Los estudios publicados hasta 1993 se recogen en una revisión de Goday y Serrano-Ríos publicada en 1994 (21). En cuanto a la incidencia de diabetes tipo I (antes denominada insulino dependiente) hasta 1996 se habían detectado once, de seis de los cuales se dispone de resultados. La población de referencia de estos estudios alcanza un 25% de la población total española menor de 14 años. Las estimaciones publicadas se refieren, sin embargo, a la incidencia de todo el período investigado y oscila entre 8,9 nuevos casos por cien mil habitantes y año de Vizcaya y los 14,9 por cien mil de Ávila (IC al 95%: 9,6-23,7). Así pues, desconocemos cuál ha sido la evolución de la prevalencia de diabetes mellitus.

No obstante, es verosímil suponer que se haya producido un incremento que, en su caso, puede atribuirse a diversas razones. Una de ellas es que realmente se haya producido un aumento de la prevalencia como

consecuencia de una mayor incidencia —lo que es razonable puesto que se incrementa la población expuesta a los factores de riesgo asociados, particularmente la obesidad y el exceso de peso. Pero debe tenerse en cuenta también la influencia de una mayor capacidad de diagnóstico, incluso de sobrediagnóstico. La detección de un nuevo caso de diabetes rarisimamente se basa en la sospecha clínica a partir de la presentación de los síntomas clásicos, lo que sólo sigue ocurriendo en la diabetes I. Pero como la mayoría de las diabetes son tipo II, la detección más bien se produce como consecuencia del hallazgo de concentraciones elevadas de glicemia. Así, la tendencia, igual que ocurre con otras anomalías, es la de avanzar el momento del diagnóstico —incluso cuando no está claro que la enfermedad como tal se acabe presentando.

La incapacidad asociada a la diabetes se refiere a las complicaciones de la enfermedad, entre las cuales destacan las amputaciones porque se acostumbra a considerar un indicador sensible del grado de control —más frecuentes de partes de extremidades distales (pie diabético) ya sean de origen vascular o neurológico— las nefropatías, las retinopatías y las neuropatías, tanto somáticas como vegetativas. En cuanto a la arteriosclerosis, sigue habiendo una cierta polémica sobre su naturaleza cuando afecta a pacientes diabéticos.

La información disponible sobre estas complicaciones es también escasa y en ningún caso permite el análisis de tendencias. Las estimaciones sobre la proporción de estas complicaciones entre pacientes diabéticos tipo I y II proceden de estudios de poblaciones seleccionadas. La nefropatía diabética es la que ha merecido mayor atención puesto que los enfermos diabéticos que padecen insuficiencia renal constituyen una proporción importante de los casos que requieren una terapéutica substitutiva (diálisis, etc.). En los lugares que disponen de registros de enfermos renales se ha constatado un incremento persistente de la proporción de diabéticos. En Cataluña la proporción se ha triplicado desde 1984 hasta 1994, alcanzando el 18% de todos los casos de insuficiencia renal (22). La estimación de la prevalencia de nefropatía entre pacientes de diabetes tipo II correspondiente a una muestra de diabéticos atendidos en siete provincias españolas publicada en 1997 dio un 7,5% de diabéticos con insuficiencia renal (23). Entre pacientes de diabetes mellitus tipo I la prevalencia de nefropatía establecida (macroalbuminuria o insuficiencia renal), investigada en una muestra de 18 hospitales españoles distribuidos en 13 provincias, fue del 8,5% (24). Los datos en cuanto a retinopatía son todavía más escasos. Destaca la estimación de la prevalencia de retinopatía diabética publicada en 1993 para una muestra de la población gallega que obtiene un 5,8% de los diabéticos con retinopatía proliferativa, aunque cerca del 45% de los diabéticos mostraba algún grado de afectación retiniana (25).

La utilización de servicios hospitalarios por parte de los enfermos diabéticos es elevada. De acuerdo con los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria que anualmente publica el INE, en 1985 los hospitales españoles dieron 34.429 altas de enfermos diabéticos que se corresponde con una tasa bruta de 89 altas por cada cien mil habitantes. De estas altas 22.875 fueron casos urgentes (el 66,4%). En 1995, último año publicado, las altas entre los enfermos diabéticos fueron 28.300 (una tasa de 72 por cada 100.000 habitantes), el 58,75% (16.626) de las cuales eran casos urgentes. Lamentablemente la ENS no informa de las complicaciones específicas que sufren los enfermos diabéticos. En cuanto a los datos procedentes del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se dispone de la información de altas hospitalarias para 1996 y 1997.

Así pues, parece que entre 1985 y 1995 la frecuentación hospitalaria específica de los enfermos diabéticos ha experimentado una disminución cercana al 20%. También se ha reducido el porcentaje de altas correspondiente a ingresos urgentes. Todo ello sugiere que, dado que la frecuencia de diabetes ha aumentado, la demanda de control hospitalario de los diabéticos ha disminuido todavía más, lo cual parece positivo.

En cuanto a la mortalidad, desde 1985 hasta 1995 se ha producido un ligero incremento de la tasa bruta, que ha pasado de 22,0 por cien mil habitantes en 1985 a 23,3 en 1995. Sin embargo, al ajustar la tasa por edad se comprueba una disminución del orden del 18,5%, desde el 17,3 al 14,4. Tanto para varones como para mujeres se observa un decremento de las tasas ajustadas por edad. Así, los varones pasan del 14,8 al 13,4 y las mujeres del 19,0 al 14,7. La disminución de la mortalidad es, pues, mayor entre las mujeres (22,6%) que entre los hombres (9,5%).

8.2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Las enfermedades respiratorias crónicas más importantes son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma bronquial. La ENS sólo proporciona datos acerca del asma. La prevalencia autopercibida de esta alteración permanece estabilizada en torno al 5% (ENS 1993=5%; ENS 1995=4,9%

y ENS 1997=5,0%). La ENS 1987 proporcionaba datos sobre asma/bronquitis conjuntamente con una prevalencia autopercibida del 6,0%.

No existen series de estudios epidemiológicos de prevalencia de EPOC y asma. Disponemos, sin embargo, de recientes estimaciones proporcionadas por dos amplias investigaciones. El estudio IBERPOC, patrocinado por Boehringer Ingelheim Spain SA, que se ha llevado a cabo en siete provincias españolas en 1996/97, entre población de 40 a 69 años, estima una prevalencia global de 9,1% (IC 95%: 8,2-10,1%) sólo un 22% de los cuáles conocían su enfermedad. Destacan las notables diferencias geográficas puesto que la tasa más baja corresponde a Cáceres, con un 4,9% y la más alta a Manlleu (Barcelona) con un 18%. Sorprendentemente, Manlleu es el área con una mayor proporción de no fumadores (el 59,4%) y los casos de EPOC se presentan en el 39,1% de los casos en no fumadores (26).

El grupo español del estudio europeo del asma llevó a cabo una investigación entre 1991 y 1993 en cinco provincias españolas, a una muestra de la población entre 20 y 44 años representativa para cada provincia, mediante cuestionario, que obtuvo 14.269 respuestas válidas. La prevalencia de síntomas varió entre el 4,9 y el 14,3% en varones y entre el 5,0 y el 14,9% en mujeres (27).

Un estudio más reciente, basado en una encuesta telefónica, se llevó a cabo en una muestra de 4.500 hogares que proporcionaron información de 15.390 personas. Según esta investigación el 4,9% de las personas declararon padecer asma (28).

Según la EMH del INE en 1985, el número de altas de enfermos afectados de bronquitis crónica (y no especificada), enfisema y asma —que es el grupo más similar de la clasificación utilizada por el INE— fue de 46.903, de los cuales fueron altas de ingresos urgentes 32.079 (el 68,4%). La tasa de altas por cien mil habitantes fue de 122, 146 para los varones y 99 para las mujeres. En 1995 se produjeron 54.150 altas por bronquitis crónica y no especificada, enfisema y asma en los hospitales españoles de los cuales 34.820 fueron casos urgentes (64,3%). Las tasas brutas fueron de 138 altas por cien mil habitantes para ambos sexos, 173 para los varones y 105 para las mujeres.

Así pues, la frecuentación hospitalaria se ha incrementado entre 1985 y 1995. A pesar de que no se dispone de tasas estandarizadas por edad, el aumento global parece superar el eventual ajuste por edad ya que alcanza el 11,6%. Para los varones el incremento es mayor (15,6%) que para las mujeres (5,7%) aunque entre éstas también se registra.

La evolución de la mortalidad por estas causas muestra un descenso continuado e intenso. La tasa ajustada por edad y sexo correspondiente a 1985 fue de 11,0 por cien mil, mientras que la de 1995 ha sido de 5,7. Por géneros la evolución es similar. La tasa ajustada por edad para los varones en 1985 fue de 17,6 y en 1995 de 9,2. Entre las mujeres las cifras respectivas son 6,6 y 3,3.

8.3. ALERGIAS

Según el estudio mencionado del Gabinete Bernard Krief, bajo el patrocinio de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica y UCB Pharma, un 17,9% de la población española declara padecer algún tipo de alergia, incluyendo asma. El problema más frecuente es la rinitis/conjuntivitis con un 10,1%. La urticaria se refiere en el 3,8% seguida de las dermatitis con un 2,6%. Un 1,6% declara padecer angioedema.

La publicación de la EMH del INE no detalla la alergia entre las enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y alteraciones inmunitarias.

8.4. REUMATISMOS

Está en marcha el estudio EPISER 2000, sobre una muestra de 2.940 personas mayores de 20 años residentes en 20 municipios españoles. En la actualidad se está en la fase de recogida de datos (Loreto Carmona: comunicación personal). En 1990 se llevó a cabo el estudio sociológico REUMATOS 90 por el Gabinete Bernard Krief para la Sociedad Española de Reumatología y la Liga Reumatológica Española, en el que se estimaba que el 13% de la población había padecido lumbalgia.

Las enfermedades del sistema osteomuscular, de los músculos y del sistema conjuntivo que no incluyen traumatismos, proporcionaron 126.979 altas en 1985 (EMH INE) con una tasa de 330 altas por cien mil habitantes (349 en los varones y 311 en las mujeres). En 1995 se produjeron 196.743 altas hospitalarias con una tasa global de 502 altas por cien mil, 473 para los varones y 529 para las mujeres. Aunque no se dispone de tasas estandarizadas por edad, el incremento entre 1985 y 1995 ha sido del orden del 34,26%. Mientras en los varones el aumento supone un 26,22%, en las mujeres alcanza el 41,21%. Hay que tener en cuenta que el epígrafe de la EHM incluye la artritis reumatoide —excepto la de la columna vertebral—

otras artropatías, las dorsopatías, las deformaciones adquiridas de los miembros y un amplísimo grupo bajo el título Otros.

Según un análisis del CMBD de 1996, unas 400.000 altas hospitalarias (el 13,7%) correspondieron a trastornos del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo. Siendo las artrosis el diagnóstico específico más frecuente con un 13% del total (29).

8.5. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Según los datos de la EMH en 1985 se produjeron 37.138 altas hospitalarias de enfermos neurológicos. La tasa de hospitalización fue de 96 por cien mil, 112 para los varones y 82 para las mujeres. La epilepsia produjo 8.855 altas con una tasa de 23 altas por cien mil, 29 para los varones y 18 para las mujeres.

En 1995, las enfermedades neurológicas fueron la causa de alta hospitalaria en 52.413 casos, lo que supone una tasa global de 134 altas por cien mil habitantes, 129 para los varones y 138 para las mujeres. 11.004 de las altas correspondieron a epilepsias, con una tasa de 28 altas por cien mil, 34 para varones y 23 para mujeres.

Así pues, y con las limitaciones comentadas, se observa un incremento del orden del 28,4%, muy superior en las mujeres: 40,6%, mientras que en los hombres es del 13,2%. Para el caso específico de la epilepsia el incremento registrado en las tasas es del 17,9%, también mayor para las mujeres (21,7% de aumento) que para los varones (14,7%).

Es probable que, además de un incremento de la frecuencia de las patologías neurológicas, de poca letalidad global, la causa del aumento de la hospitalización se deba en parte a la mejora de la capacidad diagnóstica e, incluso, a una mayor sensibilidad hacia los casos que afectan a las mujeres.

8.6. ENFERMEDADES MENTALES

Los trastornos mentales representaron 84.990 altas en 1985, entre las cuales el síndrome de dependencia alcohólica y la adicción a las drogas supusieron 19.179. La tasa de hospitalización global fue de 221 altas por cien mil (286 para los varones y 158 para las mujeres). La tasa global de ingresos por alcohol llegó a 35 altas por cien mil (61 en varones y 10 en mujeres) y la correspondiente a otras drogas alcanzó las 15 altas por cien mil (24 en varones y 6 en mujeres). En 1995 se produjeron 97.403 altas, 13.241 de las cuales relativas a adiciones de alcohol u otras drogas. La tasa global fue de 248 altas por cien mil (293 para los varones y 205 para las mujeres). La tasa correspondiente al síndrome de dependencia del alcohol fue de 16 altas por cien mil (26 para los varones y 6 para las mujeres) mientras que la tasa correspondiente a otras drogas fue de 18 altas por cien mil (30 para los varones y 6 para las mujeres).

8.7. ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Los indicadores utilizados por el Ministerio en las sucesivas actualizaciones de la evaluación del programa Salud Para Todos han sido las tasas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. La evolución de este indicador entre 1985 y 1995 muestra un apreciable y sostenido descenso, tanto para las tasas brutas que pasan de 21,6 por cien mil a 17,6, como de las tasas estandarizadas cuyos valores son respectivamente de 19,3 y 13,5 difuntos por cien mil habitantes.

La evolución es más marcada en los varones, con un descenso del orden de un tercio, ya que la tasa de 1985 fue de 30,3 y la de 1995 de 21,1. Similar disminución se observa entre las mujeres que pasan de 10,0 a 7,0 en esos dos años.

La ENS proporciona estimaciones de morbilidad percibida de la úlcera de estómago que reflejan una pequeña oscilación. Así, en 1993 el 4% de los adultos preguntados referían ese padecimiento, mientras que en 1995 fueron el 4,3% y en 1997 el 3,5%.

9. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que siguen se refieren a tres aspectos distintos aunque complementarios. Las primeras tienen que ver con la definición de los problemas de salud que deben ser objeto de evaluación. En segundo lugar se proponen mejoras del sistema de información y, finalmente, se atiende a consideraciones sobre las intervenciones sanitarias que se podrían llevar a cabo.

9.1. SOBRE LA DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD

La formulación actual del objetivo 4 del programa europeo no resulta particularmente útil, puesto que los indicadores propuestos no reflejan adecuadamente la evolución de las consecuencias funcionales de las enfermedades crónicas. El concepto de enfermedad crónica resulta asimismo demasiado vago y engloba procesos de muy diversas características, tanto desde el punto de vista etiológico como desde la perspectiva de la intervención sanitaria correctora.

En efecto, meter en el mismo saco las enfermedades congénitas y hereditarias con las enfermedades degenerativas, la incidencia de algunas infecciones y las incapacidades laborales convierte al objetivo 4 en una especie de cajón de sastre. Tal vez por ello entre los 21 objetivos fijados para el programa Salud Para Todos por el comité regional para Europa de la OMS, en su 48 sesión en septiembre de 1998 no hay ninguno equivalente al actual nº4.

Así pues, convendría elaborar una propuesta de definición de los problemas de salud de carácter crónico, que podría basarse en distintos criterios. Uno de ellos podría ser el del impacto atribuible a tales problemas en términos, bien de calidad de vida, bien de restricción crónica de las actividades cotidianas. El período de duración de las consecuencias de la enfermedad crónica podría establecerse sobre la base de distintas categorías desde los tres meses, por ejemplo, hasta toda la vida.

9.2. SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

A pesar del espectacular incremento de datos sobre la salud y los servicios sanitarios españoles disponibles en los últimos años, todavía resulta complicado disponer de algunos indicadores básicos que nos permitan analizar la evolución de los problemas de salud que padece la población española y, en particular, los problemas crónicos, a pesar de que constituyan una parte muy importante en términos de consumo de servicios.

En efecto, no existen series de estimaciones fiables de la prevalencia poblacional de muchas de las enfermedades crónicas más importantes. Así, la frecuencia de procesos como la diabetes, los reumatismos y las artrosis, las enfermedades mentales, neurológicas y digestivas e, incluso, las orales, sólo se puede aproximar mediante el recurso a informaciones independientes entre sí como son las encuestas de salud a la población y las estadísticas de utilización de servicios. No obstante, la naturaleza de estos datos no permite un análisis suficientemente preciso porque en un caso se trata de percepciones y en otro de visitas. Llama la atención la ausencia de estimaciones de utilización de servicios de atención primaria en el ámbito español.

Hay que recordar, además, que buena parte de las encuestas de salud a la población, especialmente aquellas que se proponen determinar la frecuencia de una enfermedad determinada, normalmente las realizan gabinetes sociológicos y empresas de sondeos bajo el patrocinio de sociedades profesionales. Una excepción es la encuesta nacional de salud, pero en su actual formato, resulta poco útil para analizar la evolución epidemiológica de los problemas crónicos.

Seguramente si se pusieran en común todos los recursos que se dedican a la elaboración de encuestas de salud, tanto desde las distintas administraciones públicas como desde diversas sociedades profesionales o por parte de investigadores académicos, las posibilidades de disponer de un sistema de control de la evolución de las enfermedades crónicas aumentarían considerablemente. Si se descarta esta iniciativa debido a los problemas prácticos que comporta poner de acuerdo a todos los interesados y establecer un procedimiento que garantice que todos ellos se beneficien, todavía se pueden considerar otras, como por ejemplo que la ENS dedicara una parte monográfica al análisis de uno o dos procesos crónicos entre los más importantes cada año, tal vez con el recurso a un examen de salud en una submuestra. La ENS debería relacionar la percepción del padecimiento por parte de las personas entrevistadas con la utilización de servicios sanitarios por ese motivo y con el sufrimiento de restricciones o de invalideces atribuibles a esos problemas de salud. Así, cada cierto período —digamos cinco años— se podría disponer de estimadores más fiables de la prevalencia y de su repercusión.

La existencia de grupos de investigadores sensibilizados sobre la importancia de las investigaciones epidemiológicas supone que, en algunos casos, la situación española sea más positiva que la de otros países del entorno. Por ello parece más fácil ayudar a estos grupos a mantener y mejorar la práctica periódica de investigaciones epidemiológicas de calidad sobre la prevalencia de estos problemas y sobre el impacto atribuible a las intervenciones sanitarias acerca de su evolución. Lo que comporta, naturalmente, destinar suficientes recursos para ello y, todavía más importante, hacerse eco de sus resultados y aplicarlos en el diseño de políticas de intervención.

Muy recientemente (junio de 1999) se ha presentado el programa EPIDAT, patrocinado por NOVARTIS, que consiste en una base de datos sobre los estudios epidemiológicos de prevalencia —particularmente los españoles— de algunas enfermedades y factores de riesgo. Esta base de datos es la mayor de las existentes en España sobre prevalencia de problemas de salud. Sin embargo, muy pocos son los estudios incluidos que se refieran a muestras representativas de toda la población. Muy probablemente por la escasez de este tipo de investigaciones.

9.3. SOBRE LAS INTERVENCIONES

Una característica fundamental de las intervenciones sanitarias actuales para el control de los problemas crónicos de salud es el predominio de la perspectiva clínica, la cual no es particularmente adecuada cuando el propósito de la intervención es preventivo, sobre todo desde el punto de vista de la prevención primaria o —todavía más— de la prevención primordial, en el contexto de la promoción de la salud.

Un planteamiento asistencial no es un obstáculo conceptual para el desarrollo de las actividades de prevención terciaria que son las más adecuadas para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades crónicas. Por ejemplo, para evitar las amputaciones en el caso de los pacientes diabéticos y, en general, para conseguir la mejor calidad de vida posible. Sin embargo, para asegurar que las intervenciones asistenciales que pretenden el control de los pacientes crónicos se propongan efectivamente disminuir la incapacidad y mantener o mejorar la calidad de vida, resulta imprescindible una política de promoción explícita de este tipo de resultados sanitarios. El paradigma clínico dominante todavía es el de la curación y ello se contradice con el hecho de que la mayoría de los problemas atendidos sean incurables. Además, no existe una tradición de rendir cuentas (*accountability*) que se base en los resultados sanitarios de las intervenciones, de forma que la demanda de publicidad de los resultados todavía se interpreta en ocasiones como una fiscalización represiva.

Así pues, la recomendación general es que se incluyan indicadores de resultado (o si se prefiere de producto para distinguir aquellos efectos atribuibles a la intervención de los que son consecuencia de otros factores) para que todas las actividades sanitarias sean preventivas, curativas o rehabilitadoras. Y que en base a estos productos (efectos sobre la salud) se distribuyan los recursos disponibles.

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas han contribuido a obtener la información que se comenta. Unas me han puesto en la pista como Josep M^a Antó, Carmen Bernis, Esteve Fernández, Enrique Gil, Ferràn Martínez Navarro, José Miguel Mata, José Oñorbe, Pere Orriols y María Rosa Quintana. Otras la han proporcionado directamente, entre ellas Enric Buendía, Loreto Carmona, Emili Cuenca, Rafael Fernández-Cuenca, José Manuel Freire, Salvador Mateo, Marc Miravittles, Luís Rajmil, Jordi Sunyer y Ricard Tresserras. A todos ellos gracias.

ANEXO 1

Indicadores relativos al objetivo 4 (Ministerio de Sanidad y Consumo):

- Días de incapacidad temporal por persona y año.
- Porcentaje de la población con diversos grados de incapacidad permanente.
- Incidencia de tuberculosis, hepatitis víricas, tos ferina, sífilis, infecciones gonocócicas, otras enfermedades de transmisión sexual y sida.
- Esperanza de vida libre de incapacidad al nacer y al año, a los 15, 45 y 65 años.
- Incidencia y/o prevalencia de determinadas enfermedades crónicas (en realidad los datos que se presentan son los de mortalidad por diabetes mellitus, bronquitis crónica y cirrosis hepática).
- Salud buco-dental (índice CAOD en niños de 12 años y prevalencia de otros trastornos periodontales).
- Incidencia de defectos congénitos (17 tipos) de fenilcetonuria y de hipotiroidismo.
- Porcentaje de población con incapacidad de larga duración para el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
2. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. Les buts de la santé pour tous. Copenhague: OMS, 1993.
3. Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
4. Rajmil L. Desigualdats en la utilització de serveis sanitaris en la població infantil de Catalunya. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma, 1998.
5. Pérez Fernández M, Gervás J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *Semergen* 1999;25(3):239-48.
6. Gimeno de Sande A, Sánchez B, Vieñes J, Gómez F, Mariño F. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1971;45:361-433.
7. La salud buco-dental en España. Estudio asesor realizado por la Oficina Regional Europea de la OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [documento no publicado].
8. Cuenca E. La encuesta de la OMS sobre la salud bucal en España. Una aproximación personal. *Archivos de Odontoestomatología* 1986;2:15-22.
9. Sicilia A, Cobo J, Noguerol B. Necesidad de tratamiento periodontal en la población escolar española. *Avances en Odontoestomatología* 1990;6:311-8.
10. Sicilia A, Cobo J, Noguerol B. Prevalencia de caries en los niños y jóvenes escolares españoles de 7-12 y 15-19 años. *Avances en Odontoestomatología* 1990;6:323-30.
11. WHO. Oral health surveys: basic methods [Third edition]. Ginebra: WHO, 1987.
12. Noguerol B, Lodra JC, Sicilia A, Follana M. La salud bucodental en España 1994. Madrid: Ediciones Avances Médico-dentales, 1995.
13. Departamento de Sanidad. Segundo estudio epidemiológico de la salud buco-dental en la CAPV. Población escolar infantil 1998. Documentos técnicos de Salud Pública. Serie B. Nº 5. Vitoria: Gobierno Vasco, 1998.
14. WHO. Organizational changes in dental education: report on a WHO Intercountry Workshop. Copenhagen: Who Regional Office for Europe, 1985.
15. Möller IJ. Oral Health. Report on two visits to Spain. SPA/ORH 001, SPA/PHC 001 (ORH). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1984.
16. Álvarez-Dardet C, Hernández I. Aids in Spain: lessons learned from a public health disaster. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:331-2.
17. Secretaría del Plan Nacional del Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia del sida en España. Situación a 30 de marzo de 1999. Registro Nacional de Sida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
18. Ruiz de Villalobos C. El dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria. *Noticias Médicas* 1999;3722:34-5.
19. Figuerola D, Castell C, Lloveras G. La diabetes en España. Análisis de la prevalencia y atención médica según el consumo de fármacos y material de autocontrol. *Med Clín (Barc)* 1988;91:401-5.
20. Calle-Pascual AL, Vicente A, Martín PJ, Yuste E, Rodríguez C, de Matías J et al. Estimation of the prevalence of diabetes mellitus diagnosed in Avila. Spain. *Diabetologia* 1991;34 (Supl 2):178.
21. Goday A, Serrano-Ríos M. Epidemiología de la diabetes mellitus en España. Revisión crítica y nuevas perspectivas. *Med Clín (Barc)* 1994;102:306-15.
22. Rodríguez JA, Clèries M, Vela E, and Renal Registry Committee. Diabetic patients on renal replacement therapy: analysis of Catalan Registry data. *Nephrol Dial Transplant* 1997;12:2501-9.

23. Esmatjes E, Goicolea I, Cacho L, Pablos PL de, Rodríguez MR, Roche MJ, Albero R, Benito P, Pesquera C, Grupo de trabajo de nefropatía diabética de la sociedad española de diabetes. Nefropatía en la diabetes mellitus tipo II: Prevalencia en España. *Av Diabetol* 1997;13:29-35.
24. Estudio Diamante. Renal involvement in type I (IDDM) diabetes in Spain. *Diabetes Research and Clinical Practice* 1997;38:129-37.
25. Fernández-Vigo J, Sánchez J, Díaz A, Barros J, Tome M, Bueno J. The prevalence of diabetic retinopathy in Northwest Spain. *Acta Ophthalmologica* 1993;71:22-6.
26. Masa JF, Miravittles M, Gabriel R, Villasante C, Jiménez CA, Viejo JL, Fernández Fau L, Sobradillo V. Workshop IRTS of the SEPAR. Underdiagnosis and geographical differences in COPD prevalence in Spain. *Am J Respiratory and critical care medicine* 1999;159 (Abstracts 1999 International conference).
27. Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en cinco áreas españolas. *Med Clín (Barc)* 1995;104:487-92.
28. Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief. Libro blanco. Patologías alérgicas de mayor alcance social. Madrid: UCB Pharma, 1999.
29. Carmona L. Diferencias en los ingresos hospitalarios relacionados con enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo entre comunidades autónomas. Análisis del CMBD 1996. *Revista Española de Reumatología* 1999;26:187.
30. Salvador J, García-Miñaur S, Caballín MR, et al. Registros poblacionales de defectos congénitos en España. *An Esp Pediatr* 1998;48:575-82.