



Dado de Baja
en la
Biblioteca

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACION
PERIODISMO II**

LA INFORMACION EN EL AMBITO SANITARIO

TESIS DOCTORAL

DIRECTOR: FERNANDEZ DEL MORAL, A. Javier

DOCTORANDO: CHIMENO RABANILLO, Serafin

Se recuerda al lector no hacer más uso de esta obra que el que permiten las disposiciones Vigentes sobre los Derechos de Propiedad Intelectual del autor. La Biblioteca queda exenta de toda responsabilidad.

Septiembre de 1992

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID**

**FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA INFORMACION**

REGISTRO DE LIBROS

BIBLIOTECA GENERAL

Nº Registro T.D. 227

INDICE

INDICE	1
INTRODUCCION	5
1. Delimitación del tema objeto del trabajo	6
1. Hipótesis de investigación	10
3. Metodología	12
4. Fuentes documentales y bibliografía	14
CAPITULO I	
CONCEPTOS DE INFORMACION Y SANIDAD. PRESENCIA E INCIDENCIA DE LAS ESTRUCTURAS INFORMATIVAS EN EL AMBITO DE LA ACCION SANITARIA	17
1. La información sanitaria en el marco de las ciencias de la comunicación	20
1.1. La comunicación como ciencia	22
1.2. La comunicación en el marco de la estructura organizacional	26
1.3. Comunicación institucional y comunicación aplicada	31
2. Aproximación al concepto de salud y acción sanitaria	36
2.1. Definición y clarificación de algunos conceptos fundamentales	38
2.1.1. Salud	39
2.1.2. Sanidad	40
2.1.3. Medicina	41
2.2. Evolución de la acción sanitaria: de la atención individualizada a la socialización de la sanidad	42

2.3. Estructura orgánica y funcional de la realidad sanitaria	44
2.4. Bases teóricas en programas de política sanitaria	48
3. Presencia e incidencia de las estructuras informativas en el ámbito de la sanidad	50
3.1. Responsabilidades y recursos informativos	51
3.2. Ambito y cauces de la información sanitaria	52
3.3. Ciclo de la información sanitaria	57
3.4. Barreras y directrices en los programas integrales de información sanitaria	61

CAPITULO II

DESCRIPCION Y FUNDAMENTACION JURIDICA DE LA INFORMACION SANITARIA	63
1. Antecedentes históricos	64
2. Constitución española y sanidad	65
3. Sistema normativo de la sanidad. Referencia a la información sanitaria	70
4. Sujetos de la información sanitaria	78
4.1. Marco general de la información sanitaria	78
4.2. Los profesionales de la medicina	79
4.3. El medio hospitalario y el derecho a la intimidad del paciente	82
4.4 Personal al servicio de las distintas Administraciones Públicas sanitarias	83
4.5. El usuario de la sanidad	85
4.6. Derecho a la libre información, sus límites en el ámbito de la sanidad	89

CAPITULO III

ANALISIS DE LAS ESTRUCTURAS INFORMATIVAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS	93
---	-----------

1. Estructura del sistema sanitario español	94
2. Características de la estructura informativa del sistema sanitario español	97
3. Estructuras informativas en las instituciones sanitarias técnico-asistenciales	102
3.1. Presentación de la investigación. Interés, objetivos e hipótesis	102
3.2. Método: Población, muestra y procedimiento	104
3.3. Presentación y análisis de los resultados	111
3.3.1. Identidad y peculiaridad de los centros	111
3.3.2. Recursos humanos, técnicos y documentales, destinados a la información en los centros asistenciales	116
3.3.3. Volumen y tipo de información demandada por los usuarios	124
3.3.4. Estructuras informativas de acción mediadora y relacionadas con prensa	128
3.4. Discusión y conclusiones	134
4. La información directa, como actividad subsidiaria del profesional sanitario	139
4.1. Presentación de la investigación. Interés, objetivos e hipótesis	140
4.2. Método, población, muestra y procedimiento	141
4.3. Descripción e interpretación de los resultados	145
4.4. Discusión y conclusiones	154

CAPITULO IV

LA INFORMACION SOBRE LA SALUD Y EL SISTEMA SANI- TARIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL	158
1. Presentación de la investigación. Interés, objetivos e hipótesis	159
2. Método, población, muestra y procedimiento	161
3. Publicaciones monográficas. La prensa médica.	163
3.1. Publicaciones médicas semanales	163
3.2. Publicaciones médicas quincenales	172

3.3. Publicaciones médicas mensuales	176
3.4. Periódicos médicos diarios	181
3.5. Publicaciones farmacéuticas	182
3.6. Discusiones y conclusiones	188
4. Revistas de información general	193
5. Revistas divulgativas	195
6. Periódicos de información general	197
7. Análisis comparativo de los resultados	200
8. Características del personal encargado de la redacción de los temas sanitarios	202
9. Los medios audiovisuales y la información sanitaria	203

C A P I T U L O V.

RELACION SATISFACCION-INFORMACION EN EL AMBITO DE LA ACCION SANITARIA

1. Marco general de los análisis sobre satisfacción de los pacientes	209
2. Acotación del concepto satisfacción	212
3. Programas control satisfacción-insatisfacción	213
4. Presentación de la investigación para el control satisfacción-información. Interés, objetivos e hipótesis	215
4.1. Método	216
4.2. Población, muestra y procedimiento	217
4.2. Presentación e interpretación de resultados	219

DISCUSION FINAL Y CONCLUSIONES GENERALES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

1. DELIMITACION DEL TEMA OBJETO DEL TRABAJO

El objetivo de cualquier programa en política sanitaria es la creación de servicios de salud integrados, de los que puedan beneficiarse aquellos ciudadanos que lo necesiten. «Tal política se basará en la promoción de la salud, en la prevención individual y colectiva, en la atención primaria, en la asistencia eficiente y en la reinserción social del paciente»¹. Se rompe, así, con cierto reduccionismo histórico y se opta por un concepto de sanidad integral.

Los estados de salud, para la biología humana, son, esencialmente un fin porque permiten seguir viviendo, sin embargo, para el hombre social se convierten en un medio, entre otros, para alcanzar bienestar social. Es decir, lo que la sanidad pretende es lograr hombres sanos «con pleno goce de sus facultades físicas y mentales para poder construir el bienestar de todos y el progreso social, concebido este último como el progreso del hombre y no sólo el de los aspectos materiales de la vida en sociedad»².

Esto significa que la sanidad implica cada realidad individual en un concepto de dinámica social trascendente y profunda. Debe crear sistemas de pautas culturales de salud que permitan y legitimen el logro de sus objetivos naturales y eso sólo será posible insertando en el sistema sanitario las oportunas y necesarias estructuras informativas.

La información se convierte, así, en elemento substancial del tramado sanitario y en base importante de sustentación para el mismo. Resulta chocante, sin embargo, la falta de atención de que este tema es objeto por parte de los teóricos y estudiosos de la sanidad, a pesar de reconocerse como un elemento importante de disfunción en la actual crisis sanitaria.

El déficit de información se une, de esta manera, al control del gasto, al crecimiento y modificación de la demanda y a la burocratización, como principales causas de insatisfacción para la comunidad de salud³.

El estudio y la planificación de los objetivos sanitarios deben acometerse con rigor escrupuloso y ello sólo será posible creando flujos informativos permanentes, es decir, institucionalizando canales de información sobre y para los estados de salud de la población, a cuyas necesidades y demandas responde. Se trataría de clarificar demanda y necesidades como referentes últimos de la actividad sanitaria, cuya aproximación se completa cuando la educación y la información son máximas.

(1) Se puede interpretar como la primera declaración de intenciones que el Ministerio de Sanidad hace ante una nueva etapa de profundas reformas en el mundo de la sanidad y que alcanzará las tres grandes vertientes de su estructura de funcionamiento: La legislativa, la administrativa y la de servicios. LLUCH MARTIN, Ernest. *Política General del Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985. Pág.9.

(2) SAN MARTIN, Herman. *La crisis Mundial de la Salud*. Madrid. Karpos. 1982. Pág. 56.

(3) En tales términos se expresaba el hoy ex-ministro de Sanidad y Consumo, Julián García Vargas, en su comparecencia ante el Pleno del Congreso, celebrada el 26 de septiembre de 1991.

El objeto de la presente investigación estriba, precisamente, en determinar las condiciones y niveles de esos flujos informativos, de los canales de información y su institucionalización en el ámbito de la sanidad. Ese análisis nos permitirá establecer la incidencia que los mismos tienen en los grados de satisfacción en la comunidad de salud.

Dada la amplitud y complejidad de la sanidad integral y, en consecuencia, la imposibilidad de abarcar de manera profunda las estructuras informativas en la totalidad de sus respectivas parcelas con un trabajo de estas características, nuestra investigación se limitará a aquellos ámbitos que parecen menos atendidos, tanto por parte de los estudiosos, como de la propia Administración Sanitaria y que resultan decisivos para la salud comunitaria.

De esta forma, tras un planteamiento teórico que nos permita demarcar el significado de los conceptos fundamentales relacionados con la información y la sanidad, así como su implicación mutua, pasaremos a fundamentar jurídicamente la información en el ámbito de la sanidad. Este aspecto nos parece fundamental, toda vez que en el Estado actual la declaración de intención se relativiza mucho bajo el imperativo de variables económicas y políticas⁴, haciéndose obligatorio el reconocimiento jurídico de los derechos si se aspira a ciertas garantías.

Partiendo de la Constitución, trataremos de analizar la legislación que, expresa o tácitamente, sirve de fundamento jurídico para las estructuras y programas informativos existentes o necesarios en el marco del Sistema de Atención Sanitaria, entendido «como conjunto de servicios que nacen del esfuerzo organizado de la comunidad y que, puestos en manos del Estado, tienen como objetivo principal aplicar técnica y prácticamente la doctrina de salud aceptada en beneficio y protección de la salud pública nacional»⁵.

La creación de pautas culturales de salud es el objetivo principal de cualquier programa de educación sanitaria. Se trataría de dar la información-formación necesaria de cara a implantar en la comunidad de salud los máximos comportamientos saludables, así como de informarla de la disponibilidad de recursos existentes destinados a la recuperación de salud deficiente y la posterior rehabilitación de los ciudadanos afectados por esas deficiencias.

Dos de las vías reconocidas como válidas, además, como es lógico, de la cultural docente y la medioambiental, son las propias instituciones técnico-asistenciales, en su infraestructura informativa, y los Medios de Comunicación Social o información periodística. Estas son, por su naturaleza, las que se encuentran relacionadas con el marco científico de las Ciencias de la Información, bien desde el prisma de la información periodística propiamente dicha, bien desde los términos de una comunicación institucional en su modalidad de integral y aplicada.

⁽⁴⁾ Basta, sobre este particular, observar, por ejemplo, los programas electorales de los partidos en materia sanitaria y su realización cuando alcanzan el poder.

⁽⁵⁾ GODOY CASTILLO, Eduardo. "Salud y Cambio Social". Madrid. Zero. 1984. Pág.199.

Serán, por estas razones, las dos vías objeto de la presente investigación. Dedicaremos un capítulo al análisis de las estructuras informativas insertas en las instituciones sanitarias a nivel de recursos humanos y técnicos, contenidos, canales y destinatarios. Ello nos permitirá establecer, científicamente, el grado cuantitativo y cualitativo de la información en ese ámbito técnico-asistencial, la atención de que es objeto por parte de las diferentes instituciones responsables e inducir sus implicaciones en la formación-información de la comunidad de salud.

Debemos aclarar que, cuando hablamos de estructuras informativas en el contexto técnico-asistencial, lo hacemos en su vertiente exterior de servicios, esto es, de las instituciones hacia la comunidad social, no de las que se refieren al flujo interno o externo de la información-formación técnico-científica que, como es natural, se genera en dichos centros, tales como datos epidemiológicos, estadísticos, historial clínico, encuentros científicos, o cualquier otra modalidad de similares características.

Es decir, el trabajo se centrará en el análisis de las estructuras informativas que convierten al usuario real o potencial en objeto de atención y destinatario de esa información, sea directa o indirectamente, como sucedería en el caso de los gabinetes de prensa y los partes médicos, por citar ejemplos significativos.

Se supera, de esta forma, la condición de fuente en su dimensión individualizada y pragmática de servicio, aunque se admite como función y mensaje prioritarios para este tipo de estructuras informativas, y se asume la categoría de fuente a niveles de difusión e interés mucho más amplios y diversificados, bien por la mediación difusora y radial de los propios usuarios, bien por la mediación de los Medios de Comunicación Social.

Será, precisamente, esa última mediación la que convertiremos en objeto del siguiente capítulo de nuestro trabajo de investigación. En este sentido, conviene recordar que la información periodística se ha convertido en protagonista de nuestro modelo sociocultural y que ninguna realidad importante resulta ajena a su mediación. Es lógico, dado el interés social de la sanidad, que tenga una importante incidencia en este campo.

Nos proponemos estudiar cómo tratan los medios de comunicación social los contenidos sanitarios a nivel cuantitativo y cualitativo; esto es, su grado de interés por los mismos, la distribución temática, el tratamiento técnico-divulgativo y las características y cualificación de los periodistas responsables de cubrir esa información sanitaria.

Sobre este particular, partimos del concepto de información periodística especializada entendida, siguiendo el criterio de Fernández del Moral, «como un nuevo sistema de vertebración de la información que se apoya sobre el experto que trabaja un área concreta y determinada dentro de un medio, también concreto y determinado, con las características de profundización y fiabilidad en los mensajes que transmite»⁶.

⁽⁶⁾ FERNANDEZ del MORAL, Javier. *Modelos de Comunicación Científica*. Madrid. Dossat, 1983. Pág.49.

Se trata, pues, de un periodismo que colabora en ampliar la intelectualidad del receptor, evitándole una inmersión ciega en el mundo fragmentario de los medios. En el caso de la información periodística sanitaria serviría, no sólo para cumplimentar las aspiraciones, en conocimientos y actualidad, de profesionales e interesados en temas sanitarios, sino, también, para crear estructuras interesantes de contenidos, capaces de sustentar la difusión y consiguiente formación de pautas culturales de salud.

Por su parte, el profesional de la información sanitaria, el periodista especializado en estos temas, superará el concepto de mero portavoz del acontecer sanitario, para convertirse en filtro supervisor y transmisor del patrimonio cultural sanitario.

Es decir, su función será la de diagnosticar la realidad, estableciendo causas y efectos, y ofrecer las máximas alternativas posibles, mediante las que desencadenará la conciencia crítica del receptor y, desde ella su interés y una probable opción comprometida. Todo ello, como es lógico, presentando criterios expertos y multidisciplinarios.

Valorar estas premisas será el objeto del capítulo dedicado al análisis de la información sanitaria en los medios de comunicación social. La investigación, como es lógico, dada la amplitud y diversidad de medios, se limitará a los impresos, en sus diferentes niveles de especialización: periódicos y revistas de información general, revistas divulgativas y periódicos y revistas especializados o monográficos en temas sanitarios. A ello añadiremos el perfil actual de los profesionales responsables de cubrir la información sanitaria, así como datos referidos a la evaluación y valoración que hacen de la misma.

Describir e interpretar la información sanitaria serviría de poco si no estableciéramos algún referente comparativo que nos permitiera valorarla objetiva y adecuadamente. Es éste otro tema importante que convertimos en objeto de análisis mediante la preceptiva investigación.

La cualidad de servicio social, que se presume compete al sistema de atención sanitaria, sólo puede encontrar su referente de validación en los grados de satisfacción o insatisfacción que genera en la comunidad de salud.

Este mismo referente podemos utilizarlo para la información, y lo haremos desde dos prismas: por un lado, desde la satisfacción que produce el propio sistema informativo, es decir de lo satisfechos o insatisfechos que los miembros de la comunidad se sienten con las estructuras informativas sanitarias; por otro, desde la implicación que la información sanitaria tiene en los grados generales de satisfacción. Se trataría, en este último caso, de ver si la satisfacción general de la comunidad de salud se incrementa o reduce significativamente por efecto de la variable información.

Como es preceptivo, metodológicamente hablando, las conclusiones cerrarán el presente trabajo de investigación. Su exposición, sin embargo, nos dará pie al desarrollo de un modelo alternativo de información sanitaria en el que se considerarán, potenciándolos, los aspectos positivos de las prácticas actuales y la introducirán de factores correctores en aquellas que no sean efectivas o no cumplan el objeto que les compete.

Se tratará, en síntesis, más que de un diseño piloto, de unas directrices prácticas que permitirían el desarrollo de un programa integral en política de información sanitaria. Este se adaptará a la realidad sociocultural vigente y, por supuesto, será factible desde el punto de vista del resto de las principales variables, particularmente las económicas, que inciden en todo sistema de atención sanitaria.

2. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

En consonancia con la estructura del trabajo, las hipótesis se articularán en cuatro bloques fundamentales y diferenciados: el referido a la fundamentación jurídica de la información sanitaria, cuyas hipótesis son las siguientes:

1. Existen profundas lagunas en la reglamentación de la legislación destinada a regular la información en el ámbito de la sanidad.
2. Existe, desde el Derecho Comparado, legislación suficiente y actualizada en relación con la información sanitaria.

En cuanto a la cuantificación y cualificación de las estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias, segundo bloque considerado, las hipótesis son las siguientes:

1. No existen suficientes estructuras informativas en las instituciones sanitarias para atender todas las áreas sociales
2. Las que existen no cumplen su objetivo, dada la inexistencia o inadecuación de bases documentales y de personal cualificado para la función de informar.
3. Las estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias se encuentran marginadas en atención, tanto desde el punto de vistas de la administración pública, como técnica-asistencial.

En relación al tercer bloque, esto es, al de la información sanitaria en los medios de comunicación social, formulamos las siguientes hipótesis:

1. La relevancia e incidencia social de la acción sanitaria no está reflejada cuantitativamente en los medios de comunicación social. Los contenidos sanitarios son objeto de poca atención por parte de la prensa.

2. En la prensa se está produciendo un desplazamiento del interés por los temas sanitarios descriptivos de la realidad técnico-asistencial, en sus variados aspectos, a los de educación para la salud, sobre todo relacionados con la medicina preventiva.
3. El grado de especialización de los contenidos no se corresponde con el del nivel natural del medio, en función de sus destinatarios. Existe, pues, una disfunción importante en el tratamiento divulgativo de la información sanitaria en los medios de comunicación social.
4. Existen muy pocos periodistas especializados en información sanitaria y, los verdaderamente especializados, por lo general no titulados en Ciencias de la Información, desempeñan su función en medios especializados o acaparan la información sanitaria en varios medios.
5. Para los profesionales de la información, los gabinetes de prensa de las instituciones sanitarias tienen poca efectividad y poca credibilidad.

Para el cuarto bloque, esto es, la incidencia de la información en los estados de satisfacción o insatisfacción de la comunidad de salud, formulamos las siguientes hipótesis:

1. La información constituye un factor determinante para el grado de satisfacción de la comunidad de salud. A más y mejor información, mayor satisfacción y viceversa.
2. La información es una actividad subsidiaria de todo el colectivo profesional integrado en el sistema de atención sanitaria. La calidad de esta actividad incidirá, de manera significativa, en la satisfacción que su función produce en los individuos que integran la comunidad de salud.
3. La inmediatez y personalización de la información sanitaria es lo más valorado por la comunidad de salud.

Este conjunto parcial de hipótesis nos permiten formular la siguiente hipótesis central:

En el ámbito de la sanidad existe una gran disfunción informativa producida por la falta de un programa coordinado e integral en política informativa, que se traduce en la existencia de estructuras inadecuadas, imprevisibles y desconectadas de las necesidades, intereses y cualificación existente en comunidad de salud.

Las conclusiones recogerán las hipótesis parciales y central, así como los diversos hallazgos y deducciones que resulten útiles para configurar un modelo de directrices factibles y necesarias con las que pueda desarrollarse un programa integral de información en el ámbito sanitario.

3. METODOLOGIA

Plantearemos aquí los supuestos metodológicos más importantes y genéricos, remitiendo los puntuales al apartado en el que han sido aplicados, para tratarlos de manera más detallada y rigurosa.

Partiendo de lo expuesto en apartados anteriores, el estudio se plantea con un objeto material informativo, reducido por su especificación al mensaje informativo sanitario y su flujo desde las instituciones hacia la comunidad de salud. Y otro formal que, partiendo de la legislación vigente sobre el tema, se propone establecer las directrices doctrinales necesarias, acordes con la realidad social y comunicativa.

Esta doble vertiente, material y formal, del objeto de trabajo determinará, como es lógico, los métodos a utilizar. La naturaleza social e informativa del objeto nos obligará a aprovechar las metodologías propias de las Ciencias Sociales y de las Ciencias de la Información. Ambas se pueden complementar, armonizando su dirección hacia el mismo fin.

Sin descartar, a priori, ninguna, las metodologías se han ido utilizando al hilo de las necesidades puntuales de cada momento en el desarrollo de la investigación. Es decir, la que el objeto y las hipótesis requerían.

Se trata, pues, de un cierto sincretismo metodológico, a caballo entre la Teoría Social de la Comunicación y las Ciencias de la Salud, que se ha plasmado en la investigación, mediante el seguimiento de diversos caminos metodológicos ⁷.

Toda investigación científica, cuyo objeto formal sea de naturaleza social, presume actuaciones tendentes a conexionar teoría y praxis; esto es, a conectar los ámbitos conceptuales con la realidad. Ello implica estudiar profundamente la fenomenología de la realidad informativa que hacemos objeto de estudio mediante la revisión y análisis de los elementos informativos y sanitarios que nos permiten conectar lo real y lo conceptual.

Nos encontramos, así, ante diversos y heterogéneos planos del conocimiento y contenidos teórico-práctico que, lejos de presentarse de forma separada, aparecen siempre unos en función de los otros, bajo el imperativo paradigmático de la ciencia, consistente en convertir el conocimiento en realidad.

De esta forma y a efectos metodológicos, hemos partido, como resulta natural, de un estudio de carácter terminológico, orientado a fundamentar, desde supuestos eruditos, la ambigüedad de términos y expresiones tan fundamentales en la investigación como: información, comunicación institucional, comunicación integral y aplicada, salud, medicina, sanidad, etc., así como la imbricación existente entre ellos. Partiendo de ese análisis ha sido posible inducir una significación propia y, desde ella, la de su interrelación.

⁽⁷⁾ Sobre este particular, encontramos un profundo análisis en la obra de MARTIN SERRANO, Manuel. *"La Producción Social de Comunicación"*. Madrid, 1986. Págs. 29 y ss.

Esta fase se ha visto siempre completada por otra empírica-positivista, consistente en el examen de la realidad en la que se sustentaban dichos conceptos o a la que hacen referencia. Ello nos ha permitido evaluar aciertos y deficiencias y desde ellos cumplir el objeto último de la investigación, esto es: ofrecer directrices doctrinales de carácter ejemplar.

Como resulta obvio, todas estas fases y operaciones han sido ejecutadas mediante la aplicación de respectivas metodologías científicas diferenciadas y concretas. Al tener el estudio distintos tipos de variables, el primer paso, ha consistido en su definición y clasificación, previa localización y consulta de los fondos documentales relacionados con el tema, aspecto que desarrollaremos de manera amplia en el apartado siguiente.

Este análisis nos ha permitido, además de precisar el interés de las diferentes variables, confirmar la escasez de estudios científicos y de investigaciones sobre la información sanitaria en su proyección externa o de mensaje destinado a crear pautas culturales saludables en la comunidad de salud y, en consecuencia, a delimitar de manera precisa el campo de la investigación. Obteníamos así algunas conclusiones válidas para la configuración de la tesis.

Como consecuencia de lo anterior, el proyecto imponía la realización de diferentes trabajos de campo que nos aportasen datos sobre la realidad que hacíamos objeto de análisis; es decir: sobre la estructura material y formal de la información en el ámbito de la sanidad. Además de la experiencia personal y la observación, los instrumentos materiales utilizados serían cuestionarios elaborados a tal efecto y pasados a muestras representativas y aleatorias de las respectivas poblaciones.

Cumplimentados los citados cuestionarios y procesados los datos aportados por los mismos, dispondríamos ya de material suficiente como para extraer las oportunas conclusiones que confirmasen o negasen las hipótesis de partida.

De esta forma, hemos compartido de las corrientes metodológicas realistas, las más utilizadas en investigación social, la preocupación por los hechos, por la propia realidad que hacemos objeto de estudio, contactando con ella en sus elementos y protagonistas sociales a efectos cuantitativos y cualitativos.

Resumiendo, podemos decir que la metodología aplicada en el estudio ha perseguido un contacto permanente entre conocimiento y realidad. De esta forma, la simbiosis intelectualidad - fenomenología constituirá una base prudencial para las decisiones y las valoraciones.

4. FUENTES DOCUMENTALES Y BIBLIOGRAFIA

La documentación, como instrumento de investigación, ha presidido de manera importante el proceso de gestación, definición y realización del presente trabajo de investigación. El planteamiento documental ha sido una tarea constante y decisiva, tanto en lo que se refiere a la concreción del objeto a investigar, como de los objetivos a perseguir. La documentación científica sobre la información, la sanidad o la interrelación de ambos campos se ha convertido en una costumbre de atención e interés, en la doble vertiente de suficiencia y actualidad.

En este sentido, debemos reconocer que la bibliografía que se rubrica bajo los epígrafes de sanidad e información, tratadas de manera independiente, es tan abundante que resulta prácticamente inabarcable. Se imponían criterios de selección que iban desgranándose de las propias indagaciones iniciales. Las ambigüedades terminológicas, los enfoques técnico-científicos reduccionistas, las especialidades y superespecialidades médicas, la contaminación ideológica, etc., servirían como criterio de eliminación en ese constante proceso de selectividad.

Son muchos los títulos que tratan la sanidad o la información y muchos los autores que las estudian desde las más insospechadas perspectivas: filosófica, teológica, sociológica, jurídica, política, económica, histórica, psicológica..., por citar las más frecuentes. Esta sobreabundancia de libros, artículos científicos y otros documentos, sin embargo, ignoraba de manera generalizada la relación necesaria entre sanidad e información, en sus múltiples enfoques.

La citada y desbordante bibliografía redundaba en el estudio y análisis de las respectivas realidades por separado, ignorándose la información en los estudios sobre sanidad y la sanidad en los relacionados con la información. Esta era la tónica común, con excepciones que parecían confirmar esa regla general.

Al analizar las excepcionales interrelaciones información-sanidad, constatábamos que siempre eran tratadas desde el prisma de la información sanitaria técnico-científica o de la información como instrumento o indicador importante en los procesos de gestión y programación sanitaria. El tratamiento de la información sanitaria aparecía en dimensiones reduccionistas, tangenciales e insignificantes, casi como imposición de una realidad innegable y lejos de convertirse en objeto principal de estudio y, por supuesto, en ningún caso desde una dimensión integral.

La bibliografía relacionada con el tema central del presente estudio resultaba inexistente, tanto en términos de una información sanitaria integral, como desde el enfoque particular planteado para la presente investigación, o aquella información que las instituciones sanitarias proyectan en la comunidad de salud, al objeto de crear pautas culturales saludables o responder a sus aspiraciones y necesidades puntuales.

La información sanitaria, en su dimensión integral o la parcial, anteriormente anunciada, carece, pues, de estudios monográficos y tampoco aparece tratada, de manera significativa, en otros estudios de enfoque sanitario o informativo realizados desde sus innumerables perspectivas

parciales. Existían, sin embargo, pinceladas sobre el tema que nos servirían de base importante y estímulo para la demarcación y ejecución del presente trabajo. Por supuesto, en términos de inadecuación en presencia y entre esa ausencia importante y la gran incidencia social del tema.

La bibliografía, casi toda la citada a lo largo del trabajo, ha resultado estar compuesta por detallados estudios sobre las realidades sanitaria e informativa actuales, desde múltiples perspectivas científicas y corrientes ideológicas, aunque con el flanco descubierto en el tratamiento objeto de la presente investigación⁸.

En relación con este apartado queremos distinguir los siguientes bloques diferenciados de documentación:

A. BIBLIOGRAFIA consultada, en términos de libros y artículos científicos, y conseguida en diferentes fondos bibliotecarios, particularmente del Ministerio de Sanidad y Consumo, INSALUD Nacional y Provincial, Facultad de Medicina, Hospital General «Gregorio Marañón», Residencia Sanitaria «LA PAZ», Escuela de Gerencia Hospitalaria, librería «Díaz de Santos», Facultad de Ciencias de la Información, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense, FUNDESCO y otras asociaciones e instituciones públicas y privadas relacionadas con la sanidad o la información.⁹

La delimitación en consultas ha venido impuesta por los propios contenidos bibliográficos, dado que a partir del estudio y vaciado de un determinado número de libros y artículos, se observa la repetición de la mayor parte de las ideas importantes y dignas de considerarse. Como ya se ha repetido anteriormente, ninguna de las obras consultadas trata nuestro tema monográficamente.

B. DOCUMENTACION NO BIBLIOGRAFICA. Ha sido, incluso, más abundante que la bibliográfica, propiamente dicha, al menos desde la perspectiva de la sanidad. En este sentido merece destacarse un innumerable bagaje de informes y documentos de circulación interna de las propias instituciones o de éstas entre sí, como puede resultar buen ejemplo el Informe Anual presentado por el Defensor del Pueblo ante el

⁽⁸⁾ En concreto, los temas más tratados, en relación a la información sanitaria son: educación para la salud, epidemiología, información sanitaria científico-técnica, indicadores para la organización y gestión económica o política y la información y el derecho a la intimidad personal o profesional en el ámbito de la sanidad.

⁽⁹⁾ Como es lógico, en este apartado incluimos, también, lo que las editoriales catalogan bajo el epígrafe de "Revistas Científicas", cuyo volumen, sobre todo en el ámbito de la sanidad, alcanza niveles sorprendentes. Baste recordar, sobre el particular, que el editado por la "librería médica, Díaz de Santos" incluye unos 25.000 títulos.

Congreso de los Diputados, o las Comparecencias del Ministro de Sanidad y Consumo ante la Comisión que le corresponde o el Pleno, libros de reclamaciones de los respectivos servicios existentes en centros técnico-asistenciales y los informes de las Fuerzas Sociales, particularmente Sindicatos, ante medidas económicas o políticas, leyes y cualquier necesidad o cambio significativo que realiza o pide el mundo de la sanidad, entre otros muchos.

Mención especial merece, en este apartado, la documentación periódica. Nos referimos tanto a la muestra analizada en la investigación respectiva, cuanto a una constante y profunda consulta en periódicos, revistas y medios audiovisuales en sus contenidos relacionados con sanidad.

La importancia de los dos últimos bloques de documentación estriba, fundamentalmente, en su dimensión de actualidad y en ser baremo fiel de múltiples y significativos segmentos del espectro social.

C. LAS NORMAS JURIDICAS. Al hilo de la consulta bibliográfica relacionada con la fundamentación jurídica de la información sanitaria, siempre hemos estudiado la normativa original sobre el tema, al objeto de hacer la pertinente interpretación. Esta, dada nuestra condición de no expertos en cuestiones jurídicas, era cotejada con los criterios expuestos en la bibliografía o personal cualificado. En este apartado destacamos: La Constitución Española de 1978, la Ley General de Sanidad de 1986, como más importantes, a las que conviene añadir la normativa de la Comunidad Económica Europea sobre el tema sanitario.

CAPITULO I

**CONCEPTOS DE INFORMACION Y SANIDAD.
PRESENCIA E INCIDENCIA DE LAS ESTRUCTURAS INFORMATIVAS
EN EL AMBITO DE LA ACCION SANITARIA**

Hablar de relaciones humanas, en cualquiera de sus múltiples aspectos, resulta siempre un tema complejo y difícil, dada la confluencia de factores heterogéneos que intervienen en las mismas.

Desde satisfacer necesidades biológicas básicas, hasta organizar complejos sistemas socio-culturales, actualmente de ámbito planetario, cualquier relación humana entraña mecanismos de control, que serán aceptados en la medida que minimicen los riesgos y potencien la efectividad individual y, por acumulación de individualidades, social.

Quedamos en los fundamentos epistemológicos de las relaciones humanas, como proceso selectivo y acumulativo de múltiples y variadas experiencias, es fragmentar la realidad y desposeerla de la materia que posibilita su percepción de sustancia. Es decir: cualquier progreso, como resultado de ensayos o encuentros accidentales, será efectivo y socialmente válido en la medida que se garantice su pervivencia y generalización.

Desde esta perspectiva, cualquier logro se relativiza en su efectividad, si no es compartido, contrastado y valorado por el grupo en el que surge y, desde él, por todos, hasta posibilitar, incluso, su incorporación en el cuadro genético particular.

La clave de tales posibilidades, incluidas las biológicas, es la comunicación, entendida en su sentido más elemental y amplio. De esta forma, la comunicación se convierte en motor de cualquier actividad social, de civilización; en vehículo que ha «llevado a los hombres y a los pueblos desde el instinto hasta la inspiración».

La Comunicación se erige, así, en fuente de progreso y base esencial de sociabilidad. «Dondequiera que los hombres han tenido que establecer relaciones duraderas, la naturaleza de las redes de comunicación han determinado, en gran medida, las oportunidades de integración comunitaria, de reducir las tensiones o resolver los conflictos que se planteaban». ¹⁰

La dinámica de los procesos evolutivos, en la totalidad de los campos del ser y acontecer humano, ha desarrollado estructuras organizativas cada vez más complicadas, en las que la tarea de comunicarse ha resultado progresivamente más compleja y sutil.

En tal estado y a contrapelo de la propia naturaleza de la comunicación, la actual inadecuación entre estructuras comunicacionales y sociales se convierte en eficaz instrumento para que individuos y comunidades queden marginados e incapacitados a la hora de aprovechar los progresos técnicos, sociales y humanos.

⁽¹⁰⁾ MAcBRIDE, Sean. "Un Solo Mundo Voces múltiples". México. Fondo de Cultura Económica. UNESCO, 1980. Pág.7-19.

Este informe, redactado por una comisión de expertos, bajo los auspicios de la UNESCO, no sólo analiza las raíces históricas de la comunicación y la información, entendida como comunicación sistemáticamente organizada, sino que desde ellas trata de interpretar la situación del desequilibrio actual y aportar iniciativas orientadas a establecer un nuevo orden mundial más justo y eficaz de la información y la comunicación.

Esta realidad, que resulta patente y asumida por todos a nivel de grandes bloques culturales y geográficos, muchas veces se pierde en la cotidianidad inmediata y en aspectos vitales para las personas que pueblan nuestro entorno más próximo.

Los pseudojustificantes, esgrimidos para los macroniveles, como puede ser las barreras del lenguaje, la cultura y los recursos, se rompen en esa proximidad. A pesar de ello, las discriminaciones por razones de acceso a la comunicación e información, no sólo perviven, sino que cada día se agudizan más.

Analizar las causas de lo que podía llamarse último y más eficaz sistema de colonización, no es objeto del presente trabajo, como no lo es establecer teorías profundas sobre la naturaleza, estructura y prospección de los sistemas comunicativos. Sólo queremos esbozar una situación general, para desde ella poder inducir aspectos concretos de una profunda realidad humana, tal vez la más próxima y personal, que es el de la sanidad, entendida como referente objetivo de la salud.¹¹

Hemos de admitir que los sistemas sanitarios adolecen en los públicos por ellos afectados de un alto nivel de insatisfacción. Este fenómeno, que se repite en la mayoría de los países, tiene profunda significación en la medida que, casi nunca, las aspiraciones se corresponden con las verdaderas necesidades.¹²

El objeto del presente trabajo es determinar y enjuiciar los niveles y la incidencia que los sistemas de comunicación-información tienen en la realidad sanitaria y su implicación en los estados de satisfacción.

Como es lógico, previo a ese punto, intentaremos, y tal es el objeto del presente capítulo, no sólo delimitar y contextualizar el campo de estudio, sino también clarificar los conceptos a los que esencialmente se hacen referencia. En este sentido, trataremos de aproximarnos, partiendo del concepto amplio de comunicación, matizar y definir el de información sanitaria especializada y la función social que cumple.

Del mismo modo, una vez clarificados y diferenciados los conceptos de salud, sanidad y medicina, trataremos de presentar una panorámica de la realidad actual de los mismos. Esa descripción nos ayudará a comprender y valorar, por un lado la implantación de las estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias y, por otro, su nivel de eficacia o, al menos, los parámetros de satisfacción que producen en la comunidad de salud y, particularmente, en los usuarios reales o potenciales de las prestaciones sanitarias.¹³

(11) Sirva esta referencia genérica como primera aproximación a los conceptos de salud sanidad cuyas definiciones detalladas ofreceremos en apartados posteriores.

(12) Conviene distinguir, desde un principio, entre razones filosófico-psicológicas y razones existenciales-objetivas, ya que ambas conjuntamente darán las claves para comprender y valorar integralmente esos estados de insatisfacción.

(13) En este marco global y teórico, la funcionalidad de la comunicación deviene en responsabilidad social de la información, sobre todo en sus aspectos técnicos y profesionales; lo que necesariamente nos lleva al

Hablar de situación y de satisfacciones, relacionadas con la misma, entraña conceptos de responsabilidad; es decir, delimitar las medidas que se ponen, por parte de los responsables profesionales, políticos y sociales, en el terreno de la información sanitaria, de cara a hacer efectiva la función social que se le atribuye y compete.

1. LA INFORMACION SANITARIA EN EL MARCO DE LAS CIENCIAS DE LA COMUNICACION

Si admitimos que la información es una forma de comunicación sistemáticamente organizada, estamos afirmando la existencia de niveles bien diferenciados en la realidad global de la comunicación. Desde los sistemas de comunicación estructurados como información periodística, pasando por los modelos comunicacionales propios de la realidad científica, hasta el nivel, aún poco comprensible, de comunicación en los organismos biológicos animales o vegetales, existe una gama de interpretaciones científicas tan complejas y amplias, como propias de estructurarse en ciencias verdaderas y bien diferenciadas.

Es a ese marco global al que haremos referencia en el presente apartado, conscientes de que nuestra primera tarea será la de delimitar el campo de la información sanitaria.

Dada la complejidad del mundo de la sanidad, es seguro que encontraremos una realidad que se moverá a caballo entre distintas consideraciones científicas de la comunicación. El nexo común,¹⁴ sin lugar a duda, nos lo dará la propia función social de la sanidad; esto es: su adecuación a las exigencias y necesidades de públicos generales o parciales. Como es lógico, el instrumento para ese nexo lo encontraremos en la propia comunicación.

El mundo de la especialización, sin embargo, parece haber avocado las sociedades y las culturas a la creación de estamentos estancos e incommunicados. Los teóricos de la comunicación

terreno de los compromisos jurídicos y políticos. J. Luis MARTINEZ ALBERTOS, en su obra *"La información en una Sociedad Industrial"* (Edit. Tecnos. Madrid, 1972), plantea este tema en su vertiente de información periodística, que es extensible a la especializada sanitaria. En el campo jurídico-social, tanto la Ley General de Sanidad, como los programas de los partidos políticos, no sólo comienzan a dar importancia al tema, sino que incluso, comienzan a convertirlo en prioritario.

⁽¹⁴⁾ Admitiendo que el fundamento objetivo y último de la comunicación es el de ser nexo principal en la compleja y heterogénea realidad biológico-social, no resultará difícil pensar que ella misma nos aportará claves eficaces para conjugar el complejo mundo de la sanidad en un concepto integral de información sanitaria.

se empeñan en romper con esos complicados laberintos para encontrar cauces capaces de «ofrecer una alternativa viable interdisciplinaria, es decir, de comunicación fructífera entre todas las ramas de las ciencias de comunicación con las distintas parcelas del saber y de comunicación por fin con toda la sociedad». ¹⁵

Nos encontramos, pues, ante una cierta dicotomía, por otra parte bastante natural, al amparo de los reduccionismos que se han experimentado en nuestra civilización y cultura como consecuencia del desarrollo industrial y tecnológico. El mundo de la sanidad, enraizado profundamente en ese compromiso tecnológico y científico, ha desarrollado muros de incomunicación, que se acrecentaban por las vinculaciones mítico-teológicas ancestrales que aúnan el dolor y la enfermedad con la muerte.

A pesar de las circunstancias anteriores, existen otras que parecen favorecer el establecimiento creciente de cauces eficaces de comunicación en el mundo de la sanidad. Por una parte, a consecuencia de la irrupción y generalización de los medios de comunicación de masas, se está produciendo una implicación creciente de la sociedad en ámbitos de la realidad, hasta bien reciente vetados, como son el mundo de la ciencia, la política, la economía, la judicatura y, por el alto grado de afección personal, de la sanidad.

Nos encontramos, pues, ante una situación ideal para desencadenar un proceso eficaz de participación y compromiso con la realidad social. La explosión cultural, unida al desarrollo de las ciencias de la comunicación y las posibilidades tecnológicas, han creado campos de cultivo ideales para que la comunicación cumpla la función natural que se le presume y compete.

El mundo de la sanidad, dado que alcanza a todos en sí o a alguien próximo, en algún momento de su vida, es un mundo que reúne las características ideales para ser punta de lanza en el desarrollo de procesos de comunicación o información en el sentido que lo entiende Langerfors; esto es: «Cualquier clase de conocimiento o mensaje que pueda usarse para mejorar o posibilitar una decisión o acción». ¹⁶

(15) FERNANDEZ del MORAL, Javier. *Modelos de Comunicación Científica*. Madrid. Dossat. 1983. Pág. 26.

(16) LAGERFORS, B. *Teoría de los Sistemas de Información*. Buenos aires. Ateneo. 1976.

1.1. LA COMUNICACION COMO CIENCIA

Nos hemos referido anteriormente a la existencia de ciencias de la comunicación; es decir: de bloques científicos que desarrollan teorías y normas sobre aspectos parciales de la comunicación, acordes con los principios que establece la teoría general de la ciencia. El periodismo, por ejemplo, es una muestra significativa de ello, circunscrito a un modelo bien definido de comunicación sistemáticamente organizada o información.

Las razones cuantitativas y cualitativas que justifican la génesis y desarrollo de una teoría científica del periodismo, siendo un aspecto parcial de la comunicación, no se hacen extensibles a la totalidad de sus diferentes modalidades. Por otras razones han sido estudiadas, también modalidades específicas, desde la perspectiva científica de la psicología, la sociología, la psicología social o las telecomunicaciones, por citar algunos ejemplos importantes y significativos.

En este sentido, más que hablar de la comunicación como ciencia global y unitaria, hay que referirse a múltiples y diferentes tratamientos científicos de la comunicación. Cada uno de ellos se centra y tiene por objeto aspectos concretos y diferenciados de la misma. Sólo alguno de estos aspectos monográficos está alcanzando actualmente categoría específica de ciencia o ciencias de la información.¹⁷ El resto, únicamente, analiza las implicaciones concretas de la comunicación en su área particular de contenido.

El tema resulta muy complejo. Prueba de ello es que ni siquiera el proceso, entendido como base o estructura funcional de todos los sistemas de comunicación, resulta susceptible de una interpretación uniforme. Fernández del Moral cita y analiza los de Laswell-Nixon, Berlo, Fattorello y Maletzke, admitiendo la existencia de otros muchos, y encuentra marcadas diferencias entre los mismos.¹⁸

Las dificultades que se plantean y lo complejo que resulta esbozar un proceso de comunicación único para describir realidades tan distintas, justifica la pervivencia de modelos científicos diferentes, aplicados a formas de comunicación sistemáticamente organizados para realidades diferentes. La información científica, la periodística, la información pedagógico-educativa o la comunicación directa interpersonal (no mediada), siguen criterios científicos muy diferenciados. No sólo en lo que se refiere a sus contenidos, sino también a todos los componentes del proceso, canales, destinatarios, etc.

(17) El reto más persistente al que se enfrentan los teóricos de la ciencia es el de encontrar claves, científicamente válidas, capaces de superar la fragmentación y estamentación disciplinaria. Tal vez, el desarrollo científico de un concepto integral de comunicación, aportase soluciones válidas en este terreno. La existencia de un modelo estructural básico y articulado en los conceptos de fuente-emisor, codificador, mensaje, canal y receptor-destinatario, resulta un buen punto de partida, como lo es el de la mediación social, desarrollado por Manuel MARTIN SERRANO en su obra del mismo título (Edit. Akal. Madrid, 1977) en lo referente a la comunicación.

(18) FERNANDEZ del MORAL, Javier. Obra cit. Págs.34-39.

Se trataría de considerar la comunicación como una ciencia de ciencias, como una especie de superciencia en la que se hallarían implicados la totalidad de los aspectos que integran la realidad personal, social e histórica.

Del mismo modo, junto a esa consideración puntual de todas las ciencias, un desarrollo científico de la comunicación equivaldría a la consideración de las infinitas posibilidades de interrelación entre las mismas. El proyecto parece tan utópico, como resultaría eficaz, en el supuesto de su posible ejecución. Nos referimos a la posibilidad de desarrollar una ciencia de la comunicación en sentido puro, estricto y universal. Esta realidad, sin lugar a duda, desbloquearía la estructura de compartimentos estancos que caracteriza la realidad científica global.

Sobre este particular y de cara a hacer comprensible la realidad actual, frente a supuestos teóricos o ideales, conviene reflexionar brevemente sobre algunas consideraciones importantes que la realidad científica ofrece desde el punto de vista de la teoría general de la ciencia. Ello nos permitirá comprender mejor la realidad científica de la comunicación, así como los aspectos científicos puntuales en los que se instauran las ciencias de la información.

El conocimiento científico no consiste sólo en definir observaciones, extraer consecuencias y plantear hipótesis de cara a solucionar problemas o formular leyes. El verdadero objetivo de la ciencia es: «Hacerse una idea correcta de los sistemas estructuralmente coherentes que constituyen los eventos reales (objetos, procesos, relaciones, etc.)... Sintetizar los hechos, consecuencias deductivas, hipótesis y leyes (que han sido estudiados hasta el momento en una cierta independencia unos de otros) en orden a entender la imagen unitaria, estructuralmente coherente, de la realidad que manifiestan». ¹⁹

La síntesis relacional del conocimiento o proceso natural de la praxis científica se desarrolla mediante logros progresivos y parcelarios, fundamentados como constructos, teorías o modelos. Así, mientras el constructo resulta una síntesis relacional de primer orden y abierto a múltiples reinterpretaciones, en razón de la coherencia estructural, la teoría es un constructo explicativo de orden superior o la unificación relacional de un conjunto de conocimientos científicos ya elaborados.

Por su parte, los modelos científicos son las entidades que inspiran el conocimiento propio de un constructo o de una teoría. Esto es, mientras el constructo y la teoría tienden a engendrar una representación o sensibilización de la realidad que representan, el modelo analógico es la propia sensibilización interpretativa de la idea de un evento real contenida en un constructo o teoría, que cumple la función de inspirar (modelizar) la comprensión de su significado real. ²⁰

(¹⁹) MONSERRAT, Javier. *"Epistemología Evolutiva y Teoría de la Ciencia"*. Madrid. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Serie: Textos. 1984. Pág.335.

(²⁰) Estos temas, conflictivos en su planteamiento y objeto de atención, con frecuencia enfrentada, de autores tan representativos como R. CARNAP, P. DUHEN o C.G. HEMPEL, por lo menos en el terreno de la filosofía de la ciencia, tienen una clara y práctica presentación en la obra anteriormente citada de J. MONSERRAT (págs. 340-352)

Según lo anterior no podremos hablar de ciencia de la comunicación, sino de constructos o teorías científicas de parcelas de la comunicación, quedando pendiente el objetivo de conseguir un modelo científico de imagen unitaria y estructuralmente coherente sobre la comunicación, expresada como síntesis relacional de conocimiento o idea unitaria de su realidad integral.

La deducción más lógica a lo anteriormente expuesto es que frente a un concepto científico unitario de comunicación, aún pendiente, existen amplias parcelas de la misma colonizadas por la ciencia o sistemas informativos estructurados en constructos y teorías científicas, capaces de inspirar la comprensión de su significado real. Es decir, que existen teorías que explican científicamente modelos concretos de comunicación y que hallándose razonablemente estructuradas han dado origen a lo que hoy se acepta como ciencias de la información.

Se trata, pues, en base a un modelo de estructura funcional común, de aceptar la existencia de diferentes modalidades especializadas de comunicación, cada una de las cuales perfectamente diferenciada y vallada en razón de sus emisores, canales, mensajes, códigos y destinatarios, puede caer en defectos científicos clásicos, en el sentido de desarrollar estructuras estancas e inconexas entre sí o de sí con la realidad social, en sentido amplio.

Como es natural, esta particularidad sitúa la comunicación, aunque sea desde modelos parciales de su consideración científica, en un contexto contradictorio entre su naturaleza y la función real y social que se le asigna. Es decir, la comunicación especializada puede convertirse en un mecanismo perfecto de discriminación social o, en la visión más optimista, de diferenciación social.

En ese sentido, a nadie se oculta que el mundo de la sanidad, desde sus modalidades más primitivas y sacralizadas hasta las concepciones hipertecnológicas actuales, ha sido un ejemplo particularmente significativo de esta realidad. Tanto las fórmulas curativas del hechicero, como la conceptualización médica actual encubren una cierta intención comunicativa, como signo palpable e importante de diferenciación, como garante, de alguna forma, del rigor y la pureza científica.

A pesar de ello, no podemos convertir la comunicación especializada en un fenómeno puro, excepcional y significativamente negativo, dado que su desarrollo ha sido paralelo al de la especialización de los conocimientos o la parcelación de los saberes. Resulta evidente, en este sentido, los efectos positivos que dicha especialización ha supuesto de cara al espectacular desarrollo científico de las diferentes parcelas del saber.

La aparición de una cultura de masas, sustentada en un modelo específico de comunicación, el periodístico, ha supuesto un revulsivo de efectos demoledores para esa parcelación histórica de las ciencias y los modelos especializados de comunicación.

La desconexión creciente, a lo largo de los siglos, de los científicos, por ejemplo, con la sociedad y de los científicos entre sí, por razones de especialidad, amenazaba un desorden o valor de entropía máximo, llamada por los expertos «warmetod» o muerte técnica del

universo²¹. Es decir, las especialidades engendran subespecialidades en una espiral creciente de incomunicación al amparo de terminologías, tan nuevas como estériles.

Existe un término que significa de forma clara y concisa esa ruptura radical entre lo que los expertos llaman primera y segunda revolución científica (nacimiento de la cultura de masas): la divulgación. Desposeída de sus connotaciones peyorativas, la divulgación no consiste en «trivializar, en minimizar, en resumir, ni esquematizar. La divulgación consiste, sobre todo y ante todo, en saber utilizar un contexto lo más amplio posible.»²² Es decir, posibilita el acercamiento necesario entre los especialistas y la sociedad; que el gran público acceda a las parcelas de la ciencia y ésta pueda ser sometida a una interpretación social.

Con estos supuestos, pues, nos encontramos ante el reto y la posibilidad real de disponer y consolidar las claves base necesarias para desarrollar un modelo cultural nuevo y diferente, sustentado en un proceso de comunicación a nivel de masas; esto es, de comunicación fructífera entre las diferentes ramas del saber y entre la sociedad y las ciencias.

Ya hemos clarificado anteriormente la diferencia entre comunicación e información. A pesar de las diferentes y contrarias teorías sobre el tema, no objeto de discusión en nuestro caso, algo queda muy claro y más o menos compartido por los diferentes teóricos: ambas representan niveles de un proceso que camina de la conceptualización a la praxis. En este sentido, nosotros hemos admitido que la información es la comunicación sistemáticamente organizada, es decir, la potencialidad convertida en realidad, como algo dinámico y con posibilidades sociales.

Algunos autores fundamentan el proceso de la información en supuestos individuales, para desde ellos alcanzar supuestos sociales. Se apoyan en el hecho de que los procesos comunicativos se inician y culminan en el individuo, aunque para ello se instrumentalice un recorrido social. Este punto de vista nos parece aceptable, pero en relación al tema que nos ocupa o información sanitaria, lo es más el hecho de que «cada hombre forma un sistema cerrado con una serie de consecuencias que afectan a cualquier proceso informativo».²³

Tampoco, en este sentido, debemos olvidar los aspectos pedagógicos de la información en relación a la capacidad creativa del individuo o puerta hacia perspectivas nuevas en la capacidad de la mente humana. Aquí el propio individuo se convertiría en emisor y receptor de los mensajes. Esta posibilidad, sin embargo, no desmerece la necesidad natural del hombre de comunicarse con el exterior, con sus semejantes, realidad de la que el lenguaje es su más claro exponente.

(21) Este símil termodinámico está perfectamente desarrollado por FERNANDEZ del MORAL (obra cit., págs 16 y 17) para considerar las etapas de síntesis del conocimiento como de máximo orden y las de excesiva especialización como de máximo desorden. En este sentido, la realidad demuestra que también la especialización persigue una síntesis, pero su camino resulta demasiado largo, lo que no sucede en el caso de la explicación globalizadora, para la que aquella resulta casi espontánea.

(22) FERNANDEZ del MORAL, Javier. Obra cit. pág.23.

(23) FERNANDEZ del MORAL, Javier. Obra cit. pág.49.

1.2 LA COMUNICACION EN EL MARCO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Hablar de la comunicación en el seno de las estructuras organizacionales supone aceptar previamente la función social de la comunicación; esto es: aceptar su incidencia en la producción y reproducción de grupos organizados social y culturalmente. La teoría social de la comunicación «estudia cómo se produce una clase de bienes fabricados para abastecer a la comunidad de información: de productos comunicativos. Analiza el uso que se hace de la información para contribuir a la producción y reproducción de la sociedad». ²⁴

Se estima que casi el 70% de nuestro tiempo de vigilia se dedica a la comunicación en la doble vertiente de emisores y receptores. Esta circunstancia nos permite estimar la importancia que tiene en cualquier tipo de organización social y su incidencia en las relaciones interpersonales o en la inhibición, por ausencia o inadecuación, en el buen desempeño del grupo.

Comprender el significado de la comunicación en el seno de las estructuras organizacionales supone, previamente, comprender y definir el concepto de organización. Una organización es la coordinación de las actividades de cierto número de personas que intentan conseguir una finalidad y objetivo común, mediante la división funcional de tareas y a través de una jerarquización de la autoridad y de la responsabilidad. ²⁵

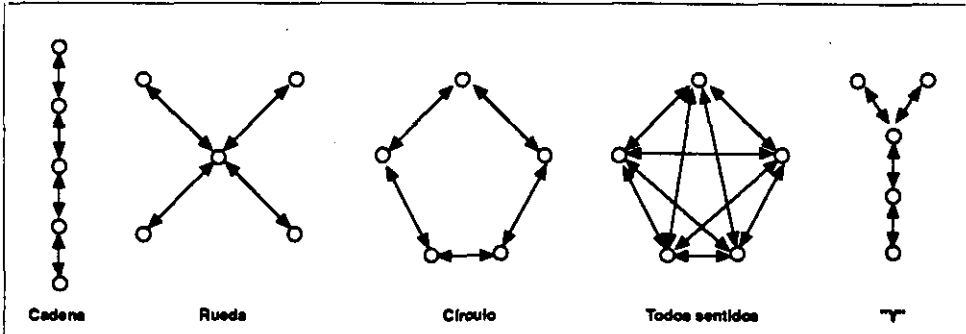
La definición de organización supone, pues, los siguientes supuestos mínimos: el de estar constituida por más de una persona, un propósito o fin común, es decir, un objetivo del que deberán necesariamente tener conocimiento todos los miembros que la integran, y una especialización, entendida como división funcional de las tareas o trabajos. Los aspectos cuantitativos y cualitativos resultarán tan variados como lo sean las tipologías que permitan las relaciones humanas, desde el nivel pareja, hasta el concepto de sociedad humana global.

Aceptando la dimensión social del individuo, los grupos, entendidos como conjunto más o menos amplio de personas organizadas, se convierten en contexto natural que le permiten asumir o, en su caso, acceder, a sistemas de organización ya existentes, con capacidad para tamizar la información que este recibe, influir en sus comportamientos y proporcionar una parte de las motivaciones para su conducta, así como soluciones a problemas y necesidades individuales. La integración del individuo incidirá en su existencia y lo hará en la dimensión específica que subyace a tal organización. Como es natural, él deberá asumir sus propias responsabilidades y tareas.

(24) MARTIN SERRANO, Manuel. Obra citada. pág.15.

(25) Para definir el término organización, seguimos el criterio de Edgard H. SCHEIN, en su obra *"Psicología de la Organización"*. New Jersey: Prentice/Hall, 1971. Englewood Cliffs, al menos en relación a los elementos mínimos y esenciales que deben considerarse en relación con la misma. Existen, sin embargo, innumerables definiciones de Organización, diferenciadas, fundamentalmente, en razón de enfatizar parcialmente alguna de las características que considera SCHEIN.

Estas son las redes más comunes de comunicación en el seno de las organizaciones:



En cuanto a la estructura física de los canales de comunicación entre los miembros del grupo, es decir al espacio topológico de los mismos, lo que nos interesa saber es quien se comunica con quien, si la comunicación es directa o a través de otro miembros del grupo, etc. La importancia de esta cuestión estriba en que tiene relación con la emergencia del liderazgo, el desarrollo de la organización, la eficacia en la resolución de problemas y la previsión de las reacciones de los miembros.

Si suponemos que las redes de comunicación determinan, en parte importante, la eficacia del grupo será conveniente comprender los procesos a través de los cuales se ejerce esa influencia. Sobre este tema, diferentes autores aventuran hipótesis en el sentido de que las redes de comunicación afectan la eficacia de la interacción grupal sólo de forma indirecta, regulando la capacidad de los miembros del grupo para organizarse a sí mismos con vistas a un rendimiento eficiente en las tareas.

En este contexto hay que admitir que organización y eficacia están muy relacionadas. Sin embargo, existen dos conceptos, de gran utilidad en el seno de las organizaciones y relacionados con la eficacia, que merecen ser explicados. Nos referimos a la independencia y la saturación.

Como es lógico, hablar de independencia equivale a hablar de la libertad con que un individuo puede funcionar en el seno del grupo. La libertad, en sentido de independencia de acción, estará condicionada, en parte aunque no sólo, por su posibilidad de acceso a la información²⁹. Esta independencia se relaciona, de manera importante, con la eficacia del grupo y, sobre todo con la satisfacción del miembro.

⁽²⁹⁾ Además del acceso a la información, en la independencia influyen los factores situacionales, las acciones de los demás miembros del grupo y la percepción que se tenga de la propia situación, como más importantes.

Por lo que se refiere a la saturación, en sentido de sobrecarga de comunicación o información, está constatado que a mayor grado de saturación, menor eficiencia en el grupo y menor el grado de satisfacción en sus miembros. Los autores coinciden, sin embargo, en que la saturación tiene mayor influencia negativa en la eficacia que en la satisfacción.

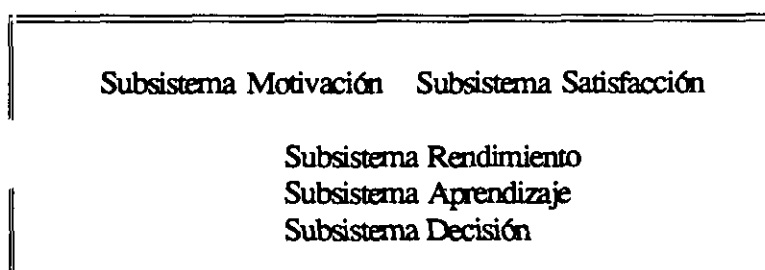
La saturación se produce a dos niveles: el de los canales o sobrecarga en el número de canales a los que debe atender una posición; y de mensajes, en el sentido de exceso de los que deben ser procesados por la misma.

La saturación tiene dependencia directa del sistema organizativo y de la complejidad de las tareas a realizar por el grupo. Cuanto más descentralizado está el grupo menor riesgo de saturación, sobre todo cuando se trate de tareas complejas. Es decir, las redes descentralizadas, menos expuestas a la saturación, son más eficaces para resolver problemas complejos.

En resumen, podemos afirmar que la distribución de los canales de comunicación en el grupo determina la emergencia del liderazgo, el desarrollo de una organización, la satisfacción de los miembros y la eficacia del grupo³⁰.

Sobre este tema, conviene recordar las consecuencias específicas de las redes según sean o no centralizadas. Así, mientras las centralizadas favorecen el emerger del liderazgo y el desarrollo de la organización, las descentralizadas lo hacen en relación a la solución de problemas complejos e incrementan la satisfacción de los miembros.

En todos los casos, las organizaciones son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente y tienen dentro una serie de subsistemas que interactúan entre sí. Se trataría de un sistema circular, con causalidad en varias direcciones:



El flujo de todo proceso organizativo, en cualquiera de sus dimensiones, supone un subflujo comunicacional o de información, que, en última estancia, determinará el grado de su eficacia y el de la satisfacción de sus miembros.

⁽³⁰⁾ La comunicación se convierte, así, en el gran protagonista del acto organizativo. Todas las funciones del grupo se ven supeditadas a su desarrollo y estructuración.

De esta forma, la comunicación y su referente objetivo, la información, se convierte en factor decisivo para la organización, tanto a niveles de su constitución, como en el logro de sus objetivos y, en consecuencia, de su pervivencia e incidencia social.

Hemos dicho anteriormente que la comunicación tiene dos dimensiones esenciales: por una parte la natural y espontánea que permite a los individuos afianzar su relación social, ejercerla y ampliarla, y, por otro, la organizativa, en la medida que la comunicación determina su integración en el grupo como elemento eficaz de cara a lograr cualquier tipo de objetivo social. Es decir, esta última permitirá mejorar las condiciones de vida desde el prisma de la cooperación en la manera de afrontar y resolver los problemas que se plantean.

Evidentemente ambos tipos de comunicación se hayan condicionados por diversos factores de distinta naturaleza. El entorno marca en gran medida ambas modalidades de comunicación, pero mientras para el primero es determinante último la cultura como concepto genérico, para el segundo lo es la ciencia, en sentido de desarrollo técnico de sistemas específicos de comunicación. Así, mientras todos los hombres hablan para comunicarse, aunque diversifiquen la formalidad de su lenguaje o la representación simbólica y lingüística del mismo, no todos los hombres que integran un grupo y se organizan disponen de las mismas estructuras comunicacionales para lograr sus objetivos específicos. Sobre este tema conviene recordar la evolución y peculiaridad de los sistemas comunicativos institucionalizados en las diferentes culturas o civilizaciones. Enunciar estas estructuras equivale a perdernos en la infinidad de posibilidades diferenciadas que se materializan en otros tantos grupos u organizaciones particulares. El modelo desarrollado, aunque comparta elementos comunes, será suficientemente diferenciado y diferenciador.

En nuestro caso y tratándose de la información en el ámbito sanitario, no nos interesa clarificar los conceptos que subyacen a la dimensión de la comunicación natural o espontánea, ni siquiera los que se refieren a la génesis histórica de las estructuras comunicacionales o informativas que se producen en los diferentes tipos de grupos y organizaciones.

Por el contrario, nos interesa mucho conocer los tipos de estructuras comunicacionales institucionalizados en nuestro entorno histórico y cultural, pues desde su concepción genérica podremos acercarnos al modelo específico que se desarrolla en las organizaciones sanitarias o, mejor, en los grupos concretos que integran dichas organizaciones.

En este sentido debemos sobreponernos al concepto científico de teoría de la comunicación para devenir a la fundamentación científica de las Ciencias de la Información en las dimensiones específicas que nos afectan. No se trata de presentar una síntesis clarificadora del concepto de ciencias de la información, sino de centrarnos en aquellos de sus aspectos sobre los que se articula un modelo de comunicación acorde a la cultura de masas en que vivimos y a la dimensión organizativa de los modelos sanitarios.

Desde los anteriores supuestos, no queremos desmerecer la dimensión social y práctica de la comunicación espontánea, pero hay que aceptar que en lo referente a sus contenidos, ésta se halla condicionada por los que se establecen a nivel de lo que ya consideramos como comunicación institucional o aplicada.

Para que alguien pueda informar espontáneamente a otros de una nueva prestación sanitaria, por ejemplo, resulta imprescindible que alguien, en primera instancia, haya recibido la información de alguna fuente institucional de las que proceden los fundamentos objetivos de la información. De lo contrario se trataría de fenómenos casuales, afectados por importantes aportaciones subjetivas difícilmente ponderables, dadas su absoluta diversidad.

1.3. COMUNICACION INSTITUCIONAL Y COMUNICACION APLICADA

Comprender la comunicación institucional y la comunicación aplicada, en el sentido que hoy las entendemos, exige remontarnos históricamente al nacimiento del consumismo. Su origen está íntimamente relacionado con la aparición de sistemas informativos nuevos y arrolladores, excepcionalmente efectivos. La proyección mercantilista de tales sistemas y su frecuente atentado contra la objetividad o exceso de manipulación persuasiva, capaz de anular la libertad del individuo, motivó el nacimiento de sistemas con capacidad de contrarrestar tales efectos negativos.

En este sentido, nacen los movimientos consumeristas, y lo hacen, en primera instancia, bajo el impulso obrero para defender el valor del salario, así como para protegerse de cualquier práctica comercial abusiva.

Su desarrollo embrionario hay que situarlo en el siglo XIX, aunque su consolidación, en lo que ya se ha tipificado como sociedad de consumo, sólo se produce bien entrado el presente siglo en los países desarrollados, expandiéndose al resto del mundo en la medida que lo van permitiendo las condiciones socio-económicas de los diferentes países.

La filosofía que subyace al consumerismo viene propiciada por el espectacular desarrollo económico que aportan los sistemas de producción industrial. Frente a situaciones imperativas, impuestas por la satisfacción de necesidades básicas en cualquier época anterior, la población del mundo desarrollado actual modifica sus hábitos de consumo bajo la presión de una oferta abundante y diversificada.

De esta forma, el desarrollo industrial, unido a sistemas de comunicación-información cada vez más perfeccionados por las aportaciones de la sociología, la psicología social y las propias ciencias de la información; y estas últimas apoyadas en las nuevas tecnologías, han permitido el desarrollo y la consolidación de un nuevo modelo de sociedad, la sociedad de la información.

Sus efectos ya eran apuntados en el simposio Edward R. Murrow que trataba sobre «la sociedad de la información: cuestiones sociales y éticas» en el que se afirmaba: «una

revolución de las comunicaciones, la cual tendrá efectos asombrosos en nuestra sociedad y acarreará ciertas dificultades sociales y éticas»³¹.

No se trata, pues, de valorar la sociedad de consumo, sino de establecer los niveles de comunicación que ésta ha desarrollado de cara a consolidarse y expandirse como modelo cultural nuevo y diferenciado. Es cierto, que en un primer momento el desarrollo de tales estructuras informativas eran unidireccionales; es decir, de los sistemas de producción hacia los consumidores, con el consiguiente desequilibrio y naturales abusos o riesgos de cualquier tipo.

La administración y los propios consumidores asumen la obligación de defenderse frente a la presión informativa, sobre todo en su modalidad publicitaria, y surgen legislaciones que protegen al ciudadano³² ante cuyas limitaciones son los propios consumidores los que se unen en asociaciones para protegerse y crear corrientes de información que contrarresten el efecto devastador de las procedentes del mundo mercantilista.

Es ese mundo mercantilista, buscando sobrevivir en una realidad de descarnada competitividad, el que comienza a desarrollar e imponer modelos informativos de implantación masiva y formalidades específicas. A su zaga, las diferentes ciencias asumen técnicas y resultados que poco a poco van cristalizando en normas y leyes de valor científico. Las teorías de la comunicación, dispersas en un amplio espectro interdisciplinar, comienzan a adquirir cuerpo unitario propio en el modelo científico de las Ciencias de la Información.

Las Ciencias de la Información, nacen, pues, de aglutinar en un cuerpo científico específico los contenidos que hasta ese momento se hallaban dispersos en múltiples disciplinas y en las diferentes escuelas de periodismo o cuerpos doctrinales relacionados con la estructura de contenido y funcionamiento de los Medios de Comunicación Social. Nació así la comunicación aplicada como primer intento de desarrollar un modelo científico propio en relación con la información, cuya primera expresión práctica y tangible la van a constituir las Facultades de Ciencias de la Información.

El cuerpo doctrinal de estas facultades no redundará sólo en lo relacionado con los Medios de Comunicación Social, aunque éstos ocupen un lugar bien destacado en su programa docente, sino que alcanzará la totalidad de los sistemas institucionalizados de información masiva.

Esto es, aquellos modelos de comunicación contrastados de eficaces y aceptados por nuestro modelo cultural. Las aplicaciones concretas de teorías y técnicas desarrolladas, como

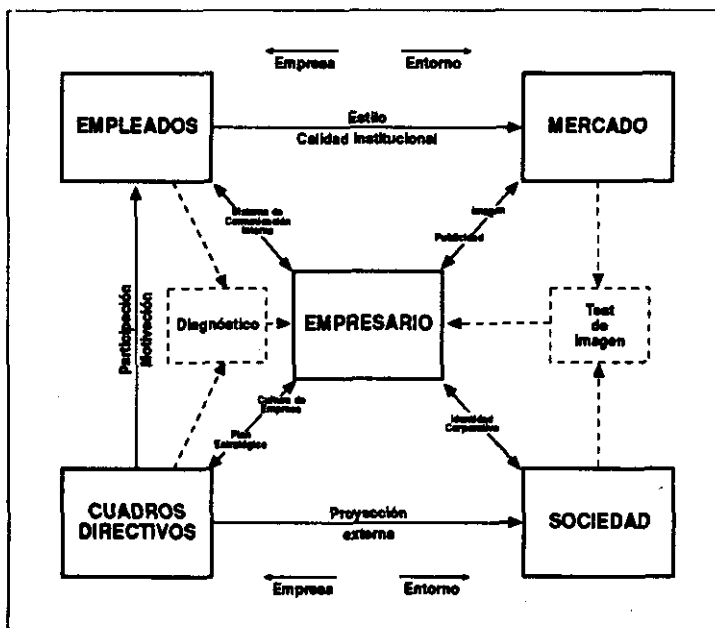
⁽³¹⁾ SALVAGGIO, Jerry L. "Statement of Purpose". Simposio de Edward R. Murrow, 7 de julio de 1981.

⁽³²⁾ Fue John F. Kennedy el primer político comprometido en la defensa de los consumidores, al definir sus cinco derechos básicos (a la salud, a la seguridad, a la información, a elegir y a ser oídos) en un discurso pronunciado ante el Congreso de los Estados Unidos en 1962. Este compromiso de protección ciudadana tuvo una expansión rápida, pero desigual en el mundo industrial.

cuerpos doctrinales, por las Ciencias de la Información y aplicables en empresas e instituciones, darán origen a lo que hoy se define como Comunicación Integral. Esto es: el desarrollo equilibrado de todas las dimensiones comunicativas de algo o alguien, socialmente significativo, en sí y con su entorno, más o menos amplio.

El resultado natural de tal modelo de comunicación sería el consenso entre lo que se es y lo que se cree que es, tanto a nivel interno como externo. El siguiente cuadro representa de manera completa el complejo mundo de lo que hemos definido como comunicación integral y los elementos que intervienen en el proceso³³.

En su elaboración se consideran, simultáneamente, las dimensiones internas y externas de la comunicación, así como el complejo estamental que la integra a lo largo de proceso que une producto o servicio con consumidor o usuario. La filosofía institucional de servicio se proyectará en la sociedad como calidad o estilo, dando origen a lo que entendemos como imagen corporativa y de mercado, que cada empresa o institución genera, de manera inevitable, en su entorno social de implantación e influencia. La estructura comunicativa que entrañan los anteriores supuestos se convierte, así, en un todo interrelacionado.



DÍAZ GÜEL, Carlos
 "La Comunicación aplicada. Una herramienta de gestión empresarial"
 Tesina
 Madrid. F. Ciencias de la Información. Marzo, 1991.

⁽³³⁾ Creemos que procede la pertinente extrapolación al tema que nos ocupa, es decir, la información en el ámbito sanitario, del modelo planteado por Carlos DÍAZ GÜEL, en su tesina monográfica sobre la comunicación en la empresa, presentada en la Facultad de C.C. de la Información en marzo de 1989. No podemos olvidar que la acción sanitaria se articula en base a un modelo de gestión que debe barajar adecuadamente recursos y necesidades, es decir adaptar los gastos a los ingresos. Esta circunstancia la aproxima de manera total a la esencia del modelo económico empresarial. Aceptado, por lo general, en los modelos teóricos, el "Informe Abril", es un buen ejemplo.

La comunicación integral supone, desde tales supuestos teóricos, una verdadera revolución cultural, al modificar las relaciones entre emisor y receptor sociales y propiciar una nueva escala de valores para los sistemas productivos y para la función social de la productividad. Así, el proceso de comunicación tiene por objeto legitimar, mantener y optimizar las diferentes relaciones entre las instituciones y sus públicos.

Aparece, de esta manera, como núcleo de la comunicación integral, el concepto de comunicación aplicada. Su finalidad será determinar la naturaleza de la comunicación institucional, la eficacia de sus procesos comunicativos y su rentabilidad social.

Para los profesionales de la información, la comunicación integral supone, además de un nuevo oficio, un reto capaz de modificar las relaciones en la empresa o institución y de éstas con su ámbito de relación a nivel mercantil, social y cultural.

Está aceptado que, a remolque de grandes intereses comerciales y políticos, la comunicación integral se ha volcado de manera, casi exclusiva, en su dimensión externa³⁴, logrando desarrollar modelos muy efectivos y con capacidad para proyectar la personalidad y la filosofía que se deseaban proyectar, con frecuencia, a espaldas de la misma realidad.

La publicidad es un claro ejemplo de este modelo comunicacional o informativo. Fragmentando la realidad se establecen mensajes que, sin ser falsos, resaltan los aspectos positivos y anulan o velan aquellos que no lo son tanto o pueden resultar negativos.

Estos supuestos han contaminado y están contaminando otros modelos de información a los que no corresponde, ni por su naturaleza, ni por conciencia tácita de los mismos, como sucede, por ejemplo, cuando los contenidos publicitarios se disfrazan con formas redaccionales.

Empresas e instituciones tienen, pues, una personalidad que, con frecuencia, no se manifiesta de manera honesta o clara. Es función de los profesionales de la comunicación el identificar y captar los rasgos particulares de las mismas y desarrollar modelos de comunicación que potencien al máximo su efectividad y sitúen en niveles óptimos o aceptables sus relaciones con los públicos externos, objeto de su atención o influencia.

Conectando, así, con los planteamientos iniciales de este apartado, debemos reconocer que las deficiencias y manipulaciones en los sistemas informativos tienen consecuencias nefastas, tanto por lo que pueden suponer de explotación comercial, política o social, como por el desaprovechamiento o infrautilización de recursos y posibilidades existentes. No queremos caer en la ingenuidad de pensar que algo tan complejo y diversificado como las relaciones sociales, en las que intervienen variables de toda naturaleza, incluidos constantes, potentes y elaborados empeños de manipulación, se resuelven de manera simple e inmediata.

⁽³⁴⁾ Teóricamente, entendemos por comunicación externa, la que sirve para transmitir la personalidad y filosofía de una empresa o institución, de cara a establecer relaciones con sus públicos externos, además de fomentar respeto y conocimiento mutuo entre las mismas y esos grupos.

Pero, sí podemos aceptar que el mejor punto de partida para situarlas en su dimensión positiva es el comenzar por analizar, valorar y modificar técnica y profesionalmente las estructuras comunicacionales o informativas.

Esta realidad que ya está siendo contrastada en el ámbitos políticos y empresariales, para quienes la comunicación integral está convirtiéndose en objeto prioritario de atención³⁵ puede desmerecer bastante en las instituciones que cumplen una función pública en importantes servicios sociales. La sanidad es un ejemplo caro y particularmente significativo. Por ello es necesario dentro de la institución sanitaria proceder a analizar la demanda social respecto a ella y a diagnosticar su sistema de comunicación.

El área sanitaria es un campo excepcional para la comunicación integral en sus dos vertientes: la interna y la externa, debido a los públicos relacionados con ella: profesionales de la sanidad, funcionarios de las diferentes administraciones competentes en esta materia, usuarios y sociedad en general.

La comunicación aplicada al ámbito de la salud pública deberá resolver los problemas comunicativos entre las instituciones sanitarias y sus públicos al definir los posibles modelos de comunicación aplicables en este contexto.

Tras clarificar brevemente los conceptos de comunicación e información y sus diferentes implicaciones sociales, podremos definir y demarcar los modelos concretos y su aplicación en el actual sistema sanitario. Previo, como es lógico, conoceremos, aunque sea brevemente, la realidad sanitaria, así como la definición de alguno de sus conceptos fundamentales.

⁽³⁵⁾ Es posible que pocos temas hayan sido objeto de tanta atención y estudio como la comunicación en el ámbito de la empresa y que, hasta la actualidad, siempre haya sido hecho desde disciplinas ajenas a las Ciencias de la Información. El Marketing y la Psicología Industrial o Social pueden ser ejemplos particularmente significativos. En estos momentos, sin embargo, se está produciendo un "boom" espectacular de demanda de profesionales de la información por parte de las empresas e instituciones, como lo demuestra la proliferación de gabinetes de prensa y publicaciones institucionales en el seno de las mismas.

Por otra parte, queremos destacar que el interés que este tema despierta en las empresas, se corresponde con programas de acción muy concretos y elaborados, como lo demuestra el manual que la patronal (CEOE) distribuye entre sus afiliados bajo el título: *"Comunicación y Organizaciones Empresariales"*, elaborado, en 1984, por un equipo de trabajo del Departamento de Comunicación de la CEOE, dirigido por Jesús MONRROY MORANTE y José A. LLORENTE HERRERO. A nuestro criterio, es el mejor manual existente en nuestro país sobre el tema.

2. APROXIMACION AL CONCEPTO DE SALUD Y ACCION SANITARIA

Hasta bien entrado el siglo XX las diferentes sociedades admitieron que la salud o la enfermedad eran meros accidentes en la vida de las personas, no el resultado de un patrimonio genético relacionado con las reacciones de cada equipo biológico ante los múltiples y diversos estímulos del ambiente ecológico-social en sus vertientes física, biológica, psicológica, social y cultural.

De manera genérica y, al amparo de cierto idealismo, se interpretaba la salud como una capacidad máxima con la que el hombre podía enfrentarse y resolver todas sus necesidades. Es decir, como «entidad estática dentro de un mundo social dinámico, pero imaginado estable y perfecto»³⁶. Se separaban, de esta forma, salud y enfermedad, rompiendo una realidad única que difícilmente admite fragmentaciones, tanto a nivel personal, como social.

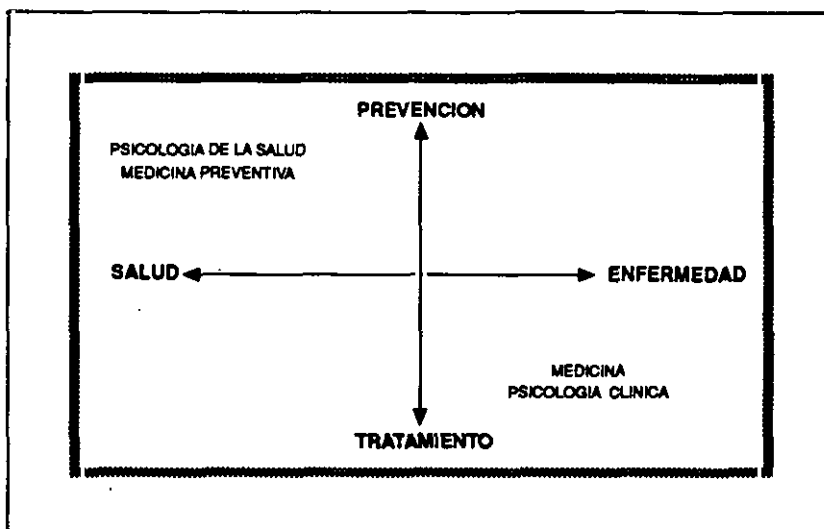
Una cierta antítesis, entre la dimensión individual y social de la salud, siempre ha presidido la realidad histórica sanitaria. Con demasiada frecuencia las metas de interés individual se convierten en antítesis de lo que nuestra biología necesita, bajo imperativos de urgencias sociales en la búsqueda de confort y felicidad, como guía última de cualquier intencionalidad y actuación humanas.

Este conflicto histórico se ha visto agravado de manera alarmante con la llegada de la revolución industrial y sus implicaciones negativas en los sistemas ecológicos naturales, rompiendo de manera traumática la correlación necesaria entre cambios sociales muy rápidos y la adaptación de los individuos a nuevos cometidos y estructuras.

Los sistemas de servicios, en el terreno de la salud, hasta mediados del presente siglo, se limitaron a sistemas de servicios de enfermedad. Esto es, a ejecutar un conjunto de actuaciones orientadas a rehabilitar estados de salud perdida o enfermedad, sin preocuparse de los medios para prevenir dichas enfermedades o educar a la población en el cuidado de la salud.

Esta concepción médico reduccionista aún pervive y, su dimensión más actualizada aparece reflejada en el esquema siguiente, en el que se incluye, como novedad, la psicología de la salud.

⁽³⁶⁾ GODOY CASTILLO, Eduardo. Obra citada. Pág.10.



Es a partir de 1940 cuando se desencadena una importante actividad internacional en temas de educación para la salud, iniciándose, de esta forma, una visión integral del problema sanitario, con perspectivas de solución mucho más eficaces y satisfactorias³⁷. Así, junto a la labor curativa, exclusiva hasta ese momento, surgieron programas de prevención, que demostraron una sorprendente capacidad reduccionista en los estados de enfermedad padecidos por las poblaciones afectadas.

En este contexto, el concepto de salud adquiría una nueva dimensión y la sanidad se afrontaba desde una doble vertiente: por un lado ofrecer, mediante programas de educación para la salud, fórmulas concretas que garantizaran la conservación de los estados de salud, y, al mismo tiempo, se mantenía la dimensión técnico-asistencial, orientados a su recuperación en los casos de pérdida de la misma.³⁸

Paralelamente, constatada la etiología múltiple de la salud y de la enfermedad y el concepto holístico o de causalidad multivariada de factores endógenos o de genotipo y

⁽³⁷⁾ Parafraseando, comenzó a aceptarse que la sanidad era demasiado importante como para dejarla sólo en manos de los profesionales sanitario-asistenciales y surgieron corrientes científicas de estudio del fenómeno sanitario desde el punto de vista de la sociología, la psicología, la ecología y el medio ambiente, e, incluso, desde perspectivas políticas y económicas.

⁽³⁸⁾ Esta doble vertiente genérica adquiere visos de ejemplo muy significativo en el tratamiento dado al tema por la Psicología. Así, mientras la Psicología de la Salud, persigue, como principal objetivo, intervenir para lograr la prevención de la enfermedad o daño que ésta produce en las personas de una población sana, pero afectada potencialmente de riesgos, la Psicología clínica intenta aliviar a los individuos afectados por enfermedad, bien para favorecer su recuperación, bien para modificar su sistema general de adaptación al ecosistema personal (modelo biopsicosocial), en los casos de una recuperación imposible. Sobre este tema ver: SANTACREUS MAS, José. "Psicología clínica y Psicología de la salud". Rev. de Psicología de la Salud, 1991. Vol.3, nº1. págs. 1 y ss.

exógenos o medioambientales, comenzó a considerarse el entorno socio-biológico como aspecto muy importante en temas de salud. No sólo se trata de curar, ni siquiera de educar en prevención e higiene, por ejemplo, sino también en propiciar las condiciones de hábitat natural y social que permitan la potenciación máxima de los estados de salud, es decir, se alcanza con ello una aproximación a la concepción integral de la sanidad.

En resumen, podemos afirmar que la salud y la enfermedad son estados o manifestaciones de carácter biológico-sociocultural y que éstas dependen siempre de la relación individuo-ambiente.³⁹

En todo caso, ningún país, por muy desarrollado que este se encuentre, se siente satisfecho del nivel de salud de su población o de la adecuación de los servicios de salud disponibles. Los intereses económicos y políticos, la incesante aparición de nuevas enfermedades, el alza vertiginosa de los costos de este tipo de servicios, la demanda progresiva de la población, unidos a la existencia de sistemas altamente medicalizados, impositivos y burocratizados, además de la descordinación institucional con los sistemas educativos, pueden ser algunas de las principales causas de la citada insatisfacción, tanto a nivel institucional, como poblacional.

2.1. DEFINICION Y CLARIFICACION DE ALGUNOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES

El complejo mundo de la salud y, en consecuencia, de la sanidad favorece múltiples equívocos que, con frecuencia, alcanzan los conceptos más elementales. En este sentido nos parece muy importante clarificar adecuadamente esos conceptos. Nos referimos a los de salud, sanidad y medicina, los cuales representan aspectos perfectamente definidos y concretos de la compleja realidad sanitaria, pero que no siempre han sido bien entendidos o aplicados.

Los conceptos de salud, sanidad y medicina, han evolucionado hacia la consecución de su auténtico significado al compás del desarrollo de las sociedades industrializadas. Se ha superado el reduccionismo conceptual, por ejemplo de la medicina en referencia a la salud y la sanidad en un falso empeño globalizador, y creemos haber alcanzado la delimitación de su significado real. Nos parece, pues, importante dejar clara esa delimitación conceptual, dado que será la que utilizaremos en el presente trabajo.

⁽³⁹⁾ Este tema está ampliamente desarrollado en la obra anteriormente citada de GODOY CASTILLO (págs. 194 y ss.) cuando resume los factores concurrentes en la salud y la enfermedad.

2.1.1. SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la salud «es un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez» ⁴⁰.

La anterior definición entraña tres aspectos importantes y dignos de consideración. Por una parte, la salud es interpretada en términos de componentes subjetivos, esto es, de estados de bienestar, y, por otro de elementos objetivos, en el sentido de capacidad proporcional para la función. Como consecuencia de los anteriores surge un tercer elemento integrador del concepto salud que es el psico-social, entendido como factor fundamental de adaptación ecológico-social del individuo.

La salud, pues, hace referencia a un estado eminentemente subjetivo, pero de importante y automática incidencia social a través de la adecuada adaptación en la capacidad y ejercicio de cada particular función. ⁴¹

La concurrencia armónica de todos los elementos integradores y definidores establecerá el grado de salud a nivel individual y desde su frecuencia o acumulación el mismo para la Comunidad de salud a la que pertenece cada individuo. En cualquier caso y es importante incidir en ello, la salud siempre se articula como un estado de afección subjetiva con implicaciones y efectos objetivos, casi siempre de incidencia social.

Esa incidencia social hace de la salud algo más que un bien individual. Por razones de su trascendencia colectiva la O.M.S. ha acuñado el término de Salud Pública, en referencia a todas las actividades relacionadas con la salud-enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de un sistema de Servicios de Salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos.

La Salud Pública se ocupa, por tanto, de la salud global de las poblaciones bajo sus aspectos de promoción de la misma, prevención de la enfermedad, readaptación y educación para la salud. Así, y a modo de conclusión diremos que los sujetos de la salud siempre son los individuos en particular, pero, dada su dimensión social, la colectividad se convierte en el verdadero objeto de la salud.

⁽⁴⁰⁾ SAN MARTIN, Herman. Obra citada. Pág. 5.

⁽⁴¹⁾ Se rompe, pues, el reduccionismo fisiológico de la salud, en el sentido de "versus enfermedad" y se le inserta en una dimensión integral humana en el sentido biopsicosocial.

2.1.2. SANIDAD

La salud se puede considerar, a tenor de lo anteriormente expuesto, como un estado natural tanpreciado como frágil. Su conservación y recuperación, en situaciones de pérdida, entraña un complejo proceso de decisiones y acciones personales o colectivas, cuyo conjunto total integraría lo que entendemos por sanidad.

En este sentido, definiremos la sanidad como todo lo que puede tender a la conservación y rehabilitación de la salud o lo que es lo mismo: el conjunto total de servicios ordenados en una comunidad para preservar la salud individual o colectiva⁴². Se trata, pues, del conjunto total de técnicas, programas y realizaciones que convierten la salud en su único objeto de atención.

Consiguientemente, debemos aceptar que el marco de referencia de la sanidad lo constituye la salud, cuyo estado quedará supeditado directa e inmediatamente a la eficacia e incidencia de la actividad sanitaria. De esta forma, a la sanidad competen todos los niveles de acción de los que depende el grado individual o colectivo de salud.

Ese complejo grado de actividades, sin embargo, pueden resumirse en dos bloques fundamentales de actuación: por un lado la acción preventiva, en el sentido de programas de educación para la salud, higiene, consumo, medioambiente, investigación, etc., y, por otro, los programas técnico-asistenciales, entendidos como conjunto de estructuras y técnicas orientadas a la restauración de la salud perdida o erradicación de los estados de enfermedad, como podrían ser centros sanitarios, personal sanitario, instrumental, cirugías, clínica, etc..

Esta última función de la sanidad debe complementarse con la rehabilitación, entendida como conjunto de mecanismos orientados a restablecer las funciones sociales del enfermo, una vez que éste ha sido recuperado para la salud.⁴³

⁽⁴²⁾ Llama la atención el hecho de que los teóricos y expertos que tratan los temas de salud, rara vez llegan a definir el concepto de sanidad y cuando lo hacen, más que definir, describen sus campos de actuación. Por el contrario, los diccionarios de uso común, definen de manera breve y, a nuestro criterio, muy acertada, la sanidad en los términos en los que nosotros lo hemos hecho.

⁽⁴³⁾ La salud se convierte en sujeto y objeto de la sanidad, compartiendo con ella su complejidad y la misma dimensión individual o colectiva.

2.1.3. MEDICINA

Más que tendencia a identificar sanidad con medicina lo que se ha dado históricamente es un persistente reduccionismo práctico de la actividad sanitaria a sus aspectos curativos y, en menor grado, de rehabilitación. Con independencia de que existan razones que justifiquen tales planteamientos, lo cierto es que actualmente la medicina sigue acaparando las parcelas más importantes de la actividad sanitaria y, en consecuencia, de un modelo ideal de la sanidad.

Se puede definir la medicina como aquella parcela de la sanidad responsable de precaver y restaurar la salud, cuando ésta se ve amenazada o perdida. Para San Martín, la medicina es una «disciplina técnica cuyo objetivo es la prevención de la enfermedad y/o la curación de ella y la rehabilitación del inválido»⁴⁴. La actividad médica tiene, en este sentido, dos grandes campos de actuación: la clínica, en el sentido de observaciones, pruebas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y la cirugía, entendida como conjunto de técnicas orientadas a restaurar las funciones fisiológicas deterioradas o mermadas.

Ambos bloques de actuación se complementan entre sí y en la investigación, que persigue el perfeccionamiento de las técnicas empleadas o el descubrimiento de otras nuevas más eficaces o con capacidad para afrontar la aparición de enfermedades desconocidas que aparecen en algún momento.⁴⁵

La anterior clarificación conceptual nos va a permitir situar cada campo de actuación sanitaria en su adecuado contexto. Como es lógico, la referencia articular la va a constituir la salud, entendida como estado individual de importantes e inevitables implicaciones colectivas, tanto por razones de función, como de extensión

⁽⁴⁴⁾ SAN MARTÍN, Herman. Obra citada. pág.8.

⁽⁴⁵⁾ El sujeto de la medicina es el profesional cualificado para aplicar técnicas curativas. El objeto de la medicina es la erradicación de la enfermedad o la recuperación de la salud perdida.

2.2 EVOLUCION DE LA ACCION SANITARIA: DE LA ATENCION INDIVIDUALIZADA A LA SOCIALIZACION DE LA SANIDAD

Hemos anunciado anteriormente la tentación reduccionista que ha padecido la sanidad y el empeño por limitar su historia a la historia de la medicina. Admitiendo cierta lógica en tal reduccionismo, dado que la atención técnico-sanitaria, es decir, la atención curativa, ha constituido el fundamento empírico del concepto histórico de la sanidad, debemos aceptar, también, que paralelamente esa dimensión empírica ha caminado sustentada en vivencias colectivas diferenciadas, «resultantes de determinados factores y causa a su vez de otros hechos sociales»⁴⁶.

La historia de la sanidad debe considerar, pues, la salud y la enfermedad como estados de la vida humana en las diferentes épocas de su evolución histórica, teniendo en cuenta, simultáneamente, las condiciones biológicas, sociales y personales del hombre. Se trataría de concretar «las actividades que, en las sociedades humanas de todos los tiempos, han tenido como objetivo luchar contra la enfermedad y promover la salud»⁴⁷.

Sin considerar relevante para el presente trabajo rastrear las visiones y prácticas sanitarias de cada realidad cultural e histórica o su evolución y diferenciación, sí lo es el establecer las bases sobre las que se sustenta el concepto actual de sanidad, así como sus perspectivas futuras.

En este sentido, seguiremos el tratamiento clásico de los manuales de Historia de la Medicina, para quienes existen tres bloques históricos que representa hitos significativos y diferenciadores en las prácticas sanitarias. Se trataría, siguiendo a Laín Entralgo, de continuar la evolución de las prácticas sanitarias «en su camino desde una medicina basada en el empirismo y la magia...hacia una conducta ante el enfermo ya consciente y formalmente técnica»⁴⁸.

El empirismo o la observación de la naturaleza constituirán la fuente principal de conocimiento y práctica en los primeros tipos de atención sanitaria, a la que se unirá la magia o convencimiento de que las entidades-fuerzas ajenas y superiores al hombre y que le afectan, en el caso de la enfermedad, de manera nociva, pueden ser controladas mediante ritos o ceremonias especiales. Aunque cronológicamente la observación debe haber precedido a la magia, lo cierto es que en la práctica ambas suelen desarrollarse de manera conjunta y complementaria, sobre todo en las enfermedades graves e incomprensibles en su causalidad.

⁽⁴⁶⁾ LOPEZ PIÑERO, José María. "La Medicina en la Historia". Barcelona. Salvat Editores, S.A. 1981, Pág.4.

⁽⁴⁶⁾ LOPEZ PIÑERO, José María. Obra citada. Pág.4.

⁽⁴⁸⁾ LAIN ENTRALGO, Pedro. "Historia de la Medicina". Barcelona. Salvat Editores, S.A. 1984. Pág 1.

Los primeros grupos sociales desarrollan una concepción y práctica sanitaria profundamente enraizada en vivencias religiosas y las terapias mezclan técnicas rudimentarias aprendidas del azar o la naturaleza y ritos mágicos con lo que se pretende controlar la acción de fuerzas externas incomprensibles ⁴⁹.

En una segunda época, las prácticas sanitarias superan la proyección individualizada de la época primitiva y descubre su implicación social, que se afronta mediante normativas tan elementales, como aisladas. La expulsión y el repudio de enfermos afectados por tipos de enfermedades contagiosas que se dan en los textos bíblicos son buen ejemplo de ello.

En la Edad Media, se crean bases rudimentarias para la proyección social de las prácticas sanitarias, aunque ello se haga desde el prisma de las creencias y no desde el de las ideologías o de la política social.

Con la Revolución Industrial nace y se desarrolla el concepto de sanidad socializada, creándose los seguros sociales, los servicios de salud y programas rudimentarios de educación para la salud. Así, se ponen las bases para los actuales proyectos y prácticas sanitarias, que aún siguen desarrollándose en búsqueda de fórmulas capaces de conseguir esa función social que satisfaga a los públicos y sea económicamente factible ⁵⁰.

Es cierto que el desarrollo industrial aportó innovaciones tecnológicas importantísimas en el mundo de la sanidad o, mejor, de la medicina y sus derivados, pero simultáneamente ha producido un fuerte estancamiento en su estructura legal y organizativa. Hay que reconocer, sin embargo, que en este tema los diez últimos años han supuesto avances más efectivos e importantes que en toda la época anterior de este periodo.

⁽⁴⁹⁾ LAIN ENTRALGO, P. Obra citada. Págs. 6 y ss.

⁽⁵⁰⁾ Francisco Javier ELOLA SOMOZA en una reciente obra, refleja de manera clara y sintética los problemas a los que se enfrenta el modelo sanitario preconizado por la revolución industrial y señala que los problemas por los que atraviesa la sanidad en los países desarrollados, sólo pueden ser analizados desde la perspectiva de la crisis del Estado del Bienestar. Según este autor, son tres las causas sobre las que se articula la actual crisis sanitaria: el tema financiero, dado el importante crecimiento de los gastos, como consecuencia de la extensión de la cobertura, el envejecimiento de la población y, sobre todo, la incorporación de nuevas tecnologías y su utilización intensiva.

La segunda causa es la falta de racionalidad, en el sentido de falta de adecuación de los sistemas sanitarios a las nuevas demandas generadas por patologías crónicas y degenerativas derivadas del envejecimiento de la población y de la insuficiente evaluación tecnológica. Y finalmente, como tercera causa, el autor cree que la crisis también se debe a la falta de legitimación o extrañamiento del sistema en relación con los individuos a los que atiende, mediante un aparato burocrático que incide en la deshumanización de las relaciones profesionales sanitarios-pacientes.

ELOLA SOMOZA, Francisco Javier. *Crisis y reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España (1983-1990)*. Madrid. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. 1991.

A pesar de tales avances, ha de reconocerse que la demanda social ha desbordado todas las previsiones políticas e institucionales y que en estos momentos existe una verdadera crisis sanitaria de dimensiones aun difíciles de evaluar en sus consecuencias.

Tal vez este somero repaso histórico nos ayude a comprender mejor la situación actual y valorar la constante histórica de crisis sanitaria, crisis que se desplaza en la causa de sus responsables, pero no en sus efectos, siempre de carácter personal y social.

Ciñéndonos a lo que nos interesa, es decir al momento actual, debemos reconocer que dada la complejidad y amplitud que hoy están alcanzando las actividades sanitarias, resulta casi imposible establecer esquemas completos e integrales de esa actividad sanitaria. Sin embargo, por razones metodológicas esto es necesario, dado que ello nos permitirá clarificar las grandes parcelas en las que se articula la sanidad, al menos a nivel teórico.

2.3. ESTRUCTURA ORGANICA Y FUNCIONAL DE LA REALIDAD SANITARIA

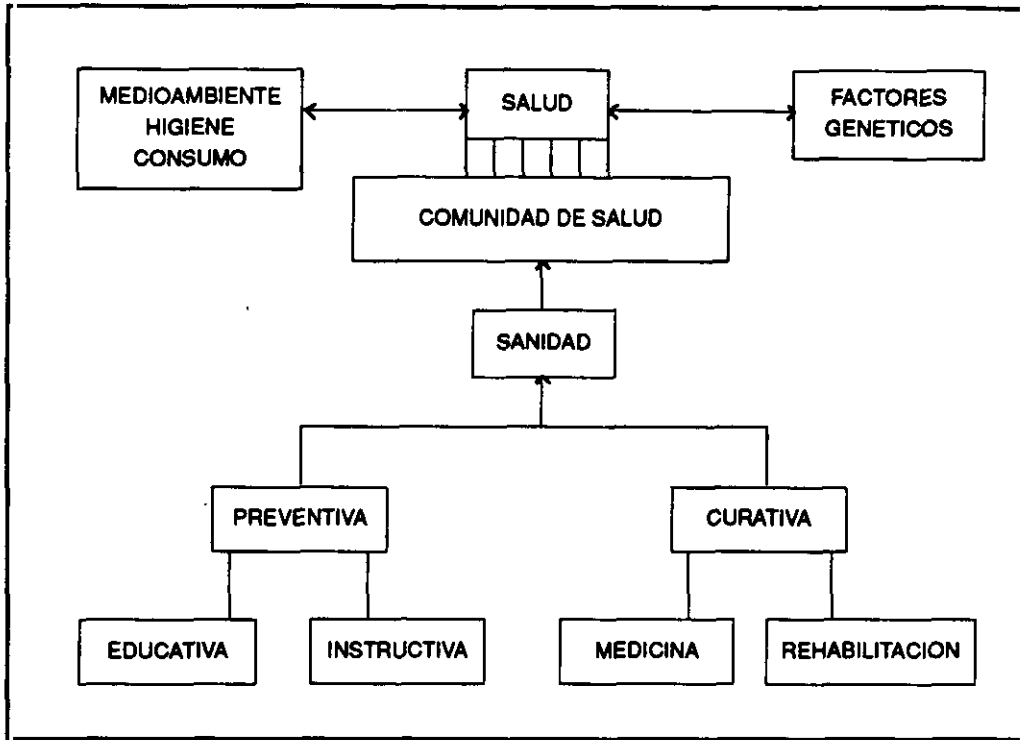
Así como resulta imposible imaginar una asistencia técnico-sanitaria sin cierta carga de contenido educativo o instructivo, al menos cuando se le presume la adecuada eficacia, lo mismo lo es pensar en educación para la salud, sin referencias a ciertos contenidos técnico-asistenciales, en el sentido de sintomatología y tratamiento. De esta forma, la sanidad se convierte, sobre el papel, en un todo único e integral que se proyecta de manera uniforme sobre la totalidad del tejido social.

En el siguiente esquema trataremos de reflejar ese complejo mundo, estableciendo su realidad arropada en los factores que la condicionan y determinan, así como los niveles de actuación posibles y sus inevitables implicaciones⁵¹.

Este primer cuadro será completado por otro que incluye los factores de mayor influencia en el estado de salud de la población.

⁽⁵¹⁾ Sobre este particular, hay que reconocer que podremos encontrar multitud de esquemas que tratan de globalizar el complejo mundo de la sanidad. Todos ellos tienen, al menos, dos características comunes: la de la etiología, es decir, la de las causas que inciden sobre los estados de salud y el que las actuaciones sanitarias deben caminar de manera paralela por el camino de la educación-prevención y de la asistencia técnico-asistencial.

Estructura funcional de la acción sanitaria

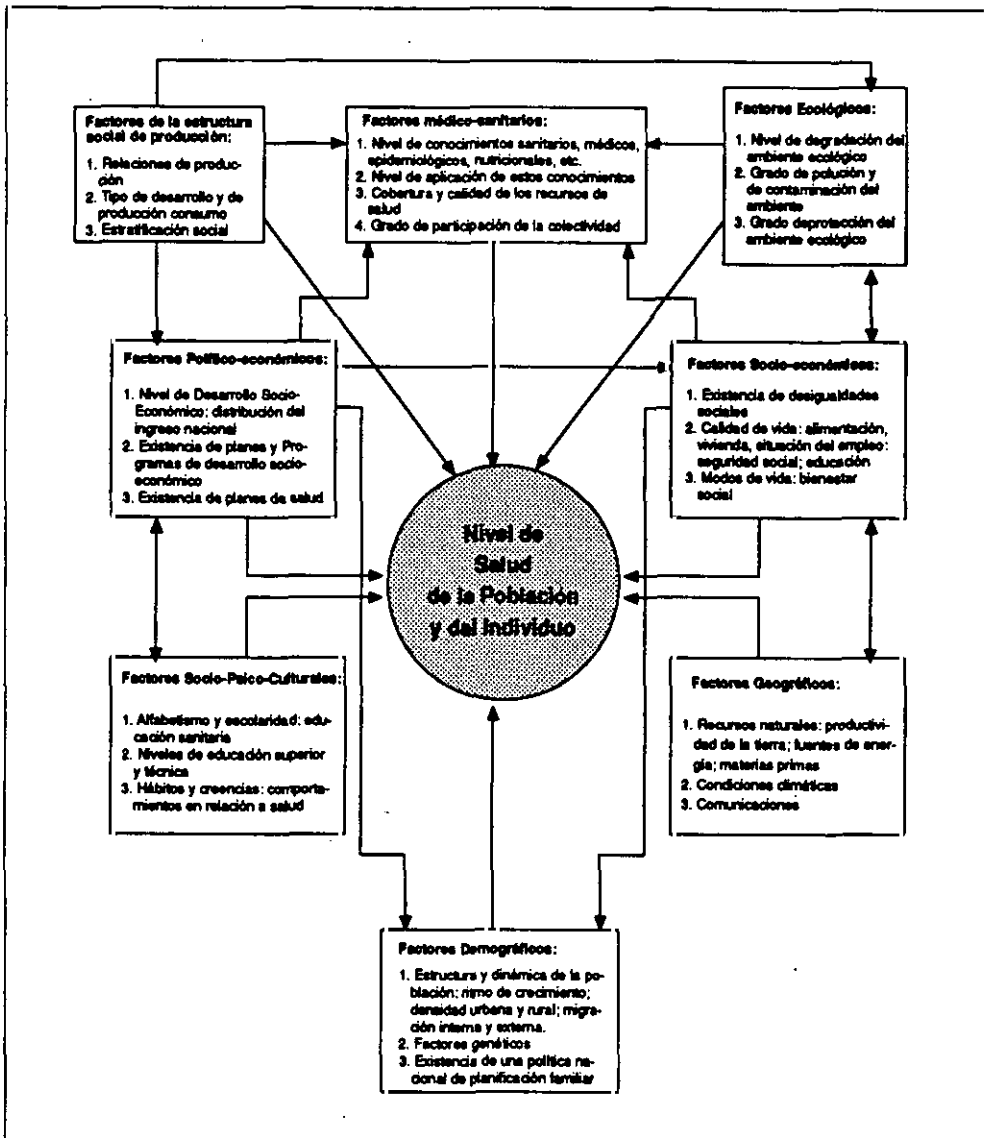


A la vista del cuadro, nos parece importante resaltar que los diferentes bloques sólo es posible concebirlos aislados en un desarrollo teórico, dado que en la práctica su interrelación e interferencia es constante. Unos se implican a los otros como causa o efecto, que será positivo o negativo, según se adecúe o no al proceso de secuencia racional que le compete.

La salud, pues, resulta un estado básico de vivencia individual, que de manera natural aparece afectado y condicionado por factores de doble naturaleza: unos externos, como pueden ser los medioambientales, el consumo y el higiene, y otros de carácter interno, particularmente de tipo genético, biológico o fisiológico. La incidencia exacta de cada uno de estos factores sólo es estimable a nivel individual, aunque en algunos casos pueda presentarse como fenómeno colectivo, por lo general, desde esa consideración será siempre tratada en los programas de acción sanitaria.

Dado que resultará uno de los principales campos para la acción informativa, principalmente en el sentido de educación-formación, nos parece importante el detallar este aspecto. El cuadro siguiente detalla de manera completa los factores que inciden en la en su dimensión individual y colectiva.

Factores con más influencia en los estados de salud



SAN MARTIN, Herman
 "La crisis mundial de la salud"
 Obra citada. Pág.57

Manteniendo su condición de estado de vivencia personal, la salud siempre tiene profundas implicaciones sociales. Su intensidad y frecuencia, por ejemplo, nos acercará al importante concepto de Salud Comunitaria o Comunidad de Salud y, desde ella, a su incidencia en la estructura, dinámica y función social, tanto en términos económicos como de bienestar. En razón de tal importancia, la salud y la comunidad de salud siempre han sido objeto de particular atención en las diferentes culturas y sociedades. En todas ellas encontramos amplios

y complejos programas de actuación, cuya estructura, sistemáticamente organizada, dará origen a lo que entendemos por sanidad ⁵².

Como es lógico, si nos mantenemos en el nivel teórico, la sanidad entraña un primer desarrollo estructural de carácter preventivo e instructivo, cuyas actuaciones estarán encaminadas a educar para la salud, es decir, a informar sobre todas las actuaciones que son necesarias de realizar para la conservación de la salud. La educación para la salud y la instrucción, entendida, básicamente, como capacitación técnico-profesional, serán las dos grandes bases del primer nivel de actuación. Nadie podrá negar que mediante adecuados y amplios programas de educación para la salud, con buen nivel de formación en los profesionales sanitarios y prácticos proyectos de investigación, las garantías de salud se incrementarán de manera muy significativa.

El segundo bloque de actuación vendrá determinado por los programas técnico-asistenciales. La salud puede perderse, incluso siguiendo adecuadamente los programas de prevención, y la sociedad genera mecanismos orientados a su recuperación. La medicina, entendida como complejo de profesionales y técnicas curativas o de asistencia al enfermo, se erige en el gran artífice de este nivel. El proceso se cierra con la rehabilitación, en el sentido de conjunto de actuaciones, verdaderamente sanitarias, por las que la sociedad reintegra al enfermo recuperado o no para la salud en la dinámica y función social. Creemos que este es el apartado de actuación sanitaria menos atendido actualmente, aunque quizás la irrupción de la psicología de la salud, como rama científica, en la actividad sanitaria, permitirá su adecuada consideración en un tiempo razonable.

Hemos presentado el desarrollo de un esquema teórico e ideal de la sanidad. Su validez, sin embargo, en la práctica aparece seriamente cuestionado y ello se pondrá de manifiesto a lo largo del presente trabajo. La cruda realidad sanitaria queda bien reflejada por Peter D. O'Neill cuando afirma: «Nos hemos inflingido heridas a nosotros mismos en la creencia de que la ciencia, los doctores y los hospitales curarían, en lugar de prevenir, en primer lugar, las causas mismas de la enfermedad...En vez de promocionar la salud y prevenir la enfermedad, hemos invertido la mayor parte de los presupuestos sanitarios en «palacios de la enfermedad» que, en realidad, sólo han curado nuestras enfermedades agudas» ⁵³.

El periodista inglés, no hace más que reivindicar la necesidad de llevar la acción sanitaria al terreno de la racionalización. Eso, sin embargo, pasa por un largo proceso en el que el protagonismo lo ostentará la información en sus múltiples y funcionales fórmulas.

⁽⁵²⁾ Cuando hablamos de estructuras sistemáticamente organizadas, no debemos pensar en el concepto actual de las mismas, en el sentido de regímenes cerrados de vía burocrática o administrativa, sino en fórmulas que, aún aparentando improvisación y anarquía, siempre estaban sujetas a pautas y normas formuladas y aceptadas de manera expresa o, simplemente, tácita. Estas pautas siempre aparecen arrojadas en o por instituciones del más alto prestigio social.

⁽⁵³⁾ O'NEILL, Peter. *"La Salud en Peligro en el Año 2000"*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 1983. Pág. XI.

2.4. BASES TEORICAS EN PROGRAMAS DE POLITICA SANITARIA

Esta situación nos obliga a considerar ciertas bases doctrinales que deben presencionalizarse a la hora de elaborar cualquier programa en política sanitaria. En este sentido, redundamos en que la salud es una realidad individual, que se produce siempre en el marco de una función netamente social. Es decir, según Godoy Castillo, «debiendo ejecutar sus tareas teniendo siempre presente las relaciones recíprocas que ligan la salud del hombre con su situación en la sociedad»⁵⁴

Conseguir ésto obliga a establecer principios fundamentales que permitan articular el sinfín de acciones que implica la actividad sanitaria, de cara a que resulten eficaces y dentro de unas posibilidades racionales en recursos. Resumiendo, éstos podrían ser algunos de los citados principios:

- Que la salud es una realidad que afecta al hombre de manera individualizada e integral y que como valor existencial para él se convierte en una necesidad y un derecho desde el primer momento de su existencia. En este sentido, el hombre supera el craso concepto de valor económico o factor de producción, proyectándose su existencia en logros del máximo bienestar.
- Los factores sociales influyen de manera decisiva en la vida del hombre. La organización social determina las condiciones de vida del individuo, pero no aisladamente, sino desde su posicionamiento en el conjunto de la comunidad.
- La salud es un valor operacional de equilibrio dinámico, tanto a nivel de armonía funcional interna, como de armónica integración con su medio ambiente y los factores socio-económicos, históricos, biológicos y culturales que le son propios individual y colectivamente. La salud responde, así, a un proceso en el que confluyen factores de índole natural y otros culturales.
- La salud es una realidad de responsabilidad comunitaria y, en consecuencia, exige acciones sociales orientadas a proporcionar a los individuos que integran cada comunidad las mejores condiciones de vida posibles, así como la eliminación o minimación de cualquier elemento nocivo para el bienestar. La protección y recuperación de la salud es una tarea colectiva que se concreta en programas de política sanitaria.
- Deben elaborarse estructuras organizativas que permitan de manera eficiente, dinámica y operativa lograr estados razonables y satisfactorios de salud individual y comunitaria.

La consideración de estos principios y el logro de los objetivos naturales que subyacen a cualquier programa en política sanitaria, es decir, obtener el máximo bienestar individual y colectivo, nos aproxima a un perfil organizacional que «plantea la racionalización adecuada

(54) GODOY CASTILLO, Eduardo. Obra citada. Pág.195.

de los recursos disponibles, lo cual significa que se debe planificar las acciones de salud en base a una información estadística realista, completa y oportuna..., también se debe adecuar un sistema de organización que permita el manejo de los recursos disponibles y el balance de los recursos necesarios»⁵⁵.

El anterior desarrollo teórico, como es natural, exige y avoca a realizaciones, cuya dimensión práctica puede sintetizarse en lo que generalmente se denominan «Sistemas de Atención Sanitaria». Estos englobarían todo el conjunto de servicios organizados que una comunidad genera con el objeto de beneficiar y proteger la salud pública. En concreto esto supondría, según Godoy Castillo:

- «Satisfacer cualitativa y cuantitativamente las necesidades de salud de toda la población.
- Aumentar la cobertura asistencial, tratando de cubrir la mayor proporción de la población»
- Aumentar el rendimiento de los recursos de salud disponibles.
- Producir mejores efectos en los resultados de la atención de salud, es decir, elevar los niveles de salud de la población procurando la mejora de la calidad de vida»⁵⁶

La efectiva racionalización de los recursos de salud, esto es, de los «Sistemas de Atención Sanitaria», exige una planificación de acciones que sólo es posible en base a datos obtenidos mediante programas integrales de información. La calidad de la información, no sólo en su etapa de descripción de la situación sanitaria, sino en todos los procesos posteriores de ejecución y control, determinará en gran medida el éxito o fracaso de cualquier programa comunitario en relación con la salud.

Los indicadores, como resultado de esos programas de información, deberán considerar, no sólo, como se ha venido haciendo hasta ahora, las estadísticas de enfermedad, mal llamadas por la O.M.S., según San Martín, «estadísticas de salud»⁵⁷. Una visión integral de indicadores sanitarios debe considerar simultáneamente los estados epidemiológicos de una comunidad, su nivel de cultura sanitaria o pautas culturales de salud, las condiciones sanitarias del ambiente y de prevención.

De esta forma, los indicadores de la prevención deben situarse, al menos, al mismo nivel que los de enfermedad y muerte, esto es, los indicadores técnico-asistenciales considerarse conjuntamente con los de las condiciones sociales de vida. Con ello, los sistemas de atención sanitaria alcanzarán la dimensión integral que les compete, por encima de meros restauradores y rehabilitadores los estados deteriorados de salud.

(55) GODOY CASTILLO, Eduardo. Obra citada. Pág.199.

(56) GODOY CASTILLO, Eduardo. Obra citada. Pág.201 y 202.

(57) SAN MARTIN, Herman. Obra citada. Pág.16 y 17.

Se trataría, en última instancia, en buscar una sincronía entre las verdaderas necesidades de la comunidad social, en relación a sus estados de salud, y los programas del sistema de atención sanitaria desarrollados por los responsables sociales para atender dichas necesidades. Esta sincronía, como fácilmente puede deducirse, sólo es posible mediante la institucionalización de estructuras informativas que permitan la adecuación de las necesidades y aspiraciones a los recursos y su óptima explotación.

El estudio y la planificación de los objetivos sanitarios deben acometerse con rigor escrupuloso y para ello resulta imprescindible un flujo permanente de información sobre los estados de salud de la población hacia los responsables sanitarios y desde éstos hacia la población para orientarles sobre las óptimas pautas saludables, así como sobre la oferta de servicios técnico-asistenciales en sus posibles y máximos recursos humanos y técnicos.

3. PRESENCIA E INCIDENCIA DE LAS ESTRUCTURAS INFORMATIVAS EN EL AMBITO DE LA SANIDAD

Hasta aquí hemos tratado de clarificar los conceptos de información y sanidad al objeto de ver su demarcación, alcance e implicaciones técnicas y sociales. Es posible que los modelos teóricos presentados produzcan ciertas disonancias con la realidad de la que, sin lugar a duda, tendremos una experiencia de conocimiento práctico y, también, teórico o de estudio. Esa realidad la afrontaremos en apartados sucesivos.

Antes, sin embargo, y siguiendo el modelo teórico, nos parece importante e imprescindible imbricar información y sanidad, dado que son realidades, como anteriormente indicábamos, que están abocadas a interrelacionarse en una inevitable función de interdependencia. La función social de una y otra les otorga esa base común, a la que debe añadirse el que es impensable una actividad sanitaria integral sin el soporte informativo, como tampoco es pensable un sistema social informativo sin que entre sus contenidos aparezcan, en lugar relevante, los sanitarios, dado la incidencia social de los mismos.

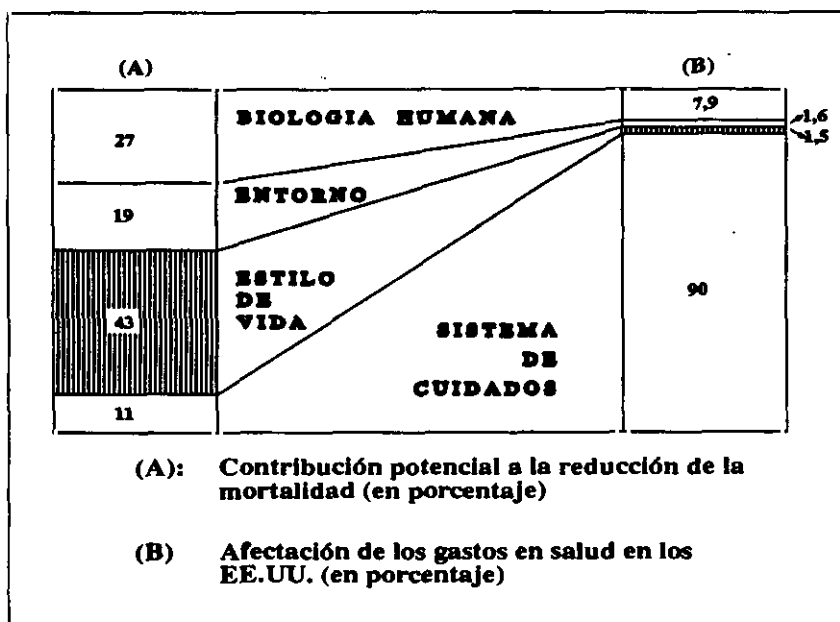
3.1 RESPONSABILIDADES Y RECURSOS INFORMATIVOS

La compleja realidad sanitaria, tal y como está estructurada en nuestro entorno, exige soportes informativos a todos sus niveles. Esto es tan claro como necesario y lo es no sólo en los apartados de educación para la salud, cuanto en la propia asistencia técnica, en la medida de que para poder conocer las actuaciones orientadas a preservar nuestra salud deben articularse estructuras informativas que lo permita, como las debe haber para que sepamos dónde y cómo podemos recuperar la salud perdida.

Es decir, en el ámbito de la sanidad, alguien debe asumir la responsabilidad de informar y lo debe hacer por los cauces más adecuados y efectivos.

A la hora de fijar los «determinantes de la salud», observamos que se produce una clara inadecuación entre la proporción de los factores etiológicos y su incidencia en la mortandad y las asignaciones presupuestarias destinadas a esa partida. Es decir, como refleja el cuadro adjunto⁵⁸, que mientras el sistema de cuidados técnico-asistenciales sólo reduce la mortandad un 11%, la inversión que se asigna a esta partida es del 90%. En el extremo opuesto, el estilo de vida que lo reduce en un 43%, sólo recibe el 1,5% del presupuesto asignado a la sanidad.

Determinantes de la salud



⁽⁵⁸⁾ Extraído de DEVER, G.E.A., "An Epidemiological model for Health Analysis". Soc. Ind. Res. 1976. Vol.2. Pág.465.

Este ejemplo puede resultar bien significativo de que el actual sistema sanitario adolece de profundas disfunciones, en la base de las cuales se encuentra la disfunción informativa. Se trataría de propiciar los mecanismos adecuados para conseguir ciudadanos informados de las opciones más saludables en cada caso y propiciar, así, la elección libre de las diferentes opciones y el que puedan hacerlo con conocimiento de causa.

Como es lógico, en tal contexto debería cambiar el actual proceso de inversión y la situación marginal actual en la que se encuentran los programas informativos, educativos e instructivos deberían alcanzar el gran bloque de la inversión y reducir por esa vía el acceso a los sistemas de cuidado y sus necesidades de inversión.

La falta de información degenera, con muchísima frecuencia, en un verdadera autoagresión y así lo dejan claro los psicólogos Miguel Costa y Ernesto López al señalar que: «En la cadena casual de los problemas de salud, antes de la sobredosis y del edema pulmonar del heroínómano, está el comportamiento de la autoadministración de la heroína. Antes del carcinoma broncopulmonar del fumador está el comportamiento de fumar cigarrillos. Antes del coma diabético del obeso está la ingestión excesiva de comida y la falta del control adecuado de sus niveles de glucemia. Antes del embarazo no deseado y en edades de riesgo, está el comportamiento sexual no previsor. Antes de las caries, está el consumo excesivo de azúcares y la falta de higiene buco-dental...»⁵⁹.

3.2. AMBITO Y CAUCES DE LA INFORMACION SANITARIA

Se trata, como es lógico, de plantearse en la actividad sanitaria la necesidad de información que permitan evitar reacciones de sorpresa ante la decadencia o ruina anticipada de la salud. Es imprescindible, pues, encontrar mecanismos que permitan la difusión de los hábitos de salud, de la evitación de los riesgos de enfermedad, de las técnicas de recuperación de la salud perdida en los momentos menos gravosos y dañinos. Es decir se impone un modelo de información sanitaria integral y efectivo.

Para desarrollar ese esquema ideal, debemos partir de que existe una carencia manifiesta de pautas culturales de salud o, al menos, que estas resulta bastante deficientes. En consecuencia, el proyecto o esquema debe partir de ahí a la hora de desarrollar los programas concretos de actuación.

⁽⁵⁹⁾ COSTA, Miguel y LOPEZ, Ernesto. *Salud Comunitaria*. Barcelona. Martínez Roca. 1989.

El acceso del individuo a la organización siempre sigue un esquema escalonado en tres fases: ingreso, acogida y formación. Del mismo modo, en todos los casos y con independencia de que sea el individuo quien selecciona la organización o ésta quien le seleccione a él, el acceso se hará en base a criterios racionales, emocionales o de azar, es decir, en base a criterios objetivos de valoración, ponderación y comparación, o subjetivos de carácter personal o emocional. Dada su condición de sistema abierto, las organizaciones se estructuran en subsistemas que se responsabilizan de distintas funciones y actividades, como necesarias para el mantenimiento y diferenciación del sistema en su totalidad. Como es lógico, la diferenciación de subsistemas está realizada de acuerdo con las funciones y los procesos que desarrollan. En este sentido, algunos autores distinguen dos grupos fundamentales de subsistemas: los que procesan materia-energía y los que procesan información.

Dada la naturaleza de nuestro trabajo, es el grupo de los segundos el que nos interesa. En este sentido, Miller, citado por José María Peiro en su obra «Psicología de la Organización» distingue los siguientes: transductor de inputs, transductores internos, canales y redes para la transmisión de la información, decodificadores, memoria, decisor, codificador y transductor de outputs.²⁶

En su conjunto la comunicación cumple cuatro funciones fundamentales: la de control de los comportamientos, la de motivación para mejorar el desempeño, la expresión emocional de sentimientos y satisfacción de las necesidades sociales y la de proporcionar datos suficientes que permitan identificar y evaluar diversas opciones en cualquier toma de decisiones. En este sentido las comunicaciones pueden fluir en dos direcciones: vertical o lateral, tomando como referencia base una estructura organizacional jerarquizada.²⁷

Para comprender estos subsistemas, sus funciones y capacidad es imprescindible clarificar el concepto de estructura de la comunicación en el seno de los grupos. Sociólogos y Psicólogos Sociales coinciden en aceptar que «la comunicación se alberga en el núcleo del proceso grupal, es decir que para que un grupo funcione de manera eficaz, es imprescindible que sus miembros puedan comunicarse con facilidad y eficacia».²⁸

(26) PEIRO, J.M. "Psicología de la Organización". Madrid. UNED. 1984. Págs.269 y ss.

(27) La dirección vertical, como es lógico, puede resultar ascendente o descendente según camine de arriba a abajo en la estructura jerárquica. Sobre este tema y su aplicación en la organización empresarial existen múltiples estudios realizados, por lo general, por psicólogos industriales. La obra de ROBBINS, P. Stephen "Comportamiento Organizacional: Conceptos Controversias y Aplicaciones", editada en 1987 por Prentice-Hall Hispanoamérica, S.A. en México, resulta un buen ejemplo de ello, particularmente en sus páginas 209 a 242.

(28) SHAW, M.E. "Communication Networks", en L. Berkowitz, "Advances in Experimental Social Psychology", Vol.1. Nueva York. Academic. 1964, págs.11-147.

estructuras sociales organizadas en los entornos naturales y próximos a la persona, particularmente la familia ⁶².

• El segundo soporte de la información sanitaria lo va a constituir el propio ámbito técnico-asistencial, en el sentido de conjunto total de estructuras informativas desarrolladas en el seno de las instituciones sanitarias, tanto a nivel administrativo o de gestión, como técnico-asistencial, propiamente dicho ⁶³.

• Los Medios de Comunicación Social serán el tercer soporte de la información sanitaria. Al ser la información periodística la institucionalizada por la cultura de masas, se presume que entre sus contenidos los sanitarios ocuparán un lugar relevante, dado el interés que para la sociedad actual tiene el bienestar y la dependencia que éste tiene de los estados de salud.

Este tercer soporte, que, además de fácil accesibilidad permite una constante actualización, ofrece en su estructura dos variables importantes en los mensajes: por un lado, el de la comunicación cerrada o publicitaria, cada vez utilizada con más frecuencia y efectividad ⁶⁴ y que se caracteriza por presentar un mensaje concreto, completamente demarcado y redundante. El problema más importante de este modelo de comunicación es el de su alto coste.

Frente a ella, la comunicación alternativa o redaccional que se ofrece bajo la libre iniciativa de los medios y que con todas las limitaciones que supone su difusión o aceptación, tiene la gran ventaja de adaptar esos contenidos a el grado de comprensión, los intereses y necesidades de las audiencias, además de su bajo coste.

A través de estos mecanismos de formación-información, la sanidad alcanza la categoría de valor cultural en cuyo entorno se articulan diferentes sistemas de necesidades reales para cuyo abastecimiento se generan programas de actuación y promoción de la salud a partir, sobre todo, de perfiles epidemiológicos. El siguiente cuadro nos refleja de manera clara y gráfica el ámbito de la información sanitaria y sus principales soportes y campos de actuación.

⁽⁶²⁾ La acción informativa que subyace a todo proceso de formación cumple unos objetivos perfectamente diferenciados de lo que entendemos por información en sentido estricto. De forma superficial y resumida, podríamos establecer que la gran diferencia entre formación e información radica en el hecho de que mientras la primera persigue la transmisión y consolidación de pautas culturales de reconocimiento estable y profundo que, siendo válido para la persona, la trasciende en el interés social, la segunda tiene una dimensión más puntual y diferenciada, aunque no por ello menos útil y necesaria, tanto para el individuo, como para la colectividad.

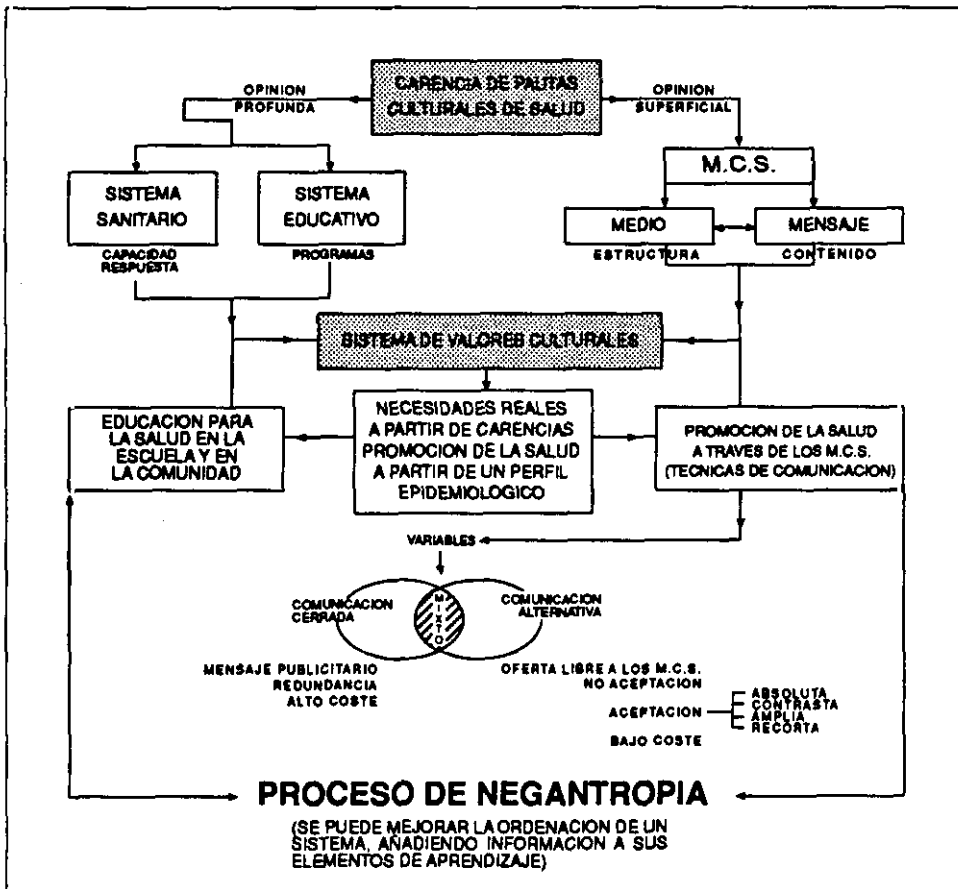
⁽⁶³⁾ Estas estructuras informativas tendrán, como es natural, una proyección bidimensional. Por una parte, deberán articular mecanismos orientados a captar información relacionada con la situación sanitaria de la comunidad que atienden, al objeto de adecuar los recursos a sus aspiraciones y necesidades y, por otro, mecanismos capaces de conseguir que los miembros de esta comunidad conozcan todos los programas del sistema de atención sanitaria en sus niveles instructivo, preventivo y curativo.

⁽⁶⁴⁾ Todos recordamos la penetración e incidencia de algunas campañas publicitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo, como puede ser la del SIDA.

A la vista del cuadro, resultará claro y patente que la información en el ámbito sanitario es un complejo tramado en el que conviven elementos de muy distinta naturaleza, pero que soportan mensajes informativo-formativos de gran interés y utilidad en relación a los estados de salud individual o colectiva. Por congruencia con nuestro planteamiento en la primera parte del presente capítulo, al definir y delimitar el concepto de información, y de realismo con las posibilidades de alcance de la presente investigación, descartamos del presente análisis los contenidos formativos, es decir el primero de los tres grandes bloques que constituyen el ámbito de la información-formación sanitaria en un marco pedagógico o docente. Su interés, sin embargo, no sólo no se cuestiona, sino que, incluso, bien podría plantearse como objeto de una investigación monográfica.

En consecuencia, nuestra atención se va a centrar en los dos bloques restantes; es decir, en información generada en el ámbito técnico-asistencial y en la que se proyecta a través de los medios de comunicación social.

Estructura de la información en el ámbito de la acción sanitaria



MARTINEZ SEGURA, Pablo
 "Agencia de noticias saludables"
 Madrid. INSALUD. 1991

Al hablar de información al usuario, desde el núcleo de la asistencia o mediatizada por la prensa, debemos precisar que lo hacemos en la dimensión con que ésta proyecta los contenidos informativos desde las estructuras hacia la comunidad de salud, tanto en su apartado técnico-asistencial, como, periodístico ⁶⁵.

Descartamos, pues, el apartado que se refiere a los mecanismos por los que las instituciones reciben información sobre los estados de salud comunitaria, en su vertiente técnico-asistencial, particular sobre el que sí existen amplias e importantes investigaciones y trabajos. Los sondeos de opinión, los estudios epidemiológicos, los encuentros científicos, la prensa, ... son mecanismos y soportes mediante los que las instituciones obtienen información suficiente y válida sobre el estado de salud de la comunidad y las posibilidades técnicas para responder a sus necesidades y aspiraciones.

Por su parte, los Medios de Comunicación Social representan un factor decisivo en el cualquier proyecto de Comunidad de Salud, toda vez que ellos capitalizan el modelo de comunicación diferenciado y generalizado en nuestra cultura. Ninguna realidad social puede hoy desarrollarse al margen de la información que utiliza como soporte estos medios, sea en su forma redaccional, sea en la publicitaria. De esta forma, difícilmente podrá pensarse en la creación y consolidación de pautas comunitarias de salud sin la mediación de la información periodística.

En base a estas consideraciones, queremos hacer algunas reflexiones teóricas relacionadas con el uso y las necesidades de la información sanitaria. Sobre este particular, hay que admitir que existe muy pocos estudios que trate en profundidad el tema. Se constata, sin embargo, que la necesidad de información sanitaria y la demanda de estructuras en este sentido es una constante para los teóricos de sanidad, vista desde sus múltiples perspectivas. El acceso a la información sanitaria está condicionando seriamente los estados de salud de las diferentes comunidades o individuos, bien por su inexistencia, bien por la imposibilidad de acceder a las fuentes secundarias o no utilizar las primarias de manera relevante, rápida y eficiente. La falta de éxito en muchos proyectos informativos sanitarios, dada la inadecuación del mensaje o del soporte, por razones de acceso, está generando situaciones de marginación en amplios grupos sociales y la infrutilización de múltiples recursos.

Esto resulta preocupante en una sociedad basada en el conocimiento y la información que «depende de la producción de información para el bienestar, producción que requiere a su vez el re-uso de la información, siendo aquí donde radica la dependencia de dicha sociedad» ⁶⁶. De esta forma, siendo la información un factor decisivo para el bienestar y dependiendo éste de la salud, la conclusión es clara al dar un alto nivel de importancia a la información en el ámbito de la acción sanitaria.

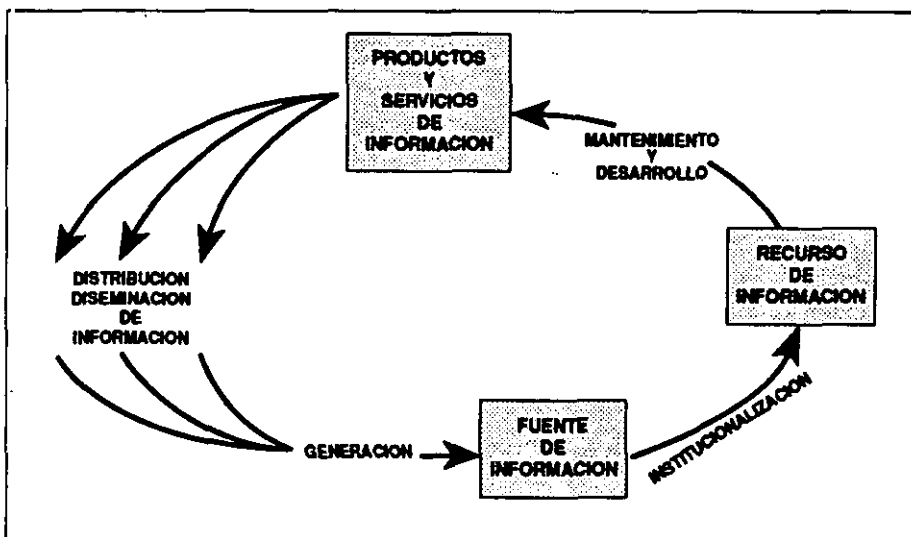
⁽⁶⁵⁾ Recordemos, en este sentido, el ciclo natural de la información y su dimensión natural circular en las estructuras y servicios sociales. Las necesidades y aspiraciones de la colectividad se captan a través de estructuras informativas, en base a cuyos contenidos y recursos se elaboran programas que se ejecutan y sobre los que se informa a la comunidad, cuya opinión sobre su efectividad desencadenará un nuevo ciclo informativo.

⁽⁶⁶⁾ MACIAS-CHAPULA, Cesar Augusto. "Indicadores, Variables y Barreras al Ciclo de la Vida de la Información Científica y Técnica de la Salud". Rev. Educación médica y salud. Vol.21. n° 3, 1987. Pág.256.

3.3 CICLOS DE LA INFORMACION SANITARIA

La información sanitaria, como la relacionada con cualquier otro contenido, tiene un proceso de génesis y desarrollo, que suele definirse como «ciclos de la vida de la información». Sobre este particular, seguiremos el esquema planteado por Macías-Chapula, trasladándolo del nivel científico y técnico en salud a campos mucho más generalizados y divulgativos de la sanidad.

Ciclo de la información en el ámbito de las instituciones



MACIAS-CHAPULA, Augusto. Obra citada. Pág. 257.

La generación de información sería, como es natural, la primera fase del ciclo informativo. Ahora bien esa información adquiere valor de tal, sólo cuando se convierte en fuente y se desarrolla como tal. Desde el punto de vista sanitario, queremos distinguir los siguientes bloques importantes de fuentes:

- Nivel editorial o de soporte material. En este apartado incluiríamos el conjunto total de bibliografía⁶⁷ relacionada con la sanidad y que puede ser utilizada como fuente de información sanitaria desde los niveles técnico especializado, hasta los absolutamente divulgativos.

⁽⁶⁷⁾ Entendemos bibliografía en su sentido más amplio, es decir, libros, prensa impresa y audiovisual, documentos, etc.

El valor informativo de este tipo de fuentes sanitarias es tan amplio como relativo, en la medida que su fragmentación de objetivos e intereses diversifica las audiencias creando una atomización de contenidos e imposibilitando un posible programa de información sanitaria integral. El difícil y costoso acceso y los inadecuados niveles de divulgación convierten este tipo de fuentes en infrautilizadas por la comunidad de salud.

Cuando hablamos de infrautilización, no nos estamos refiriendo sólo a los manuales médicos o a los tratados científicos de salud, sino, incluso, a los artículos que aparecen diariamente en la prensa o las informaciones difundidas en radio y televisión sobre sanidad, dado que muchas veces resultan excesivamente especializadas y en consecuencia inefectivas.

- Nivel de debate y asociacionismo social o de grupos institucionalizados. Es otro de los grandes bloques de fuentes informativo-sanitarias, tanto en su dimensión política, como de agrupaciones constituidas en base a actividades o ideas relacionadas con la sanidad. Los congresos, las memorias, los programas y manifiestos ideológicos o políticos y los proyectos administrativos pueden ser buen ejemplo de ello.

Este tipo de fuentes, que resultan importantes como base de programación, tienen el problema de que muchas veces el interés social se presenta mediatizado por otros intereses de índole corporativista, ideológico o económico. Tiene la gran ventaja de servir de foro importante en aspectos innovadores, tanto a nivel de investigación, como de propuestas organizativas en gestión y recursos.

- Nivel de Opinión Pública o de individualidades. Entendida como cualquier información sanitaria que se genera, en calidad de fuente, desde los individuos que integran la colectividad, bien cuando responden a una encuesta, se manifiestan o expresan su opinión de manera que esta representa algún sentir en relación a sus estados de salud individuales o colectivos.

Este tipo de fuentes, bastante ignorados hasta bien reciente, comienzan a tener una importancia creciente y a asumir un cierto protagonismo desde la expresión de sus grados de satisfacción, demandas o quejas.

En síntesis, estos constituirían los tres grandes bloques generadores de información en el ámbito de la sanidad. Ahora bien, esta inevitable función de fuente, muchas veces pierde efectividad o no termina de poder ejercerse, bien por falta de una filosofía informativa, causada por la falta de medios o de estímulos.

El desinterés que se reprocha a la ciudadanía por ocuparse de los contenidos sanitarios de su competencia, se hace paralelo a la falta de mecanismos o estructuras que permitan a la Opinión Pública estar informada de lo que le compete e interesa en el terreno de los sistemas sanitarios que les afectan.

Para paliar deficiencias derivadas del mal aprovechamiento de las fuentes de información, resulta imprescindible la institucionalización de la información. Esto es, la elaboración y potenciación de mecanismos que permitan el flujo, análisis, procesamiento, almacenamiento

y acceso a la información sanitaria. Esto, como es lógico, permitirá una utilización razonable y efectiva de los contenidos generados por los diferentes bloques de fuentes.

La institucionalización de la información no resulta ni fácil ni espontáneo, exige procesos y programas largos y costosos, que implican los siguientes tipos de actuaciones:

- Programas coordinados de política informativa. Estos programas, sustentados en pertinentes marcos jurídicos, se orientarán al diseño y creación de estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias que permitan recoger, procesar y difundir la información generada por todos los tipos de fuentes o, al menos, de aquellas con las que se hallan relacionadas sus actividades específicas en el terreno de la sanidad.

Es función, también, de la programación en política informativa la coordinación de la información obtenida al objeto de optimizar su utilización, tanto en términos de indicadores que determinen las necesidades y conveniencias de los servicios, como de relación con otras instituciones que realizan actividades semejantes o complementarias, para lograr así una mejor utilización por parte de la comunidad de salud de los mismos.

Como es lógico, los programas en política informativa deberán desarrollarse estableciendo un orden de prioridades, orden que deberá estar marcado por la categoría e intensidad de las necesidades y aspiraciones de la propia comunidad de salud ⁶⁸.

- El desarrollo de los programas implicará la creación de infraestructuras especializadas y específicas para el tema de la información sanitaria. Es decir dotar los programas de los elementos humanos y técnicos necesarios para su ejecución, así como establecer las vías y soportes más adecuados para su puesta en funcionamiento.

Se trataría de establecer directrices que permitiesen esa realización coordinada, crear órganos responsables, soportes, manuales de procedimiento y normas técnicas que puedan situar la información sanitaria en condiciones razonables para su adecuada difusión.

De esta forma, entramos ya en la última fase del ciclo de la información, es decir, en la de su distribución o de explotación de los recursos informativos. Esta fase, también, entraña diferentes niveles de proceso:

- Definir el usuario real o potencial de los recursos informativos disponibles, para adecuarlo a su ámbito de difusión, nivel de cualificación, intereses y necesidades. Es decir, que, una vez definido el destinatario real del mensaje informativo, sea él quien determine el grado y forma de promoción de los bienes informativos.

⁽⁶⁸⁾ Es frecuente, en este tema, encontrar disfunciones profundas en el sentido de que los programas de actuación persiguen con frecuencia objetivos de interés oligárquico, tanto de dimensión económica, como política o corporativista profesional. Del mismo modo, se constata una marcada desconexión entre los programas de los diferentes organismos o instituciones responsables o comprometidos con la actividad sanitaria, como quedará demostrado a lo largo del presente trabajo en sus apartados de investigación.

- Definir con claridad el mensaje en sus aspectos de contenido y forma, en función de las necesidades e intereses del usuario real o potencia y, por supuesto, de los objetivos del programa.
- Definir el soporte más adecuado para insertar el mensaje informativo en referencia a conseguir el mejor y más fácil acceso al mismo por parte del destinatario de la información sanitaria.
- Evaluar los resultados sería el último paso de este proceso. Mediante la evaluación o contraste de la recepción del mensaje en sus niveles cualitativos y cuantitativos, se podrá determinar el logro de los objetivos o, lo que es lo mismo, el grado de ejecución del programa informativo.⁶⁹

«El uso de productos y servicios informativos, oportunamente, lleva a la creación de nueva información y reiniciar el ciclo...Nunca se debe asumir que la fuente de información lleva directamente al establecimiento de recurso informativo»⁷⁰. Esta última afirmación se produce, con demasiada frecuencia, en el mundo de la sanidad, convirtiéndose los usuarios en recurso de información, así y, sobre todo, el personal técnico-asistencial, quienes asumen la función subsidiaria de informadores a la de su ejercicio profesional.

Los Sistemas de Atención Sanitaria necesitan, de manera ineludible, desarrollar estructuras informativas, programas de información seleccionada que le servirán en su proceso de toma de decisiones sobre cualquier sector de la salud, así como para optimizar el aprovechamiento de los programas tanto preventivo-instructivos, como técnico-asistenciales, por parte de los miembros que integran la comunidad de salud.

⁽⁶⁹⁾ Este proceso secuencial resulta idéntico al de cualquier área social en su dimensión informativa, sea de naturaleza política, comercial, de servicios o cualquier otra.

⁽⁷⁰⁾ MACIAS-CHAPULA, Augusto. Obra citada. pág.261.

3.4 BARRERAS Y ALTERNATIVAS EN EL AMBITO DE LA INFORMACION SANITARIA

En los programas de información sanitaria, sin embargo, pueden incidir factores negativos o barreras, entre las que merece destacarse el desconocimiento por parte del usuario de las fuentes de información o de su adecuado aprovechamiento ⁷¹. Debe, pues, pensarse, como medida primera, en un programa de educación del usuario del sistema sanitario en este sentido.

La descoordinación suele ser otra importante barrera en el proceso de la información sanitaria. Las diferentes administraciones públicas, duplican con frecuencia actividades informativas o generan lagunas importantes en temas de competencia difusa. Es fundamental, en el terreno de la información sanitaria esa coordinación de los organismos públicos, que a su vez se hará extensible, también, a los privados.

La nueva tecnología aplicada a los sistemas informativos sanitarios puede resultar una barrera, si no se prepara adecuadamente a las personas para su utilización o se sirve del aparataje más adecuado ⁷².

Como ya hemos dicho, en nuestro país existe poca o nula información y conocimiento sobre los sistemas informativos existentes en el mundo de la sanidad. Es cierto que hay parcelas muy desarrolladas, como puede ser la de la información técnico-científica, la epidemiología e, incluso, la de los estados de satisfacción o insatisfacción de los usuarios y la de las aspiraciones que laten en la Opinión Pública.

Sin embargo, otras, como la referida a las estructuras y recursos informativos de consumo masivo, bien a nivel de usuarios puntuales en centros asistenciales, en educación para la salud a nivel comunitario, la adecuación o inadecuación de los contenidos informativos proyectados por la prensa, etc, carecen de estudios que permitan demarcar su verdadera realidad y su pertinente evaluación.

Nos encontramos con grandes dificultades a la hora de hacer un diagnóstico integral de los sistemas informativos en el campo de la sanidad. Ahora bien creemos que es posible establecer un orden y serie de actuaciones que posibilitaría, al menos a nivel teórico, conocer la actual imbricación de información y sanidad, valorar su eficacia y ofrecer alternativas de solución.

⁽⁷¹⁾ Hemos anunciado anteriormente una falta significativa de pautas culturales en relación con la salud. Esta falta, como es lógico, se traduce en falta de interés, aspecto que resulta imprescindible para que el proceso informativo se desarrolle plenamente. De poco vale que el Ministerio de Sanidad realice una campaña de prevención sanitaria o de oferta de nuevos servicios, si choca con el interés de los públicos. Posiblemente la información sanitaria debe estar precedida por campañas en contenido o forma que susciten el interés.

⁽⁷²⁾ En muchos casos existe infraestructura informática para la información y, sin embargo, no se puede utilizar porque las plantillas carecen de la formación adecuada para ello.

Es, en síntesis, el objetivo central del presente trabajo. Evidentemente y por razones de lógica limitación, esto sólo será posible en alguna de las parcelas, que nosotros queremos hacer coincidir con aquellas más desatendidas en su estudio e investigación.

En los ámbitos elegidos para nuestro trabajo e investigación hemos desarrollado un proceso que implica las siguientes actuaciones⁷³:

- Descripción y diagnóstico de las estructuras y los recursos humanos y técnicos existentes para y sobre la información en el ámbito de la sanidad.
- Índice de importación del insumo información en el sector sanitario.
- Grado de producción de información relacionada con los estados de salud.
- Flujo de transferencia de contenidos sanitarios utilizando soportes informativos. Metodología de selección, adquisición, procesamiento, almacenamiento y distribución de la información en el ámbito sanitario.
- Manejo de las fuentes de información en el área sanitaria.
- Evaluación global de los sistemas actuales y su relación con los estados de satisfacción o expectativas sanitarias de la comunidad de salud.

Son, pues, muchos los indicadores y variables que hay que considerar para conformar la estructura informativa inserta o relacionada con el ámbito de la sanidad. Es cierto que existen estructuras informativas en ese ámbito que cumplen su función de manera satisfactoria para los miembros que integran la comunidad de salud. Otras, sin embargo, adolecen deficiencias que pueden y deben ser corregidas para que alcancen ese grado razonable de satisfacción.

Es lo que trataremos de analizar en los capítulos siguientes, dado que será difícil realizar un sistema de atención sanitaria que satisfaga a la comunidad de salud, sin imbricar adecuadamente acción sanitaria e información.

⁽⁷³⁾ También aquí hemos seguido, en términos de guión, el desglose hecho por MACIAS-CHAPULA. Obra citada, pág.267.

CAPITULO II

**DESCRIPCION Y FUNDAMENTACION JURIDICA
DE LA INFORMACION SANITARIA**

1. ANTECEDENTES HISTORICOS

El primer intento realizado para actualizar y equiparar al resto de las naciones de nuestro entorno las técnicas de intervención pública en los problemas de Salud de la colectividad lo constituyó, en nuestro país, el proyecto de Código Sanitario de 1822, que se quedó en mero proyecto.

Para encontrar un antecedente que ayude a entender la estructura del actual sistema sanitario español, es conveniente remontarse a la segunda mitad del siglo pasado, cuando en 1855 se promulga la primera Ley de Sanidad. Esta creaba una estructura sanitaria, con un sistema de prestaciones asistenciales sobre la base del libre ejercicio profesional de los médicos.

En su aspecto público únicamente contaba con una mínima estructura asistencial de carácter benéfico para atender a personas sin medios económicos; este servicio, prestado por facultativos titulares, dependía orgánicamente de las Diputaciones; el resto de los ciudadanos era responsable de los cuidados de su propia salud. Se determinaban unos órganos para desarrollar las acciones sanitarias de carácter nacional, dirigidos a resolver ciertos problemas de salud de la colectividad: higiene pública, vacunaciones, sanidad mortuoria, etc... Aparece, también, la división en Sanidad Exterior e Interior.

La gestión de las competencias sanitarias asignadas por la ley a los poderes públicos quedaban incluidas en el Ministerio de Gobernación y ejecutadas a través de la Dirección General de Sanidad, gobernadores y alcaldes.

Hasta 1904 no aparece ninguna normativa de carácter general que afectase a la sanidad. Ese año se publica la Instrucción General de Sanidad Pública con el cambio de denominación de Dirección General de Sanidad, por la de Inspección General de Sanidad.

Aspecto importante de esta ley es la regulación más precisa de las medidas de higiene, a nivel estatal, con el control de epidemiológico, estadísticas sanitarias, creación de laboratorios de higiene e institutos de vacunación. Elimina, también, la separación entre sanidad interior y exterior, considerando a ésta última como un apéndice más de la sanidad interior, aunque aquella mantenga sus funciones específicas de manera independiente.

Establece, así mismo, la organización de las profesiones sanitarias en profesiones sanitarias libres y oficiales, al mismo tiempo señala las obligaciones de ambas y permite las asociaciones corporativas.

En resumen, es una ley progresista en su contexto socio-político, que garantiza mayores niveles de cobertura asistencial e incrementa el control de la red sanitaria pública.

En 1925 aparece el Reglamento de Sanidad Municipal y Provincial, que va a desarrollar las competencias que los Municipios y Diputaciones tienen en el mantenimiento de la sanidad colectiva, sin que cambie nada respecto a la estructura general de sanidad diseñada en la ley de 1904.

En el año 1934, durante la II República española, se aprobó una Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios, cuya vigencia fue escasa, pues en parte fue derogada por la propia República y totalmente al finalizar la Guerra Civil.

Como resumen, de esta Ley puede afirmarse que fue un primer intento de regular de forma integrada el desordenado sistema Sanitario español.

En el año 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, integrado en el Instituto Nacional de Previsión, como sistema de cobertura de ciertos riesgos sanitarios que, sucesivamente, fue aplicando el número de patologías en su sistema de prestaciones, hasta desembocar en la estructura sanitaria asistencial actual extendida por todo el territorio nacional, como la red sanitaria más importante del país.

El último texto legal, hasta la vigente Ley General de Sanidad de 1986, es la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 que consolida el modelo sanitario, perfilado a través de las Leyes de 1855 y 1904. Se separan la sanidad colectiva, a cargo de la Administración Central, y la sanidad individual, que pasa a ser responsabilidad de las Corporaciones Locales, a través del sistema de beneficencia, apuntado en las leyes anteriores.

Los perfiles del actual Sistema Sanitario español quedarán apuntados en la Constitución de 1.978. Los redactores de la misma, sin duda, se dejaron influir por la preocupación mundial, en aquel momento, hacia la prevención y promoción de la salud. Preocupación que va a quedar reflejada, como veremos en los apartados siguientes, en el tratamiento constitucional y su posterior desarrollo en la Ley General de Sanidad de 1.986.

2. CONSTITUCION ESPAÑOLA Y SANIDAD

El contenido constitucional aplicable a la sanidad es amplio. Hay varios artículos con una referencia expresa al sector sanitario y otros muchos, cuyo texto puede tener relación con ese área. Están, entre estos últimos, aquellos que tratan del reconocimiento de diversos derechos del ciudadano.

Los que hacen referencia directa a la sanidad son:

Art.41. «Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres».

Art.43. 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria

Art.148.1. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias:

21. Sanidad e Higiene.

Art.149.1. El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:

16.1. Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.

17.1. Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Entre las del segundo grupo tienen especial incidencia en el ámbito sanitario:

Art.10.1 La dignidad de la persona, los derechos inviolables, que le son inherentes al libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamentos del orden político y de la paz social.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y las libertades que la Constitución reconoce, se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias, ratificados por España.

Art.14. Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Art.15. Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

Art.18.1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

4. La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

Art.45.1. Todos tienen el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo.

2. Los poderes públicos velarán por la utilización racional de todos los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la calidad de la vida, defender y restaurar el medio ambiente, apoyándose en la indispensable solidaridad colectiva.

Art.49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán, especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Art.51.1. Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.

2. Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y usuarios, fomentarán sus organizaciones y oírán a éstas en las cuestiones que puedan afectar a aquellos, en los términos que la ley establezca.

No es la anterior una enumeración exhaustiva, puesto que los sujetos relacionados con la sanidad ostentan toda una serie de derechos que tienen su referente en los reconocidos por la Constitución. Así, sin olvidar los que reconoce su art. 20, sobre la libertad de información y sus límites que se tratará más adelante.

El artículo 43. de la CE es la piedra de todo el sistema sanitario español. Por una parte el reconocimiento del derecho a la protección de la Salud tiene carácter nominativo y sirve como texto referencial en orden al ejercicio de los derechos de los usuarios de la sanidad, tanto en el campo del Derecho Público como en el Derecho Privado.

Aunque aparezca en el Capítulo Tercero del Título I, de los derechos y deberes fundamentales, bajo el epígrafe de los principios rectores de la política social y económica, tiene consideración de derecho individual, como han propugnado diversas instancias.

Así, aun antes de la promulgación de la Constitución, Escribano Collado⁷⁴ lo concep-

tuaba como «derecho individual que se ostenta frente al Estado, a fin de obtener una acción positiva de este dirigida a la efectiva Satisfacción de la Salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto». Todo lo cual, según él, determinaba el siguiente contenido para este derecho:

1. Derecho a la intervención del Estado.
2. Derecho a las prestaciones Sanitarias.
3. Derecho a la protección jurisdiccional.

En vigor la Constitución, Loperana Rota interpreta que, el artículo 43, «habla de derecho subjetivo a la protección de la Salud y de Salud Pública como sistema prestacional y resultado de la actividad administrativa. La expresión de Salud Pública atrae tanto a las medidas preventivas como asistenciales»⁷⁵.

De aquí concluye, entre otras, que:

1. El derecho de salud es un derecho individual.
2. Su protección tiene naturaleza de servicio público, por lo que la responsabilidad de su efectivo ejercicio está encomendada a los poderes públicos.
3. La obligación más importante del Estado, desde la perspectiva preventiva, es establecer un sistema de policía Sanitaria protectora de la Salud.

El artículo 43 supone, consiguientemente, la responsabilidad por parte del Estado de atender todos los aspectos conceptuales que comprende la salud en la actualidad. Así hay que considerar incluidos en el concepto salud, de un modo integral, todos los elementos que la componen y los diferentes aspectos sanitarios relacionados con los individuos y la comunidad. Por ello, la intervención estatal, desde la perspectiva funcional, debe ser global.

Además, el párrafo 2 de este artículo, señala que es competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La hermenéutica de este apartado radica en determinar el significado de Salud Pública.

Ya se ha analizado que históricamente se manejaba un concepto obsoleto de Salud Pública relacionado exhaustivamente con las acciones de los poderes públicos destinados a

⁽⁷⁴⁾ ESCRIBANO COLLADO, P. "El Derecho a la salud". Cuadernos del Instituto García Oviedo. Universidad de Sevilla, número 1, 1976. Págs. 44-45.

⁽⁷⁵⁾ LOPERANA ROTA, D. "La protección de la salud y el medioambiente adecuado para el desarrollo de la persona en la Constitución". Volumen colectivo. Tomo II: "De los Derechos y Libertades Fundamentales". Madrid. Cívitas. 1991. Págs. 1464-65.

evitar la transmisión de las enfermedades infectocontagiosas. El concepto actual es mucho más amplio como hemos visto anteriormente y en ese sentido, la Constitución equipara el término Salud Pública a todas las acciones necesarias para el mantenimiento y defensa de la Salud de todo el Cuerpo Social, es decir, de todos los ciudadanos.

La distribución de responsabilidades en mantener la Sanidad entre los diferentes niveles del Estado están fundamentalmente reflejados en los artículos 148 y 149 de la CE. Así el primero señala las diferentes competencias que pueden ser asumidas por las Comunidades Autónomas, entre ellas la Sanidad e Higiene. Y el artículo 149, párrafo 16 señala las que corresponden al Estado en este área: Sanidad Exterior, Bases y Coordinación General de la Sanidad, así como legislación sobre productos farmacéuticos.

Al señalar explícitamente que la Sanidad Exterior es competencia exclusiva del Estado, la Constitución configura un modelo Sanitario que desintegra la Sanidad, ya que la existencia de una sanidad exterior implica el reconocimiento de otro tipo de Sanidad Interior.

De esta manera se vuelve al modelo existente en el siglo pasado que, como se ha visto, configuró la Ley de Sanidad de 1855 y que la Ley General de Sanidad de 1986 va a redefinir como trataremos a continuación. Sin embargo en el posterior desarrollo de competencias, el control de mercancías perecederas, eje de los servicios de Sanidad Exterior, es realizado por responsables de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas. Así mismo el control de viajeros internacionales se efectúa en la red asistencial transferida ya a seis Comunidades Autónomas.

Otro aspecto que ha sido motivo de discusión es el análisis sobre lo que la CE quiere configurar al reservar como competencia estatal «Bases y Coordinación General de Sanidad». A este respecto dice Muñoz Machado ⁷⁶ que al quedar «Sustantivado» el término «Bases» no admite ninguna limitación sobre los diferentes términos competenciales: legislativas, ejecutivas, etc..

Por consiguiente debe entenderse que las atribuciones que concedé al Estado ese párrafo son mayores, incluso, que las meramente legislativas, incluyendo el término bases competencias adicionales si éstas se consideran básicas para el funcionamiento del sistema sanitario para todo el Estado.

Por otra parte, los artículos 41 y 149.1.17 hablan de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales ante situaciones de necesidad, que deberá mantenerse por los poderes públicos. Lo que señala una serie de recursos sanitarios de competencia exclusiva del Estado, dejando en mano de los ciudadanos la responsabilidad de, ya libremente o a través de seguros (libres u obligatorios) garantizarse la asistencia de las que se consideran prestaciones complementarias.

⁽⁷⁶⁾ MUÑOZ MACHADO, S. "Derecho público de las Comunidades Autónomas". Madrid. Cívitas. 1982.

Todo lo anterior refleja que, aunque el artículo 43.1 de la CE utilice una clara concepción integral de la Salud, el Sistema Sanitario español en su contenido constitucional es un Sistema Sanitario desintegrado.

3. SISTEMA NORMATIVO DE LA SANIDAD. REFERENCIA A LA INFORMACION SANITARIA

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad junto con la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de Abril de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, constituyen el núcleo del sistema normativo de la Sanidad.

Esta última, en un breve articulado, (cuatro artículos) faculta a las distintas Administraciones Públicas, en ámbito de su competencia, la adopción de medidas especiales cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolla una actividad (art. segundo).

Medidas para el control de los enfermos, de personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible (art. tercero). Medidas para garantizar la mejor distribución de un medicamento o producto sanitario cuando se vea afectado por excepcionales dificultades de abastecimiento (art. cuarto).

En su exposición de motivos la Ley General de Sanidad justifica la necesidad de su existencia en base a: la presencia de una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, al desarrollo del mandato constitucional que reconoce en los artículos 43 y 49 de la CE el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud y la existencia institucional de las Comunidades Autónomas a las cuales el artículo 148.1.21 de aquella reconoce que pueden asumir competencias en Sanidad e Higiene, como así ha sido reflejado en sus respectivos Estatutos.

La Ley General de Sanidad es una Ley ordinaria que, acogiéndose a lo previsto en el art 149.1.16, ya comentado, de la CE, tendrá la condición de norma básica para todo el territorio del Estado, excepto en determinadas situaciones de inspección y organización de tareas de Salud, según señalan los artículos 31.1, letra b) y c) y 57 a 69 que constituye derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia según dada en los preceptos anteriores.

La Ley General de Sanidad (LGS) hace a lo largo de su articulado numerosas menciones al tema informativo como se puede comprobar en la referencia que hacemos a continuación.

Artículo seis

Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

Artículo ocho

1. Se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

Artículo nueve

Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público o vinculados a él, de sus derechos y deberes.

Artículo diez

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias.

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad...
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas con su proceso y con su estancia e instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso, será

imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.

5. A que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada, recibirá su informe de Alta.

Artículo dieciocho

Las Administraciones Públicas a través de sus Servicios de Salud y de los Organos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.

Artículo veintiuno

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes:

- f) Elaborar junto con las autoridades laborales competentes un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las Empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.
- g) Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

2. Las acciones enumeradas en el apartado anterior se desarrollarán desde las Areas de Salud a que alude el capítulo III del título III de la presente Ley.

Artículo veintitrés

Para la consecución de los objetivos que se desarrollan en el presente capítulo, las Administraciones Sanitarias, de acuerdo con sus competencias, crearán los Registros y elaborarán los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

Artículo veintisiete

Las Administraciones Públicas en el ámbito de sus competencias realizarán un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud y para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma.

Artículo Cuarenta

La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones:

13. El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de interés general supracomunitario.
15. La elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.
16. El establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la presente Ley.

Artículo cuarenta y seis

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación.

Artículo cuarenta y siete

1. Se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que estará integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado.
2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud entre ellos y con la Administración Estatal y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

El generar pautas culturales de salud tiene dos vías fundamentales, aunque diferenciadas en su nivel de intensidad. Es decir, la creación de esas pautas de manera sólida y profunda sólo es posible mediante su integración en el sistema educativo desde los primeros momentos de la formación cultural, aspecto que deberá verse apoyado por las actuaciones sanitarias en su capacidad de respuesta para ofrecer y garantizar el contexto adecuado en el que se puedan practicar los hábitos saludables.

Se trataría, no sólo de indicar, por ejemplo el tipo de dietas que resulta más saludable, sino de controlar también la elaboración y los componentes de los productos alimentarios que lo permitan, dictando la normativa apropiada, en tal sentido. Es decir, que el sistema sanitario cree el habitat adecuado en el que se propicie y favorezca el ejercicio de los comportamientos saludables. ⁶⁰

Este modelo de educación profunda encuentra su forma ideal de desarrollo en el proceso de formación que se produce a lo largo de las diferentes etapas de la enseñanza. La escuela se convierte, así, en el terreno ideal de educación para la salud ⁶¹. Pero ese ámbito debe verse completado y favorecido por la comunidad, a partir, sobre todo, del núcleo familiar. Los teóricos de la educación para la salud insisten de que la formación más profunda y sólida en temas sanitarios se aprenden en el marco de la relaciones familiares o del entorno más próximo a los niños.

Las limitaciones que se producen en el sistema de enseñanza y la marginación que produciría el redundar toda la labor informativa al sistema educacional, ha obligado a buscar otras vías de información. La más importante, en este sentido, la van a constituir, por un lado el propio sistema técnico-asistencial sanitario, y, por otro los Medios de Comunicación Social. Es cierto que esta última vía ofrece, a criterio de los expertos, una generación de pautas culturales de carácter más superficial, pero si lugar a duda, efectivo y, siempre, compensatorio.

De esta forma, la información sanitaria se instaure en tres soportes fundamentales:

- Por un lado el sistema educacional, fundamentalmente a través de los diferentes niveles institucionalizados para la enseñanza, al que se une la formación natural procedente de las

⁽⁶⁰⁾ La obligatoriedad de disponer de carnet de manipulador y el requisito de las pruebas que se han de superar para su adquisición, en todas aquellas personas que traten o manipulen alimentos, puede ser un ejemplo significativo de esta capacidad de respuesta del sistema sanitario a la generación de esas pautas culturales de salud.

⁽⁶¹⁾ Sobre este tema debemos admitir la inexistencia de programas institucionales de carácter general y amplia difusión entre los ministerios de Sanidad y Educación. Lo que sí se dan es programas puntuales entre algunos organismo y centros de enseñanza, pero siempre bajo los auspicios de iniciativas particulares concretas, que en ningún caso adquieren el nivel de oficiales. Nos consta en que en algunos colegios, por ejemplo se desarrollan ciclos de conferencias sobre aspectos relacionados con alimentación, higiene, primeros auxilios, etc.

Artículo cincuenta y seis

1. Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Areas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen para organizar un sistema sanitario coordinado e integral.
2. Las Areas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

En todo caso, las Areas de Salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

- a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación a través, tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.

Artículo sesenta y tres

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria.

Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica, a cuyo efecto serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Artículo sesenta y ocho

Los centros hospitalarios desarrollarán además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia de acuerdo con los programas de cada Area de Salud, con objeto de contemplar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

Artículo setenta

1. El Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar anual o plurianualmente.

2. La coordinación General Sanitaria incluirá:

- a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos, básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales.
- b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.
- d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

Artículo setenta y tres

- 1. La coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de salud.**

Artículo setenta y siete

- 3. Anualmente las Comunidades Autónomas informarán al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado del grado de ejecución de sus respectivos planes. Dicho Departamento remitirá la citada información, junto con la referente al grado de ejecución de los planes estatales, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.**

Artículo ochenta y seis

El ejercicio de la labor del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atención reparadoras de la enfermedad.

Artículo ochenta y siete

Los recursos humanos pertenecientes a los Servicios del Área se considerarán adscritos a dicha unidad de gestión, garantizando formación y perfeccionamiento continuados del personal sanitario adscrito al Área.

Disposiciones adicionales

Segunda.- El Gobierno adoptará los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria. Al objeto de desarrollar lo anterior, podrán establecerse convenios con las Comunidades Autónomas.

A modo de resumen podemos concretar que el objeto de esta Ley es «la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la Salud reconocido en el artículo 43 y Concordantes de la Constitución» (art. 1).

Los principios generales que la inspiran son la salud como un concepto integral, la participación comunitaria a través de las distintas corporaciones y la educación sanitaria.

El funcionamiento del Sistema de Salud tendrá en cuenta los derechos de los usuarios. Respecto a éstos, el artículo 10 de la Ley enumera la carta de derechos de los usuarios de los servicios del sistema sanitario público o vinculados a él.

De ellos, en relación al tema que se trata en este trabajo, quiero hacer especial mención al derecho su intimidad (art. 10.1), a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y los requisitos para su uso (art. 10.2), a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en instituciones públicas y privadas que colaboren con el sistema público (art. 10.3). Además se reconoce el deber que tienen los poderes públicos de informar a los usuarios de estos derechos.

Para no hacer un comentario exhaustivo de la Ley General de Sanidad consideremos brevemente los aspectos competenciales que reconoce y la definición que hace del sistema Sanitario.

Respecto a las competencias de las Administraciones Públicas en materia de Sanidad, el Título II de la Ley distingue las competencias del Estado (arts. 38,39,40), las de las Comunidades Autónomas (art. 41) y las de las Corporaciones Locales (art. 42). Entre las competencias del Estado señala unas de carácter exclusivo, como son la Sanidad Exterior y las relaciones y acuerdos Sanitarios internacionales.

Son actividades de sanidad exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud, derivadas de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros (art. 38.2).

Mediante la relaciones y acuerdos internacionales, España colaborará con otros países y organismos internacionales: en el control epidemiológico, en la lucha contra las enfermedades transmisibles, en la conservación de un medioambiente saludable, en la elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normas internacionales, en la investigación biomédicas y en todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la Salud (art. 39).

4. SUJETOS DE LA INFORMACION SANITARIA

4.1. MARCO GENERAL DE LA INFORMACION SANITARIA

El concepto de salud definido por la que OMS, que aparece en el capítulo I, nos va a permitir concretar el marco general de la información sanitaria y los sujetos de la misma.

La comunicación, insistimos, es motor y expresión de la actividad social; de forma que, cualquier individuo o grupo comunitario aislado de las redes de comunicación quedará marginado e incapacitado para aprovechar los progresos técnico sociales y humanos que proporciona las actividades comunitarias.

En este contexto, si tenemos en cuenta que la información es una forma de comunicación sistemáticamente organizada, ésta adquiere contenidos especializados cuando se circunscribe a actividades específicas. Este es el caso del ámbito sanitario en sus diversas vertientes.

La salud, hemos visto, es un estado de bienestar completo que tiene la consideración de valor primado por la sociedad. De esta forma, las actividades sanitarias son objeto de particular atención, tanto por parte de los protagonistas de las mismas, como por parte de la opinión pública y de las diferentes Administraciones.

Consiguientemente, los sujetos de la información sanitaria son un amplio colectivo en el que están incluidos profesionales de la medicina, usuarios de la misma, responsables de las diferentes Administraciones, funcionarios de las mismas, personal adscrito a los diferentes centros asistenciales y hospitalarios y un largo etc. pues como hemos visto la sociedad en general es protagonista directa o indirecta de la información sanitaria.

El ejercicio de la actividad médica-sanitaria se ha movido regularmente dentro de los parámetros del secreto profesional condicionado por el derecho a la intimidad del paciente. El derecho a la libre información en las actuales sociedades democráticas y la permanente demanda informativa de los medios de comunicación van a ser el contrapunto a la pervivencia de aquel secreto.

El momento en que va a producirse los primeros pasos en la contestación entre el carácter de institución sacra del secreto profesional médico y las nuevas formas de actuación de la medicina, está en la transformación de la sociedad liberal decimonónica y las sociedades industriales.

Así el marco de confianza generado en las relaciones médico-paciente, del que se derivan deberes jurídicos de sigilo referentes a la protección de la intimidad de éste último cambia totalmente en el medio hospitalario y con la implantación de la medicina en equipo. Es en este contexto donde se encuentran las claves para analizar el derecho a la libre información y los deberes de discreción que salvaguarden la intimidad del paciente.

Esta línea evolutiva va a sufrir una vertiginosa aceleración al introducirse la informática en el ámbito sanitario. La aparición de nuevos conceptos, que van desde la libertad informativa, la libre autodeterminación informativa, la privacidad informática, señalan la conveniencia de establecer nuevas garantías jurídicas para el paciente, ante la posibilidad de acceso a los medios informáticos.

En esta transformación hay una constante: los deberes del sigilo o discreción en el desempeño de la profesión médica y el control de los datos sanitarios personales, necesitan que se determine el bien jurídico o intereses que se persigue proteger. En este sentido, el derecho a la intimidad del paciente debe considerarse como el fundamento de los deberes de sigilo y confidencialidad en el ámbito sanitario. Todo ello, en consonancia con las exigencias del Estado, del Derecho y la Constitución Española.

4.2. LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA

Los aspectos generales y particulares de los deberes de sigilo de los profesionales de la medicina se vienen debatiendo desde hace muchos años en la búsqueda de soluciones que aclaren el fundamento, el contenido y los límites del secreto profesional de aquellos.

Aparecen, en este sentido, tres perspectivas en busca de una sola referencia, por una parte, la demarcación del ámbito del ejercicio legítimo de la medicina, desde aspectos deontológicos y jurídicos, por otra la necesaria protección del derecho a la intimidad de las personas (art. 18 de la CE), recogido como derecho del paciente en la Ley General de Sanidad (art. 10.1) y, en tercer lugar el derecho a la libre información reconocido en el art. 20.1 de la CE.

Estas diferentes perspectivas deben encontrarse en un solo punto, como referente para profesionales de la medicina, paciente, responsables y funcionarios de las diferentes administraciones sanitarias, periodista y sociedad en general. El referente será justo el equilibrio entre las demandas informativas de la sociedad actual y el derecho a la intimidad de aquellos datos que puedan incidir en la integración social del paciente.

El secreto médico encuentra su fundamento en la intimidad del paciente y sus raíces en la facilidad con que accede al círculo íntimo de aquel. Si nos remontamos a la época en que la medicina era una actividad individual se comprenderá con claridad la relación de confianza entre médico y paciente. Esto hizo que las legislaciones jurídico-penales del siglo pasado recogiesen referentes incriminadores de la violación del secreto por parte de los profesionales de la medicina. Así el Código Penal de 1822, en su art. 424, obligaba a observar deberes de discreción a los médicos y cirujanos.

Más tarde, el Código penal de 1848 incide en la relevancia penal de los profesionales de la medicina que quebranten el deber de sigilo y tipifica, en su art. 276.2, la revelación de secretos por parte de sujetos que ejerzan profesiones que requieran título.

A partir de aquí, si exceptuamos el Código Penal de 1928 (art. 683.2) que creaba el delito de indiscreción al castigar la divulgación de secretos de otro, cualquiera que fuere la forma de haberlo conocido, con independencia de la cualificación profesional del sujeto y del carácter del secreto, no hay referencias al secreto profesional en los Códigos Penales de 1870, 1932, 1944 y reformas posteriores al mismo.

La doctrina, por otra parte, ha acotado los requisitos que deben cumplir las actividades sometidas a la exigencia normal de deberes de sigilo en función de la profesión desempeñada. Deben de tratarse en el marco del ejercicio de una profesión, oficio o facultad con reglamentación jurídico-pública. Este requisito se refiere a la exigencia de autorización oficial para desempeñar la actividad, independientemente de la colegiación o no para su ejercicio. Así, no quedarán excluidos, de la incriminación de quebrantamiento de deberes de sigilo, aquellas profesiones de la medicina no colegiadas, pero ocasionalmente, por razones de necesidad atiendan a un enfermo.

Por otra parte, la consideración de confidente necesario, como se califica a aquellos profesionales a los que el ciudadano acude de manera obligada para obtener prestaciones que resuelvan sus problemas, en la manera que se hace necesario la puesta en conocimiento del profesional de informaciones íntimas.

Los códigos penales de diversos países de nuestro entorno matizan la esfera de las personas obligadas al secreto profesional, en función de los requisitos anteriormente comentados. Así el Código alemán (StGB), en su art. 203, el Código Penal suizo (art. 321), el Código Penal francés (art. 378) y el Código Penal italiano (art. 622).

En este sentido, el art. 203 del alemán adopta una técnica enumerativa para referirse a las actividades sometidas al secreto profesional y, en lo relativo a las médico-sanitarias, menciona a médicos, dentistas, farmacéuticos, psicólogos o cualquier otra persona, cuya ocupación se relacione con la salud de las personas, incluyendo además, de forma amplia, la realidad de las prestaciones relacionadas con la salud de las personas, como pueden ser los integrantes de empresas privadas de seguros de enfermedad, accidentes o vida, o de organizaciones médicas privadas.

Por su parte el art 622 del código italiano crea una cláusula genérica, al someter al secreto profesional a todos aquellos que, teniendo noticia de un secreto, por razón de su estado u oficio, o de profesión, lo revelan sin causa justa o bien lo utilizan en provecho propio o de terceros.

En la legislación penal española, hemos comentado antes, la carencia de un precepto que se refiera al secreto profesional de los ejercientes de la medicina, no obstante podrían ser de aplicación los arts. 364 y 366 del CP que señalan la infidelidad en la custodia de documentos y fundamentalmente, el art. 368 del CP que tipifica la revelación de secretos de los particulares conocidos en razón del cargo. Pero hay que tener en cuenta que, el sujeto activo del delito debe

ser funcionario público y entonces el médico, deberá ser funcionario público para aplicársele este precepto.

Sabemos que no todos los médicos son o tienen la consideración de funcionario público⁷⁷: el facultativo que preste sus servicios en un establecimiento privado o en consulta privada no reúne los requisitos de funcionario público.

Por su parte, en el aspecto procesal la ley de Enjuiciamiento Criminal no incluye a los profesionales de la medicina entre las dispensadas de la obligación de declarar (arts. 416 y 417) y, sin embargo, establece una obligación general de denunciar hechos delictivos que se conozcan por razón del cargo, obligación que se agrava en el caso de los médicos. Si acudimos a la normativa deontológica y disciplinaria de la profesión, el deber de secreto profesional médico se halla recogido en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (R.D. 1.0118/80, de 19 de mayo), que establece, en su art. 64.3, como falta disciplinaria grave «la infracción grave del secreto profesional por culpa o negligencia, con perjuicio para tercero» y en el apartado 4b del mismo artículo señala falta muy grave la violación del secreto profesional.

Por otra parte, el Código de Deontología médica que titula su Capítulo VI «El secreto profesional del médico», precisa en su art. 43: «El secreto médico debe ser inherente al ejercicio de la profesión y se establece para la seguridad de la persona. El secreto profesional obliga a todo médico y nadie podrá sentirse liberado del mismo». Aquí el término «seguridad» adolece de imprecisión, pero puede entenderse que la intimidad personal queda aquí incluida.

Por último, la Ley Orgánica de Protección Civil del honor, la intimidad y la propia imagen de 5-5-82, preve las intromisiones ilegítimas en el citado ámbito, y, aunque Garrido Falla afirma que «los derechos y libertades a que se refiere el art. 18 de la CE no son preceptos programáticos que necesiten leyes que los desarrollen, sino que pueden invocarse directamente ante los tribunales de justicia»⁷⁸, era conveniente el desarrollo legislativo del citado precepto constitucional. Más aún, si tenemos en cuenta que en su apartado 4 remite expresamente a su desarrollo por ley, que limite el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos. Por otra parte, aunque la regulación que establece la Ley Orgánica de 1982 es de carácter general y, para algunos autores hubiese sido preferible las soluciones concretas⁷⁹ ayuda, en muchos casos, a resolver las dificultades que se suscitan para coordinar el derecho a la intimidad y el derecho a la información.

(77) El Art. 119 del Código Penal indica: "se considerará funcionario público todo el que, por disposición inmediata de la Ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente, participe del ejercicio de funciones pública".

(78) GARRIDO FALLA. *Comentario a la Constitución*. Madrid. 1980. Pág.582.

(79) Así parece perfilarse la moderna doctrina anglosajona con respecto al llamado "right to privacy". Arthur SCHAJER en *Privacy: a philosophical overview (Aspects of privacy law)*. University of Manitoba, 1980. También, Raymond WACKS: *The protection of privacy*. London. 1980.

La Ley Orgánica de 5 de mayo de 1982, entre otras intromisiones ilegítimas, en lo referente al secreto profesional, prevé en su art. 7.4 «la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela». Ello se explica perfectamente, como comentábamos antes, al hablar de aspectos doctrinales, si se tiene en cuenta la necesidad a que se halla sometida la persona que recurre a los servicios de un profesional o que comunica ciertos datos privados a quien ejerce una función pública⁸⁰.

4.3. EL MEDIO HOSPITALARIO Y EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

El ejercicio de la medicina en equipo, propia del medio hospitalario, obliga a reflexionar en su incidencia en la obligación de sigilo detentada por el colectivo médico. Los datos personales del paciente pasan a ser detentados, ahora, por un grupo de personas que comparten la prestación médico-sanitaria.

Así, aparecen a su lado el personal sanitario auxiliar, enfermeras, ATS, anestelistas, facultativos colaboradores. Incluso, con relativa frecuencia, quienes manejan los datos y el historial clínico, ni siquiera llegan a entrar en contacto directo y personal con el paciente, con lo que se debilita el requisito de confidente necesario, que antes se mencionaba.

A este respecto, también se ha contemplado como la legislación comparada, en la referencia hecha al art. 203 del StGB alemán prevé un exhaustivo listado de personal médico-sanitario que, en razón de su profesión, conoce datos del paciente y que, por tanto, queda sometido a la exigencia penal del sigilo. Y llega mucho más, al extender esa exigencia a los que ejerzan cualquier ocupación profesional (reglada por el Estado) en el ámbito sanitario, así como a empresas privadas relacionadas con los datos sanitarios de las personas o de organizaciones médicas privadas.

Como vemos, la normativa alemana no sólo da respuesta al ejercicio de la medicina en equipo, sino que reconoce que la tutela de la intimidad del paciente ha desbordado el marco de la actividad médica.

En nuestro país, la amplitud del contexto en que se desenvuelve la prestación de servicios sanitarios, ha motivado ciertas prevenciones, a la hora de tratar los derechos del paciente, en el texto de la Ley General de Sanidad de 1986.

⁽⁸⁰⁾ BAJO FERNANDEZ, M. *Protección del honor y la intimidad*. Madrid. Civitas, 1987. Pág. 120.

Así, el artículo 10 señala, en el punto 1, el derecho al respeto de la intimidad y, en el punto 3, el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas, que colaboren con el sistema público. Esto parece un mandato expreso hacia las personas que trabajen en el ámbito sanitario sobre el deber de sigilo en el tratamiento de las informaciones relacionadas con los usuarios de la sanidad pública.

4.4. PERSONAL AL SERVICIO DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS SANITARIAS

Como hemos visto, la Ley General de Sanidad hace un mandato expreso para que las distintas administraciones públicas sanitarias respeten el derecho a la intimidad de los pacientes.

Sin embargo, la actual socialización de la medicina ha colaborado a la creciente extensión del aparato de la administración sanitaria pública, creando una compleja red administrativo-burocrática en la que trabajan cientos de funcionarios, a los que hay que añadir aquellos especialistas informáticos que manejan los datos del sector sanitario. Para ellos, también es exigible el deber de confidencialidad, puesto que cuando el paciente acude a exponer su problema a un centro o cuando por cualquier otra circunstancia, entre ellos accidentes de tipo diverso, ingresa en un centro hospitalario todos los que realizan funciones en el mismo deben ser conscientes de ese deber de sigilo que, cuando la medicina era una relación individualizada entre médico y paciente, correspondía a aquel.

Aquí, en relación con un problema que preocupa altamente a la sociedad mundial, me refiero a enfermos de SIDA, quiero hacer una breve reflexión sobre el deber de los que, en tanto en cuanto se relacionan con ellos y conocen por razón de su trabajo, información sobre personas contagiadas de aquella enfermedad.

El abanico de personal en esta situación va desde médicos, equipos sanitarios, funcionarios, asistentes sociales y un largo etc. que abarca, incluso, a personal de las instituciones penitenciarias. Creo que el secreto debe mantenerse en tanto en cuanto no choque con riesgos que puedan amenazar a otras personas o a la salud pública en general. En este sentido, puede producirse colisión del derecho a la intimidad del enfermo con otros derechos, como puede ser el derecho a la vida o a la integridad física de las personas.

A este respecto, quiero acudir, en la jurisprudencia comparada, a una sentencia de una tribunal alemán⁸¹ que consideró que el médico estaba autorizado a comunicar la infección de sífilis, que padecía su paciente, a la esposa de éste, para protegerla del riesgo de infección.

⁽⁸¹⁾ StRG 38, 62.

Por último, hay que hacer mención expresa a los profesionales de la informática. En muchos casos, el depósito de los datos del paciente va a estar en manos de ellos. Por otra parte, la informatización de la sociedad se produce en un contexto social dado, sin una previa redefinición del acceso individual y colectivo a las fuentes de información. Desde esta perspectiva, el desarrollo informático se convierte en un nuevo peligro para la libertad del individuo.

Las graves consecuencias de todo tipo, políticas, de agresión a la intimidad, de orden social etc, en que puede desembocar el uso descontrolado de la informática, ha dado lugar a que la práctica totalidad de los Estados de la Europa Occidental (España, hasta el momento, constituye una de las excepciones) desarrollen medidas legislativas sobre la circulación de datos informatizables o informatizados. Entre ellas merece destacarse, por lo que afecta al trabajo que se desarrolla, la regulación de los sistemas de seguridad en los bancos de datos y de los códigos de deontología informática profesional, para los que ejercen este tipo de actividades⁸².

Las leyes que tratan del procesamiento de datos suelen distinguir entre datos personales «sensibles», que no pueden ser automatizados por constituir el núcleo duro de las libertades informáticas de la persona, y datos personales «no sensibles». Entre los primeros se cuentan los datos clínicos o, en general, los de carácter sanitario; por ejemplo, alcoholismo, drogadicción, enfermedad mental, enfermedades de transmisión sexual, los relativos al comportamiento sexual etc.

Estos datos, en principio, no pueden ser objeto de recogida con fines informáticos. Los restantes datos personales son informatizables, pero se regulan los deberes de sigilo profesionales del personal informático. Además durante la fase de recogida de datos, por regla general, rige la prohibición con respecto a los datos sensibles, inclusive, por encima del consentimiento del titular de los datos personales. Para la recogida de los restantes datos personales, basta con el consentimiento del titular de los mismos.

En algunos casos, el interés social puede permitir que los datos sensibles sean recogidos, con fines informáticos por la Administración Pública. Estos datos quedarán afectados a los fines de interés público y no podrán ser utilizados para otro destino.

En estos supuestos se refuerzan las exigencias en medidas de seguridad y en los deberes de sigilo del personal que opera con los datos.

⁽⁸²⁾ • En Alemania, la Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), de 27 de enero de 1977, disciplina los bancos de datos del sector público y privado.

• En Suecia, la Datalagen, de 11 de mayo de 1973, (reformada en 1979), regula la tutela de los datos personales.

• En Francia, la Ley de 6 de enero de 1978, sobre informática, ficheros y libertades.

• En USA, la Privacy Act, de 31 de diciembre de 1974, regula la protección de la privacy informática, con relación a los bancos que están en manos de la Administración Federal.

El convenio del Consejo de Europa (28 de Enero de 1981) para la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de carácter personal, prohíbe el tratamiento automatizado de datos personales sensibles. Aquí se incluyen, entre otros, datos relativos a la salud y la vida sexual (art. 6).

No obstante, estos datos, relativos al núcleo básico de las libertades informáticas de los individuos, podrán ser informatizados, si el derecho interno del Estado prevé garantías especiales al respecto. También contempla la necesidad de adopción de determinadas medidas técnicas y administrativas de seguridad.

4.5. EL USUARIO DE LA SANIDAD

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad recoge de forma exhaustiva los derechos del paciente. Al que le corresponden, además, todos aquellos reconocidos por la Constitución y leyes que lo desarrollan, entre ellas en L.O. 5-5-82. Sin embargo, vamos a prescindir en este trabajo de los que se refieren a aspectos específicos del tratamiento sanitario y nos centraremos en los derechos relacionados con la información.

Sobre este particular, están el derecho a la intimidad y el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público. La tutela de los datos del paciente, hemos visto que, con el modelo actual de las prestaciones sanitarias en equipo y la incontrolada informatización de datos en España, tanto en el sector público como en el privado, peligra ante la multitud de personas que pueden llegar a conocerlos. Máxime, cuando no hay una legislación específica que señale casuísticamente la generalidad de los casos.

A falta de esta legislación, vamos a analizar las recomendaciones del Consejo de Europa y el estado de la cuestión en nuestro país. El Comité de Ministros del Consejo de Europa, en su reunión de 23 de enero de 1981⁸³ adoptó una recomendación, relativa a la reglamentación aplicable a los bancos de datos sanitarios automatizados, que intenta dar una solución a la creciente informatización de datos empleados con fines médicos y para la gestión hospitalaria y de la salud pública, en general, así como de los que se utilizan en la investigación médica. Pretende, al mismo tiempo, desarrollar en el sector sanitario los principios establecidos por el Consejo de Europa en el Convenio de 1981⁸⁴.

⁽⁸³⁾ El Comité de Ministros del Consejo de Europa, el 23 de enero de 1981, en el curso de la 328 reunión de delegados de los ministros, adoptó la recomendación número R(81)1, relativa a la reglamentación de los bancos de datos sanitarios automatizados.

⁽⁸⁴⁾ Comentado ya en el apartado 2.4. de este capítulo.

Entre otros aspectos, la recomendación señala que sea difundida entre todos los servicios, entidades e instituciones públicas o privadas que gestionan bancos de datos sanitarios automatizados; que todos estos tipos de bancos sean sometidos a una reglamentación acorde a los principios reflejados en aquella; que es necesario incluir a los profesionales de la medicina y operadores informáticos de la imperiosa necesidad de proteger los datos personales sanitarios.

Respecto al órgano o persona responsable del banco de datos sanitario, debe garantizar la obtención lícita y leal de las informaciones, que los datos sean los estrictamente necesarios para los fines declarados.

El acceso a las informaciones queda restringido a la clase médica y, en función de lo que señale la legislación nacional, a los miembros del personal paramédico. Por otra parte, sin el consentimiento expreso y consciente de la persona interesada, la existencia y el contenido de un «dossier» médico no puede ser comunicado a persona u organismo que opere fuera de la actividad medico-curativa, o de la sanidad pública, o de la investigación médica.

El paciente tiene el derecho a ser informado del contenido de las informaciones personales automatizadas, excepto cuando se trate de datos clínicos y de su enfermedad cuyo conocimiento pudiera causar efectos dañosos graves al interesado.

El Convenio Europeo de 1981, fue ratificado por el Estado español en enero de 1985 en el B.O.E. y, de acuerdo con el Art. 96.1 de la CE los Tratados Internacionales, validamente elaborados una vez publicados en el B.O.E. pasan a formar parte del ordenamiento interno. A este respecto quiero hacer una serie de precisiones. Se puede interpretar que, al formar parte del derecho interno, otorga derechos directamente ejercitables en España. Esto, no parece procedente por varios motivos.

En primer lugar, porque el mismo Convenio condiciona, en su art. 4, la efectividad de los principios fundamentales, para la protección de datos personales, al desarrollo, por parte de cada Estado, de la legislación protectora de los datos personales y a la creación de los organismos adecuados para su cumplimiento.

En segundo lugar, aunque el art. 10.2 de la CE⁸⁵ señala que las normas relativas a los derechos fundamentales, y aquí tratamos del derecho a la intimidad del paciente (art. 18.1) y de los límites al uso de la informática respecto al derecho a la intimidad del mismo (art. 18.4)⁸⁶, se interpretarán de acuerdo con lo señalado en el referido art. 10.2, con lo que se reconoce al Convenio valor interpretativo.

⁽⁸⁵⁾ Constitución española, art.10.2: "Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretarán en conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias, ratificados".

⁽⁸⁶⁾ Constitución Española, art.18.4: "La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos".

Lo que es cierto, es que los órganos jurisdiccionales, penales o administrativas, lo invocan para proteger el derecho del paciente por aplicación directa del Convenio (5), por mandato del principio de la legalidad en la actividad sancionadora (art. 25.1 CE).

Por último, tampoco la ratificación del Convenio releva al legislador español de desarrollar el mandato constitucional del art. 18.4 pues, como se ha visto⁸⁷, el Convenio obliga a los estados a incorporar medidas legislativas de derecho interno.

Respecto al derecho interno español, ya hemos comentado anteriormente, que no se ha desarrollado aún el imperativo constitucional del art. 18.4 y sólo contiene escasas respuestas jurídicas, para la tutela de la libertad informática de las personas, que en todo caso son fragmentarias y marginales.

De esta manera la Ley Orgánica de 5-5-82, sobre protección civil del honor y la intimidad, en su Disposición Transitoria Primera «en tanto no se promulgue la normativa prevista en el art. 18.4 de la CE, la protección civil del honor y la intimidad personal y familiar frente a intromisiones ilegítimas derivadas del uso de la informática, se regulará por la presente Ley».

Por otra parte, tampoco se ha regulado lo que se establece en el Art. 105.b de la CE⁸⁸. Como dice Pérez Luño⁸⁹, «aunque supone un gran avance el que tenga rango constitucional, el tratamiento de las relaciones entre intimidad e informática no puede considerarse afortunado».

El carácter fragmentario con que se ha reglamentado esta problemática no sólo entrañará un defecto sistemático, sino que posee una gran relevancia práctica. El artículo 18.4 está incluido en la parte dogmática, mientras que el artículo 105.b está englobado en la parte orgánica. El primero se beneficia de las garantías otorgadas a las libertades públicas, mientras que el segundo puede suscitar dudas respecto a los mecanismos de protección de las facultades que en él se reconocen.

⁽⁸⁷⁾ Memoria explicativa del Convenio de 1981 Consejo de Europa, en "Código de Legislación Informática", Madrid. BOE. 1988, pág.31. Señala respecto al art.4: "Como indica este artículo, el Convenio obliga a las partes a incorporar a sus legislaciones internas disposiciones sobre protección de datos. El Convenio no ha sido concebido "self-executig" y, por consiguiente los derechos de los individuos no pueden derivarse directamente de él".

⁽⁸⁸⁾ Art.105.b de la CE: La Ley regulará "el acceso de los ciudadanos a los archivos y registros administrativos, salvo que afecte a la seguridad y defensa del Estado, la averiguación de los delitos y la intimidad de las personas".

⁽⁸⁹⁾ PEREZ LUÑO, A.E. "La protección de la intimidad frente a la informática en la Constitución Española de 1978" Rev. de Estudios Políticos, mayo-junio (1979), págs.62-63.

Las cuestiones sobre el derecho a la intimidad de las personas han estado muy lejos de resultar pacíficas en cualquier lugar en donde se han suscitado. En aquellos países de muy avanzada tecnología, el tema ha originado una profunda bibliografía sobre los derechos al respecto de la intimidad por parte de la informática. Lo cierto es que «la intimidad de las personas es un bien jurídico merecedor de protección en todo tiempo y lugar, y necesitado más especialmente de esa protección en las actuales circunstancias»⁹⁰

La Ley General de Sanidad trata el problema, respecto a los datos sanitarios, sintonizando con las recomendaciones internacionales. Si bien, no es una ley general dirigida expresamente a la protección de datos sanitarios, ni cuenta con los medios que permitan la efectiva tutela de la libertad informática.

Otra ley que se preocupa por el secreto informático es la Ley 35/1988 sobre Técnicas de Reproducción Asistida, que en su art. 19.3 establece el deber de mantener el secreto sobre la identidad de los interesados.

Por lo demás, y en lo que respecta al desarrollo de este tipo de legislación proclive a ejercer la defensa de los derechos del paciente respecto a los problemas de la informática, todo, hasta ahora, se ha quedado en referencias y proyectos.

La carta de los derechos del paciente del art. 10 de la LGS proviene del estudio de la realidad asistencial, de las especiales relaciones que se dan entre el enfermo y el medio sanitario y, además, por el estado anímico de aquel, debido, por una parte a la problemática de sus dolencias y, por otra, al desconocimiento o desinformación sobre el ambiente sanitario a consecuencia, en la mayoría de los casos, de una falta de educación sanitaria adecuada.

A este respecto los poderes públicos y, consecuentemente, las Administraciones Sanitarias son responsables de fomentar la educación sanitaria (art. 43.3 CE), no sólo para proporcionar información a los pacientes, sino a toda la sociedad, en general, como un medio de prevención de las enfermedades. Muchas de las insatisfacciones del paciente, como veremos más adelante, provienen de lagunas informativas por parte de los órganos competentes.

La Constitución Española, contiene una serie de preceptos de los que se puede deducir, en primer lugar, el núcleo de la estructura jurídico-sanitaria y, en segundo lugar, un conjunto de derechos de los que son beneficiarios los individuos, algunas de cuyas manifestaciones adquieren especial significado para aquellos que se encuentran en centro hospitalarios.

Muchos de estos derechos tienen la especial consideración de derechos y libertades públicas y, por ello, le son aplicables determinados privilegios y garantías constitucionales reforzadas, especialmente si revisten la consideración de derechos fundamentales (arts. 53.1, 2, 54 de la CE) y pueden alcanzar tutela directa ante los Tribunales ordinarios, o mediante el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.

⁹⁰ VIDAL MARTINEZ, Jaime. "El derecho a la intimidad en la Ley Orgánica de 5-5-1982" Madrid. Montecorvo. 1984. págs.159.

De otros aparecen derivadas ciertas obligaciones, en virtud del mandato constitucional, por los poderes públicos, partiendo de los principios rectores que han de informar la política social y económica del Estado, pero requieren, para su tutela jurisdiccional, lo que las leyes que los desarrollen dispongan (art. 53.3). Algunos de ellos directamente relacionados en el ámbito sanitario⁹¹ afectan al paciente.

Pero otros, que son recogidos por la Ley General de Sanidad, no era posible que encontrasen apoyo sin su enunciado en ésta; sucede así con aquellos derechos que se derivan directamente del objeto de la Ley: la «regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43 y concordantes de la Constitución (art. 1.1 LGS)».

Entre las conclusiones que podemos extraer de lo expuesto en relación a los derechos del paciente está el aspecto positivo del ordenamiento jurídico español sobre el reconocimiento y protección de los derechos de la persona, en general y, en particular, de los derechos del paciente.

Así mismo, la necesidad de que todos los que se relacionan con el enfermo, ya sea perteneciente al equipo médico, personal funcionario y informático, sean conscientes del respeto al deber de confidencialidad que el tratamiento médico conlleva. Por otra parte, recae sobre las Administraciones Públicas las responsabilidades de promover la educación sanitaria de todos los españoles y de adoptar las medidas oportunas para el desarrollo de la reglamentación, tan necesaria, sobre la tutela de los automatizados que garanticen la integridad del individuo, en especial, en aquellos sectores sensibles, como ocurre con el sanitario.

4.6. DERECHO A LA LIBRE INFORMACION, SUS LIMITES Y EL AMBITO SANITARIO

El artículo 20.1.d de la Constitución reconoce y protege el derecho «a comunicar y recibir información veraz por cualquier medio de difusión». Los límites a este derecho vienen recogidos en el punto 4 del citado artículo, al señalar que las libertades contempladas «tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollan y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la información».

⁽⁹¹⁾ Entre ellos, los reflejados en los siguientes artículos de la Constitución: 14, 15, 16.1, 17.1, 18.1, 3 y 4, 43, 49, 50 y 50.1.

Según el art. 10 de la CE el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos de 1950 debe ser la referencia⁹² que ayude a interpretar las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce. Dicho Convenio señala de forma explícita que el ejercicio de estas libertades puede estar sometido a ciertas formalidades, condiciones, restricciones o sanciones previstas en la ley, que constituyen medidas necesarias para, entre otras, la seguridad pública, la protección de la salud, la protección de los derechos a terceros o para impedir la divulgación de información confidenciales.

El art. 20.1.d) consagra, al lado de la libertad de informar, el derecho a recibir información, derecho que como manifiesta Muñoz Machado⁹³, «hay que conectar a los negocios colectivos y asuntos que son de interés general, por las materias a que se refiere o por las personas que en ellos intervienen.

No se trata de negar que pueda apoyarse en el derecho a recibir información la aspiración a ser informado de asuntos singulares, aun concernientes a personas sin trascendencia pública. Lo que se pretende subrayar es que el derecho a recibir información está, de forma especial e inmediata, vinculado al conocimiento de la marcha de asuntos de trascendencia general que cualquier ciudadano no necesita para poder actuar como tal ciudadano precisamente».

En relación a lo anterior, la jurisprudencia de los tribunales en diferentes sentencias recoge las referencias de que la información, cuando se refiere a negocios públicos es particularmente necesaria. Así el Tribunal Constitucional, en la sentencia 168/86 de 22 de diciembre, señala: «Como este Tribunal ha puesto de manifiesto en anteriores decisiones (sentencias 105/1983, de 23 de noviembre, fundamento jurídico II, y 13/1985 de 31 de enero fundamento jurídico 2) el texto del artículo 20.1.d de la Constitución reconoce los derechos íntimamente conectados que, en áreas del interés de todos por conocer los hechos de actualidad que puedan tener trascendencia pública se concretan en la libre comunicación y recepción veraz, de tal manera que los sujetos de este derecho son, no sólo los titulares del órgano o medio difusor de la información o los profesionales del periodismo o quienes, aún sin serlo, comunican una información a través de tales medios sino principalmente, la colectividad y cada uno de sus miembros».

Vemos que aparecen aspectos claros como son la importancia que se le reconoce a la información sobre asuntos de interés general, de trascendencia colectiva o pública e, incluso, sobre asuntos singulares, aún concurrentes a personas sin trascendencia pública.

Referido esto al ámbito de la sanidad, contemplamos que la información sobre temas de salud son de trascendencia general y que, tanto a nivel individual como colectivo, las personas

⁽⁹²⁾ GARCIA de ENTERRIA. "El sistema europeo de protección de los Derechos Humanos". Madrid, 1979. "La Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos" Boletín del Colegio de Abogados de Madrid. Vol.1 (1987). Págs.9 y 55.

⁽⁹³⁾ MUÑOZ MACHADO, Santiago. "Libertad de prensa y de información". Madrid. Ariel. 1988. Pág.153

tienen derecho a conocer todo cuanto pueda ser de interés relacionado con los aspectos que se han tratado anteriormente, al hablar del sistema normativo de la sanidad española.

La información, si bien, es contemplada como un bien objetivo, no puede considerarse un bien absoluto frente a todos. Ha de asumir también la existencia de otros bienes sometidos a la protección. De ahí que el legislador plantease los límites a la libertad de información en el mismo texto constitucional, al señalar un límite interno, la veracidad del mensaje a difundir, y un límite externo, en los derechos que señala el art. 20.4.

La vulnerabilidad actual del derecho a la intimidad del paciente, se ha contemplado ante la evolución del tratamiento individualizado de la enfermedad en épocas anteriores, al tratamiento en equipo y el desarrollo de la informática.

Actualmente la intimidad del paciente se encuentra en manos de tantas personas, que la fragilidad del deber de sigilo, en muchos casos, se hace patente. Por ello, los medios de comunicación deben guardar la necesaria prudencia, a fin de que la información que la sociedad precisa no pueda ocasionar lesiones innecesarias a bienes jurídicos protegidos como este.

Es claro, que en la mayoría de los casos se producirán filtraciones, en que la responsabilidad será de aquellos que no hayan sabido cumplir con el deber de sigilo que les corresponde, tanto por respeto al mandato constitucional, como por respeto a los señalado en la ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen que, en su artículo 4, reputa como intromisión ilegítima la revelación de datos privados, de una persona o familiar conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela.

También hay que tener en cuenta lo señalado en el art. 10 de la Ley General de Sanidad, al hablar del derecho a la intimidad del paciente. Es evidente, que cuando se ha roto el círculo de confidencialidad en torno al paciente o bien cuando éste realiza una declaración de voluntad, en orden a que el médico revele informaciones, desaparece el presupuesto que fundamenta el secreto.

En tales supuestos, el profesional o el periodista son libres de dar a conocer las informaciones. Creo que sólo en un número reducidísimo de ocasiones, si algún profesional de la información violase lo expresado en el art.105 b)⁹⁴ para obtener información que afecte a la intimidad personal, podría hablarse de responsabilidad por parte del periodista en el quebrantamiento del derecho a la intimidad del paciente y, aun, quedaría por dilucidar una serie de atenuantes o eximentes a la citada responsabilidad (interés general sobre lo particular; si se habían puesto todas las medidas para proteger la información y evitar su difusión, etc.) que se salen, de hecho, de la finalidad de este trabajo.

⁹⁴⁾ Artículo 105.b de la CE: Ver nota nº 88.

Lo que si debe quedar claro es que la mayoría de las informaciones que puedan generarse en el campo de la sanidad, la colectividad tiene derecho a conocerlas y que, sólo en muy pocos casos podran verse enfrentados el derecho a la libertad de información de todos, con el derecho individual del paciente a su intimidad y en estos casos, es cuando debe ponderarse con prudencia si el interés general priva sobre el del particular y el daño personal que pueda producirse al paciente al darse a conocer su problemática.

CAPITULO III

ANALISIS DE LAS ESTRUCTURAS INFORMATIVAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

El Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otras funciones, es el encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del Gobierno sobre la política de salud y planificación de la asistencia sanitaria.

La entidad que gestiona y administra los servicios, en materia de salud, para hacer efectivas las prestaciones del Sistema de Seguridad Social es el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud). Se encuentra, consiguientemente, sometido a un doble régimen de tutela administrativa. En primer lugar, la derivada de las funciones de superior dirección, planificación económica, ordenación asistencial y coordinación, que ejerce el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría de Asistencia Sanitaria.

En segundo lugar, al financiarse con cargo a los presupuestos de la Seguridad Social, está sometido al régimen de control, autorización o fiscalización, como otras entidades gestoras, de los órganos competentes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a pesar de su dependencia orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El INSALUD, como principal recurso sanitario público con el que cuenta el Estado, está condicionado por dos aspectos fundamentales: el primero, es el reconocimiento constitucional (art. 43 y 49 de la CE) del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud y el segundo, la asignación de las competencias (art. 149.1.16 y 17 de la CE) del Estado en materia de Sanidad y Seguridad Social, configurándose la asistencia sanitaria como competencia compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

El Estado se reserva la competencia exclusiva sobre «Sanidad Exterior, bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos»; así como, sobre «legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas».

Las previsiones constitucionales han sido desarrolladas por la Ley 14/86, General de Sanidad, que presenta, en relación al Sistema Nacional de Salud, los siguientes aspectos fundamentales, que, como veremos mas adelante, influirá en la estructura informativa de los diferentes organismos encargados de la asistencia Sanitaria:

- Se reconoce a todos los ciudadanos españoles y extranjeros residentes legalmente en el territorio nacional el derecho a la protección a la salud y a la asistencia Sanitaria.
- Desarrollo del concepto integral de la atención de la salud, que comprende la promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación de las personas.
- El Sistema Nacional de Salud buscará la unificación de todas las estructuras y servicios públicos en un sistema coordinado o, en su caso, integrada. El Sistema Nacional de Salud estará formado por los Servicios de Salud de cada Comunidad

Autónoma, y tendrá como órgano permanente de coordinación entre los distintos servicios de Salud, y entre ellos y la Administración del Estado, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, formado por representantes de las Comunidades Autónomas y de la Administración del Estado.

- El Sistema de financiación mixto, principalmente mediante aportaciones del Estado, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y la Seguridad Social.
- Mecanismos de participación social, a distintos niveles, a través de Consejos de Salud de Area, el Consejo de Salud de las Comunidades Autónomas y un Comité Consultivo vinculado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El INSALUD, de acuerdo con la Disposición Transitoria Tercera de la Ley General de Sanidad, subsistirá y ejercerá las funciones atribuidas, en tanto no se culmine el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en materia de sanidad. Hasta ahora, Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia y Navarra, son las comunidades que han asumido estas competencias.

Entre las funciones que el INSALUD tiene atribuidas y son de su competencia están:

- Garantizar las prestaciones Sanitarias del Sistema de la Seguridad Social, que incluyen medicina preventiva (promoción de la salud individual y medicina de comunidad) y asistencia sanitaria, así como la medicina laboral.
- Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Instituto.
- Coordinar, funcionalmente, las actividades sanitarias de sus propios centros con otras entidades públicas.
- Fomento de la investigación Sanitaria dentro de la Seguridad Social.

A nivel de dirección y coordinación de la gestión, el INSALUD se organiza, administrativamente, con una estructura central, constituida por la Dirección General del Instituto, y una estructura periférica, formada por Direcciones Provinciales, que tutelan, además, las Areas Sanitarias y los Centros Asistenciales.

La estructura asistencial del INSALUD se constituye a nivel territorial con su núcleo fundamental que es el Area de Salud, que alberga todos los servicios necesarios para prestar una asistencia especializada y primaria, de forma integral. Este Area se delimita teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos, así como instalaciones sanitarias, extendiendo su acción a una población de doscientos mil habitantes.

Como mínimo, hay un Area de Salud por provincia. A su vez, las Areas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud, que constituyen el marco territorial donde se desarrolla la

atención primaria. La delimitación de estas zonas sigue criterios parecidos a las áreas y se tiene en cuenta distancias máximas de las agrupaciones de población a los servicios, el grado de concentración o dispersión de la población, las instalaciones sanitarias etc.

A nivel asistencial, la organización de los servicios se constituyen en Atención Primaria que, mediante formulas de trabajo en equipo, atiende al individuo, la familia y la comunidad, desarrollando funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación. Y, Atención Especializada que atiende problemas de salud mas complejos y se prestan en los servicios hospitalarios.

La Atención Primaria se desarrolla en los Centros de Salud a través de Equipos de Atención Primaria, formados por profesionales sanitarios y no sanitarios de diferente cualificación, dirigidos por un coordinador médico. Estos equipos se coordinan e interrelacionan con la comunidad donde actúan, con los niveles asistenciales especializados, con los servicios de Salud Pública de nivel local, provincial y autonómico y con los de Asistencia Social del Area.

Como programas específicos de apoyo a la atención primaria de salud, en el área de la prevención, información y educación sanitaria se encuentran centro de orientación familiar, unidades de salud mental y unidades de psicoprofilaxis obstétrica.

En la Atención Especializada, la estructura de la misma se vértebra en el hospital, que queda adscrito a un Area de Salud y todas las instituciones del área dependerán, a efectos de asistencia hospitalaria, del hospital correspondiente.

Los Ambulatorios han dejado de ser compartimentos estancos y sus servicios han quedado integrados, funcional y jerárquicamente, de los Servicios jerarquizados del hospital al que se adscriben y de esta manera, el ambulatorio pasa a ser una extensión del hospital correspondiente.

Hay otras instituciones públicas que prestan servicios sanitarios que no están incluidos en la gestión y presupuestos del INSALUD. Estas instituciones son:

- Ministerio de Defensa, que presta servicios de sanidad militar.
- Ministerio de Educación a través de los hospitales clínicos, aunque forman parte de la red sanitaria del INSALUD desde 1987.
- MUFACE E ISFAS que actúan como agencias aseguradoras de los funcionarios de la Administración Central, de los funcionarios de los Ayuntamientos y de las Fuerzas Armadas, respectivamente.
- Además, todos aquellos servicios sanitarios prestados por centros e instituciones dependientes de las Comunidades Autónomas, Diputaciones y Corporaciones Locales.

2. CARACTERISTICAS DE LA ESTRUCTURA INFORMATIVA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Es a partir de los años 80, cuando se han ido delimitando de forma precisa el concepto de Sistema de Información Sanitaria. La Organización Mundial de la Salud lo define como «el mecanismo para la recogida, proceso, análisis y transmisión de la información requerida para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y formación»⁹⁵.

La Ley General de Sanidad recoge en diversos lugares de su articulado referencias a la información⁹⁶, tanto a nivel de recogida de datos, como a niveles educativos, de prevención y promoción de la salud, a niveles de diagnóstico e información sobre los diferentes servicios sanitarios a niveles de relación e intercambio de información con las diferentes Comunidades Autónomas, etc.

Toda esta información, es deber de las administraciones sanitarias estudiarla, elaborarla y hacerla llegar a los diferentes públicos interesados en ello, a través de un adecuado Sistema de Información Sanitaria, que permita atender la propia demanda de información que necesita la administración para evaluar la eficacia de sus programas, así como, proporcionar información a los diferentes colectivos interesados en ella, ya sean profesionales de la sanidad, funcionarios o trabajadores de los distintos órganos sanitarios, ya sean pacientes o sean ciudadanos, en particular.

Actualmente, hay gran cantidad de datos originados en diferentes frentes:

- Los procedentes de los profesionales que se ocupan de la asistencia de los pacientes, en los diferentes niveles de asistencia sanitaria.
- Los obtenidos por la administración de los servicios sanitarios que permiten conocer los recursos humanos y materiales disponibles.
- Los elaborados por otros organismos del Estado, en relación al estado sanitario de sus colectivos.
- Las informaciones que genera la propia Administración Sanitaria.
- Los que proceden de las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas.
- Los que llegan a través de la sanidad exterior y que son proporcionados por otros países u organismos internacionales, relacionados con la salud y de, otros varios

⁽⁹⁵⁾ HARTEGERINK, M. "Health Information Systems. Health Care and Epidemiology", Londres. H. Kimpton Publishers, 1978.

⁽⁹⁶⁾ Ley general de Sanidad de 1986: Arts. 6.2,3 y 4; 8.1; 9; 10.2, 3, 4, 5 y 11; 18.1 y 13; 21.g; 23; 27; 40.13 y 16; 47.2; 56.a; 63; 68; 70; 77.3; 87; 95.4; 97; 02; y Disposición Adicional segunda.

frentes, que por no hace un listado exhaustivo omitimos, pero que cualquiera puede incardinar en el contexto que se trata.

Bien, pese a la gran diversidad de datos, el primer problema que se ha observado en la actual estructura informativa sanitaria es la dificultad, no sólo de obtención, sino de procesamiento de datos, por la complejidad de los mismos y por la falta de homologación de criterios, definiciones, clasificaciones y códigos, dada la peculiar estructura sanitaria del Estado Español.

Como se ha visto, no es un sistema unitario, aunque se pretende integrar, a través del desarrollo de la Ley General de Sanidad, como expresa ésta al afirmar que tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y la demás Administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere el Título Primero, dedicado al Sistema de Salud, dentro de una concepción integral del Sistema Sanitario.

Lo cierto es que la sanidad pública se encuentra, en este momento en nuestro país, en una fase de transformación y racionalización institucional en todos sus aspectos y, como no, en el informativo. Se aprecia un esfuerzo para definir los niveles de comunicación que en el momento actual se aprecian. Así, aparece un nivel de comunicación interno, dirigido a todos los que trabajan en las administraciones e instituciones sanitarias.

Este nivel está, todavía, pobremente desarrollado y puede decirse que funcionan a nivel del órgano central y llega hasta los órganos directivos y de gestión periféricos, pero sin cubrir todos los rincones del entramado sanitario. Sin embargo, a nivel formativo del personal que trabaja en los centros sanitarios se aprecia un esfuerzo en la estructuración de las fuentes, canales y elementos que intervienen en la información, buscando conseguir, no sólo promocionar la salud y disminuir la enfermedad, sino proporcionar elementos de satisfacción psicológica al paciente o familiar.

No obstante, es prematuro aventurar si se están consiguiendo los resultados deseados, como veremos mas adelante en la encuesta-investigación llevada a cabo entre los usuarios. Lo cierto es, que se debiera intensificar la formación en aspectos comunicativos del personal sanitario, para conseguir esa calidad asistencial que es uno de los objetivos de la Ley General de Sanidad.

Uno de los aspectos más importantes para la recuperación del paciente es el psicológico y cubrir la demanda de información, por parte del usuario, es uno de los medios más importantes de bienestar, dado que ayuda a paliar el sentimiento de indefensión que, generalmente, conlleva el desconocimiento o la falta de respuesta a determinados interrogantes.

El Sistema Nacional de Salud es un sistema abierto, que forma parte de un sistema más amplio o suprasistema que constituye su medio ambiente político, económico y social específico. Este suprasistema está conectado con un macro sistema representado por la sociedad en general. A su vez, el Sistema Nacional de Salud está constituido por diversos subsistemas que son todos los centros de la organización y por numerosos componentes que son los individuos que lo integran.

Para que el Sistema Nacional de Salud pueda dar respuesta a las necesidades de bienestar común del macrosistema, requiere coordinarse con él a través de procesos de comunicación, y por otra parte, para corregir sus objetivos en relación a los elementos internos del sistema, debe generar procesos de comunicación a todos los niveles.

Cualquier sistema social, por el hecho de existir, tiene actividades de intercambio de información, de enlace de interrelación, tanto internas como externas. Al haber actividades de comunicación, necesariamente habrá procesos de comunicación que se darán, existan o no estructuras específicamente diseñadas para realizarlas.

Cuando no existen estructuras especializadas para atender los aspectos informativos, los procesos de comunicación se darán azarosa, anecdótica e ineficientemente; esto es, se dejarán de cumplir los objetivos del sistema y se generarán insatisfacciones en los diversos colectivos relacionados con la aquél. Por ello, es necesario que exista un subsistema de comunicación para imponer orden, eficiencia y sentido, dentro de la estructura global del sistema sanitario.

La estructura de un sistema de comunicación institucional debe contemplar las unidades o elementos que lo integran y la determinación de la relaciones que estos guardan entre sí. Se desarrollará, a través de él, un proceso de coordinación de múltiples funciones, como son recepción de datos, proceso de los mismos, darles salida hacia los distintos subsistemas y hacia el exterior del sistema y servir de flujo a la retroinformación.

La comunicación debe constituirse en un vector esencial entre todos los públicos, internos y externos, de las instituciones sanitarias, con la misión fundamental de promover los flujos de comunicación para:

- 1) Transmitir todos los mensajes descendentes, a través de los órganos de gestión.
- 2) Favorecer la comunicación ascendente, que posibilite el dialogo social.
- 3) Fomentar los intercambios occidentales entre los diferentes servicios o sectores.
- 4) Armonizar y agilizar los intercambios con el resto de la sociedad.

Los públicos inmersos en el Sistema Nacional de Salud desarrollan una conceptualización del mismo en función de tres factores: sus propias experiencias; sus observaciones sobre el sistema; y las influencias de otros individuos que, a su vez, hayan tenido contacto con la institución.

Las investigaciones que vamos a desarrollar, para intentar conocer cual es la estructura informativa de la sanidad en nuestro país, las vamos a centrar, fundamentalmente, en los públicos externos, ya que a través de sus opiniones se va a detectar si existe esa estructura, si es algo caótico y si los públicos internos han sido preparados para asumir la importancia de la comunicación, como medio de satisfacer a los públicos externos en sus necesidades informativas.

De forma somera, y antes de exponer las diferentes investigaciones sobre el tema que tratamos en este capítulo, veamos lo que aparentemente hay desarrollado informativamente, en función del dato de Ley General de Sanidad, aspectos expuestos ampliamente en el capítulo II de este trabajo, y de lo que administración sanitaria hace para avanzar en estos temas, para comprobar que lo aparente, tiene que ver con lo real.

El nivel de comunicación al usuario viene exigido por la propia Ley General de Sanidad en su art. 10, donde aparece reflejada la carta de derechos del paciente. En los hospitales hay un Servicios de Atención al Paciente, que se extiende a los ambulatorios, así mismo en las Direcciones Provinciales del INSALUD existe un servicio similar y en el Plan de Modernización de las Administraciones Públicas se contempla una mejora en la atención a todos los niveles.

También se han elaborado guías para informar a los usuarios y se realizan campañas de publicidad institucional a diversos niveles de la Administración, dedicadas fundamentalmente a la educación para la salud a Equipos de Atención Primaria y Centros de Salud, así como campañas puntuales de prevención, como, a título de ejemplo, puede ser la de prevención del SIDA, la de protección ocular, información sobre conveniencia de vacunación para prevenir diversas enfermedades etc.

En relación a todo lo anterior el Defensor del Pueblo en su informe del año 1991 señalaba (apartado 7.12 del informe B.O.C. nº 37/1992) que en el curso de las investigaciones desarrolladas como consecuencia de la tramitación de quejas, en las que se ponían de manifiesto defectos en la organización y funcionamiento de las instituciones sanitarias. Se tuvo que analizar, entre otros aspectos, la actuación de los servicios de atención al paciente habiéndose constatado la carencia de una capacidad efectiva en la tutela y protección de los derechos de los usuarios.

El informe añadía a continuación que, como consecuencia de lo anterior, los citados servicios carecían de los elementos necesarios para una efectiva protección de los derechos de los usuarios como pueden ser:

- Información completa sobre las circunstancias que dieron lugar a la queja o reclamación, significando las causas de las mismas, así como las posibles soluciones.
- Información sobre los cauces administrativos que seguirá la queja, así como los niveles superiores ante los que ejercitar un posible recurso.
- Información de las posibles acciones jurisdireccionales que el usuario puede emprender, en supuestos de presunta mala práctica profesional.
- Información sobre las acciones jurisdireccionales, a fin de reclamar el resarcimiento de los daños causados.
- Información al usuario perjudicado sobre los servicios sanitarios alternativos, a fin de reparar en lo posible los daños ocasionados.

- Propuesta de medidas correctoras, a fin de conseguir la satisfacción efectiva de los derechos de los usuarios.
- Actuación de oficio en los casos que supongan presuntas vulneraciones de los derechos fundamentales o de aquellos otros recogidos en la Ley General de Sanidad.
- Colaboración, apoyo y estrecha comunicación con la alta inspección de servicios sanitarios.

Como se ve, a nivel informativo hacia el usuario es necesario potenciar las estructuras sanitarias, utilizando los medios materiales y humanos precisos e incidir en la preparación del personal encargado de la información al paciente.

El nivel de comunicación a la sociedad, en su conjunto, lo están desarrollando las diversas administraciones a través de campañas de publicidad institucional como las antes mencionadas. Pero no hay que olvidar el papel de los medios de comunicación social, no sólo a nivel informativo, sino también en el formativo.

Actualmente, las relaciones con la prensa, por parte de la Administración Central, se pretenden canalizar a través del Gabinete de Prensa del Ministerio de Sanidad y Consumo⁹⁷. De esta forma, todos los medios de comunicación, incluidos los de carácter local, tienen que acudir a este gabinete para consultar sus informaciones.

Por otra parte, las Comunidades Autónomas mantienen sus gabinetes de prensa para tratar los temas sanitarios que directamente les afectan.

Pero, donde verdaderamente suele haber dificultades para adquirir información, tanto por razones políticas, como profesionales, es en los centros de asistencia. Quizás, La coordinación, como argumento que justifica la centralización y el secreto profesional, amparado en el derecho a la intimidad, sean los argumentos esgrimidos con más frecuencia para dificultar el acceso de los medios a determinadas informaciones.

Lo cierto es que, cuando salta una noticia, a veces, los representantes de los medios de comunicación social tienen que esperar horas hasta la formulación del correspondiente parte médico, sin que en el centro hospitalario hallen un órgano específico encargado de las relaciones con la prensa.

En este sentido, se echa de menos un esfuerzo para establecer un sistema de información externa. Como dice Peter O'NEIL, «la información, la investigación y el seguimiento son

⁽⁹⁷⁾ Recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha creado una Dirección General de Comunicación, con lo que se pone de manifiesto la importancia que institucionalmente se comienza a dar al tema informativo.

factores cruciales a nivel local, nacional o internacional, necesarios para abarcar los tres campos de la Estrategia Sanitaria; la salud como forma de vida, la lucha para evitar la enfermedad y un sistema de asistencia comunitaria que sea apropiado, accesible y coherente. ... Dado que la participación de la comunidad es un ingrediente clave, todos han de tener acceso a la información. Los medios de comunicación pueden jugar un importante papel, pero se necesitan nuevos modos de utilizar las estructuras sociales tradicionales para difundir la información»⁹⁸.

Todas las estructuras sociales están interesadas en la salud, todos los miembros de la comunidad se preocupan por este tema, la clave está en propiciar los mecanismos adecuados que permitan, sin dificultades, acceder a informaciones que resulten de utilidad mediata o inmediata.

Voluntad, como hemos visto, no falta, recursos, tampoco, dada su importancia. La clave estriba en realizar los estudios necesarios que sirvan de soporte para los programas de política informativa, considerando la sanidad de manera integral. Es una necesidad que confluye con los objetivos del presente trabajo, cuyos apartados de investigación pasamos a presentar a continuación.

3. LAS ESTRUCTURAS INFORMATIVAS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS TECNICO-ASISTENCIALES

3.1. PRESENTACION DE LA INVESTIGACION. INTERES, OBJETIVOS E HIPOTESIS

A estas alturas de la exposición, creemos haber dejado claro la importancia de la información en el ámbito sanitario, así como su acción decisiva a la hora de lograr objetivos y rentabilizar los recursos existentes. Este aspecto, importante en sí mismo, se debe complementar con la satisfacción de las verdaderas necesidades sociales, quienes, en última estancia, justifican la existencia de cualquier institución, en nuestro caso, como es lógico, de las sanitarias.

La compleja realidad sanitaria alcanza a toda la comunidad de salud, en la medida en que se presume un todo integral y orgánico, interrelacionando dinámicamente sus múltiples

⁽⁹⁸⁾ O' NEIL, Peter. "La salud en peligro en el año 2000". Publicado por la oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud, en 1982, bajo el título "Health Crisis 2000", Madrid. Servicio e Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1987. Pág. 158.

aspectos. Pero, también es cierto que algunos de esos aspectos están marcados por una incidencia más personal, directa y viva en los individuos. Nos referimos a las instituciones técnico-asistenciales, donde los miembros de la comunidad de salud reciben atención a sus problemas de salud perdida o en amenaza de pérdida.

Esta peculiaridad genera altos niveles de sensibilidad en los miembros de la comunidad de salud, los cuales expanden su vivencia y valoración de este tipo de instituciones a todo el sistema de atención sanitaria. La sanidad será buena o mala, sobre todo, en función de cómo alguien sea atendido en un consultorio, ambulatorio u hospital.

La importancia de este tipo de instituciones sanitarias resulta fundamental y ello nos ha llevado a realizar la presente investigación. El objeto de la misma se centra en determinar las características básicas de las estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias técnico-asistenciales. Nos situamos, pues, ante un tema muy importante, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos.

Anualmente se relacionan con este tipo de instituciones el equivalente a varias veces el total de la población existente en nuestro país y, como veremos en el capítulo quinto, la satisfacción o insatisfacción con el sistema sanitario aparece muy condicionada por la que producen los profesionales sanitarios, es decir, la relación con estas instituciones.

Esta importancia de fondo se ve incrementada, además, por otra de forma. No existen, actualmente, investigaciones relacionadas con el tema en nuestro país. Su actualidad e interés, sin embargo, queda fuera de toda duda, como lo demuestra la presencia constante del tema en aquellos soportes responsables de reflejar las inquietudes sociales, tales como el informe del Defensor del Pueblo, los Medios de Comunicación Social y los libros de reclamaciones existentes en las propias instituciones.

Todo ello, pues, justifica el interés y la oportunidad de la presente investigación, además de que por ella podrán detectarse y corregir fallos importantes, que, de otra forma, podrían pasar inadvertidos. No podemos olvidar que uno de los objetivos centrales del presente trabajo estriba en establecer directrices en política informativa sanitaria que potencien los que funcionan adecuadamente y corrijan los errores existentes.

Destacamos, finalmente, que la investigación se proyecta en una dimensión meramente cuantitativa, es decir, en relación a los aspectos formales que presentan las estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias técnico-asistenciales y sus esquemas de contenido funcional.

Con ello engarzamos con lo que constituye el objetivo central de esta investigación; es decir: establecer, siguiendo criterios objetivos y científicos, la realidad formal y funcional de este tipo concreto de estructuras informativas. Ello será posible mediante la descripción y el análisis de sus componentes básicos.

A modo de resumen, podemos decir que el objetivo del presente apartado es el de cuantificar y definir las actuales estructuras informativas de las instituciones sanitarias técnico-

asistenciales. Suponemos, a priori, y es lo que formulamos como hipótesis de investigación, que existen suficientes estructuras informativas en las instituciones sanitarias asistenciales, pero que están afectadas de graves disfunciones por razones de inadecuación en su forma y contenido.

3.2 METODO. POBLACION, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

En este apartado distinguimos dos niveles: el de la población absoluta, es decir, la totalidad de los centros asistenciales existente y distribuidos por toda la geografía nacional; y el de la población real de la investigación; es decir la de este tipo de centros existente en el área geográfica de la Comunidad Autónoma de Madrid.

El objetivo inicial era la población absoluta como valor a considerar a la hora de extraer la pertinente muestra; sin embargo, tal objetivo resultó imposible por razones de coste, tanto económico como de tiempo. Se optó, en consecuencia, por una población que, reuniendo las características significativas de la población absoluta, fuese factible, en función de los recursos existentes, sin mermar de manera importante la validez y los objetivos del presente trabajo.

La Comunidad de Madrid, en lo referente al tema, reúne características que permiten y justifican su elección como referente de población real para la investigación. Estas son las principales:

- En ella cohabitan las competencias de las tres Administraciones públicas en temas de sanidad: Central, Regional y Local. Esto no sucede, en el caso de las Comunidades que ya han cumplimentado todas las transferencias en temas sanitarios, como son País Vasco, Cataluña, País Valenciano y Andalucía, Galicia y Navarra, en las que el INSALUD carece de competencias
- El número total de centros asistenciales existentes en esta Comunidad representa un porcentaje muy alto sobre el total de los existentes, tanto en los de administración pública, como en los de iniciativa privada.
- Dispone de tipos de centros, como es el caso de los grandes hospitales, que no existen en la mayoría del resto de las áreas geográficas del país, a los que acuden, por razones de infraestructura técnica avanzada y especialización, pacientes de todas partes. Dado su reducido número, la representación de estos centros podía perderse en la selección aleatoria de la muestra. Su interés redundaba en ser un modelo a considerar cuantitativa y cualitativamente; es decir, su volumen superior a las mil camas y el alto número de atenciones que prestan.

Por las anteriores razones, nos pareció válido definir la población del presente trabajo como la totalidad de los centros asistenciales reconocidos oficialmente en la Comunidad Autónoma de Madrid y que se corresponde con los siguientes datos, a tenor de la distribución que de los mismos se hace, por razones de la tipología establecida oficialmente y que es la siguiente:

CLAVES	TIPO DE CENTRO
AM	Ambulatorio
AP	Equipo de Atención Primaria
CD.SEDU	Centro Directivo. Servicio Especial de Urgencias
CO	Consultorio
CS	Centro de Salud
CDD	Centro de Día
CPS	Centro de Promoción de la Salud
PCO	Punto de Consulta Dependiente del C.P.S. de Dis tr
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CAU	Centro Asistencial de Urgencias
CP	Centro Periférico. Servicio Especial de Urgencias
HO	Hospital
LAB	Laboratorio
ALC	Centro de Prevención del Alcoholismo
PE.V	Programas Especiales. Vacunación
PE.PV	Programas Especiales. Puericultura y Vacunación
PE.OF	Programas Especiales. Orientación Familiar
PE.SE	Programas Especiales. Salud Escolar
PE.SI	Programas Especiales. SIDA y ETS
PE.RM	Programas Especiales. Enfermedades del Tórax
PE.T	Unidad de Psicoprofilaxis Obstétrica
UPPO	Parque Móvil. Servicio Especial de Urgencias
SU	Servicio de Urgencia Nocturno
SM	Unidad de Salud Mental
UG	Unidad Geriátrica

Nos ha parecido importante introducir esta relación, dado que ello nos va a permitir identificar el tipo de centro por las siglas en el cuadro sintético que presentaremos. De la relación oficial únicamente hemos excluido, por razones lógicas, la Lavandería Industrial, con una unidad bajo competencia del INSALUD. En cuanto a la dependencia, y con la misma finalidad aclaratoria, a lo largo de la investigación utilizaremos las claves establecidas en la siguiente relación:

IN	INSALUD. Dirección Territorial de Madrid
CM	Comunidad Autónoma de Madrid. Consejería de Salud
PR	Privado, sea o no concertado con la Sanidad Pública
AY	Ayuntamiento. Concejalía de Sanidad
OA	Otras Administraciones Públicas.

Tras estas aclaraciones, pasamos a presentar, en datos numéricos y de manera resumida la población real que hacemos objeto de estudio en relación al tipo de centro y su dependencia. Es la siguiente:

Relación de Centros Asistenciales oficiales -reconocidos por la Dirección Provincial del INSALUD- existentes en la Comunidad Autónoma de Madrid. Tipología y Dependencia

DEPENDENCIA TIPO	IN	CAM	AY	PR	OA	TOTALES
AM	25	0	0	0	0	25
AP	25	0	0	0	0	25
CD.SEDU	1	0	0	0	0	1
CO	120	0	0	0	0	120
CS	36	6	0	0	0	42
CDD	0	0	1	0	0	1
CPS	0	0	14	0	0	14
PCO	0	0	8	0	0	8
CEM	0	0	1	0	0	1
CAU	0	0	17	0	0	17
CP	19	0	0	0	0	19
HO	21	11	3	56	4	95
LAB	0	0	2	0	1	3
ALC	0	0	1	0	0	1
PEV	0	1	0	0	0	1
PEPV	0	2	0	0	0	2
PEOF	6	3	0	0	0	9
PESE	0	1	0	0	0	1
PE.SI	0	1	0	0	0	1
PERM	0	1	0	0	0	1
PET	0	1	0	0	0	1
LIPO	28	0	0	0	0	28
PM.SEDU	1	0	1	0	0	2
SU	12	0	0	0	0	12
SM	9	22	0	0	0	31
UG *	0	0	1	0	0	1
TOTALES	303	49	49	56	5	462

A la vista del cuadro, podemos destacar que son los consultorios, con diferencia, el tipo de centros más frecuente, alcanzando un porcentaje superior al 25% de los mismos. También es importante el número de hospitales, con más del 20%. Los programas especiales, sin embargo, son muy reducidos en número, recayendo todos bajo competencia regional, a excepción de los de Orientación Familiar con 9 y compartiendo competencia con el INSALUD, quien duplica el número de los dependientes de la Comunidad.

La dependencia queda suficientemente reflejada en el cuadro siguiente:

INSALUD	66,6%
CAM	10,6%
Ayuntamiento	10,6%
Privados	12,1%
Otras Administ.	1,1%

Sobre el gráfico, tras resaltar que el INSALUD acapara la gran mayoría de los centros, queremos aclarar que bajo el epígrafe de privados se hallan incluidos los no concertados, con un número de 34, de los 56 existentes, siendo el resto hospitales concertados con la sanidad pública, en los términos legales vigentes. Es decir, comparten atención privada con asistencia a personas amparadas a la seguridad social sanitaria⁹⁹.

⁽⁹⁹⁾ Existen razones bien fundadas para pensar en una importante e inminente potenciación de la sanidad privada en nuestro país. En tal sentido van las recomendaciones de los expertos; prueba de ello es el reciente plan piloto presentado al Servicio Gallego de Salud por una compañía privada. Esta se ofrece a prestar los mismos servicios médicos y sanitarios que el Sistema Nacional de Salud, excepto la prestación farmacéutica, a un precio cerrado de 47.870 pesetas por persona/año. Este precio supone un ahorro de 15.000 por asegurado/año en idéntica cobertura de prestaciones.

Respecto a los dependientes de otras Administraciones Públicas, los hospitales corresponden a los dos penitenciarios: el Hospital General Penitenciario y el Psiquiátrico Penitenciario, que dependen del Ministerio de Justicia, y los Hospitales del Rey y Victoria Eugenia, que comparten dependencia del Ministerio del Interior con el Instituto Nacional de Microbiología de Majadahonda.

Sobre a la anterior población, considerada de manera absoluta, la muestra se obtuvo siguiendo criterios aleatorios sobre una relación existente en el INSALUD provincial. Se escogieron los 50 primeros de la lista, completándose hasta los 75, establecidos como número razonable de muestra, con los múltiplos de 15 siguiendo a partir del 50 y a los que añadimos de manera voluntaria, por no aparecer reflejados en la muestra, dos centros hospitalarios emblemáticos de Madrid: LA PAZ y el Hospital General «Gregorio Marañón».

La colaboración fue absoluta por parte de los organismos responsables del INSALUD, la Consejería de Sanidad y los centros privados. En el caso del Ayuntamiento, resultó imposible incluirlos, dado que a pesar de las innumerables gestiones, a la hora de cerrar la investigación, aún no habían dado su autorización para operar en los cinco centros de su competencia incluidos en la muestra.

A los cinco centros de dependencia municipal deben añadirse otros diez que no cumplimentaron el cuestionario o lo hicieron de manera deficiente, con lo que la muestra real quedó reducida a los 62 centros que refleja el cuadro siguiente.

Muestra de centros asistenciales, distribuida en función de las variables tipo de centro y dependencia

DEPENDENCIA TIPO	IN	CAM	PR	TOTALES
AM	10	0	0	10
HO	10	10	8	28
CO	14	0	0	14
CS	2	0	0	2
SM	4	0	0	4
AP	4	0	0	4
TOTALES	44	10	8	62

En relación al tipo de centro, la muestra nos parece significativa en la medida en que refleja las proporciones de la población, exceptuando los hospitales, cuyo porcentaje se dispara dentro de esa dimensión proporcional comparativa.

En cualquier caso, aceptamos este hecho, suponiendo que aunque el número de hospitales es inferior, el número de personas que son atendidas en ellos supera, incluso, al de las atendidas en otros tipos de centros más numerosos, como pueden ser los consultorios. Es decir, en el hospital LA PAZ, por ejemplo, se hacen más consultas que en muchos consultorios juntos. Con ello alcanzábamos el objetivo importante de disponer de centros significativos en razón del gran volumen de servicio asistencial.

Por otra parte, al disponer los hospitales de estructuras físicas más amplias y complejas, los temas informativos deberían tener más presencia y viveza. Nos pareció, pues, una buena muestra para el objetivo que se perseguía.

En relación con la variable dependencia, la muestra nos pareció bastante equilibrada y adecuada a la proporción que se reflejaba en la población. Sobre este particular, queremos hacer la aclaración de que el tema dependencia es importante a efectos de gestión económica, dado que en realidad la mayoría de las prestaciones son a cargo del INSALUD, toda vez que éste concierta prestaciones con los centros dependientes de la Comunidad y los privados, quienes prestan su infraestructura y servicios a aquel.

Para el objeto de la investigación, sin embargo, nos pare importante, en la medida que podremos encontrar, supuesto que las haya, las diferencias en los centros, en función de esta variable. Su distribución se muestra en el cuadro siguiente:

Dependencia, en valores porcentuales, de la muestra real de los centros asistenciales analizados

INSALUD	71,0%
CAM	16,1%
Ayuntamiento	12,9%

Observamos, al cotejar este gráfico con el obtenido en páginas anteriores, la adecuación en las proporciones de la población y la muestra, en relación a la variable dependencia: 71%, en población, con 66,2% en la muestra para el INSALUD, y 16,1%, frente a 10,7%, y el 12,9% frente a 10,7% en la Comunidad y privados, respectivamente.

El procedimiento para la obtención de los datos consistió en la elaboración y pase de un cuestionario. Este estaba integrado por 11 ítems y 22 subítems que contemplaban variables asociadas en indicadores para recoger factores cualitativos y cuantitativos de carácter general y, sobre todo, específico, en relación al tema objeto de estudio.

En el apartado correspondiente a la presentación e interpretación de los resultados irá apareciendo el contenido de los citados ítems, a excepción del 1, que se refiere al nombre del centro, cuya inclusión cumplía un mero objetivo de orden, es decir, saber la procedencia de los datos.

Elaborado el cuestionario, se contactó con los responsables administrativos de los centros en los que procedía pasarlo: en el caso del INSALUD, con la Dirección Territorial, con la Consejería de Sanidad para la Comunidad, la Concejalía de Sanidad para el Ayuntamiento y, en el caso de los privados, con los responsables administrativos de cada uno de los centros que integraban la muestra.

Las formas de cumplimentar los cuestionarios fue distinta: mientras el INSALUD se responsabilizó directamente de esta tarea en los centros de su competencia, la Comunidad facilitó el contacto más adecuado en cada centro para concretar personalmente la fórmula de cumplimentación.

Por lo que se refiere a los centros privados, fue necesario acudir a cada uno de ellos y buscar a la persona o personas que disponían de los datos necesarios para rellenarlo. Lo relativo a los del Ayuntamiento ya quedó explicado anteriormente, así como su exclusión de la muestra real.

Así pues, la recogida de datos se ha hecho a través de encuesta por cuestionario en el propio centro objeto de estudio.

Del total de los 75 centros muestreados, 15 fueron excluidos por no cumplimentar el cuestionario o hacerlo de forma inadecuada. La distribución de estos 15 centros, en relación a la variable dependencia es la siguiente: 5 del Ayuntamiento, 3 privados, 2 de la Comunidad y 5 del INSALUD.

3.3. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En relación al contenido, el cuestionario puede dividirse en siguientes cuatro bloques fundamentales:

1. Identificación y peculiaridad específica del centro.
2. Presencia y recursos humanos, técnicos y documentales en las estructuras informativas.
3. Volumen y tipología de las informaciones demandadas directamente por el usuario.
4. Estructuras informativas de difusión mediatizadas por la prensa o publicaciones periódicas.

Ateniéndonos a la anterior división, iremos aglutinando las respuestas en relación a su respectivo bloque de contenido. De esta forma, podremos conseguir los datos necesarios para interpretar aquellos aspectos considerados como fundamentales en la investigación; es decir, soportes, funcionalidad y dinámica de este tipo de estructuras.

3.3.1. IDENTIDAD Y PECULIARIDAD DE LOS CENTROS

Este bloque está integrado por los cuatro primeros ítems y hace referencia a la peculiaridad específica del centro, tanto en su identificación nominativa de dependencia y tipología, como en el volumen diferenciado de prestaciones sanitarias.

La identidad nominativa, como ya indicábamos, la hemos utilizado como criterio de orden, sin que aportase cualquier otro dato de interés, salvo el de que existen todo tipo de criterios para la misma. El más genérico suele ser el toponímico, es decir identificar nominalmente el centro por el lugar de su enclave, calle, localidad, carretera, etc., o el de alguna personalidad vinculada al centro o a su entorno geográfico, caracterizada, sobre todo, por su valía humana y cultural.

El segundo ítem de este bloque hace referencia a la dependencia orgánica y funcional del centro, aspecto que ha quedado ya suficientemente claro al hablar de la población y la muestra. La ausencia, en esta última, de centros dependientes de otras Administraciones Públicas ajenas al INSALUD, Comunidad o Ayuntamiento, se corresponde con su reducida presencia en el conjunto total de la población de centros. Por lo que no lo consideramos ni significativo, ni digno de comentario especial.

En cuanto al tipo de centro, asunto tratado también en apartados anteriores, debemos indicar que la diferenciación y multiplicidad que se produce a nivel teórico, en muchos casos

no se corresponde con la de las prestaciones. Las urgencias, por ejemplo, se tratan en diversidad de centros, que teniendo nominaciones diferenciadas, en la realidad realizan el mismo tipo de asistencias y lo hacen bajo idénticas condiciones.

Por otra parte, la nueva estructura asistencial diferencia dos niveles de asistencia: la primaria y la especializada. A tenor de esta peculiaridad hemos simplificado el amplio desglose tipológico, para hacerlo más funcional y sencillo de estudio, sin que ello desmerezca el contenido o el rigor de la investigación.

Hemos procurado, mediante una presencia significativa de ambos niveles de atención, que exista la siguiente relación tipológica: Centro de Salud, Consultorio y Ambulatorio, para el nivel de atención primaria; y Hospitales, en la triple vertiente de más de 1000 camas, entre 500 y 1000 camas y con menos de 500 camas, para la atención especializada.

Contrastando esta circunstancia con la tipología obtenida en la muestra anteriormente expuesta, observamos que faltan de aquella los centros definidos como Equipos de Atención Primaria (1, dependiente del INSALUD) y las Unidades de Salud Mental (2, dependientes también del INSALUD). Hemos englobado, ambos tipos en el apartado de Centros de Salud, dado que ambos cumplen la misma función y están integrados por el mismo tipo de personal y asistencias.

Los Centros de Salud lo que hacen es sustituir la acción individual del médico de cabecera por la de un equipo de profesionales sanitarios de distinta naturaleza para constituir lo que se entiende por Equipo de Atención Primaria. Se trata, pues, de lo mismo y su actividad se caracteriza por una asistencia integral al enfermo.

La asistencia sanitaria de este tipo de centros se ve, así, complementada por otras actividades encaminadas a la educación sanitaria, promoción de la salud, reinserción social, diagnóstico de la salud zonal, etc. El engarce de este tipo de centros con las Unidades de Salud Mental es la promoción y prevención, que en su caso se centra en temas de alcoholismo, drogadicción, etc., y que están integrados por psiquiatras, psicólogos y A.T.S.

En cuanto a la vertiente de la asistencia especializada, los hospitales son su mejor y más generalizado exponente. En realidad, a este tipo de centros se le asignan, también, las funciones de los Centros de Salud, a las que se añaden la superespecialización, el internamiento, la investigación y la docencia. Su importancia, pues, resulta fundamental por razones cualitativas y cuantitativas, como veremos en el apartado de las asistencias.

Considerar los hospitales en los tres niveles anunciados se debe, fundamentalmente, a que la amplitud resulta condición fundamental para las estructuras informativas, tanto por razones de dispersión en infraestructuras, como por el volumen de personal que puede demandar información.

Justificada nuestra estructuración tipológica, pasamos a presentar la tabla de resultados. Estos fueron:

Distribución de los centros en función de las variables "tipo de centro" y "dependencia"

DEPENDENCIA TIPO	IN	CM	PR	TOTALES	%
CS	10	0	0	10	16,1%
CO	14	0	0	14	22,6%
AM	10	0	0	10	16,1%
HO-1	2	2	0	4	6,4%
HO-2	4	2	2	8	13,0%
HO-3	4	6	6	16	25,8%
TOTALES	44	10	8	62	100%

HO-1 = Hospitales con más de 1000 camas

HO-2 = Hospitales entre 500 y 1000 camas

HO-3 = Hospitales con menos de 500 camas

Si cotejamos esta tabla con la equivalente de población, observamos que no coinciden exactamente. La razón estriba en que, por simplificar, en el cuestionario incluimos sólo los tipos de centros más frecuentes y significativos, alejándonos de una atomización inútil. De ahí, que todos los centros que salieron, fuera de las tipologías establecidas, los incluimos en la categoría de Centros de Salud, al aproximarse, de alguna manera, sus funciones a las de éstos.

A la vista de la tabla, merece destacarse el alto porcentaje que representan los hospitales, que, en conjunto, alcanzan un porcentaje acumulado superior al 40%. El tema, a pesar de no corresponderse con el de la población que se sitúa en algo más de un 20%, está justificado, como indicábamos en apartados anteriores, por el amplio volumen de asistencias, como se verá en el próximo apartado.

Las asistencias constituyen la médula articular de la sanidad, en su vertiente técnica. Ellas determinan los recursos, es decir, las atenciones más adecuadas a su volumen en elementos humanos, infraestructura, aparataje, etc..

Como es lógico, serán las asistencias quienes determinen el número y la estructura de elementos informativos para los respectivos centros. Es muy diferente informar a 50 - 100 usuarios, que pueden acudir un día a un consultorio, a hacerlo a los más de 5000 que lo pueden hacer en un gran hospital.

El tema asistencias lo hemos incluido no sólo por razón de interpretar en función suya las estructuras informativas que encontremos, sino también porque nos servirá de referente de la importancia cuantitativa que tiene la sanidad técnico-asistencial en nuestro país y la necesidad de que este nivel disponga de adecuadas estructuras informativas.

Los datos obtenidos se refieren a las asistencias acumuladas del periodo anual correspondiente al ejercicio de 1990. Intentamos, sobre este particular, obtener también los datos del año 1991, pero resultaba difícil, dado que muchos centros aún no disponían de los mismos, por lo que optamos sólo por el citado ejercicio del 90.

Estos son los datos obtenidos de la investigación, acumulados, en función de la dependencia, y correspondientes al periodo de un año. La tipología de las mismas se corresponde con las que se reconocen de forma habitual.

Asistencias acumuladas del período de un ejercicio anual.

DEPENDENCIA TIPO ASIST.	IN	CM	PR	TOTALES
Ingresos	(6) 136.000	(10) 100.860	(8) 46.000	(24) 282.860
Consultas	(44) 7.246.000	(8) 318.000	(6) 292.000	(58) 8.154.000
Ing. Urgent.	(6) 82.000	(8) 57.854	(4) 4.000	(18) 66.454
Cons. Urgent.	(10) 802.000	(8) 341.240	(2) 2.000	(20) 1.145.240
TOTALES	8.266.000	817.954	344.000	9.427.954

■ El número entre paréntesis que figura a la izquierda del dato corresponde al número de centros, de esa dependencia, que tienen tal tipo de asistencias.

Como se puede deducir del número acumulado de centros (120), éstos pueden compartir los diferentes tipos de asistencias. En realidad lo hacen 58 de los 62 que aparecen en la muestra. Como es lógico, el alto número de hospitales existentes en la misma favorece esta circunstancia, ya que, en la mayoría de ellos, coexisten asistencias de consultas, ingresos y urgencias.

En cuanto al volumen de asistencias, y como era de esperar, las consultas acaparan casi el 88% del total de las asistencias, compartiendo ese nivel máximo con el de centros que las tienen: en realidad, casi todos, dado que sólo 4 no disponen de las mismas, entre los que merece destacarse el hospital privado SEAR.

Los ingresos urgentes, por su parte, se sitúan en los niveles más bajos, con algo más de 66.000 asistencias. Otro dato parcial digno de destacar es el bajo volumen de consultas urgentes que tienen los centros privados, así como que sólo 2 de los mismos las tienen.

Los ingresos, por su parte, se reparten de manera equilibrada y proporcional a la tipología, dado que en la muestra el número de hospitales resulta bastante similar. La diferencia entre los públicos y privados estriba, sobre todo, en el número de camas disponibles. No podemos olvidar que el número de camas de algunos de los grandes hospitales públicos analizados supera o ronda las 2000 camas, cosa que no sucede en los privados, que suelen ser bastante reducidos, aunque haya uno que supere las 1000 camas.

En cuanto a los valores absolutos, sólo podemos decir que son cifras espectaculares, tratándose de una muestra y que si extrapolamos los datos a la Comunidad de Madrid, podríamos estimar un volumen de 65 millones de asistencias al año, lo que significa que cada madrileño acude a los centros asistenciales unas 14 veces, como media, por año.

Estas cifras nos aproximan al impacto e interés que la asistencia técnica tiene en el ámbito de la sanidad y la importancia y utilidad que se podría obtener de las mismas con la aplicación de estructuras informativas adecuadas y eficaces. Este efecto cuantitativo, además, se incrementaría por la natural expansión radial de tal tipo de información general. Si alguien que acude a una consulta es bien informado, el resultado puede expandirse en su entorno y alcanzar a un número significativo de personas.

Sobre este particular, merece destacarse el hecho de que la información de este tipo, bien realizada y con soportes de asistencia técnica satisfactoria, es el sistema utilizado, por lo general en exclusiva, por la asistencia privada, sobre todo en lo referente a consultas. Su éxito en estos momentos no resulta cuestionable.

La importancia de la información que se genera en las instituciones sanitario-asistenciales puede resultar fundamental, no sólo para la efectividad y agilización de las prestaciones, sino para la generación de pautas culturales saludables. El contexto de vivencia que supone una asistencia favorece, con el adecuado soporte informativo, el aprendizaje que se presume subyace, como objetivo fundamental, en la información sanitaria.

Desde tales supuestos, podemos pasar a conocer las estructuras informativas que existen en tales centros asistenciales y dispondremos de criterios cuantitativos y cualitativos para poder interpretar su adecuación o inadecuación.

3.3.2. RECURSOS HUMANOS, TECNICOS Y DOCUMENTALES, DESTINADOS A LA INFORMACION EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

Ha quedado expuesto en el apartado anterior el interés que tiene la sanidad técnico-asistencial. Ya no podemos hablar, en sentido estricto, de sanidad médica para referirnos a este nivel de la misma, aunque siga haciéndose, dado que en su ámbito coexiste la labor simultánea de otros profesionales técnicos y auxiliares de gran importancia y actualidad.

Por lo que al estudio se refiere, es decir, en relación a la información, presenciamos la existencia de una amplia red de formalidades que soportan dimensiones formativo-informativas de gran importancia. No olvidemos, sobre el particular, la promoción y prevención que subyace a la atención primaria, una de cuyas principales funciones es la educación sanitaria de la población, función que comparte con la atención especializada de los hospitales. Sobre las mismas se enfatiza e insiste de manera particular, al menos a nivel teórico y de programación.

Trataremos aquí de definir, en sus aspectos concretos, el desarrollo real de esta función informativa. Pero lo haremos desde el conjunto de elementos que integran esa función de manera específica, es decir, especializada.

Así, adecuándonos al objetivo del presente apartado, intentaremos definir las estructuras informativas existentes en los centros asistenciales a todos los niveles: humanos, técnicos, documentales, etc.

Sobre el particular y analizando los datos obtenidos en la investigación, podemos afirmar que la totalidad de los centros analizados disponen formalmente de un «Servicio de Información y Atención al Usuario». Con ello se cumple la actual normativa, tal y como quedó expuesto en el capítulo sobre la fundamentación jurídica de la información. Se confirma, pues, la existencia de ese servicio en el 100% de los centros.

En cuanto a la dependencia orgánica y funcional de este servicio, hemos de afirmar que, en la mayoría de los casos, es del máximo responsable del centro en alguna de sus áreas: médica, administrativa, de servicios, etc., según la distribución que refleja la siguiente tabla de datos:

**Dependencia orgánica y funcional
del Servicio de Información y Atención al Usuario.**

	IN	CM	PR	TOTALES	%
Gerencia	14	6	2	22	35,5%
Dirección Médica	14	2	0	16	25,8%
Dirección Servicios	14	0	2	16	25,8%
Enfermería	0	0	0	0	0%
Asistencia Social	0	0	0	0	0%
Otros	2	2	4	8	12,9%
TOTALES	44	10	8	62	100%

La potenciación creciente que está experimentando la figura gerencial en la administración sanitaria, para realizar una gestión integral en sus ámbitos parciales, en este caso, los centros particularmente amplios, justifica el que sea su dependencia la más frecuente con un 35,5%. La dirección médica, cuya importancia resulta significativa, como pervivencia de una larga trayectoria histórica, comparte con la dirección de servicios el segundo escalón en la dependencia del servicio de información, con un 25,8%.

El 12,9% restante que no dependen de Gerencia o la Dirección Médica se reparten entre depender, principalmente, de la dirección de personal o recursos humanos y del servicio de seguridad. Esta circunstancia demuestra, como veremos, en apartados sucesivos la pervivencia de ciertos «vicios» relacionados con la información, en el sentido de convertirlos, por un lado, en parapetos de control en los accesos al centro y, por otro, en la marginación de la información a efectos de recursos humanos, reciclados más por razones de ajustes de personal que por cualificación y necesidades.

La relevancia que se le otorga a la información, al hacerla depender del estamento de máxima responsabilidad, choca con la dimensión funcional y práctica que se le presume. Trabajo social y enfermería son dos estamentos que se sitúan en un nivel de cualificación técnica ideal para alcanzar niveles efectivos de divulgación. Su presencia, sin embargo, queda descartada, a efectos de responsabilidad, de estos servicios, dado que en ningún caso se produce esa dependencia.

A efectos de estructura, el servicio de información se diversifica en razón de la naturaleza y amplitud del centro. Es decir, todos comparten el servicio, sin embargo, la frecuencia de puntos de información va de 38 como máximo en un centro a 1 que comparten 24 de los mismos. En este sentido, la máxima frecuencia se acumula entre 1 y 5 puntos de información que se da en 45 de los 62 centros analizados. De todos ellos 12 tienen entre 5 y 10 puntos de información.

Estos datos se adecúan a la naturaleza de la muestra, en razón al tipo de centro, dado que al tratarse en un volumen significativo de hospitales, se justifica la coexistencia de varios puntos de información o, lo que es lo mismo, la cobertura del servicio en su amplia extensión. Como es lógico, cuando hablamos de puntos de información, nos estamos refiriendo a elementos o estructuras informativas de distintas características y situación, cuya distribución refleja el cuadro siguiente:

Situación y distribución de los puntos de información en los centros asistenciales

SITUACION	NUMERO DE PUNTOS			
	IN	CAM	PR	TOTALES
Telefónica	44	10	8	62
Entrada	60	26	8	94
Plantas	8	2	4	14
Directorios	16	6	4	26
Otros	6	2	2	10
TOTALES	134	46	26	206

A la vista de la presente tabla, lo primero que salta a la vista es el reducido número de puntos totales de información que existe en los centros asistenciales analizados, si lo consideramos desde el prisma del volumen total de las asistencias registradas en los mismos.

En un reparto aritmético, cada punto de información podría ser utilizado al año por unas 45.767 personas. Este reparto, sin embargo, no se da en realidad con lo que las presuntas 154 informaciones medias por punto/día tendrían, en la realidad una distribución muy separada de esa media.

En el análisis puntual de los datos, observamos que todos los centros tienen información telefónica, es decir, alguien que atiende al teléfono, sea o no como centralita, que sólo existe en los grandes hospitales, para informar a quien lo demande por esta vía.

El teléfono, como soporte informativo, está experimentando un gran incremento en todos los ámbitos de la sociedad y la sanidad no es ajena a esa modalidad, como lo demuestra la potenciación de su servicio, bien en el sentido de números abreviados para servicios de urgencias, bien como modalidad creciente de oferta de las propias instituciones técnico asistenciales, de cara a recomendarlo a los usuarios para sus trámites e informaciones.

Desde la demanda de información de horarios, petición de hora para consultas o servicios, consultas a médicos, éstas tratando de evitarse por razones de interferencia en la actividad técnica de los mismos, en caso de personas en circunstancias particulares, hasta tramitaciones administrativas, el servicio telefónico está resultando uno de los mejores soportes informativos de la actual asistencia sanitaria. Así lo demuestra la estimación media de demandas diarias de información por esta vía, que se sitúa en unas 155 por centro.

Como es lógico, esta distribución resulta absolutamente desigual, dado que mientras en los grandes hospitales se pueden registrar hasta 5000 llamadas diarias, algunos consultorios sólo llegan a 5.

Del mismo modo, todos los centros tienen un servicio de información en su entrada, figure o no el rótulo correspondiente. Este punto, sin embargo, no es puro de información, sino compartido con gestiones administrativas, auxiliares, técnicas, incluso, y telefónicas. Es decir, la gestión de este punto se presenta mermada, por lo general, en su ejecución, dado que la persona o personas que están en él deben ejercer sus funciones de conserjes, porteros, citar, hacer y recoger papeles administrativos, etc. Esto se repite, con la diversidad enunciada, en todos los centros.

El reparto de estos puntos se hace, por lo general, en consonancia con el número de entradas. Es la razón por la que aparecen más puntos de información en las entradas de los centros analizados. Los grandes hospitales tienen bastantes puntos de acceso a sus servicios, lo que obliga a disponer de diferentes entradas. El máximo de puntos es de 9 en un gran hospital, 4 en otro y 3 en otro. En realidad, el número de entradas importantes en estos centros es superior, por lo que se constata la ausencia de puntos de información en muchas de ellas.

Muy pocos centros disponen de puntos de información en las plantas, dado que esa función la asumen, implícitamente, los controles y las secretarías de los servicios. De los 62 centros analizados, los tienen 14 y suele coincidir con la acumulación significativa de servicios, como pueden ser RX, analítica, etc., dada la amplia utilización de los mismos.

En tales casos, las circunstancias de los puntos situados a la entrada se repiten y la persona o personas situadas en los mismos comparten esta función con la administrativa, principalmente.

Del término directorio hemos excluido los innumerables rótulos informativos referidos a los nombres de médicos y horarios, situados en la puerta de consultas, entradas de servicios, etc., por considerarlo desproporcionado en esfuerzo y sin que aportase datos significativos, exceptuando el referido a algo generalizado y de gran interés informativo a efectos de localización puntual.

Como dato curioso, sobre el posible volumen de los mismos podemos decir que en un consultorio cuyas dimensiones no excedían de los 90 metros cuadrados, contabilizamos 22 rótulos de este tipo. Extrapolar el dato a un centro cuya superficie y volumen de profesionales sanitarios sea muy amplio, nos puede hacer pensar en decenas de miles de rótulos.

Hemos considerado directorios todos los paneles informativos que presentaban planos totales o parciales del centro o sus servicios, así como indicaciones sobre la dirección a seguir. Existen en el 64,5% de los centros analizados y aparecen más en interiores que en exteriores de los mismos.

Los más frecuentes son los directorios de consultas y otros servicios asistenciales, seguidos de los relacionados con rutas a seguir en caso de catástrofe o incendio y los rótulos de urgencias. En algunos casos se presentan directorios con los planos del centro o su localización física, tomando como referencia algún punto muy conocido del entorno.

En el apartado de otros están incluidas las señalizaciones especiales, tales como colores para identificar servicios y elementos especiales marcando las salidas de emergencia.

En cuanto al número de personas que atienden los puntos de información, hemos encontrado que en 14 centros son más de 10; 4 disponen para el mismo entre 5 y 10 personas; en 14 centros se reduce a entre 3 y 5; y, finalmente, en los 30 restantes lo atienden entre 1 y 2 personas.

En algunos cuestionarios, este apartado aparecía vacío, es decir no se especificaba número alguno de personas para el servicio de información, pero a continuación hacían anotaciones en los términos de que el citado servicio era atendido por personal que desempeñaba otras funciones, en razón de las cuales se le consideraba administrativamente. Era la razón de no indicarlo como integrado en el servicio de información.

La categoría de las personas que desempeñan las funciones informativas queda reflejada en la tabla siguiente:

Categoría laboral del personal adscrito al servicio de información

CATEGORIA	NUMERO DE PERSONAS				
	IN	CM	PR	TOTALES	%
Subalternos	120	154	50	324	60,2%
Administrativos	148	6	28	182	33,8%
Sanitarios	8	0	0	8	1,5%
Azafatas	0	0	0	0	0,0%
Otros	17	5	2	24	4,5%
TOTALES	293	165	80	538	100%

Como indica la tabla, el personal responsable de la información está integrado de manera mayoritaria por subalternos, es decir telefonistas, conserjes, porteros, etc., quienes representan cerca del 60% del total. La proporción de administrativos también es importante, con más del 33%. En conjunto, ambas categorías acaparan el 94% del personal que se encarga de la información en los centros asistenciales.

Esta circunstancia no hace más que confirmar el hecho de que la actividad informativa carece de personal específicamente preparado para el tema; se utiliza el de otras categorías existentes y de cualificación muy variada y ajena a la estrictamente informativa.

Sobre la cualificación de este personal para el tema informativo, hemos podido constatar, a través de los responsables de los centros que sólo en un caso se había realizado un curso de reciclaje y preparación para esta función, reduciéndose en los demás, en el mejor de los casos, a considerar las cualidades de la persona, principalmente considerando su amabilidad, simpatía y cualidades de buena relación externa.

La realidad, sin embargo, parece inclinar a pensar lo contrario, dado que el compartir funciones informativas con las de conserjería o portería, las convierte, con frecuencia, en contradictorias. La actitud frecuente de los porteros suele estar marcada por cierto grado de hostilidad, como consecuencia de su función de control, actitud que, sin duda, contamina, como todos tenemos experiencia, su función informativa.

En el caso de los administrativos, la sobrecarga de trabajo suele convertirse en un elemento contaminador de la acción informativa, tanto a efectos de su buena acción, como de actitud y disponibilidad.

En el apartado de otros, a excepción de algunos casos que se trata de personal de seguridad, la categoría del personal es la de relaciones públicas. Categoría que, a nuestro criterio, nos parece muy adecuada a la función informativa, así como escasa, a tenor del reducido número de los que existen.

Nos llama, también, la atención la ausencia de azafatas en este tipo de actividad, dado que, «a priori», sería una categoría muy cualificada para ello. Posiblemente esta ausencia se deba al alto coste de contratación y a los prejuicios sociales de relacionar esta categoría con situaciones de cierto lujo o alto status.

Como último tema de este bloque y, a nuestro criterio, muy importante, trataremos la documentación utilizada por este servicio. En primer lugar, queremos llamar la atención sobre el hecho de que, en el 22,6% de los centros existe algún tipo de infraestructura documental informatizada. Todos los responsables consultados expresaron el interés y la eficacia de este tipo de fondo documental y su intención de potenciarlo, en los casos en los que ya existía, o crearlo en los demás.

A pesar de lo anterior, constatamos que en el 77,4% de los casos existía, como principal fuente de documentación, una guía-manual de servicios a la que se unía un 58,1% de casos en los que la experiencia personal se convertía en soporte de documentación.

En el 25,8% de los centros se utilizaba, también, otro tipo de fondos documentales, particularmente relacionados con comunicados de organismos superiores en la dependencia del centro, la inspección médica, etc. En general, se comparten diferentes fondos documentales.

En cuanto a la existencia de soportes de documentación específica del centro, se constata que en el 61,3% no existe. En caso afirmativo, esta documentación se refiere en un 6,7% a alteraciones de servicios, 73,3% a recomendaciones al usuario, en el sentido de normas, derechos, obligaciones, etc., relacionados con los servicios prestados por el centro, así como al funcionamiento interno del mismo o recomendaciones para casos de emergencia y trámites o liquidación económica. Se produce, por lo general, acumulación de este tipo de documentación en pocos centros, que disponen simultáneamente de folletos, planos y normas, lo que suele coincidir con los grandes hospitales.

Como contrapartida, se constata que existe documentación no específica del centro en el 80,6% de los analizados. Su procedencia se refleja en la tabla siguiente:

Procedencia de la documentación informativa disponible en los centros asistenciales

PROCEDENCIA	NUMERO DE CENTROS				
	IN	CM	PR	TOTALES	%
Ministerio	38	2	0	40	23,2%
Consejería	40	0	2	42	24,4%
INSALUD	26	4	0	30	17,5%
Ayuntamiento	14	0	0	14	8,1%
Soc. Públicas	6	4	2	12	7,0%
Soc. Privadas	18	4	0	22	12,8%
Otros	12	0	0	12	7,0%
TOTALES	154	14	4	172	100%

A la vista de los datos, podemos decir que en muchos centros coexisten, simultáneamente, soportes documentales procedentes de varios organismos. Los centros dependientes del INSALUD son los más prolíferos en este sentido, mientras los privados resultan muy retraídos a la hora de aportar documentación procedente de cualquier organismo.

La documentación aportada por la Consejería de Sanidad es la más frecuente y aparece en un 24,4% de los casos en los que existe este tipo de documentación, seguida del Ministerio de Sanidad y Consumo con el 23,2%. Mientras del INSALUD la hay en el 17,5% de los casos, del Ayuntamiento sólo en el 8,1%.

Por su parte, se produce una diferencia importante entre la aportada por el tipo de Sociedades Públicas y Privadas, en favor de éstas últimas, cuestión que atribuimos a la mayor disposición de estas últimas a promocionar sus actividades y logros, tales como congresos, becas, investigaciones, etc.

En el apartado de otros, el 7,0% que engloba se distribuye entre el Ministerio de Educación y Ciencia, en relación con algún tipo de campaña sanitaria a realizar en los centros docentes de su dependencia, promociones publicitarias de cualquier tipo y documentación sindical sobre temas laborales o profesionales. Esta última partida representa la mayoría de la correspondiente a este apartado.

Observamos, además, que no existe, por llamarlo de alguna forma, corporativismo, es decir, que en los centros se incrementen la documentación procedente de su ámbito de dependencia. Esto nos hace pensar que la política informativa, en términos de documentación, se proyecta con carácter de cierta universalidad y que su presencia está más condicionada por el empeño difusor del organismo que la edita que por las características específicas de los centros incluida la de su dependencia orgánica y funcional. El contenido proyectado por dicha documentación se distribuye de la siguiente forma:

Contenido de la documentación ofrecida en los servicios de información, ajena a los centros asistenciales

CONTENIDO	NUMERO DE CENTROS				
	IN	CM	PR	TOTALES	%
Educación para la Salud	40	6	2	48	41,3%
Oferta de Servicios	28	4	2	34	29,3%
Encuentros científicos	16	2	0	18	15,5%
Publicitarios	12	0	0	12	10,3%
Otros	4	0	0	4	3,6%
TOTALES	100	12	4	116	100%

Como en el apartado anterior, los centros del INSALUD son los que más abundan en contenidos y lo hacen correspondiéndose con la mayor presencia de documentación. Realidad que se repite, a la baja, en el caso de los centros privados. Del mismo modo, y engarzando con el apartado anterior, vemos que es el tema de educación para la salud el que obtiene una presencia más alta, con un 41,3% y que al tratarse de un contenido de interés general, no se ve condicionado más que por los recursos en difusión y la respuesta de los centros.

La oferta de servicios, con el 29,3%, es un contenido que se presencializa, también, de manera significativa, sobre todo por el dinamismo informativo de los sindicatos, ya que gran parte de los mismos proceden de ellos y están relacionados con temas laborales y profesionales del sector sanitario.

Los contenidos relacionados con encuentros científicos, es decir, congresos, simposios, jornadas, acapara el 15,5% y se desarrollan, fundamentalmente, en carteles, trípticos o similares. La presencia de profesionales del centro en los mismos es uno de los condicionantes principales para este tipo de documentación y, en consecuencia, de contenido. Llama la atención su ausencia en centros privados.

Los publicitarios, con su 10,3%, representan un porcentaje importante, dada la naturaleza técnica del servicio. Sin embargo, es lógico, sobre todo a efectos de publicidad farmacéutica, dada la concurrencia a los centros de los visitantes médicos. De todas formas, los contenidos publicitarios abundan más en temas inmobiliarios y de ocio, como pueden ser los viajes, bajo el efecto de los representantes sindicales.

El 3,6%, correspondiente a otros, está relacionado con contenidos muy dispares y variados, como pueden ser la seguridad vial, la prevención de incendios, etc. Normalmente se caracteriza por su interés cívico-social o de implicación remota en temas sanitarios. Está remitida por organismos, también, muy dispares.

3.3.3. VOLUMEN Y TIPOS DE INFORMACION DEMANDADA POR LOS USUARIOS

Una vez descritas las estructuras informativas existentes en los centros asistenciales, nos parece importante determinar su grado de actividad. Como es lógico, concretar su grado de actividad sólo resultará posible conociendo el volumen de las informaciones dadas.

El tema concreto de esas informaciones ha sido, también, objeto de atención en la presente investigación. Con ello podremos establecer la frecuencia de necesidades informativas que presenta el usuario cuando acude a los centros asistenciales y, desde ahí, inducir, si es posible, dónde se producen las mayores lagunas de formación-información en relación a las citadas prestaciones.

Como es lógico, los resultados nos darán claves importantísimas de cara a organizar, por ejemplo, los fondos documentales, las campañas y programas informativos, entre otros aspectos importantes.

Supuesta la falta de información en la comunidad de salud a diferentes niveles sanitarios, los resultados obtenidos en nuestro análisis pueden ayudarnos a deducir que la ausencia de demanda informativa en este tipo de estructuras se puede deber a su deficiente funcionamiento.

Antes queremos hacer una aclaración importante. No encontramos ningún centro que controlase el volumen de esta demanda informativa. Para corregir tal defecto propusimos como referente de cuantificación la media/día, a fin de que en el periodo de tiempo en el que se rellenaba el cuestionario, los interesados pudiesen hacer un seguimiento del tema y aproximarse a su verdadera realidad.

Sin lugar a duda, éste item, unido al de precisar el número global de puntos de información, ha resultado el más difícil de cumplimentar. Con ello, no se hace más que confirmar, como indicábamos anteriormente, la falta de control sobre este importante tema.

Ya en el terreno de los datos concretos, la media de demandas de información por día se sitúa, según las cifras aportadas por la totalidad de los centros seleccionados, en 35.230. Esta cantidad, dividida entre el número de centros muestreados, nos dan una media de 569 demandas por centro.

Nos encontramos, pues, ante una cifra nada desdeñable, aunque ese reparto estadístico, para nada se corresponda con la realidad. Determinados centros acaparan volúmenes tan importantes de demandas, que al hacer la media ésta se dispara en volúmenes muy por encima de los que corresponden a la mayoría de los centros.

Concretando sobre este particular, podemos decir que existen varios hospitales en los que la estimación de esa demanda diaria se sitúa en niveles superiores a las 3000. Nos referimos, como es lógico, a las demandas formuladas en los puntos establecidos de información, excluyendo las telefónicas y la propiciadas por la presencia de directorios, que se escapan a un control de estas características.

La media de demandas se sitúa en 1586 para los hospitales, 356 en los centros de salud, 296 en los ambulatorios y 39 en los consultorios. Como indicábamos, se produce, en todos los casos, una desviación importante respecto a las 569 demandas establecidas por la media global.

Como es lógico, la propia amplitud del centro y sus servicios determinará, no sólo el volumen, sino también el tipo de las mismas. Es decir, el tema sobre el que se demanda información será muy distinto en un consultorio, por ejemplo, y un hospital.

En el primero la información demandada se suele circunscribir a temas de horarios y situación de consultas, según el médico correspondiente o viceversa. En los hospitales, por el contrario, la diversidad resulta tan amplia como las posibilidades asistenciales y de servicios complementarios de los que dispone, así como sobre cualquier miembro de su amplia plantilla. En este último caso, el tema resulta demasiado complejo como para dejarlo en manos de personal no cualificado o sin los pertinentes fondos documentales.

Hemos querido, estableciendo un protocolo previo de contenidos, determinar el volumen de esas demandas por temas. Es cierto, que en un centro existencial se pueden producir todo tipo de demandas informativas. Pudimos verificar, tras consultar con personal de diferentes centros asistenciales, que los temas objeto de las mismas se limitaban a un bloque bastante reducido, calificándose el resto de meramente anecdóticas.

Fruto de esas consultas fue el protocolo anunciado, al que circunscribimos el enunciado de alternativas para el cuestionario. Estos fueron los resultados:

Distribución por temas de la media de demandas/día que se producen en los servicios de información de los centros asistenciales

CONTENIDO	DEMANDAS				
	IN	CM	PR	TOTALES	%
Local. de Servic.	6212	3020	360	9592	28,3%
Personal Sanitario	2188	706	480	3374	9,9%
Trámites Admin.	11338	1214	270	12822	37,8%
Rx, Analít., etc.	4346	1250	180	5776	17,3%
Serv. Apoyo Pacient.	112	114	76	302	0,8%
Serv. Complement.	1896	100	8	2004	5,9%
TOTALES	26.092	6.404	1.374	33.870	100%

Como puede observarse en la tabla, los trámites administrativos y la localización de servicios como habitaciones, consultas, etc., son los temas de información más demandados por los usuarios de los servicios asistenciales. En conjunto, alcanzan dos tercios de los mismos, es decir, el 66,1%.

El descenso que se produce en el caso de los centros privados en ambas partidas se puede deber, manteniéndose en límites razonables de proporción, a que los trámites administrativos suelen ser simples y de orientación previa al usuario.

Otro tanto sucede con la localización de los servicios, dado que el usuario suele estar acompañado por algún empleado del centro. En general, los centros privados, además de disponer de estructuras más simples y funcionales, previamente aportan bastante información, lo que facilita las cosas y reduce el número de demandas de información en los centros. Además, el trato humano y personalizado que se da en estos centros, supone, por parte del médico, generalmente, una fuente de información buena y amplia a estos efectos.

Sorprendentemente, nos encontramos con que los centros de la Comunidad reciben un número muy inferior en demandas relacionadas con trámites administrativos, respecto a los del INSALUD. Esto no parece normal, toda vez que los centros de la Comunidad son concertados y su tramitación de papeleo es superior y más compleja que en los centros del INSALUD.

La diferencia entre el 43,4% que este tipo de demandas alcanza en el INSALUD, frente al 18,9% con que lo hacen en los de la Comunidad, sólo se puede deber a que, al ser más compleja la tramitación, a los usuarios se les dé información previa y detallada sobre el particular o a que sus papeles de control administrativo vengan más elaborados de la asistencia primaria y la inspección.

El 9,9% global de demandas por personal sanitario, es decir, médicos, enfermeras, celadores, etc., nos parece muy bajo, en relación a las voluminosas plantillas que existen. En cualquier caso, resulta aceptable, en la medida que estas demandas suelen referirse al personal, en las relaciones ajenas a lo estrictamente profesional; esto es, que si alguien pregunta por la consulta del Dr. X, no se computa como personal sanitario, sino como localización de servicios.

La proporción se incrementa en el caso de los centros privados, donde esa relación personalizada y, con frecuencia de amistad, lleva a que la demanda enfatice la persona, por encima del servicio. Ello justificaría el citado incremento que, mientras en los centros privados se sitúa en un 34,9% sobre el total de demandas recibidas, en los del INSALUD sólo alcanza el 8,3% y el 11,1% en los de la Comunidad.

El tema de demandas por los servicios centrales, tales como RX, laboratorios de análisis, quirófanos, farmacia, etc., se mantiene en proporciones equilibradas y con volumen reducido. La razón es que este tipo de servicios suelen estar bastante bien señalizados, dado que son de frecuente uso. El 17,3% global que representan resulta bajo para el volumen de asistencias que diariamente realizan.

Las demandas relacionadas con cualquier tipo de servicios de apoyo al paciente, como pueden ser los asistentes sociales, los órganos responsables de canalizar quejas y reclamaciones, las solicitudes de visitar a miembros de la dirección como consecuencia de problemas importantes, entre otros, se difuminan en el total, como demuestra el 0,8% que representan sobre el total.

La realidad demuestra que existe un índice desmesurado de resignación frente a las deficiencias existentes en los servicios públicos. La sanidad no podía quedar fuera de ese sentimiento generalizado, tal y como lo demuestra el bajo índice de demandas de información sobre este tipo de servicios. La última parte del trabajo, la relacionada con la satisfacción, demostrará, si fuese muy alto el grado de satisfacción, que esa ausencia se debe a la falta de motivo de quejas y no a la citada resignación.

Sorprende, también, la gran diferencia que existe entre los centros del INSALUD y los privados y de la Comunidad, respecto a informaciones relacionadas con los servicios complementarios, tales como cafeterías, salas de estar, velatorios, capilla, WC, etc.

En el caso de los privados, con el 0,8% sobre su total parcial de demandas, la razón podría resultar clara, al no existir la mayoría de los citados servicios. La diferencia entre el 1,5% en los de la Comunidad y el 7,2% en los del INSALUD, no resulta fácil de explicar al disponer los centros de ambas dependencias idénticas infraestructuras en tal sentido.

Sólo se nos ocurre, en relación a lo anterior, pensar que la circunstancia de que los cinco centros dependientes de la Comunidad sean hospitales y dispongan en sus instalaciones de cafeterías, por ejemplo, en los múltiples de dependencia del INSALUD que no son hospitales y carecen de estos servicios, se demande información sobre ellas en el entorno. Este particular, sin embargo, no llegaría a justificar la abultada diferencia existente.

Vistos, en su conjunto, los datos demuestran que la información más solicitada por los usuarios se refiere a los elementos centrales de la asistencia sanitaria, es decir, a los servicios, propiamente dichos, y la tramitación administrativa. Es decir, sobre los dos aspectos fundamentales de la asistencia existe gran desinformación en el usuario.

Explicar esta peculiaridad nos llevaría, por un lado a la herencia de infraestructuras asistenciales desmesuradas, poco funcionales y parcheadas, en el sentido de añadidos más en función de los recursos disponibles que en la simplificación y fácil accesibilidad. También nos lleva a la conclusión de que existe poca o mala información estática, como directorios, rótulos, planos, etc. o que ésta resulta poco valorada y poco fiable para el usuario.

Por otro, a constatar la excesiva burocratización de la sanidad que lleva a una complejidad excesiva en tramitaciones y papeleos, tanto a nivel administrativo, propiamente dicho, como en su interacción con el asistencial sanitario.

El modelo informativo relacionado específicamente con los servicios centrales, podría ser limitado a aquellas áreas de asistencia que le superan de manera importante en el volumen de demanda de información sobre las mismas.

3.3.4. ESTRUCTURAS INFORMATIVAS DE FUNCION MEDIADORA Y RELACIONADAS CON PRENSA

Hemos insistido, con frecuencia, en la importancia de los medios de comunicación social y su función mediadora en cualquier proceso importante del acontecer social. La prensa, con su mediación, convierte en producto cultural-masivo áreas de la realidad y del conocimiento que de otra forma sólo estarían al alcance de núcleos reducidos de la comunidad.

Esa mediación debe ser bien entendida, en el sentido de que su manipulación sólo será instrumental, en soportes específicos; multiexpansiva, en sentido de romper las limitadas barreras de difusión existentes, a expensas de las posibilidades y recursos naturales; y formal, al desentrañar la complejidad técnica para adaptarla a la comprensión de cada público en particular.

Esta manipulación, sin embargo, no debe afectar a los contenidos. El acontecer, las ideas, los conocimientos reflejados en los medios de comunicación social son o, al menos, deberían ser la descripción de su verdadera realidad. Incluso, siguiendo criterios de la teoría científica

de la información periodística especializada, la función descriptiva de los medios debería implementarse con la interpretativa, contextualizando los contenidos en su causalidad y efectos.

Esta última posibilidad, como es lógico, pasa por un requisito muy importante, que es el de contar con periodistas especializados en las diferentes áreas del conocimiento. Su cualificación se convertiría en garante de veracidad, rigor y efectividad para esa interpretación.

Desde lo anterior, queda claro que la función del periodismo no es la de inventar contenidos, sino transmitirlos después del pertinente procesamiento técnico, destinado a convertir los contenidos originarios en producto informativo de interés y comprensible para la audiencia concreta a la que se destinan.

La incidencia social de la sanidad queda fuera de toda duda y su presencia en los medios de comunicación social será objeto de análisis amplio y monográfico en el capítulo siguiente. Ahora bien, dado el tema puntual que tratamos, nos parece importante determinar las estructuras informativas, en relación con prensa, que existen en el ámbito de la sanidad asistencial.

Mediante este análisis queremos precisar la atención que la sanidad técnico-asistencial ofrece a la prensa y desde ahí deducir si es la que corresponde a su peso específico en el ámbito global de la sanidad y a su incidencia cualitativa y cuantitativa en la comunidad de salud. Podremos, además, establecer la adecuación de estas estructuras a la presencia e interés que las fuentes técnico-asistenciales, propias de este ámbito, tienen en los medios de comunicación social. Es decir, si el nivel de canales que unen esas fuentes primarias con los profesionales de la información son suficientes y adecuadas.

A la vista de los resultados obtenidos en los cuestionarios, el punto de partida no parece confirmar, los supuestos anteriores. En teoría, ninguno de los centros analizados tienen, establecido orgánicamente, gabinete de prensa. Esto es, no existe reconocimiento oficial y administrativo del mismo.

La práctica, sin embargo, nos ha llevado a un reconocimiento funcional del gabinete de prensa en 5 de los 62 centros analizados. De esta forma, podemos afirmar que algo más del 8% de los centros dispone de estructura informativa destinada a canalizar sus relaciones con los medios de comunicación social. En realidad, sólo computamos tres, dado que el existente en los centros de la Comunidad era compartido por los tres que reconocían su existencia.

En todos los casos, la estructura del gabinete de prensa no aparecía diferenciada, sino inserta en otros ámbitos de actividad. En dos casos lo hace adscrito al departamento de Relaciones Públicas y en uno a la Dirección Médica. Su dependencia orgánica y funcional se establece, en dos casos, de Gerencia y, en uno, de la Dirección Médica.

A nivel de presencia, queremos matizar que, a pesar de que sólo existen cinco centros que reconocen la función del gabinete de prensa, en realidad, muchos, particularmente los hospitales, admiten la existencia de esa actividad y la de canales particulares y espontáneos de

funcionamiento. En tales casos, cuando existe el departamento de Relaciones Públicas, es él quien asume tal función; de lo contrario, las direcciones médica y administrativa se la reparten en razón de los contenidos demandados.

Esto no hace más que confirmar la necesidad de establecer oficialmente esa función, dado que existe en el ámbito de la sanidad asistencial una demanda importante de información por parte de los medios de comunicación social.

Antes de establecer cuantitativamente esa demanda, queremos analizar el personal responsable de ejercer esa función, así como el resto de sus recursos. En cuanto al personal, podemos decir que existe un total de 8 personas a repartir entre los 3 gabinetes existentes. Curiosamente, uno de ellos asume 5 del total, otro 2 y el tercero uno. El que cubre los tres centros de la Comunidad sólo dispone de dos personas

En cuanto a la categoría y cualificación de estas personas, diremos que sólo existe un periodista, reciclado de otra actividad del centro, al que no se ha reconocido, administrativamente, su cualificación y función. Dos son médicos, que comparten esta función con las propias técnico-profesionales, cuatro relaciones públicas y dos administrativos, uno a nivel de jefatura de negociado y otro de auxiliar.

Exceptuando al periodista, los demás comparten las funciones de prensa con otras, próximas, en el caso de los relaciones públicas, y lejanas, en el de los médicos. Es decir, nos encontramos ante un claro reconocimiento práctico minusvalorado de la información y relaciones con los medios de comunicación social, a efectos de personal y de su cualificación específica.

En cuanto a los recursos materiales, en ningún caso existen como diferenciados para el tema prensa. Se comparte espacio y aparataje con el departamento de Relaciones Públicas, en dos casos, y la Dirección Médica, en el tercero. Son estos servicios los que prestan su infraestructura y recursos y en todos los casos, quienes figuran con entidad en los organigramas, planos de servicios, etc.

Sobre el tema de las demandas de información a estos centros por parte de la prensa, en un principio, se pensó utilizar, como sistema de control, la proyección del centro en los medios. En dos casos, esta proyección estaba respaldada por un boletín diario. Los citados boletines, sin embargo, se realizaban, sólo, con un número muy limitado de medios, por lo general periódicos y revistas de información general y difusión nacional, por lo que en ningún caso reflejaban la realidad de esa demanda.

Además, los medios audiovisuales, cuya difusión e incidencia es significativamente más alta, eran controlados, sólo, en caso de informaciones muy impactantes, negativa o positivamente, para el centro. Se descartó, pues, este sistema de control, ya que dejaba fuera un vector muy importante de los medios.

Los datos aportados por el cuestionario, sobre este particular, son estimados por los responsables de las relaciones con los medios en los citados 5 centros, tal y como nos lo han hecho saber.

Hay, sin embargo, una excepción: el periodista disponía de los datos estadísticos relativos al tema y correspondientes a varios meses anteriores. En la citada estadística se incluían, indistintamente, las demandas y las ofertas de información periodística, sólo a efectos de presencia real y difusión en los medios. Las demandas fueron extraídas con el máximo rigor de la estadística global. Esta es la tabla de resultados, computados todos los centros:

Frecuencia y distribución temática de la demanda de información de la prensa a los centros asistenciales (período de un mes)

TEMATICA	DEMANDAS				
	IN	CM	PR	TOTALES	%
Sucesos	53	61	0	114	11,8%
Salud de usuarios	112	181	0	293	30,3%
Alteración Servicios	57	5	0	62	6,4%
Laboral	39	21	0	60	6,3%
Innova. Tecnológ.	109	53	0	162	16,9%
Entrevistas a Pers.	84	42	0	126	13,1%
Datos Estadísticos	27	102	0	129	13,4%
Otros	8	10	0	18	1,8%
TOTALES	489	475	0	964	100%

A la vista de los resultados, observamos que se produce un gran equilibrio en la demanda a los centros dependientes del INSALUD y de la Comunidad. Desconocemos, sobre este particular, la existente en centros privados, al carecer éstos de departamentos de prensa y de mecanismos de control para este tipo de demandas.

Se deduce, sin embargo, que, en la práctica, los centros privados se moverán en parecidos niveles, sobre todo en algunas partidas, como sería la de salud de usuarios, dada la concurrencia a los mismos de personajes famosos y en la de entrevistas, particularmente a médicos famosos, que desempeñan su función en los centros de esta dependencia.

El 30,3% de demandas relacionadas con la salud de usuarios, dobla, casi, al tema siguiente en ser objeto de las mismas; es decir, al de las innovaciones tecnológicas, quienes alcanzan el 16,9%. Esta circunstancia, al acumular en conjunto el 47,2 de la demanda global, sitúa el tema en la lógica natural del ámbito en que acontece, esto es, el de la sanidad asistencial.

Además, se demuestra el interés de los profesionales de la información por las fuentes primarias, es decir, el contacto con la realidad a la que se refiere la información.

En lo referente a la salud de usuarios, es decir, ingreso y evolución de famosos, accidentes, epidemias, atentados, etc., el tema de los partes médicos sirve de instrumento institucionalizado para canalizar la información oficial del centro. Este tema resulta muy curioso en formas y fondos, como veremos en apartados siguientes en el que lo trataremos como fuente importante de la información sanitaria en los medios de comunicación social.

Su frecuencia puede ser la causa del alto porcentaje que experimenta esta partida, toda vez que dichos partes surgen en respuesta a la demanda de los medios y se canalizan a través del gabinete de prensa o de la persona responsable de las relaciones con los medios. Cuando no existe estructura de prensa, será el máximo responsable médico del centro quien determine su forma de difusión, en el caso de optarse por la ejecución del oportuno parte.

En cuanto a las innovaciones tecnológica, tenemos que decir que es un tema que está incrementando significativamente su presencia en los medios, sobre todo, al hilo de secciones y suplementos relacionados con ciencia y tecnología. La tecnología sanitaria puede considerarse como muy avanzada e innovadora, lo que la convierte en particular objeto de atención para la prensa. Esto, unido a las expectativas que satisface y genera, le otorga un interés social excepcional.

La aproximación en los porcentajes ofrecidos por los temas estadísticos y de entrevista, se justifican porque en la mayoría de los casos ambos elementos van muy unidos. Los datos estadísticos suelen adornarse, casi siempre, con la opinión de expertos que ayudan a interpretarlos. De esta forma, unos y otros contenidos aparecen bastante relacionados en los medios, relación que parece confirmarse en la identidad de los porcentajes reflejados.

La rara frecuencia que ofrece la realidad asistencial en su modificación de servicios y la conflictividad laboral, también parecen quedar reflejadas en su volumen parcial de demandas. Son temas que desbordan los contenidos en la prensa, pero suelen hacerlo fluctuando entre grandes lagunas y grandes congestiones, al hilo de su acontecer. El cierre de servicios, las alteraciones en los mismos, su traslado, etc., suelen desencadenar una densa oleada de presencia en los medios, como suele suceder con la conflictividad laboral, mientras dura.

Los sucesos en el ámbito sanitario, también son objeto de una atención significativa, como se deduce del 11,8% que engloba, respecto al total de las demandas. La diversidad de este tipo de contenidos puede, de alguna forma, justificar ese volumen, en la medida en que en un ámbito tan amplio como el de la sanidad asistencial, pueden concurrir cosas raras y de toda naturaleza. Desde la fuga de un preso, pasando por la presencia de una rata o cucarachas en instalaciones sanitario-asistenciales, hasta suicidios, robos, etc., el campo ofrece un abanico completo de posibilidades para este contenido.

En el apartado de otros, los responsables han reconocido que, en la mayoría de los casos, se trataba de la demanda procedente de los medios audiovisuales para obtener soporte de imágenes con que ilustrar informaciones sanitarias.

A efectos cuantitativos globales, tenemos que reconocer que se trata de una demanda importante, si consideramos la excepcionalidad que experimenta este tipo de estructuras y que, la mayoría de la información sanitaria que barajan los medios procede de fondos documentales y de fuentes personales del profesional periodista que la firma.

Cualitativamente, las casi mil demandas, en el periodo de un mes, tienen una lectura muy positiva y optimista, en términos tanto informativos, como formativos. No resulta posible estimar la difusión real de los contenidos procedentes de tal volumen de demandas, pero se puede afirmar que la han tenido, ya que suponen una media superior a las 32 por día, de las cuales, es seguro que entraron 2/3 de las mismas en el contenido difundido por los medios.

Otro tema recogido por el cuestionario es el de las publicaciones editadas por las instituciones asistenciales. En tal sentido nos encontramos con la existencia de tres: dos periódicos y una revista. Los periódicos eran editados por centros dependientes del INSALUD, concretamente, por los hospitales «La Paz» y el «12 de Octubre», mientras la revista pertenecía al «Hospital Psiquiátrico», dependiente de la Comunidad.

Los nombres de las publicaciones, en el caso de los del INSALUD, coincidían con el del centro respectivo, mientras que la revista aparecía como «Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria».

En todos los casos no existía periodicidad rígida, fluctuando entre la mensualidad y la trimestralidad, sin otro criterio que la propia disponibilidad y recursos para su ejecución, como veremos al hablar de la redacción de las mismas. Las tiradas, por su parte, son bajas y adaptadas a cifras ligeramente superiores a las plantillas del centro en que se edita. Este particular nos aproxima a la definición de sus destinatarios.

Siempre, los destinatarios principales son los propios trabajadores del centro, aunque al utilizar como sistema de distribución el depósito en lugares claves de circulación del personal, la publicación queda, también, al alcance de los usuarios. En todos los casos, la publicación se distribuye a la prensa sanitaria y a los periodistas que cubren, habitualmente, estos temas. En el caso de «Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria», sus 700 ejemplares de tirada alcanzan, también, a los estudiantes de esta especialidad médica.

En cuanto a la redacción, uno de los periódicos y la revista, la tienen en el propio centro y con personal del mismo, mientras el otro periódico se hace por contratación de una empresa ajena al centro y especializada en publicaciones periodísticas. En el caso de los primeros, no se puede hablar de redacción, propiamente dicha, ya que es una única persona la que se encarga de todo el proceso de redacción.

Al compartir esta actividad con otras, el periodista, en el caso del periódico editado por «La Paz» queda expuesto a la eventualidad del tiempo de este profesional y, por supuesto, a la disponibilidad de recursos económicos para el mismo, dado que no está contemplado como partida presupuestaria oficial y propia. Otro tanto sucede con la revista. Su realización, a todas luces artesanal, depende de la iniciativa, disponibilidad y recursos del Director de dicho centro.

Dos de las tres publicaciones incluyen en sus páginas algún tipo de publicidad. Como es lógico, éstas se corresponden con las que se elaboran en el propio centro sin partida presupuestaria específica. El contenido publicitario se circunscribe sólo a tres sectores: laboratorios, grandes empresas comerciales y banca y servicios.

Los ingresos por publicidad suelen cubrir las partidas importantes del coste de edición, cubriéndose el resto con flecos procedentes de diferentes ámbitos y que están relacionados con la relaciones externas, difusión cultural o similares.

En buena lógica, deberían existir bastantes publicaciones de este tipo, dada su efectividad para hacer copartícipes a las plantillas de la gestión y marcha del centro, con la buena repercusión que ello tiene en la motivación y efectividad profesional, tal y como han demostrado lo expertos en publicaciones institucionales o periódicos de empresa.

El requisito es que se hagan de manera seria y objetiva, evitando la natural tentación de convertirlos en plataformas de autocomplacencia de los equipos directivos o de promoción pseudoperiodística de la propia gestión. Este particular, puede convertir la efectividad positiva de las mismas en negativa muy potenciada.

Hay que admitir, como reflexión razonable, que la muestra de publicaciones obtenida refleja más una opción de buena voluntad e intenciones que resultados efectivos y fiables o modelos a seguir, salvo en el sentido de iniciativas a seguir, pero de manera oficial e institucionalizada.

La disponibilidad de recursos estaría garantizada por la vía publicitaria, mediante la gestión oportuna, dado que sectores muy fuertes en este tipo de promoción, como son los laboratorios, encontrarían por este sistema un buen soporte para el mismo. Además, en publicaciones de estas características entrarían contenidos publicitarios de todo tipo, dado que sus destinatarios representan un colectivo profesional de buena cualificación media y alto poder adquisitivo.

3.4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Basándonos en los datos anteriores, haremos, a continuación, un perfil de las estructuras informativas existentes en las instituciones sanitarias asistenciales. Algunas reflexiones previas nos ayudarán a encuadrar este perfil en su dimensión de utilidad y, lo que es tan importante, en el inevitable marco de un concepto integral de sanidad.

Somos conscientes, aunque sea repetir, de que la realidad sanitaria es algo muy complejo y disperso; de que cualquier diseño piloto aproximará a las realidades concretas, pero no podrá identificarse matemáticamente con ellas; de que existen otras variables importantes y ajenas que deberán ser consideradas, tales como las socio-económicas, para que el diagnóstico de esa realidad genérica sea válida a la hora de aplicar programas efectivos de salud.

Existen multitud de estudios relacionados con todo tipo de circunstancias por las que se ven afectadas las instituciones sanitarias, en general, y las asistenciales, en particular. Existen, también, estudios y análisis sobre las peculiaridades específicas de los diferentes núcleos geográficos en los que se encuentran insertas: epidemiológicos, culturales, económicos, etc.

La prioridad que se dé a unas u otras de estas variables, condicionará de manera significativa la orientación de los programas y sus resultados se verán condicionados por el acierto o fracaso a la hora de elegirlos. Algo salta a la vista: ningún programa se ha podido realizar hasta estos momentos considerando, junto a otras importantes, la variable información en su sentido integral.

Aquí es donde radica la actualidad e interés del presente trabajo, que sin pretender ser exhaustivo, sí conseguirá aproximarnos a ese perfil anunciado y desde él, considerar su adecuación o inadecuación a la realidad, es decir, a las necesidades y expectativas de la comunidad de salud en la que cumple su función.

Lo que pretendemos, en resumen, es aportar datos significativos y útiles, que permitan una visión integral de la sanidad. Por lo que al presente trabajo se refiere, los datos afectan de manera prioritaria al tema informativo y, parcialmente en este capítulo, a las estructuras informativas existentes en el seno de las instituciones sanitarias asistenciales.

Además, el planteamiento presenta la novedad de que tales estructuras son estudiadas, creemos que por primera vez, desde el punto de vista de su proyección hacia el usuario, bien de manera personal y directa, bien mediatizada por los medios de comunicación social.

Tras estas consideraciones previas, pasamos a ofrecer el perfil anunciado. Todos los centros asistenciales disponen de un servicio de información al paciente-usuario. Las características genéricas de este servicio son: en todos los centros existe información telefónica que, en la gran mayoría de los casos, es atendido por personal que comparte esta actividad con otras funciones, particularmente administrativas o las propias del personal subalterno.

En realidad, la variable dependencia no aporta diferencias significativas sobre el particular. Es decir, no encontramos aspectos que distingan estas estructuras informativas según dependan del INSALUD, la Comunidad o sean Privados. Otra cosa es la variable tipo de centro, en función de la cual sí se producen diferencias importantes.

La funcionalidad y formalidad del servicio de información es distinto, según se trate de un consultorio o de un hospital, por ejemplo. La amplitud física y el volumen de asistencias y servicios asistenciales condicionará de manera importante su planteamiento. En realidad y como norma general, no es así, de forma que el modelo del consultorio, donde una misma

persona hace de telefonista, conserje, portero e informador, se traslada al hospital, con la única diferencia de que en éste serán varias personas, en idénticas condiciones.

Se reconoce, pues, la existencia de un servicio de información directa al público, pero sólo en casos excepcionales existe con estructura física expresa y diferenciada. El servicio de información aparece, casi siempre, como unidad, insertado y compartiendo el ámbito físico de otras actividades, como puede ser administración o recepción. Su localización siempre coincide con zonas muy próximas al acceso principal del centro y rara vez aparecen otros en plantas.

Dependiendo, de manera prioritaria, de Gerencia o la Dirección Médica, las personas que lo integran suelen ser subalternos o administrativos. Se trata de personal a quien se asigna la función informativa, que comparte con otras de distinta naturaleza, particularmente de conserjería, administración o telefonía.

La experiencia personal y las guías de servicios suelen ser los soportes documentales más frecuentes y utilizados por estos servicios de información. Con frecuencia existe, además, documentación destinada a las personas que demandan información. Esta documentación rara vez pertenece al propio centro, siendo sus principales proveedores la Consejería de Sanidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD, por orden de más a menos.

El contenido de la documentación entregada a los usuarios está relacionado, sobre todo, con educación para la salud y oferta de servicios.

La señalización, por su parte, siendo abundante en rótulos nominativos de personal y servicios «in situ», es bastante deficiente en directorios que presenten estructuras lógicas de localización y desplazamientos. Casi siempre existe la señalización preceptiva de emergencia.

Cotejado este perfil real de estructura informativa con el objetivo teórico de la misma, en el sentido de funcionalizar, rentabilizar y agilizar la asistencia sanitaria, encontramos importantes disfunciones. La cuantía y cualificación de los elementos que integran estos servicios resultan cuestionables por razones de provisionalidad, desatención, descontrol, marginalidad y ausencia.

Además, no se adecúan a las necesidades puntuales establecidas por la propia demanda, ni a la dimensión cualitativa que su operatividad supondría para objetivos más amplios y profundos en el terreno de la educación sanitaria. Por lo general, la consideración institucional de que es objeto la información en estos ámbitos está más orientada a los aspectos educativos que a atender la necesidad puntual que subyace a la persona que va a ser objeto de una prestación asistencial.

La experiencia negativa que conlleva una atención dificultosa, insegura y demorada, por falta de adecuados sistemas de información, repercutirá negativamente en el interés y compromiso con los contenidos educativo-formativos vinculados a la institución que los asocia.

La educación y formación a este nivel es importantísima y de gran potencialidad efectiva, pero su efectividad profunda queda supeditada a la satisfacción-insatisfacción que produce la atención, es decir la institución en todas sus prestaciones. En relación con éstas, no podemos olvidar que junto a las médicas, las informativas resultan las más personales, vivas, directas y resolutivas. Su buena ejecución será un aliciente y excepcional soporte para cualquier otro mensaje.

En cuanto a la existencia de estructuras orientadas a fomentar y positivizar la acción mediadora de la prensa en este ámbito, se constata su inexistencia generalizada. Las excepciones, es decir, los centros que disponen de gabinetes de prensa o publicaciones, lo hacen más bajo el auspicio e iniciativa de personas concretas y responsables puntuales, que por el reconocimiento institucional de esta función.

Como consecuencia de lo anterior, las estructuras existentes en este sentido se caracterizan por la provisionalidad, falta de recursos de todo tipo y desprofesionalización. Los pocos que existen están integrados por personal no especializado técnicamente en este tipo de actividad. Sólo en un caso existe un periodista, por lo que el personal que cumple esta función tiene otra cualificación profesional, compartiéndola con otras actividades, particularmente, la medicina y las relaciones públicas.

En el primer capítulo del trabajo quedó clara la importancia que tiene la comunicación institucional, así como la necesidad de una cualificación muy específica y compleja. Su efectividad, en buen proceso de ejecución, es incompatible con realizaciones improvisadas, puntuales o de mera buena voluntad. Es una actividad de objetivos, muchos de los cuales son a medio-largo plazo, y su realización entraña la elaboración de programas serios y coordinados.

La coordinación centralizada del tema, argumento que se esgrime a la hora de justificar la inexistencia o deficiencias de estas estructuras, es un argumento más demagógico que racional y realista y, por supuesto, muy contaminado de variables de interés político.

Este sistema informativo centralizado contradice la misma esencia de la información periodística, pues supone una demora que la prensa no puede soportar, al ser esclava de los imperativos de la actualidad y la inmediatez. Pierde la viveza, espontaneidad y naturalidad de las fuentes primarias, como consecuencia de esa mediación institucional y oficial.

La inmediatez y la naturalidad resultan requisitos importantes para que la información sanitaria interese y cale en las audiencias. No olvidemos que la sanidad representa y está relacionada con experiencias personales de profunda vivencia. Esta circunstancia convierte la asistencia sanitaria en elemento cargado de profundas connotaciones afectivas y desposeído de las racionalidades frías que subyacen a la burocratización administrativa.

El interés de la prensa por los temas sanitarios está garantizado, así como su aceptación por los públicos, siempre que se adecúe en forma y contenido al substrato de vivencias afectivas que les caracterizan. El interés humano, aspecto que analizaremos en el siguiente capítulo, será un factor decisivo para conectar el incuestionable interés genérico de la sanidad con los intereses inmediatos y personales de las audiencias.

Ese interés se pierde en la mediación oficial y exige un contacto directo con la realidad asistencial. Se impone, pues, la existencia de estructuras orientadas a facilitar, potenciar y positivizar la mediación de la prensa en el importante objetivo de crear pautas culturales saludables.

Otro tanto sucede con las publicaciones institucionales, cuya labor de incentivación puede resultar bastante alta, siempre que se haga de forma adecuada, objetiva y profesional.

Se impone, pues, una revisión del sistema. Esta revisión pasa por remodelar los programas sanitarios, en general, y los informativos, en particular, con objeto de integrar en los mismos proyectos que consideren, en su verdadera dimensión, las estructuras informativas existentes en las instituciones sanitarias.

Nos referimos, en concreto, a la necesidad de crear estructuras informativas en los centros asistenciales que tengan capacidad para cubrir las necesidades puntuales del usuario de forma personal y directa o, bien, mediatizada por la acción de la prensa.

Conseguirlo pasa, necesariamente, por la adopción de algunas medidas importantes, tales como incluir y considerar este aspecto, de manera expresa, en los programas integrales de información sanitaria. Esta exigencia de principio se concreta en otras mucho más pragmáticas y materiales como:

- Desarrollar esas estructuras con formalidad diferenciada y específica, adaptando sus recursos humanos y materiales a los volúmenes y tipología de las demandas concretas.
- Dotar dichas estructuras de personal cualificado y experto en acción informativa. Es decir, dotar estas estructuras, como cualquier otra del ámbito asistencial, de profesionales especializados.
- Consolidar la información puntual con fondos documentales sobre el centro y sobre otros aspectos de educación sanitaria de interés y utilidad, sobre todo, específicos de la comunidad de salud existente en su área de competencia.
- Diseñar y desarrollar un programa integral y coordinado de información estática, mediante el adecuado sistema de directorios, rótulos, señalizaciones de emergencia o cualquier otro, de los muchos existentes y contrastados como muy efectivos en este sentido.
- Desarrollar estructuras que permitan la efectiva canalización de la prensa a las fuentes primarias, sin más condicionante que la inmediatez y el interés de los públicos. En este tema, conviene considerar que, junto a la demanda e iniciativa de la prensa, deben desarrollarse programas de provocación de presencia en la misma, al hilo de la actualidad y del interés que ciertos temas tienen para la comunidad de salud.

- Crear, siguiendo los pertinentes criterios profesionales, publicaciones que permitan a las plantillas y usuarios sentirse partícipes de la gestión sanitaria que les afecta como profesionales o como pacientes.

Como es lógico, esta sugerencia de actuaciones pasa por el compromiso de los responsables, compromiso condicionado, siempre, a la disponibilidad de recursos y, con demasiada frecuencia, a la existencia de datos que fundamenten objetivamente esa necesidad y la justifiquen en estancias superiores de índole política.

Las sugerencias aquí expuestas quedan avaladas por los datos obtenidos en la presente investigación. La disponibilidad de estos datos era el objetivo inmediato de la misma, sin embargo, el objetivo mediato se orientaba hacia la posibilidad de su utilización en el desarrollo de programas concretos, por parte de los responsables sanitarios. A tal efecto, los datos han sido el único referente para el dictado de las citadas recomendaciones.

4. LA INFORMACION DIRECTA COMO ACTIVIDAD SUBSIDIARIA DEL PROFESIONAL SANITARIO

En el apartado anterior hemos dejado constancia de la situación actual de la información en los ámbitos asistenciales. Hemos analizado, en concreto, las estructuras destinadas a la información directa al usuario de las prestaciones asistenciales. Creemos, sin embargo, que en ese contexto existen otras fuentes de información de parecidas características que, a pesar de no estar institucionalizadas, son importantes cuantitativa y cualitativamente.

De entre todas esas fuentes, podemos citar dos, como más significativas: por un lado, los propios usuarios, en el lógico y natural intercambio de información. Las salas de espera en las consultas podrían ser el foro más representativo de este intercambio; y por otro, los profesionales sanitarios, en su respuesta a las demandas personales y directas de los usuarios sobre cuestiones ajenas a su competencia profesional concreta. El «abordaje» en pasillos, sería su forma más representativa.

Es el último de los bloques el que hacemos objeto de estudio e investigación en este apartado, y lo hacemos por tres razones fundamentales: la primera, por que conlleva, frente al intercambio de información entre usuarios, una dimensión de confianza y necesidad. Es decir, mientras los usuarios utilizan el intercambio de información como instrumento de relleno de tiempos muertos en las salas de espera, la información demandada, por ejemplo, a un médico en el pasillo responde a situaciones positivas de necesidad inmediata.

La segunda razón se refiere al hecho de que, frente a la dispersión y vaguedad de las informaciones intercambiadas entre los usuarios, la de éstos y los profesionales es muy concreta y abarcable en sus formas y contenidos. Es decir, dispone de un marco prácticamente delimitable.

La última de las razones estriba en que ese tipo de información tiene un coste de tiempo profesional que puede traducirse en términos de valoración. O lo que es lo mismo, que se produce una disfunción de tipo profesional con importantes repercusiones, incluso económicas.

4.1. PRESENTACION DE LA INVESTIGACION. INTERES, OBJETIVOS E HIPOTESIS

Es posible que el personal sanitario dedique tanto tiempo profesional a dar y recibir información, como al técnico específico de su competencia. No se trata de exageración alguna, sino de una verdadera necesidad, dado que la información resulta decisiva en el desarrollo efectivo de la actividad asistencial. Este caudal de información bidireccional puede presentarse con fórmulas institucionalizadas o bien de manera puntual, espontánea e imprevista.

Es el segundo de los bloques el que nosotros hacemos objeto de interés en la presente investigación, dado que sobre el primero existen bastantes estudios e investigaciones. Las historias clínicas y los informes médicos, como ejemplos más representativos de este tipo de información institucionalizada, han sido tratados desde innumerables perspectivas y por diferentes profesionales.

De esta forma, nuestro estudio se centrará en el flujo de información existente entre el profesional sanitario y el usuario de manera accidental y espontánea. Más en concreto, como anteriormente anunciábamos: en las demandas de información, por parte del usuario, a los sanitarios asistenciales sobre cuestiones ajenas a la relación concreta personal y profesional.

Cuantificar ese flujo de demandas, establecer su contenido, fijar sus parámetros temporales y la valoración que de esta modalidad informativa hacen los profesionales sanitarios, son los aspectos que constituyen el objeto de la investigación.

El interés de este estudio viene dado tanto por el importante flujo informativo que se produce en esta modalidad, como por el hecho de no existir estudios de idénticas características. La primera de las razones nos servirá de punto de partida para establecer nuestra hipótesis de trabajo.

La hipótesis de partida es la siguiente: en el marco de las instituciones asistenciales, existe un flujo importante de demandas de información, ajena a la relación persona técnica, por parte de los usuarios a los profesionales sanitarios; este tipo de información tiene un importante costo de tiempo profesional, por lo que es valorado negativamente por dichos profesionales.

4.2. METODO. POBLACION, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

Una vez demarcado el enfoque y campos concretos de la investigación, aspecto aclarado en el apartado anterior, nuestro trabajo se centró, tras elegir el método a utilizar, en definir la población y la muestra, los instrumentos de medida y el sistema de procesamiento de los datos obtenidos.

El método elegido y utilizado en la presente investigación es el propio de los trabajos de campo, tal y como se utiliza en ciencias sociales. Es decir, visitar el ámbito natural al que se refiere la investigación, anotar las observaciones relacionadas con el tema concreto de estudio, aplicar «in situ» los instrumentos de medida elaborados a tal efecto, y procesar e interpretar los datos obtenidos.

En nuestro caso concreto, visitar centros asistenciales, para obtener, por observación, datos relacionados con las demandas de información de usuarios a profesionales sanitarios, así como pasar, a un número representativo de éstos últimos, el cuestionario elaborado.

Según dicho proceso, el primer paso consistiría en definir la población objeto de estudio. Esta, a nivel potencial, coincidiría con todos los centros asistenciales existentes en la provincia de Madrid, mientras a nivel real se circunscribía a una Sectorial de los mismos, es decir, conjunto de centros asistenciales articulados en el entorno de un gran hospital, como garante de la atención especializada.

Desconociendo la composición y correspondencia de centros adscritos a las diferentes Sectoriales, elegimos al azar como población todos los centros asistenciales del Hospital General «Gregorio Marañón». Coincidió ser la 2a. Sectorial y estaba integrada, además del citado Hospital, por 2 Ambulatorios, 1 Centro de Salud, 13 Consultorios, 1 Unidad de Salud Mental y una Unidad de Psicoprofilaxis Obstétrica, como centros dependientes del INSALUD.

La muestra fue elegida al azar siguiendo el criterio de máxima proximidad al Hospital y que fuesen un Ambulatorio y un Consultorio, a los que añadiríamos otros dos, uno dependiente de la Comunidad y otro privado, para completar el número de la muestra establecido, a priori, en 5 centros asistenciales.

Al coincidir el «Gregorio Marañón» como dependiente de la Comunidad, sustituímos el centro correspondiente a esa dependencia por otro características no incluidas en los demás. Un hospital de apoyo, nos lo pareció y optamos por el centro más próximo que coincidió ser el H. «Del Niño Jesús». Como centro privado, la clínica «San Camilo» nos pareció representativa y válida, además de disponer de abundantes datos sobre la misma, en este sentido.

De esta forma la muestra quedó constituida de la siguiente forma: hospitales: Clínica «San Camilo» y H. General «Gregorio Marañón»; Consultorio: O'Donnell, 46; Ambulatorio: «Hermanos García Noblejas»; y Hospital «Del Niño Jesús».

En cuanto al H. General «Gregorio Marañón» debemos aclarar que, dada la extensión y dispersión de las infraestructuras de este centro, siguiendo el criterio de proximidad, elegimos el pabellón correspondiente a la especialidad de Gine-tocología y Neonatología, conocido popularmente como «La Maternidad de O'Donnell». De esta forma, siempre que citemos «Gregorio Marañón» nos referimos a la citada área y los datos se circunscribirán a la misma.

Plantilla, superficie, camas, asistencias y dependencia de la muestra

CENTRO	GM	HGN	O'	NJ	SC	TOTALES
CARACTERIST.						
Plantilla	488	179	34	796	245	1.742
Superficie	21	7	0,09	76	15	119.09 (*)
Nº de camas	180	0	0	294	241	715
Asistencias	25	380	216	554	124	1.299 (*)
Plantas	5	3	1	4	9	22

(*) Miles

GM = H. General "Gregorio Marañón"
 HGN = AN. "Hermanos García Noblejas"
 O' = CO. "O'donnell, 46"
 NJ = H. "Del Niño Jesús"
 SC = H.PR., Clínica "San Camilo"

La plantilla se refiere a la totalidad de las personas vinculadas laboralmente al centro, con independencia de su categoría y cualificación profesional. La superficie, por su parte, es entendida en términos absolutos; esto es, la superficie base, más la de todas sus plantas, cuando las tuviese.

En el concepto número de camas, incluimos tanto las médicas o clínicas, como las quirúrgicas, por supuesto, en los centros que las hubiese. Por lo que se refiere a las asistencias, en este apartado se integran, conjuntamente, las normales o de consulta y las urgentes.

Los citados centros se encuentran enclavado en 3 áreas diferentes de las 11 que existen en la Sección Territorial de Madrid: la 1, la 2 y la 8. En conjunto estas tres áreas tienen una cobertura de población próxima al millón y medio de habitantes. La plantilla de este conjunto por cada mil habitantes es de 5,8, lo que le sitúa por debajo de la media general de Madrid, establecida en 8,50 trabajadores.

Interpretando, ya, los datos reflejados en la tabla, podemos decir que esta muestra representa un 21,8% de la plantilla sanitaria existente en el conjunto de las tres áreas y cifrada en 7.977, que represente el 18,7% sobre los 42.651 trabajadores del sector existentes en la Sección Territorial de Madrid. El porcentaje de las camas es de 15,7% sobre el total del área que son 4.534, representando más del 30%, respecto de las 14.859 existentes en total.

Los anteriores datos tienen el interés de aproximarnos al grado de actividad que la muestra representa sobre el total de la población y en consecuencia su validez para el objeto de la presente investigación. Creemos, a este respecto, que tiene un volumen razonable de actividad asistencial y, en consecuencia de usuarios y profesionales sanitarios, como para que los datos obtenidos puedan ser representativos de la realidad que queremos interpretar.

Complemento de lo anterior es el hecho de conocer las plantillas de los citados centros según una distribución numérica por categoría y centro. La tabla siguiente refleja esos resultados.

Distribución de la plantilla por categoría y centro

CENTRO	GM	HGN	O'	NJ	SC	TOTALES	%
CATEGORIA							
Médicos	70	45	18	115	20	268	15,3%
A.T.S.	150	69	14	237	45	515	29,5%
Auxiliar Clínica	120	35	1	245	71	472	27,1%
Celadores	20	7	0	48	19	94	5,4%
Técnicos, RX, Lab.	10	12	0	32	16	70	4,1%
Subalternos	110	11	1	119	74	315	18,1%
Matronas	8	0	0	0	0	8	0,5%
TOTALES	488	179	34	796	245	1.742	100%

Como aclaración importante a este apartado diremos que en algunos centros la categoría de celador no existe y se denomina auxiliar sanitario. A efectos de cómputo hemos incluido en el bloque de celadores, el número de ellos que desempeñan la función sanitaria de los mismos.

En el apartado de subalternos, como es lógico, incluimos a todo aquel personal que no cumple función asistencial sanitaria técnica o médica, como son telefonistas, conserjes, limpiadoras, camareras, etc... Las puericultoras, por su parte, las hemos incluido en la categoría de auxiliares de clínica, que es su equivalente.

En cuanto a los datos reflejados en la tabla, podemos decir que nos serán de utilidad para validar los resultados, tanto de la observación como del número y la distribución por categoría de los profesionales que fueron entrevistados y respondieron al cuestionario, en proporción al total de la plantilla.

Como era de esperar, el colectivo más amplio está representado por el personal de enfermería, en su doble categoría de ATS y auxiliar, cuyo conjunto alcanza el porcentaje del 56,6%, superando, así, la mitad de toda la plantilla. El colectivo de médicos está representado de manera adecuada, dado que 3 de los 5 centros son hospitales y, en consecuencia de especialidades médicas, lo que significa que se reduce su número en proporción al que suele haber en los consultorios, por ejemplo.

Las matronas con el 0,5% representa el porcentaje más bajo. La recesión demográfica está produciendo una reducción progresiva de esta categoría

En cuanto a los instrumentos de trabajo y procedimientos, diremos que, además del pertinente cuaderno de notas, en el que anotamos las observaciones de interés para el tema en las respectivas visitas a los centros, elaboramos un cuestionario de cuatro ítems, relacionados, cada uno de ellos, con el respectivo tema de estudio propuesto para la investigación.

El procedimiento seguido fue: visitar los cinco centros, en la misma banda horaria, tres días sucesivos de la misma semana. El horario, coincidiendo con el de máxima actividad laboral, fue entre las 10 y las 13,30 horas y los días un lunes, martes y miércoles, seguidos y no festivos. El orden siempre fue el mismo y las leves alteraciones en los horarios se debió al diferente número de entrevistas. En ningún caso hubo alteraciones significativas a este respecto.

En esa banda horaria, los tres días, recorrimos todos los centros, siguiendo la principal ruta interna, a partir del acceso al mismo, hasta el final, y la respectiva vuelta. Cuando existían varias rutas, escogíamos la más concurrida, y cuando existían varias plantas, lo hacíamos por la escalera principal, hasta la última.

En el recorrido, además de anotar las observaciones de interés sobre el tema de estudio, formulábamos las cuatro preguntas del cuestionario al personal sanitario que nos encontrábamos en el recorrido, tras preguntarle su categoría profesional. En este tema, debemos precisar que se trataba, por razones lógicas de identificación, del personal con algún tipo de distintivo externo, tal como uniforme, placa de identificación, etc.

Sobre este particular, debemos hacer la puntualización de que, con frecuencia, resultaba imposible pasar el cuestionario a todo el personal circulante, ya que mientras estábamos haciendo uno, podían pasar otros profesionales. En tal caso, simplemente anotábamos el dato.

Una vez concluido este apartado del proceso, procedimos a estudiar y analizar los datos, a fin de poder interpretarlos y sacar las conclusiones pertinentes que confirmasen o negasen nuestra hipótesis. Pasamos, a continuación, a hacer la exposición e interpretación de los resultados obtenidos de tal proceso.

4.3 . DESCRIPCION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Dividiremos este apartado en dos bloques; por una parte la presentación de las observaciones y, por otro, los resultados del cuestionario. En cuanto al primero de ellos, tenemos que destacar que el conjunto del recorrido, incluido el desplazamiento entre los centros, se adecuó a lo previsto en horario, es decir entre las 10 y las 13,30 de la mañana. Dos de los días lo hicimos en tres horas y uno en tres horas y media.

En ningún centro tuvimos dificultades para acceder al mismo, es decir, no existía control de entrada. Sí existía, sin embargo, personal en recepción que, en todos los casos con el uniforme propio del personal subalterno de portería o conserjería. En un caso, una de las personas del servicio vestía uniforme sanitario.

La posición de este servicio era, en todos los casos, privilegiada en el sentido de enclave estratégico para ver las personas que accedían o salían del centro.

La localización del servicio de recepción, en dos centros coincidía con un mostrador, en otros dos con una dependencia, comunicada con el acceso al centro mediante la respectiva ventanilla, y en otro una simple mesa colocada en la entrada. En todas las recepciones aparecía, además del teléfono, diferentes documentos. En tres de ellos, coincidiendo con los hospitales, los documentos estaban relacionados con el control de ingresos. En el ambulatorio y consultorio eran guías de servicios, horarios, etc.

En dos de los tres centros aparecía el rótulo de «información» sobre la posición del servicio de recepción. En el resto no existía rótulo alguno. La entrada, exceptuando un centro, era siempre espaciosa y desde ella salían varias vías de acceso a las diferentes zonas interiores del edificio. Del mismo modo, pudimos observar que en todos los centros existía movimiento de usuarios y, en menor medida, de personal sanitario.

El movimiento de usuarios era constante, sin producirse aglomeraciones o vacíos cíclicos. En cuanto a las direcciones de circulación, siempre existía una más concurrida, lo que nos sirvió de criterio para optar por la que seguiríamos en nuestro recorrido de entrevistas. Esta realidad se correspondía con la información previa obtenida del personal de recepción en tal sentido.

Planteado el objeto de nuestra visita al personal de recepción, observamos como actitud inicial una cierta sospecha, tanto por la rareza del tema, como por la desconfianza implícita a las funciones de control que caracteriza a este servicio. Tras la pertinente explicación no hubo mayor problema e, incluso, en varios casos se ofrecieron a acompañarnos al despacho del máximo responsable del centro.

De los datos que deseábamos obtener, tales como plantilla, superficie, etc., en ningún caso el personal de recepción disponía de los mismos de manera exacta y fiable. Además nos indicaron que no estaban autorizados para facilitar tales datos.

Respecto al tema central de nuestra investigación, es decir, la demanda de información de usuarios a personal sanitario en tránsito por el interior del centro, preguntamos al personal de recepción sobre la frecuencia y motivos de la misma, según su criterio. Las respuestas fueron parecidas tanto sobre el motivo como la frecuencia. Para ellos existía un importante movimiento del personal sanitario por las vías de comunicación interna del centro.

En cuanto al motivo, todos coincidieron en admitir que a primera y última hora era más frecuente. A primera hora para recoger papeles y tomar café y a última, para visitar compañeros o llevar papeles. Sobre la pregunta de cual era el colectivo que, a su criterio se movía más, todos coincidieron en afirmar que el personal subalterno, dado que era el responsable de traer y llevar los papeles, aunque admitieron, también que las auxiliares de clínica y las enfermeras lo hacían con bastante frecuencia.

Respecto al colectivo médico y demás categorías profesionales no se pronunciaron por iniciativa propia. Al preguntarles en concreto por cada una de las consideradas en nuestra tabla, en todos los casos, exceptuando, los anteriormente citados de subalternos, auxiliares y A.T.S., lo calificaron de normal.

Durante el periodo que duró nuestra charla con el personal de recepción anotábamos el personal sanitario que veíamos pasar desde nuestro ángulo de visión, así como el de usuarios. En todos los casos hicimos coincidir este tiempo de observación con diez minutos y sólo en la primera visita. Estos fueron los resultados:

**Circulación de personal sanitario y usuarios por las proximidades
de la recepción del centro**

CENTRO	PERSONAL SANITARIO	USUARIOS	TOTAL
Gregorio Marañón	6	42	46
Hs. García Noblejas	5	21	26
O'donnell	1	6	7
Niño Jesús	9	53	62
San Camilo	4	19	23
TOTALES	25	141	164

En el cómputo incluimos, también, las personas, profesionales y usuarios, que se acercaron al servicio de recepción-información. Lo hicieron un total de 28, es decir el 17,07% del personal circulante. De ellos, 6 eran sanitarios y 22 usuarios.

El personal sanitario se acercó, en 1 caso para saludar al personal de recepción, en 2 para dejar unos papeles que debería distribuirse a los servicios, 1 para preguntar si habían visto a un compañero y los 2 restantes para dar algún tipo de instrucción, en concreto para que llamasen a conservación, a fin de subsanar una deficiencia de fontanería.

Los usuarios, por su parte, se repartían, casi por igual entre la orientación para la localización de servicios técnico-asistenciales y el lugar de los trámites administrativos. Dos preguntaron por personal sanitario y uno por la cafetería.

Cumplimentada esta parte, pasamos a hacer el recorrido, anteriormente anunciado, y a formular las preguntas del cuestionario al personal sanitario circulante que nos encontrásemos. Su distribución por categorías y centros queda reflejado en la tabla siguiente.

Distribución por centro y categoría del personal entrevistado

CENTRO	GM	HGN	NJ	O'	SC	TOTALES	%
CATEGORIA							
Médicos	5	2	3	2	4	16	20,7%
A.T.S.	9	3	5	2	5	24	31,3%
Auxiliar Clínica	6	0	4	0	6	16	20,7%
Celadores	3	1	0	0	3	7	9,1%
Técnicos. RX, Lab.	1	0	2	0	0	3	3,9%
Subalternos	2	1	3	0	2	8	10,4%
Matronas	3	0	0	0	0	3	3,9%
TOTALES	29	7	17	4	20	77	100%
VALORES	37,6%	9,0%	22,0%	5,2%	20,2%	100%	

Como observamos en la tabla, los hospitales, con un 79,8% acumulado, acaparan los porcentajes más altos de entrevistados. La razón puede ser la propia multiplicidad de servicios que existen en los mismos, lo que obliga al personal a moverse más entre ellos. Del mismo modo y, como se podía esperar, el consultorio es donde menos profesionales son entrevistados, dado que sólo disponen de consultas y los profesionales se encuentran en el interior de la mismas.

Por categorías, las enfermeras se sitúan a la cabeza con un 31,3%, que coincide con la proporción dada por las mismas en la plantilla de los centros. La razón puede deberse a que es el colectivo más numeroso en tres de los cinco centros.

Los médicos y las auxiliares de clínica, le siguen con idéntico porcentaje, produciéndose también una cierta desviación a la baja en relación a el total recogido en la muestra, dado que éstas últimas aventajan en 11,8 puntos a los médicos y suele ser un colectivo que se mueve mucho en el interior de los centros para traer y llevar aparatos clínicos, muestras, papeles, etc.

Del resto de las categorías, únicamente llama la atención el bajo número de subalternos, dado que representan sólo el 10,4%, frente al 18,1% del total en plantilla. La razón puede ser de que es un colectivo, alguna de cuyas fracciones importantes no están cara al usuario, dado que se encuentran en las cocinas, o sólo lo hacen en los horarios de comidas, como sucede con las camareras.

Llama la atención el alto porcentaje de matronas, que para nada se corresponde con su proporción en el total de la plantilla.

Por días, la distribución, en valores totales y sin desglosar por categorías, fue: el primer día 27, el segundo, 26 y el tercero, 24. En cuanto al sexo, 25 eran hombres y 52 mujeres, correspondiendo la mayor frecuencia de hombre con las categorías de médico, celadores y subalternos, y la de mujeres con A.T.S. y auxiliares.

Del total de personal encontrado y solicitado para responder al cuestionario, sólo 3 no accedieron, dos argumentando que tenían prisa y uno indicando que no lo hacía porque esas cosas no servían para nada. Estos profesionales se englobaron en el computo de aquellos a los que no se les pudo pasar el cuestionario por coincidir su paso con el momento de su realización a otro profesional. El total de los entrevistados fue de 77, sin contar los anteriormente citados, que no lo contestaron.

Cuando los profesionales circulaban en grupo se entrevistaba a todos los integrantes del mismo. Esto resultó bastante frecuente, sobre todo de dos en dos.

Esta circunstancia, hacía que la retención fuese, en ocasiones, superior a la que naturalmente exigía el pase del cuestionario. En realidad, se tardaba más en explicar el tema y su razones que en pasarlo y ellos responder. El tiempo, de esta labor no superó, en ningún caso, los cinco minutos, situándose la media por entrevista en algo más de dos minutos por profesional.

Como vimos en la tabla anterior el número total de entrevistados se sitúan en 77. Tras el oportuno estudio y procesamiento de sus respuestas, se obtuvieron los siguientes resultados, tomando como variable continua la categoría.

Para establecer el número medio de demandas de información, en los términos en que lo hacemos objeto de estudio, que ellos estimaban recibir diariamente, elaboramos una tabla de frecuencias o intervalos que iba de 1 a más de 5, en los siguientes bloques: entre 1 y 3, entre 4 y 5 y más de 5. Esperábamos que se produjese alguna respuesta, de forma excepcional, en el sentido de no recibir demanda alguna. No existió en la práctica ninguna, en tal sentido. Estos fueron los resultados:

Distribución media del número de demandas/día por categorías

DEMANDAS	1 - 3	4 - 5	Más de 5	TOTALES
CATEGORIA				
Médicos	12	3	1	16
A.T.S.	16	8	0	24
Auxiliar de Clínica	6	6	4	16
Celadores	2	2	3	7
Técnicos (RX, Lab...)	2	1	0	3
Subalternos	0	1	7	8
Matronas	1	2	0	3
TOTALES	39	23	15	77
VALORES	50,8%	29,8%	19,4%	100%

Todos los entrevistados reconocen ser objeto de demandas informativas por parte de los usuarios, sobre temas ajenos a su mutua relación profesional. Del total de los mismos, la mitad reconoce ser objeto de esas demandas entre una y tres veces cada día, siguiendo en cantidad a este bloque casi un tercio de los profesionales, que reconoce ser objeto de esa demanda entre 4 y 5 veces.

El valor más reducido resulta ser el tercero o superior a 5 el número de las demandas, aunque no falta de importancia ya que es un valor que admite el 19,4% de los entrevistados.

Por categorías, observamos que se produce una acumulación frecuencia en médicos y A.T.S en el primer bloque, es decir entre los que admiten ser objeto de entre 1 y 3 demandas, mientras que esa acumulación se desplaza al último de los bloques en el caso de subalternos y celadores.

El bloque intermedio es el más equilibrado en frecuencias reconocidas para todas las categorías, aunque no sea la de mayor volumen, en términos de valores absolutos, como ya hemos visto.

La tabla es contundente en términos de que existe un flujo de demanda informativa importante por parte de los usuarios hacia los profesionales de la sanidad en sus situaciones de tránsito por el interior de los centros asistenciales.

Dado que esa no es la función de los citados profesionales, la conclusión obligada ante tal situación es la de que ante la falta de adecuadas estructuras informativas en el seno de las instituciones asistenciales, el usuario busca otras fuentes subsidiarias de información que encuentra en los profesionales asistenciales.

En relación a los temas objeto de demanda preferente, dividimos estos en cuatro bloques: localización de servicios y habitaciones, personal sanitario, trámites administrativos y otros. Se produjeron los siguientes resultados:

Distribución y frecuencia de las demandas informativas

TEMA	SH	PS	TA	O	TOTALES
CATEGORIA					
Médicos	10	5	1	0	16
A.T.S.	20	2	2	0	24
Auxiliar de Clínica	14	1	1	0	16
Celadores	3	3	1	0	7
Técnicos (RX, Lab...)	1	0	2	0	3
Subalternos	4	1	2	1	8
Matronas	1	2	0	0	3
TOTALES	53	14	9	1	77
VALORES %	68,8%	18,1%	11,7%	1,2%	100%

SE = Servicios asistenciales y habitaciones
 PS = Personal Sanitario
 TA = Trámites administrativos
 O = Otros, tales como cafetería, salida ...

Como era de esperar, los valores más altos vienen dados por el tema relacionado con la localización de servicios y habitaciones, que es admitido por el 68,8% de los profesionales entrevistados. Esto demuestra la existencia de deficiencias en la señalización de servicio dentro de los centros asistenciales.

Sobre este particular, dado su interés informativo para el usuario, debemos admitir que se está haciendo un esfuerzo importante en señalización, por parte de los responsables de la gestión sanitaria. Los datos, sin embargo, demuestran que no se ha logrado mucho, aún, en el tema.

A bastante distancia, preguntar por personal del centro se convierte en el segundo tema más frecuente, reconocido por 14 de los 77 profesionales entrevistados. A continuación son los trámites administrativos el tema objeto de demanda, según reconocen 9 profesionales. La complejidad administrativa parece contradecir el que este tema no adquiera valores superiores.

La razón estriba, a nuestro criterio, en el hecho de que este tipo de informaciones suelen requerir tiempos muy superiores a los relacionados con la localización de servicios, por ejemplo, y que una experiencia negativa expandida intrausuarios ha recomendado reducir la utilización de los profesionales como fuente. Es decir, la negativa de estos a responder, aludiendo ignorancia, que, además, puede resultar real, o su indicación de que se dirijan al servicio de información, puede ser la causa de esta reducida presencia, frente a otras.

En el apartado de otros, la localización de la cafetería, en los casos que existe, es el aludido por el único subalterno que reconoció haber recibido demandas en tal sentido.

Cuantificar el tiempo que estas demandas exigen del profesional sanitario no es fácil, ni, por supuesto, matemático. El propósito era aproximarnos, lo máximo posible, a un valor de esa dedicación en tiempo estimado. A tal objeto establecimos tres bloques, para que los entrevistados nos indicasen el tiempo medio que, a su criterio, les llevaba cada información. Estos fueron las respuestas:

Tiempo medio estimado por el profesional para cada información

TIEMPO	- 1'	1 - 2'	Más de 2'	TOTALES
CATEGORIA				
Médicos	15	1	0	16
A.T.S.	18	4	2	24
Auxiliar de Clínica	12	3	1	16
Celadores	2	4	1	7
Técnicos (RX. Lab...)	3	0	0	3
Subalternos	1	4	3	8
Matronas	2	1	0	3
TOTALES	53	17	7	77
VALORES	68,8%	22,1%	9,1%	100%

En consonancia con la frecuencia de los temas demandados, el tiempo inferior a 1 minuto acapara la gran mayoría, como demuestra su reconocimiento por parte del 68,8% de los profesionales entrevistados. La información sobre localización de servicios no exige demasiado tiempo, de forma que está justificado el que la mayoría sitúen la media de tiempo en la banda inferior al minuto, al correspondencia con el citado tema.

El 22,1% reconoce que sus informaciones le llevan entre 1 y 2 minutos. Aquí se produce la máxima aproximación en número de profesionales de todas las categorías, exceptuando los técnicos, todas las categorías tienen representación y, casi todos, con frecuencias de 4 y 3 profesionales que admiten esta banda temporal de media por información.

Respecto a los profesionales que admiten más de 2 minutos, como media para sus informaciones, merece destacarse el que lo hacen 3 subalternos. Posiblemente, además del tema demandado que exija más o menos tiempo, el factor psicológico del respeto puede resultar un determinante para el mismo.

Al preguntar a un médico, por ejemplo, la respuesta es reconocida en conformidad a su categoría, cualificación y valor de su tiempo profesional. Este supuesto se reduce, proporcionalmente, cuando las categorías se sitúan en niveles descendentes, siguiendo criterios de cualificación. Significa esto que, cuando preguntamos algo a una limpiadora, por ejemplo, insistamos hasta tener muy clara su información, cosa que con el médico no hacemos. Además, mientras con el portero, limpiadora, conserje, podemos desarrollar una cierta conversación, al hilo de la demanda de información concreta y puntual, con el médico, la matrona, e, incluso, la enfermera, no lo hacemos. Esta puede ser otra de las razones de la diferencia en la frecuencia de tiempos por demanda, según la categoría.

Finalmente, nos interesaba saber el juicio de valor que los profesionales sanitarios daba a este tipo de información. Es decir, queríamos saber si les parecía bien, mal o, simplemente, les resultaba indiferente. Así se lo formulamos como pregunta, y estas fueron las respuestas.

Juicio de valor de los profesionales sobre las demandas de información no técnica

JUICIO	Positivo	Negativo	Indiferente	TOTALES
CATEGORIA				
Médicos	4	4	8	16
A.T.S.	10	8	6	24
Auxiliar de Clínica	12	2	2	16
Celadores	6	0	1	7
Técnicos (RX, Lab...)	1	1	1	3
Subalternos	7	0	1	8
Matronas	0	1	2	3
TOTALES	40	16	21	77
VALORES	51,9%	20,8%	27,3%	100%

A la vista de los datos, se constata que algo más de la mitad de los profesionales entrevistados (51,9%) reconocen que no les disgusta el ejercicio de su función subsidiaria de informar. Dentro del total de profesionales, por categoría, observamos, sin embargo, que ese juicio positivo prima sobre el negativo en enfermeras, auxiliares, celadores y subalternos; mientras el de indiferencia (27,3%), lo hace en el colectivo de matronas y médicos.

Los juicios negativos tiene cierta representación: algo menos de una cuarta parte de los profesionales sanitarios (20,8%) admite que les disgusta la solicitud de información por parte de los usuarios fuera del su ámbito de competencia y relación profesional.

De esta forma, la mayoría de los profesionales sanitarios asumen con un juicio de valor positivo su función subsidiaria de informadores. El 79,2% no la valora negativamente en el sentido de que le parece bien o, al menos, le resulta indiferente.

4.4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, resulta obvia la existencia de una función informativa subsidiaria en los profesionales de la sanidad asistencial. Esta función no es rechazada por más de tres cuartas partes de los mismos.

La anterior conclusión genérica nos aproxima a un aspecto muy importante de la información sanitaria, que no hemos encontrado recogida en ningún diseño de planificación o de directrices teóricas. Nos referimos a la inmediata, puntual y espontánea que los usuarios solicitan directamente de los profesionales en tránsito.

Por lo que respecta a la situación de los usuarios, es decir, a sus necesidades informativas, estas comienzan a ser objeto de atención, sobre todo, en aspectos educativos y preventivos, es decir, en todo aquello que permita reducir las situaciones de riesgo para la salud. Creemos, sobre el particular, que los responsables sanitarios están haciendo un gran esfuerzo y dándole, a este tema, el peso natural que le corresponde en la compleja realidad sanitaria.

Esta circunstancia, sin embargo, choca con las profundas lagunas existentes en las estructuras informativas, destinadas a satisfacer las necesidades puntuales del ciudadano, en su contacto con la realidad sanitaria asistencial.

No se trata de mera sospecha, la realidad lo demuestra con la contundencia con que ha quedado de manifiesto en las dos investigaciones anteriores.

El volumen de la sanidad asistencial es sorprendente. Las necesidades informativas, dado el creciente proceso de complejidad experimentado por esta realidad sanitaria en su doble vertiente médica y administrativa, se han disparado escapándose al control de la gestión sanitaria.

La Administración no ha sido capaz de encontrar respuestas satisfactorias a esta realidad y el usuario se enfrenta a la falta de estructuras institucionales con capacidad de responder a sus necesidades informativas puntuales.

La investigación ha demostrado como los usuarios, por iniciativa propia, palkan esas deficiencias y desatenciones, recurriendo a los profesionales, sobre todo, en situaciones de tránsito, para utilizarles como fuente de información. Todos los profesionales reconocen su existencia y lo hacen con valores bastante significativos, dado que, casi en un 20%, superan la media de más de cinco demandas por profesional y día, admitiéndose en más del 50% un volumen medio entre una y tres demandas.

Este modelo, efectivo para el usuario, dado su volumen y grado de generalización, viene a demostrar, sin embargo, la existencia de una importante disfunción en el sistema sanitario, en general, y en el informativo, en particular.

Se constata un trasvase inadecuado de competencias y el ejercicio de una función informativa subsidiaria por parte de los profesionales asistenciales.

A pesar de que esa función es, apenas, rechazada por los citados profesionales, su realidad tiene una lectura negativa para la operatividad misma del sistema sanitario asistencial y, desde él, para el sistema general. Dado el volumen de esta demanda, es lógico que se produzca una alteración funcional, en el sentido de la lógica relación programática tiempo-tareas. Si el tiempo se desplaza a otras funciones, ese desplazamiento repercutirá en la ejecución y calidad de las competencias para el que se ha establecido.

No se trata de una afirmación gratuita, dado que los resultados ofrecidos, en su extrapolación darían volúmenes muy importantes de tiempo dedicado por los profesionales asistenciales a tareas informativas. Estas, ajenas a su competencia técnica, deben tener repercusiones importantes para las tareas específicas y, en consecuencia, un coste económico que no sería difícil de evaluar, mediante la oportuna investigación.

A modo de conclusiones concretas, el estudio nos ha demostrado que, en el ámbito asistencial, existe un flujo importante de información espontánea y puntual demandada por el usuario a los profesionales sanitarios. Todos han confirmado su existencia y un 49,2% de los entrevistados estimando que ésta se produce más de 4 veces, como media, por profesional y día.

Esa información, como es lógico, se centra en los temas más específicos de esta realidad tales como localización de servicios asistenciales, trámites administrativos y el personal sanitario.

En cuanto al tiempo invertido por los profesionales en tal actividad, el 31,2% de los mismos consideran que cada una de las informaciones le lleva más de un minuto. A pesar de que no existe precisión, el multiplicar ese referente temporal por el número de demandas, los volúmenes generales alcanzarían valores importantes. A estos habría que añadir el tiempo inferior al minuto que el 68,8% estima invierte en sus informaciones, como media.

El tiempo profesional es muy costoso, como es bien sabido. La relación unidad-tiempo-coste por la totalidad invertida en información daría valores económicos nada desdeñables. Sirva de ejemplo los estudios que sobre el particular se han hecho a la hora de racionalizar económicamente el movimiento de papel administrativo en el ámbito técnico-asistencial o desplazamientos impuestos por la dispersión de servicios y aparataje.

La reducción de un papel para rellenar por parte del personal sanitario, por ejemplo, se ha estimado que supone reducciones de coste económico importantes.

En el terreno de la valoración, sorprende la aceptación positiva que este sistema informativo tiene entre los profesionales. Más de la mitad lo aceptan de manera satisfactoria y sólo a un 20,8% les merece una valoración negativa. La disfunción profesional, así como los costes en tiempo técnico, no parecen ser elementos de peso a la hora de inclinar el juicio de valor hacia el rechazo de esta fórmula.

Esta actitud puede reflejar el pragmatismo natural de los sistemas para resolver problemas inminentes y puntuales, por encima de la rígida división de funciones. En este caso concreto se trataría de un consenso tácito entre los usuarios y los profesionales, de cara a paliar las deficiencias institucionales en este tipo concreto de información sanitaria.

Nos encontramos, pues ante un modelo informativo cuantitativa y cualitativamente importante y reconocido por sus protagonistas. El usuario al hacerlo y el profesional al aceptarlo están generando disfunciones, pero éstas no parecen suficientes como para un rechazo significativo del mismo.

Se confirma, de esta forma, nuestra hipótesis, en el sentido de reconocer la acción informativa subsidiaria del profesional asistencial, y la existencia de disfunciones importantes, como consecuencia de la misma.

Lo interpretamos como mecanismo espontáneo, generado para compensar la deficiencia de otras estructuras informativas eficaces en la sanidad asistencial y destinadas a cubrir las necesidades puntuales del usuario.

No olvidemos que la información representa un valor decisivo en los grados de satisfacción. La satisfacción es consecuencia de la atención técnica, siempre que esté arropada por un buen sistema de atención humana, en el que la información resulta definitiva.

Esta dimensión psicológica puede resultar la justificación última del modelo que terminamos de presentar, tanto a efecto de su generalización entre los usuarios como aceptación por parte de los profesionales.

En aras del condicionante satisfacción, los profesionales pueden asumir funciones ajenas a las específicas técnicas suyas, en este caso las informativas. No se trata de un ejercicio gratuito, sino decisivo, como veremos en el capítulo siguiente al relacionar satisfacción e información y valorar su incidencia mutua.

Es sorprendente el hecho de que una realidad de este volumen y características no haya sido estudiado por la administración o los responsables puntuales de la asistencia técnica sanitaria. No hemos encontrado ni estudios, ni referencias específicas al tema en ningún apartado de la amplia bibliografía consultada.

Redundamos, por ello, en el interés y novedad que el tema presenta, así como la posibilidad de que sirva de detonante para que alguien pueda hacer una investigación complementaria, centrada, fundamentalmente, en la estimación del valor tiempo, para inducir desde ella en el valor económico.

Existe un poso de trasfondo funcional en esta práctica que la justifica y que, incluso, la proyecta en niveles de aceptación sin más. Esta cuestión nos permite recordar los propios principios de la teoría de los sistemas, en el sentido de su tendencia a autorreproducirse, buscando mecanismos espontáneos que compensen las deficiencias que no encuentran resolución por la vía oficial.

La necesidad imperante que, por lo general, lleva a un centro asistencial obliga a encontrar soluciones inmediatas y prácticas a las cuestiones que están relacionadas con resoluciones efectivas. Esta situación, unida a la falta de formación, primero, y de información, después, es la causa última donde encontraría explicación el modelo aquí analizado, así como su generalización y buena acogida por parte de los protagonistas de la misma.

CAPITULO IV

**LA INFORMACION SOBRE LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO
EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL**

1. PRESENTACION DE LA INVESTIGACION: INTERES, OBJETIVOS E HIPOTESIS

Los contenidos de los medios de comunicación social son un patrón de medida de todo aquello que interesa a la sociedad. La sanidad, como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, es quizás una importante punta de lanza de las preocupaciones sociales. La salud es un elemento decisivo para el bienestar individual y social.

La penetración social de la prensa ha permitido que los avances científicos se difundan en toda la comunidad. El interés creciente del ciudadano por mantener su salud y el de la administración pública por promoverla serían impensable en otra época que no existiesen canales de información tan numerosos y específicos como los actuales.

Poco a poco la ciencia ha ido ocupando un espacio en los medios de comunicación social e incluso un elevado número de publicaciones está especializadas en temas científicos y, en concreto, en aspectos relacionados con la salud. Hasta hace pocos años en los medios impresos, la sección sociedad era lo que no era política, nacional o internacional, música o toros y espectáculos. Hoy en día la ciencia, en general, y la sanidad, en particular, tienen un lugar reservado en la mayoría de los medios.

Pocos aspectos hay de la vida social que tengan tanta trascendencia como la medicina y la sanidad. Servir de puente entre los ciudadanos y los profesionales que van a prestar la asistencia y los políticos, que van a organizar la forma y manera de establecer esa prestación, son dos funciones básicas que deben realizar los medios de comunicación social.

Ello, nos ha movido a buscar un modelo de investigación, hasta ahora no desarrollado en España, que permita extraer conclusiones sobre la información sanitaria en los medios de comunicación impresos en nuestro país. Se concentrará la atención en el análisis de contenido de los medios de información general, su grado de especialización, legibilidad, análisis formal, etc.

Por otra parte, en los medios especializados en temas sanitarios, interesará el número de publicaciones que se generan y sus públicos. Y en todos ellos el tipo de información y los espacios dedicados a ella.

Si tenemos en cuenta que los medios de comunicación social deben facilitar un tipo de información, donde el «interés periodístico» sea cada vez más el «interés real», demostrado el interés social por la sanidad y que cada día escala nuevas cotas de ese interés, la importancia del tema es claro, en el sentido de constatar con datos si la prensa se adecúa o no a la realidad sanitaria y al citado interés social.

Al ser muchos de los contenidos sanitarios, el periodismo especializado tendrá que cumplir los objetivos que le corresponden en su calidad de contenido científico. Así se deberá cumplir la función de divulgador que transmite y hace comprensible el contenido difícil y

complejo de la sanidad, al mismo tiempo realizar la función de intérprete para ser puente entre ese saber científico y la sociedad.

Todo lo anterior nos obliga a investigar en qué medida se cumplen estos aspectos en los actuales medios de comunicación social. Ello nos obligará al pertinente análisis, en el que, además de establecer una panorámica completa de la información sanitaria en prensa, conseguiremos datos que permitan establecer su cualificación y adecuación a la citada realidad social.

Los objetivos concretos serán:

1. Determinar el volumen de contenido e interés de la prensa por los diferentes temas sanitarios.
2. Comprobar el grado de especialización de las informaciones difundidas sobre temas sanitarios
3. Obtener un perfil del profesional periodista que cubre la información sanitaria

Estos objetivos podremos lograrlos mediante las oportunas investigaciones relacionadas con análisis cualitativos y cuantitativos de los medios y sus contenidos, así como recopilando la opinión de los propios profesionales periodistas especializados o responsables de la información sanitaria.

Las tareas estarán en la línea que permita confirmar en qué grado son ciertas las hipótesis establecidas al inicio del presente trabajo.

El reflejo cuantitativo de contenidos sanitarios en los medios de comunicación no se corresponde con el interés social que despierta el tema. El tratamiento divulgativo dado a estos temas no se adecúa a la cualificación de las audiencias reconocidas para los diferentes niveles de medios. Esto último es la consecuencia natural de la falta de periodistas especializados en temas sanitarios.

Este último bloque constituye el contenido de hipótesis que pretendemos demostrar con la citada investigación.

2. METODO. POBLACION, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

La metodología a emplear será la propia y correspondiente a las investigaciones relacionadas con prensa y el tratamiento de sus contenidos

En primer lugar, hemos delimitado el campo de nuestra investigación, fundamentalmente, a los medios impresos, periódicos y revistas, representativos de los tres niveles de especialización.

La población de medios de comunicación social no queremos hacerlo objeto de atención, dado que existen infinidad de trabajos sobre el tema, como pueden ser los informes periódicos de la Oficina de Justificación de la Difusión y los anuarios editados por innumerables empresas e instituciones.

En cuanto a la muestra, ésta ha sido elegida de manera aleatoria y suficientemente representativa en tipo de medios y número de ejemplares. En cuanto al número, se procuró que hubiese al menos cinco medios de cada uno de los niveles de especialización, elegidos de manera aleatoria entre una lista de los propuestos para estudio en un trabajo de investigación a alumnos de quinto curso de la Facultad de Ciencias de la Información de Madrid.

En lo referente al número de ejemplares de cada medio para analizar, se tomo como referencia base la periodicidad, tanto en periódicos como revistas. El número de ejemplares serían los editados durante el periodo de un mes para diarios y revistas de aparición semanal y en tres meses para las revistas de aparición quincenal y mensual. Todo ello se desarrollará con más detalle en su apartado correspondiente.

El análisis formal se realiza sobre la totalidad de ejemplares que constituyen la muestra, mientras que el análisis de código y el análisis de contenido se hace: en el primer nivel, en el ejemplar de cada medio que se ajuste más a la media de superficie y contenido especializado sanitario, mientras que en los niveles segundo y tercero sobre una noticia de cada ejemplar, correspondiéndose con la más próxima a partir de la página 20.

Se estudiarán todas las publicaciones de tercer nivel y con las de segundo y primer nivel se utilizó el anteriormente citado listado y aleatoriamente se eligieron, siguiendo los múltiplos de cinco, doce diarios, cinco revistas divulgativas y cinco revistas de información general.

En la muestra se examinará la superficie que ocupan las informaciones especializadas en sanidad y su relación con el total redaccional, así como el publicitario, respecto a la superficie total de mancheta. Dentro de las informaciones relacionadas con sanidad se examinarán sus tres niveles formales de contenido: lingüístico, paralingüístico e icónico.

Los valores absolutos de superficies redaccional, publicitaria y especializada corresponderán a la media obtenida de los ejemplares objeto del análisis.

En el análisis de contenido intentaremos establecer una diferencia entre lo que, presumiblemente, percibe un público no especializado en el tema que nos ocupa y alguien que

sí lo es. Todo ello, como es lógico, en función del nivel de especialización al que corresponde cada uno de los medios que se analizan.

El análisis de código nos permite obtener la especialización de los contenidos sanitarios aparecidos en el medio a través de tres elementos: el índice de legibilidad, el grado de especialización y el índice de interés humano.

Para determinar el índice de legibilidad se ha utilizado la fórmula de Flesch: dada la fórmula:

$$IL = K - (Lf \cdot k2 + LP \cdot k1)$$

Siendo:

- IL: Índice legibilidad
- K: coeficiente = 209
- k1: coeficiente = 1,15
- k2: coeficiente = 0,68
- Lf: longitud media de frase
- Lp: longitud media de palabra

Nos va a permitir concluir si la publicación en su conjunto presenta complicaciones para su lectura, dada la longitud de sus frases y palabras.

El grado de especialización se obtiene con la fórmula:

$$GE = \frac{(m + p + np) \times 100}{NP}$$

Siendo:

- GE: Grado de especialización
- m: Monosémicos (conceptos especializados de ese área)
- p: Polisémicos (conceptos especializados de varias áreas)
- np: Nombres propios
- NP: Número total de palabras

Nos va a determinar a cual de los diferentes niveles de especialización pertenece el medio y dentro de cada nivel cual es su grado de especialización.

El interés humano lo obtendremos con la fórmula:

$$IH = \frac{\text{Elementos interés humano} \times 100}{\text{Número palabras}}$$

Tendremos, en función del resultado, la medida del interés humano de la publicación.

Con los resultados obtenidos del análisis y la interpretación de los mismos podremos hacer un diagnóstico de la situación actual de la información periodística sanitaria, tanto en sus niveles cuantitativos como cualitativos. Es, en última instancia el objetivo del presente capítulo.

3. PUBLICACIONES MONOGRAFICAS. LA PRENSA MEDICA EN ESPAÑA

La visita a hospitales y centros relacionados con la asistencia sanitaria nos permite constatar la existencia de un número importante de publicaciones monográficas en sanidad, desde sus múltiples vertientes.

Conocer con gran exactitud las características de esa prensa es el objetivo cifrado para el presente apartado, conscientes de que, empresarialmente hablando, la prensa médica es la que realmente ofrece interés, sobre todo al hilo de la incidencia que su actividad tiene en un sector comercial tan importante como el farmacológico.

Nos centraremos, pues, en este tipo de publicaciones, sabiendo que dejamos fuera otras institucionales, sobre todo, relacionadas con alguna de las categorías sanitarias profesionales.

3.1. PUBLICACIONES MEDICAS SEMANALES

Existen en España nueve publicaciones médicas que se autodenominan semanales: Consulta, El Médico, Jano, Medicina clínica, Noticias Médicas, Profesión Médica, Siete días Médicos, Sístole y Tribuna Médica.

Ninguna de ellas, sin embargo, aparece todas las semanas del año: es habitual que no lo hagan ni durante las vacaciones de verano ni durante las fiestas de Navidad.

El Médico es la que más números distribuye; en concreto 46, bien que tres son extraordinarios y monográficos. Profesión Médica se sitúa en el lado opuesto con 30, fechados en las decenas del mes. Las demás oscilan entre 40 y 45, siendo el volumen global de 376 títulos distintos al año.

Números al año	
Consulta	43-45
El Médico	46
Jano	45
Medicina Clínica	40
Noticias Médicas	43-45
Profesión Médica	30
Siete Días Médicos	45
Sístole	40
Tribuna Médica	42

Sólo uno de los nueve semanarios, Sístole, que nació en octubre de 1989, no está controlado por OJD. La difusión médica certificada de los otros ocho es de 38.137 ejemplares a la semana. Esta cifra más que duplicar a la de las publicaciones quincenales, triplica a la de los bimensuales y es casi cuatro veces mayor que la de los mensuales.

El liderazgo corresponde a Tribuna Médica, con 52.817 ejemplares. Noticias Médicas y el Médico se disputan el segundo puesto.

Difusión certificada y cuota en el mercado		
Consulta	25.236	8,27%
El Médico	49.497	16,22%
Jano	39.927	13,09%
Medicina Clínica	12.051	3,95%
Noticias Médicas	50.323	16,49%
Profesión Médica	44.920	14,72%
Siete Días Médicos	30.268	9,92%
Tribuna Médica	52.817	17,33%

La difusión media global asciende a 305.093 ejemplares, de lo que resulta que, estadísticamente, cada uno de los 89.531 médicos contabilizados en España por Publipost recibe al menos tres publicaciones de esta periodicidad cada semana. Al año, los semanarios ponen en circulación más de 12 millones de ejemplares.

El Médico, Jano, Medicina Clínica, Noticias Médicas y Siete Días Médicos tienen formato de revista, aunque sólo la primera se parece a una revista convencional, con portada ilustrada periódicamente y llamadas a otros temas. Jano plantea su portada con un grabado ajeno a los contenidos interiores; la de Medicina Clínica es un puro índice, que le da apariencia de lo que quizás sea en realidad: un fascículo coleccionable; las de Noticias Médicas y Siete Días Médicos se asemejan a la primera página de un periódico.

Consulta, Profesión Médica, Sístole y Tribuna Médica tienen formato de diario, si bien unas ofrecen un papel más duro en el cuadernillo y portada (Profesión Médica y Sístole) y la primera página de otras es monográfica (Consulta).

En resumen: el Médico responde a la tipología clásica de revista y Tribuna Médica, a la de diario.

Formato en milímetros	
Consulta	276x416
El Médico	250x272
Jano	230x295
Medicina Clínica	210x280
Noticias Médicas	210x280
Profesión Médica	300x420
Siete Días Médicos	200x270
Sístole	300x400
Tribuna Médica	280x380

La mayoría de las publicaciones médicas semanales no son gratuitas en sentido estricto. Sólo dos (Consulta y Tribuna Médica) no exigen desembolso alguno a sus receptores.

El resto cobra la suscripción entre 3.600 y 6.900 pesetas. Este precio es muy bajo pues supone una media de 125 pesetas por número. Sin embargo, les proporciona unos ingresos de los que las otras publicaciones carecen. Téngase en cuenta que Jano obtiene por este

concepto más de 200 millones de pesetas al año y que Tribuna Médica deja de facturar casi 300 millones, siempre en el supuesto de que toda la difusión actual fuera de pago.

Subscripción anual	
Consulta	Gratuita
El Médico	1.000
Jano	5.500
Medicina Clínica	6.900
Noticias Médicas	4.000
Profesión Médica	3.600
Siete Días Médicos	5.000
Tribuna Médica	Gratuita

El número de páginas no es homologable, debido a la diferencia de formatos. No obstante, en el bloque de las que lo tienen de revista se encuentran las publicaciones de mayor paginación. Jano y El Médico, con 140 por término medio. En el bloque de las que tienen formato de diario, Tribuna Médica da del orden de 32 páginas semanales y las demás le van a la zaga.

Páginas por número	
Consulta	16
El Médico	140
Jano	140
Medicina Clínica	60
Noticias Médicas	64
Profesión Médica	28-32
Siete Días Médicos	72
Sístole	24
Tribuna Médica	24-32

Casi toda la publicidad procede de la industria médico-farmacéutica. Los anuncios suelen repetirse en varios semanarios, manteniendo un formato similar. Así, los 227 analizados corresponden solo a 159 productos o servicios diferentes, alguno de los cuales (el muy popular 'Clamoxil') apareció al mismo tiempo en ocho de las nueve publicaciones.

La publicidad de una semana

Anuncios	227
-Farmacéuticos	220
-Otros profesionales	5
Productos y servicios anunciados	159
-Farmacéuticos	152
-Otros profesionales	5

El espacio ocupado en publicidad oscila entre un 25% y un 55%, como puede apreciarse a continuación, de lo que se deduce el espacio destinado a otro tipo de información.

Número de anuncios y espacio ocupado

Consulta	10	30%
El Médico	50	50%
Jano	54	54%
Medicina Clínica	11	25%
Noticias Médicas	25	45%
Profesión Médica	22	50%
Siete Días Médicos	21	35%
Sístole	14	50%
Tribuna Médica	20	55%

Las nueve publicaciones médicas semanales presentan un contenido básicamente profesional. Cuatro de ellas (Consulta, Medicina Clínica, Noticias Médicas y Profesión Médica) eluden cualquier otra temática. Jano y El Médico son, por el contrario, las más completas con amplios espacios dedicados a comentarios culturales reportajes y artículos de interés general, e incluso pasatiempos. Las otras tres informan de algunas manifestaciones artísticas aunque de forma residual; Tribuna Médica incluye además todas las semanas un relato de ficción (en ocasiones firmado por lectores) y Siete Días Médicos, una superficial crónica económica.

El contenido profesional se refiere a las noticias del mundo sanitario: a lo que podrían denominarse convocatorias (casi exclusivamente las celebradas en España) y a informaciones o artículos científicos de autores españoles. El semanario que mejor desarrolla la primera de estas tres categorías es El Médico, que le dedica una docena de páginas, diferenciadas del resto por su fondo amarillo y su tipografía.

Profesión Médica centra sus esfuerzos prácticamente solo en la cobertura (con retraso, por cierto) de lo que llamamos convocatorias es decir, de los seminarios, congresos, jornadas y demás actos, que aprovecha también para extraer ponencias y entrevistas. Medicina Clínica no publica otra cosa que artículos científicos, lo que permite poner en duda seriamente si se trata de un verdadero producto periodístico.

Jano ofrece una variante, quizás más normal, que de fondo, con su sección Formación médica continuada, que además de colaboraciones de especialistas incluye un interesante test de diagnóstico. Otras aportaciones de cierta originalidad dentro de los contenidos profesionales son el perfil de un médico que aparece en cada número de Sístole y los hechos históricos de El Médico.

Páginas dedicadas a temas profesionales		
Consulta	10	90%
El Médico	40	60%
Jano	46	60%
Medicina Clínica	42	100%
Noticias Médicas	25	75%
Profesión Médica	14	95%
Siete Días Médicos	40	95%
Sístole	11	80%
Tribuna Médica	9	65%

La mayoría de las publicaciones avanza las futuras convocatorias mediante agendas, en unos casos más amplias que en otros. La mejor es la de Jano, que sin duda aprovecha semanalmente el material del que nutren sus monografías trimestrales sobre la materia.

Páginas dedicadas a agenda		
Consulta	1/4	2%
El Médico	3	4%
Jano	7	9%
Noticias Médicas	3	9%
Profesión Médica	1/2	3%
Sístole	1	7%
Tribuna Médica	1	7%

En Noticias Médicas, Profesión Médica y Tribuna Médica pueden hallarse, bajo distintos rótulos, unas secciones de avisos telegráficos, con ofertas y demandas muy variadas que se plantean entre sí los lectores, y que constituyen un servicio gratuito adicional de las publicaciones.

Páginas dedicadas a ofertas y demandas		
Noticias Médicas	3	9%
Profesión Médica	1/2	3%
Tribuna Médica	1	7%

Jano y El Médico son, como queda dicho, las que ponen mayor énfasis en los contenidos no estrictamente profesionales. La fórmula es muy parecida en ambos casos: comentarios sobre exposiciones, libros, música, gastronomía, reportajes sobre viajes o civilizaciones poco conocidas, crucigramas y hasta paginas de humor. Jano cuenta además con un prestigioso plantel de grandes firmas, que le dan lustre y a veces suscriben las crónicas culturales. El tratamiento de esta temática es bastante convencional, y la presentación tiene menos calidad en El Médico.

**Páginas dedicadas a temas
no profesionales**

El Médico	23	33%
Jano	23	30%
Siete Días Médicos	2	5%
Sístole	1	7%
Tribuna Médica	3	21%

El género periodístico más frecuente en las publicaciones médicas semanales es el informativo, en sentido amplio. Los textos científicos suelen presentarse bajo la forma de artículos, pero no lo son en realidad y merecen más ser catalogados como información. La opinión lleva el cuño de los responsables de los semanarios o de algunos colaboradores muy escogidos.

Total de páginas de contenido periodístico

Consulta	11	70%
El Médico	70	50%
Jano	64	46%
Medicina Clínica	45	75%
Noticias Médicas	35	55%
Profesión Médica	14-16	50%
Siete Días Médicos	45	65%
Sístole	12	50%
Tribuna Médica	10-14	65%

Las redacciones están muy ajustadas, con no más de media docena de periodistas en el mejor de los casos (El Médico y Siete Días Médicos), bastante colaboradores; Noticias Médicas, Sístole y Tribuna Médica) y corresponsales en España (El Médico, Profesión Médica y Tribuna Médica) e incluso en el extranjero (Jano).

Con frecuencia, junto con la dirección periodística convive una dirección médica (Jano y Siete Días Médicos) o bien hay asesores médicos (Sístole) o todo un consejo científico (Consulta).

Los nueve semanarios se distribuyen por correo, lo que les permite llegar casi en igualdad de condiciones, y sobre todo el mismo precio, a las zonas urbanas y a las rurales.

Su cobertura es nacional, aunque no suele alcanzar a Ceuta y a Melilla. La difusión, como es lógico, reviste generalmente más intensidad allí donde hay un mayor número de médicos en activo. Eso provoca que una cuarta parte esté concentrada en Madrid y Barcelona.

Reparto de los médicos y de la difusión

	(1)	(2)	(3)
Andalucía	13,96	15,82	15,49
Aragón	4,40	4,16	4,28
Asturias	2,03	2,06	2,02
Baleares	1,06	2,95	2,94
Canarias	4,67	1,72	1,35
Cantabria	1,45	2,07	1,94
Castilla-León	5,91	5,85	7,14
Castilla-La Mancha	2,91	3,31	2,83
Cataluña	18,74	15,95	14,88
Extremadura	1,93	2,89	2,87
Galicia	4,75	5,64	4,95
La Rioja	0,73	0,58	0,88
Madrid	18,29	15,21	13,34
Murcia	2,14	3,87	2,97
Navarra	1,65	2,81	2,80
País Vasco	5,15	4,25	4,64
Valencia	10,03	10,86	14,78

- (1) % del número total de médicos.
- (2) % de la difusión de Profesión Médica.
- (3) % de la difusión de El Médico.

3.2. PUBLICACIONES MEDICAS QUINCENALES

Cinco publicaciones médicas quincenales circulan en España: Clínica Rural, Salud Rural, Tiempos Médicos, Medicina Integral y Revista Clínica Española.

La que más números distribuye es Tiempos Médicos, con 27 al año, y la que menos Revista Clínica Española, con sólo 18. El resto pone en la calle entre 20 y 22 números.

Lo habitual es que dejen de publicarse durante los meses de verano y en las fiestas de Navidad, si bien algunas de ellas editan en esas fechas números extraordinarios mensuales e incluso bimensuales.

Números al año	
Clínica Rural	22
Medicina Integral	20
Revista Clínica Española	18
Salud Rural	20
Tiempos Médicos	27

Salud Rural es la única de las cinco publicaciones quincenales no controlada por OJD, aunque declara 20.000 ejemplares. La difusión media de las otras cuatro ronda los 18.000 ejemplares; es decir, menos de la mitad de los semanarios.

El liderazgo corresponde a Tiempos Médicos, con 35.489 ejemplares certificados por OJD. Medicina Integral ocupa el segundo puesto, pero a mucha distancia, pues su difusión es de 17.424 ejemplares.

Difusión certificada y cuota de mercado		
Clínica Rural	14.932	19,8%
Medicina Integral	17.424	23,1%
Revista Clínica Española	7.514	10,0%
Tiempos Médicos	35.489	47,1%

Las cuatro publicaciones controladas por OJD distribuyen 75.356 ejemplares cada quince días, lo que significa que ni siquiera juntas llegan a todos los médicos de España (89.531, según Publipost). La saturación, por tanto, es mucho menor que en el segmento de los semanarios, pues estadísticamente de éstos llegan al menos tres a cada médico.

Al cabo del año, circulan 1,6 millones de ejemplares de las publicaciones quincenales.

Páginas por número	
Clínica Rural	48-56
Medicina Integral	132
Revista Clínica Española	100
Salud Rural	40-60
Tiempos Médicos	72

Medicina Integral, Revista Clínica Española, Salud Rural y Tiempos Médicos tienen formato de revista y sus dimensiones son casi idénticas. Clínica Rural parece más bien un fasciculillo, de apenas el tamaño de una cuartilla.

Formato en milímetros	
Clínica Rural	130x190
Medicina Integral	210x280
Revista Clínica Española	210x280
Salud Rural	210x280
Tiempos Médicos	210x275

La portada no responde en ninguna de ellas, sin embargo, a las características clásicas de las revistas. No hay un tema al que se de un mayor realce, que mande más. En el mejor de los casos (Medicina Integral y Salud Rural), la ilustración acompaña a una de las llamadas que se hacen en la portada. La fórmula habitual es ofrecer una simple referencia de los contenidos más destacados, sin jugar siquiera con la tipografía. La portada de Revista Clínica Española se resuelve con un puro y exhaustivo índice.

Solo Clínica Rural es absolutamente gratuita. Las cuatro restantes cobran la suscripción y además por término medio, más cara que los semanarios, a pesar de que ofrecen menos números al año. El precio oscila entre 5.000 y 6.000 pesetas anuales, de lo que resultan unas 250 por número.

Suscripción anual	
Clínica Rural	Gratuita
Medicina Integral	5.500
Revista Clínica Española	6.000
Salud Rural	5.000
Tiempos Médicos	6.000

La publicidad reproduce las mismas características que en los semanarios. También en este segmento prácticamente toda procede de la industria médico-farmacéutica. De los 144 anuncios contabilizados en el último número disponible de las cinco publicaciones quincenales, sólo dos tienen un origen distinto de aquel, aunque son también de corte profesional: la convocatoria de unos premios de la Sociedad Española de Diabetes y los servicios de la Agrupación Mutual Aseguradora. Los anunciantes básicamente son los mismos que en los semanarios.

En los números estudiados aparecen 68, lo que arroja una media superior a dos inserciones para cada uno. J. Uriach & Cia se lleva la palma, al haber colocado 13 originales, correspondientes a 11 productos diferentes.

Medicina Integral es, con diferencia la publicación quincenal que acoge más anuncios, pues supera los 40. Le siguen Salud Rural y Revista Clínica Española, con una treintena.

Anuncios por número y espacio ocupado		
Clínica Rural	16	60%
Medicina Integral	43	40%
Revista Clínica Española	31	35%
Salud Rural	33	60%
Tiempos Médicos	21	38%

Las publicaciones quincenales se nutren casi exclusivamente de artículos científicos. Sólo una de ellas (Medicina Integral) recoge algunas informaciones de actualidad en sus últimas páginas. Las otras cuatro ignoran por completo esta temática, y se limitan a las colaboraciones de especialistas, sobre todo españoles.

Salud Rural y Tiempos Médicos acogen una sección que ya aparecía en algunos semanarios: la formación médica continuada. Su única nota diferencial respecto del resto de los contenidos de las publicaciones quincenales es el tono didáctico de los artículos, que no aportan grandes novedades, sino más bien dan un repaso a los conocimientos básicos sobre cada materia. Tiempos Médicos aporta incluso unos cuestionarios de autoevaluación para posgraduados.

Las dos publicaciones especialmente dirigidas a los profesionales que actúan fuera de los centros urbanos (Clínica Rural y Salud Rural) no se distinguen ostensiblemente de las demás. Su contenido, si acaso, incide sobre temas más generales, como corresponde a la dedicación de sus destinatarios, que practican fundamentalmente la atención primaria. También procuran que los artículos tengan un carácter más útil, menos erudito que en las otras tres quincenales.

Apartados como la agenda de convocatorias y las ofertas y demandas entre médicos, no aparecen en ninguna de las publicaciones quincenales. Tampoco hay hueco en ellas para asuntos no profesionales, ya sean culturales o de otra naturaleza.

La homogeneidad de sus contenidos les dispensa de abrir secciones fijas, salvo la de formación médica continuada allí donde existe. A lo más que llegan es a colocar un rótulo de la especialidad de que se trata encima de cada artículo, pero sin ninguna continuidad.

Las ilustraciones son más abundantes que en los semanarios, si bien en la mayoría de las ocasiones se refieren a casos clínicos, cuyas patologías se muestran mediante fotografías o gráficos y cuyos datos básicos se reflejan en diagramas muy elementales, como de libros de texto. Tiempos Médicos proporciona los mejores trabajos en este terreno.

Revista Clínica Española, Tiempos Médicos y Medicina Integral son las que dedican un mayor espacio a los contenidos no publicitarios, porque en ellas es donde los anuncios ocupan menos superficie. Esta apreciación es válida tanto en términos relativos como absolutos, pues se trata de las tres publicaciones con mayor paginación.

Páginas de contenido periodístico		
Clínica Rural	19-22	40%
Medicina Integral	79	60%
Revista Clínica Española	65	65%
Salud Rural	16-24	40%
Tiempos Médicos	46	62%

Las publicaciones quincenales no tienen redacciones propiamente dichas. Y ello es lógico, porque no hay un verdadero trabajo periodístico. Las editoriales se limitan a reclamar y seleccionar artículos científicos que no suelen pasar por las manos de profesionales de la información.

Casi todos los directores son médicos, y los llamados consejos de redacción están compuestos también por personal facultativo. En el mejor de los casos, las revistas cuentan con algún redactor jefe periodista, cuya tarea, previsiblemente, es sobre todo de edición.

Las cinco publicaciones quincenales se distribuyen por correo, igual que los semanarios. Medicina Integral. Revista Clínica Española y Tiempos Médicos tienen cobertura nacional, repartiéndose la difusión proporcionalmente al número de médicos en activo que hay en cada zona de España.

El caso de Clínica Rural y Salud Rural es distinto. Se reparten en medios no urbanos y sólo llegan a las capitales de provincia cuando algún profesional de la medicina así lo pide expresamente. Salud Rural no pone objeciones a esto último, pero Clínica Rural da menos facilidades.

3.3. PUBLICACIONES MEDICAS MENSUALES

Además de las nueve semanales y las cinco quincenales, se distribuyen en España 37 publicaciones médicas mensuales controladas por OJD.

Su difusión media es de 9.726 ejemplares. En conjunto, ponen en la calle 359.871 ejemplares al mes, lo que significa que, si todas se repartieran uniformemente, cada médico recibiría cuatro. Al año, las publicaciones médicas mensuales hacen circular 3,9 millones de ejemplares.

De las 37 publicaciones médicas mensuales, la mayoría tiene como destinatarios a colectivos concretos de especialistas o llega sólo a zonas geográficas determinadas. Pero hay cuatro de contenido general y cobertura nacional. Además de estas cuatro hay una más que se puede considerar un caso atípico y que analizaremos a continuación de las otras cuatro.

Estas cuatro publicaciones son las que se analizan a continuación. Las cuatro publicaciones médicas mensuales de contenido general y cobertura nacional controladas por OJD son: Ciencia Médica, Hospital Practice, Semer y The Lancet.

Una de ellas (The Lancet) aparece todos los meses del año. Las demás sólo distribuyen entre diez y once números, pues hacen uno sólo para Julio y Agosto o también para diciembre y enero.

Números al año	
Ciencia Médica	10
Hospital Practice	10
Semer	11
The Lancet	12

Estas cuatro publicaciones tienen según OJD una difusión global de 49.934 ejemplares al mes, con una media de 12.483, por lo tanto, y sin duda debido a su contenido general, superan ampliamente a la media de todo el segmento de los mensuales médicos, que no llega a los 10.000 ejemplares.

El liderazgo indiscutible corresponde a The Lancet, con más de 20.000 ejemplares cada mes. En el lado opuesto, Ciencia Médica tiene certificados sólo 5.184.

Difusión mensual y cuota de mercado sobre todo el segmento		
Ciencia Médica	5.184	1,4%
Hospital Practice	10.211	2,8%
Semer	14.514	4,0%
The Lancet	20.025	5,6%

Ninguna de las cuatro publicaciones es gratuita. Todas cobran la suscripción anual, cuyo precio oscila entre 4.500 y 5.000 pesetas.

Suscripción anual	
Ciencia Médica	4.500
Hospital Practice	4.900
Semer	5.000
The Lancet	5.900

Estos precios no se diferencian gran cosa de los vigentes para las revistas semanales y quincenales. Pero, unitariamente, se trata de productos bastante más caros, ya que se ofrecen menos al año. De hecho, cada número viene a costar unas quinientas pesetas.

El número de páginas es menos variable que en los otros dos segmentos de la prensa médica. La que menos da es Ciencia Médica, con 68. Las otras tres rondan el centenar.

Páginas por número	
Ciencia Médica	68
Hospital Practice	84-108
Semer	108
The Lancet	100-108

Las características de la publicidad en la prensa médica mensual no presentan diferencias respecto de las publicaciones semanales o quincenales. En el último número disponible de las cuatro revistas que aquí se analizan aparecen 103 anuncios. De ellos, sólo cuatro no proceden de la industria médico-farmacéutica, si bien son profesionales: dos convocatorias de premios, el Salón de la Medicina y los servicios de una empresa dedicada a la higiene hospitalaria.

Un rasgo significativo de la publicidad en la prensa mensual es que los originales no se repiten tanto en las diferentes publicaciones. Los 103 contabilizados corresponden a 94 productos o servicios. Esto quizás se debe a que la abundancia de soportes obliga a los anunciantes a una cierta selección.

No hay cambios en cuanto a los productos que se anuncian, que coinciden básicamente con los otros segmentos ya estudiados; ni tampoco en los formatos, porque la página completa y la página y media siguen siendo lo más habitual. El color, por supuesto, se exige siempre.

Tres de las cuatro publicaciones recogen sólo artículos científicos: Ciencia Médica, Hospital Practice y The Lancet. Se da la particularidad, sin embargo, de que en las dos últimas las colaboraciones llevan siempre la firma de especialistas extranjeros, pues no en vano son ediciones españolas de revistas en lengua inglesa.

Semer, aunque se nutre fundamentalmente de artículos, ofrece algunas secciones, desde luego de contenido profesional, pero menos eruditas. Entre ellas, una de novedades terapéuticas, divulgativa de productos de laboratorios sobre todo, y otra de grandes noticias de actualidad muy seleccionadas. Esta publicación cuenta con el ya clásico apartado de formación médica continuada, aunque por su contenido y presentación mas bien parece una simple división artificial de su bloque de artículos científicos.

Hospital Practice utiliza el mismo truco en dos secciones, cuyo enunciado al menos si es sugerente: "Solución a un problema clínico" y "El paciente problema", donde incluye colaboraciones que hablan de experiencias profesionales muy concretas, a veces en un tono algo menos erudito.

En coherencia con el tenor de sus textos, las ilustraciones de las cuatro revistas consisten, sustancialmente, en fotografías sobre determinadas patológicas, gráficos y diagramas.

La publicación que más páginas ofrece de contenido periodístico es The Lancet, con unas 78 por número.

Total de páginas de contenido periodístico		
Ciencia Médica	54	80%
Hospital Practice	69	72%
Semer	59	55%
The Lancet	78	75%

Como en el caso de las quincenales, no hay redacciones propiamente dichas, debido a que, tal y como está planteado el contenido de las publicaciones mensuales, resulta innecesario. A lo sumo, hay un secretaría de redacción, que presumiblemente corre con las tareas de edición de los artículos científicos.

Incluso en una de las revistas (The Lancet) los secretarios de redacción son médicos. Los directores también son facultativos, y a veces cuentan con un comité de redacción (Semer), compuesto, asimismo por profesionales de la medicina.

La distribución atiende a los mismos criterios que en los otros segmentos de la prensa médica, si bien Hospital Practice atiende, prioritaria aunque no exclusivamente, a los centros hospitalarios.

Previsión Sanitaria debe ser considerada como un caso atípico dentro de la prensa destinada a los profesionales de la salud, porque la reciben gratuitamente tanto los médicos como los farmacéuticos lo que le proporciona una elevadísima difusión: nada menos que 137.686 ejemplares, según el control de OJD correspondiente a mayo de 1990.

Esta circunstancia obedece a que se trata del órgano de expresión de Previsión Sanitaria Nacional, una mutua con socios de ambos colectivos. Consecuentemente, es una publicación institucional más que especializada, como pone de manifiesto el abundante espacio reservado a dar cuenta de las actividades y servicios de su promotora, ya sea bajo la apariencia de información o de publicidad.

Previsión recuperó en octubre de 1990 la periodicidad mensual y el formato de revista, tras una breve etapa como quincenal de tamaño tabloide. Su portada responde a los cánones clásicos, con el tema principal adecuadamente destacado y llamadas a otros que a veces también se ilustran. Ofrece 84 páginas a todo color y la imprime en offset Servigrafint.

Pese a su gran difusión, la publicidad ajena no ocupa ni el 20 por ciento de su superficie total. Concretamente, en los números estudiados aparecían, por término medio, 17 anuncios que se pueden considerar de pago.

La inmensa mayoría de los originales publicitarios proceden de la industria médico-farmacéutica y se refieren tanto a productos que sólo se expiden mediante receta como a otros de libre dispensación. De cuando en cuando, no obstante, hay anuncios generales, casi siempre de artículos de primera calidad, entre ellos los de joyería. En cualquier caso, se exige el color, igual que las demás publicaciones.

La publicidad propia, de servicios que presta Previsión Sanitaria Nacional a sus mutualistas en solitario o con empresas colaboradoras, es muy copiosa y en ocasiones absorbe hasta una decena de páginas.

El contenido periodístico es muy variado, pero huye de los artículos científicos, lo que le da un tono más ligero. A lo sumo publica algún estudio erudito ocasionalmente, como la Antropología médica de El Quijote, varios de cuyos capítulos figuraban en los números estudiados. Esta carencia la suple con semblanzas de profesionales ilustres, casi siempre por cierto de la Medicina.

La información de actualidad es abundante, pero hay muchas noticias de actividades de la propia Previsión Sanitaria Nacional. Frecuenta las gacetillas y los grandes informes, sin

apenas término medio consciente de que, al menos por lo que afecta a los médicos, no puede competir en este terreno con las publicaciones especializadas semanales y quincenales.

Los contenidos no profesionales pueden agruparse en tres bloques. Uno con reportajes que respondería al epígrafe de ocio: literatura, música, motor, gastronomía, moda, etc. Otro de cuestiones eminentemente prácticas, como el derecho sanitario o la fiscalidad y el último con crónicas sobre política nacional e internacional.

Previsión está profusamente ilustrada, sobre todo sus contenidos no profesionales, que se presentan con grandes fotografías y un diseño más creativo que las publicaciones especializadas puras.

Su redacción, sin embargo, es muy exigua, si bien cuenta con un gran número de colaboradores fijos.

3.4. PERIODICOS MEDICOS DIARIOS

Sólo hay un periódico que pueda incluirse en este apartado de prensa médica. Diario Médico, apareció en el segundo trimestre de 1992. Su formato es similar a un diario de información general. Su tamaño es 280x390. Tiene 16 páginas y el espacio previsto para publicidad es el 20% de su contenido. Su tirada es de 50.000 ejemplares y sale 5 días a la semana de lunes a viernes.

Definido como periódico de actualidad sanitaria se distribuye, gratuitamente en 1.100 puntos del territorio nacional (excepto Canarias), a los médicos en su puesto de trabajo. Su redacción cuenta con 15 periodistas y 7 corresponsales.

En el corto periodo de tiempo que lleva editándose, este medio se puede definir como una publicación para médicos, tratando de diversificar el contenidos, pero siempre en el prisma de interés específico para esta profesión. Trata temas jurídicos, económicos, políticos, sociales, culturales, etc., pero siempre desde su proyección en el mundo de la sanidad y, más en concreto, en el de la profesión médica.

Para conseguir lo anterior ha creado una redacción periodística de titulados en Ciencias de la Información, consiguiendo mediante ello un producto muy diferente al del resto de las publicaciones analizadas. Su contenido recibe un tratamiento estrictamente periodístico.

Su contenido es plural y atiende al profesional médico en su dimensión técnica y científica, sin olvidar su condición de sujeto del complejo mundo sanitario y de la realidad social en que se inserta. Es otra de las grandes diferencias de este medio frente al resto de los monográficos que sólo se ocupan, por lo general, de los temas científicos.

Hace un seguimiento puntual y exhaustivo de cuanto ocurre en el ámbito sanitario y de la actualidad que puede afectarle, intentando evitar el que los profesionales tengan que recorrer muchos medios para obtener esa información.

En temas profesionales, este diario atiende a todos los que representan o en los que tienen representación el colectivo médico. Los colegios profesionales, sindicatos, las sociedades científicas, son objeto de atención continua en este periódico.

Su estructura de contenido se divide en dos bloques fundamentales: un Área Médica, con la que justifica el colectivo monográfico de sus destinatarios y otra Área General, caracterizada por la dimensión de utilidad, en sus múltiples variantes, para el colectivo médico.

El artífice técnico de este reciente y novedoso proyecto periodístico especializado es Vicente Clavero Martín, exprofesor de la Facultad de Ciencias de la Información y vinculado desde hace bastante tiempo al grupo de prensa especializada de Recoletos (Marca, Expansión, Actualidad Económica, etc.). Su experiencia profesional se refleja en la estructura redaccional y de contenido del medio.

También merece la pena destacar la presencia del responsable del Área Médica, Pablo Martínez Segura, periodista y sociólogo, anterior Jefe de Prensa de la Sección Territorial de Madrid, gran conocedor de la realidad sanitaria por dentro y del colectivo médico, en particular.

Su equipo de redacción está compuesto, en la gran mayoría por periodistas jóvenes que han acreditado interés y preparación en temas sanitarios, según referencia de los responsables editoriales de este medio.

3.5. PUBLICACIONES FARMACEUTICAS

En la prensa dirigida exclusivamente a los farmacéuticos conviven 5 publicaciones controladas por OJD, 4 de las cuales tienen periodicidad mensual: Acofar, El Farmacéutico, Farmacia Profesional y Offarm.

La que más números distribuye es El Farmacéutico, con 15 al cabo del año. Las otras tres editan solo once, con uno válido para los meses de julio y agosto.

Números al año	
Acofar	11
El Farmacéutico	15
Farmacia Profesional	11
Offarm	11

La difusión media certificada de los cuatro mensuales farmacéuticos es de 14.767 ejemplares, bastante superior, por tanto, a la de las publicaciones médicas de igual periodicidad, a pesar de que se dirigen a un colectivo mas reducido.

En conjunto, ponen en la calle 59.069 ejemplares al mes. Como quiera que en España están colegiados unos 30.000 farmacéuticos cada uno de ellos recibe estadísticamente, dos de estas publicaciones.

El liderazgo corresponde a El Farmacéutico con 18.511 ejemplares seguido muy de cerca por Offarm con 17.776, según cifras verificadas por OJD.

Difusión certificada y cuota de mercado		
Acofar	14.669	24,8%
El Farmacéutico	18.511	31,3%
Farmacia Profesional	8.083	13,7%
Offarm	17.776	30,1%

La difusión anual de las cuatro publicaciones supera los 720.000 ejemplares.

Ninguna de las publicaciones es totalmente gratuita. Las suscripciones más caras son las de El Farmacéutico y Offarm (5.000 pesetas al año). Acofar tiene una fórmula mixta: no cobra nada a los miembros de cooperativas pertenecientes a la asociación, pero pide 3.710 pesetas a todos aquellos profesionales que no lo son y quieren recibir la revista.

Suscripción anual	
Acofar	Gratuita/3.710
El Farmacéutico	5.000
Farmacia Profesional	3.600
Offarm	5.000

Las cuatro mensuales farmacéuticas tienen formato de revista, pero sólo una (El Farmacéutico) presenta su portada como una revista convencional, con el tema estrella convenientemente destacado e ilustrado. Acofar se aproxima algo, al hacer llamadas en un cierto tono periodístico, aunque no las ilustra. Farmacia Profesional se limita a anunciar algunas de las cuestiones tratadas en el interior, sin ningún tipo de discriminación tipográfica e incluyendo en su portada una fotografía arbitraria. Offarm la plantea de forma muy parecida a Jano es decir, con un grabado (frecuentemente de plantas medicinales) y, en el mejor de los casos, una llamada al informe del mes.

Formato en milímetros	
Acofar	210x280
El Farmacéutico	190x250
Farmacia Profesional	210x280
Offarm	210x280

El Farmacéutico, Farmacia Profesional y Offarm se presentan con lomo y Acofar, grapada.

Es muy variable el número de páginas, a pesar de su similar formato. El Farmacéutico es la que más ofrece, con un tope máximo de hasta 140, y Acofar la que menos, con 52.

Páginas por número	
Acofar	52
El Farmacéutico	100-140
Farmacia Profesional	84
Offarm	96

Las publicaciones farmacéuticas también se nutren fundamentalmente de la publicidad procedente de los laboratorios. De los 114 anuncios contabilizados en el último número disponible de cada una de ellas sólo ocho tienen otro origen, aunque su carácter es igualmente profesional: montaje de farmacias, servicios informáticos, seguros y envíos de paquetería.

No obstante los productos anunciados coinciden poco con los que aparecen en la prensa médica. Se trata, en la inmensa mayoría de los casos, de artículos que pueden obtenerse sin necesidad de receta y sobre los que el farmacéutico puede prestar asesoramiento a sus clientes. Como ejemplo de ello, lo que más páginas de publicidad ocupa es la marca «Durex» de preservativos, con ocho en un mes. Esta circunstancia no modifica, sin embargo, las condiciones físicas de los anuncios: todos exigen cuatricomía y su formato habitual es de una página, exactamente igual que en la prensa médica. Si hay una nota diferenciadora y es que con relativa frecuencia se insertan originales publicitarios de varias páginas consecutivas, cosa poco habitual en el otro sector. Aunque muchos laboratorios producen tanto específicos que requieren receta médica como artículos de libre dispensación, en las publicaciones farmacéuticas es lógico que tengan mayor presencia los que se dedican más a esto último.

Farmacia Profesional y El Farmacéutico son las publicaciones con más anuncios por número: superior a 30 en ambos casos. Acofar es la que lleva menos.

Nº de anuncios y espacio ocupado		
Acofar	16	35%
El Farmacéutico	33	60%
Farmacia Profesional	36	55%
Offarm	29	55%

El contenido de las publicaciones farmacéuticas mensuales presenta dos grandes diferencias respecto al de las publicaciones médicas de igual periodicidad. En primer lugar, hacen un seguimiento, modesto pero sistemático, de la actualidad. Y en segundo, no se limitan a tratar temas exclusivamente referidos a la profesión, sino que tocan otros más generales, sobre todo de cultura.

La razón de estas diferencias quizás estriben en que dentro de la prensa médica ambas parcelas están ya cubiertas por los semanarios, cosa que no ocurre dentro de la prensa farmacéutica.

Total de páginas de contenido periodístico		
Acofar	34	65%
El Farmacéutico	86	72%
Farmacia Profesional	38	45%
Offarm	43	45%

Acofar y El farmacéutico son las publicaciones que ofrecen más noticias puntuales de la profesión. No obstante, no suelen extenderse mucho en cada una de ellas y tampoco aprovechan las convocatorias que se celebran para extraer informaciones o entrevistas que enriquezcan su contenido periodístico. Parece como si el seguimiento de la actualidad lo considerasen una servidumbre y les emocionara poco. En Farmacia Profesional y Offarm esta presunción se convierte ya casi en certeza absoluta.

Farmacia Profesional y El Farmacéutico extienden sus temáticas profesionales al terreno de la gestión y dedican todos los meses algunas páginas a la administración de las farmacias, tanto desde el punto de vista económico como burocrático. El tratamiento es muy intensivo, pero seguramente demasiado técnico, y por eso menos práctico de lo que se pretende.

Acofar y El Farmacéutico incorporan una sección de agenda de convocatorias, menos amplia que en el segmento semanal estudiado, por la sencilla razón de que hay muchos más congresos y seminarios organizados para los médicos. La primera de estas dos publicaciones tiene también una sección de ofertas y demandas entre los lectores.

Acofar y Offarm entran en la educación sanitaria. No se trata de informes o artículos científicos eruditos, al estilo de la prensa médica, sino fundamentalmente divulgativos y que

analizan dolencias que, por comunes y leves, pueden afrontarse con el simple asesoramiento del farmacéutico.

En cuanto a los contenidos no profesionales, su configuración es tan convencional como en los semanarios médicos. Se trata normalmente de reportajes sobre viajes o civilizaciones, de crónicas sobre manifestaciones culturales, y de artículos de opinión sobre temas de interés general. Offarm, que recuerda extraordinariamente a Jano, es la que con más generosidad abona este campo.

Farmacia Profesional da unos contenidos no profesionales más sugerentes: sus secciones fijas de inversión, fiscalidad y asesoría jurídica, que junto a la de gestión le dan una impronta muy utilitaria a la revista.

Páginas dedicadas a temas no profesionales

Acofar	0
El Farmacéutico	10
Farmacia Profesional	7
Offarm	11

Debido a la variedad de sus contenidos, las publicaciones farmacéuticas si tienen redacciones, aunque menos amplias que los semanarios médicos. Pero sobre todo cuentan con bastantes colaboradores, algunos de los cuales elaboran siempre las secciones de finalidad más práctica, como en las de inversión o fiscalidad, que requieren el concurso de auténticos especialistas. Coherentemente, El Farmacéutico y Farmacia Profesional son las revistas con un mayor plantel de asesores.

La distribución de las publicaciones farmacéuticas, como en el caso de las médicas, se efectúa por correo y suele cubrir todo territorio nacional.

Se envían, normalmente, a las farmacias, aunque puede solicitarse también la recepción en el domicilio particular del destinatario.

3.6. CONCLUSIONES

La prensa médica es un aspecto extraordinariamente complejo de la actividad editorial española, como pone de manifiesto el hecho de que en ella se encuadren nada menos que 200 publicaciones distintas. Los segmentos con un mayor número de títulos son el mensual, en el que constan 65, y el bimensual, donde conviven 63. Pero también pueden encontrarse numerosas revistas de periodicidad semanal, quincenal, trimestral, cuatrimestral, semestral, anual e incluso algunas ocasionales.

La mayoría de las 200 publicaciones médicas no tienen certificada su difusión: nada más que hay 73 sometidas a OJD. La proporción de las controladas es menor a medida que disminuye la periodicidad, de modo que todas las semanales (excepto Sístole, de reciente aparición) y todas las quincenales lo están mientras que en ninguna de las dos semestrales y sólo en una de las diez anuales se da esa circunstancia.

Ninguna de las publicaciones llega a todos los médicos. La de mayor difusión, Tribuna Médica, tiene certificados 52.317 ejemplares a la semana, mientras que el número de médicos contabilizados por Publipost es de 89.531.

La difusión media más alta se presenta en el segmento semanal, con 38.137 ejemplares, a mucha distancia de las demás (gráfico 1). Al cabo del año las publicaciones de mayor periodicidad distribuyen más de quince millones de ejemplares, de los que doce millones corresponde exclusivamente a los semanarios (gráfico 2).

Por término medio, cada uno de los 39.531 médicos contabilizados por Publipost recibe anualmente 134 revistas semanales especializadas, 18 quincenales y 44 mensuales (gráfico 3), lo que proporciona una idea bastante reveladora del grado de saturación existente.

Pocas publicaciones son oficialmente gratuitas, aunque no está comprobado que las demás cobren la suscripción a todos sus receptores y muchas reconocen que regalan sus ejemplares a determinados especialistas. El precio medio se sitúa en torno a las 5.000 pesetas al año en las semanales, en las quincenales y en las mensuales que ofrecen contenido general y son de cobertura nacional (gráfico 4).

Esto supone que el precio unitario del número es más alto en el segmento mensual que en el quincenal y en el quincenal que en el semanal (gráfico 5).

La suscripción de pago en ningún caso sirve sólo para sufragar los gastos de la distribución que se efectúa siempre por correo. Según las tarifas vigentes para este tipo de correspondencia un envío a Madrid cuesta 22,50 pesetas; a provincias, 32,50 y a las islas 82,50.

Frente a ello, el precio unitario de las publicaciones relativamente más baratas, las semanales, no baja de las 120 pesetas.

Salvo cuatro semanarios que son tabloides, todas las publicaciones médicas tienen formato de revista, con una paginación muy variable, que alcanza sus mayores cotas en los

Gráfico 1

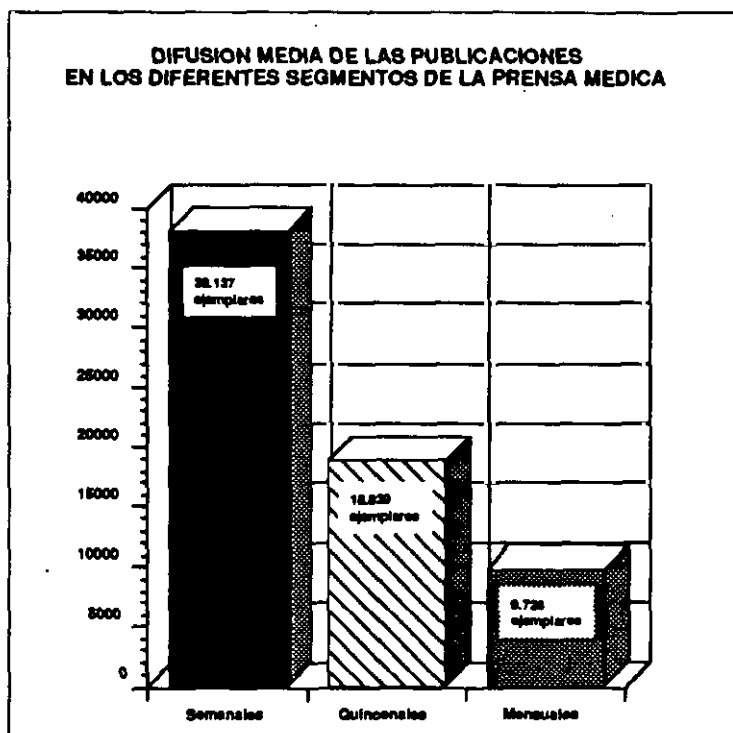


Gráfico 2

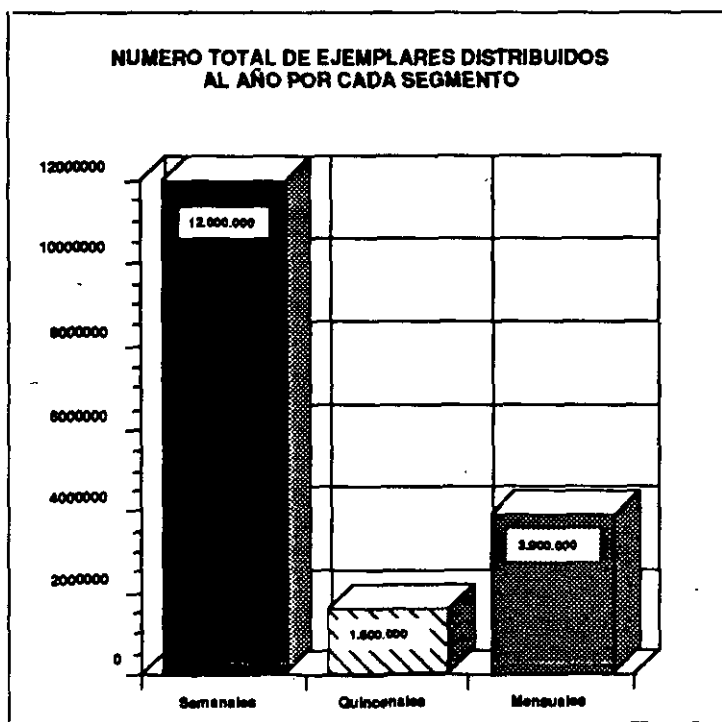
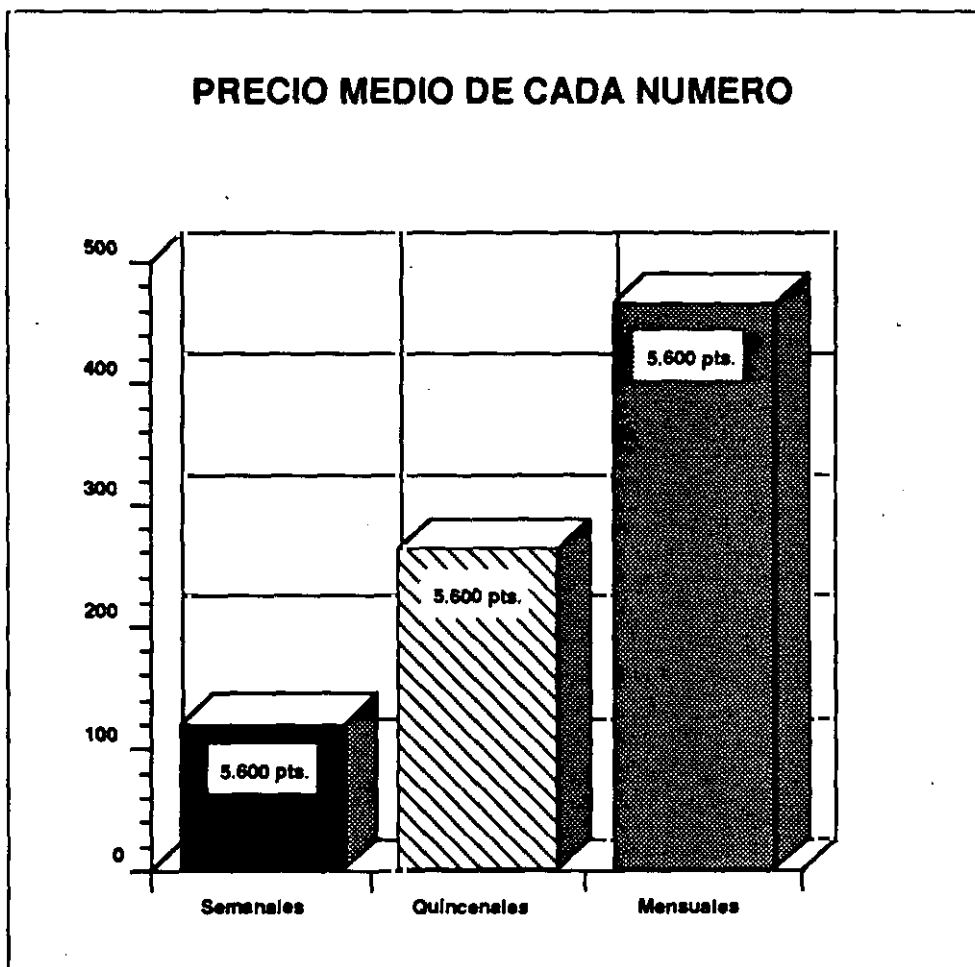


Gráfico 5



semanarios, concretamente en El Médico y Jano, las cuales han llegado a ofrecer regularmente hasta 140 páginas.

La característica formal más genuina de la prensa médica es su afromador uso del color, impuesto por la publicidad, cuyos originales exigen cuatricomía prácticamente siempre. En algunos casos sin embargo, el color no se aplica a los contenidos periodísticos, lo que realza los anuncios. La impresión es en offset y sobre buen papel.

Los principales y casi únicos anunciantes son los laboratorios farmacéuticos, que utilizan masivamente este soporte por dos motivos fundamentales. Primero porque la ley les obliga a dar a conocer sus productos a través de publicaciones específicamente dirigidas a los profesionales sanitarios. Y en segundo lugar, porque el 80 por ciento de las especialidades médicas sólo se dispensan por prescripción facultativa, lo que significa que las decisiones de consumo las tomas mayoritariamente los médicos en este mercado.

La publicidad procedente de los laboratorios es, por lo tanto, muy abundante, toda vez sostiene por sí sola a las 200 publicaciones médicas. Eso se debe a la intensa competencia existente en el sector, que comercializa simultáneamente 10.000 productos distintos, y a su gran capacidad de renovar la oferta, pues cada año se registran alrededor de 300 nuevos.

El contenido de las actuales publicaciones médicas es básicamente profesional y en muchos casos, exclusivamente profesional. Esta parte fundamental de su contenido se alimenta de informaciones de actualidad y de artículos científicos, combinados en proporción variable según cada medio. Las informaciones de actualidad, a su vez, están copadas por los congresos, seminarios y demás actos públicos de interés para los médicos celebrados en España.

Cuando tratan noticias puntuales sobre el mundo sanitario, normalmente ya las ha adelantado la prensa diaria general y ni siquiera se molestan en completarlas. Los artículos científicos se refieren a experiencias concretas o a nuevos avances de la medicina, con el denominador común de que llevan la firma de autores españoles, excepto en algunas revistas mensuales que son una simple versión en castellano de ediciones en lengua inglesa. La mayor proporción de informaciones de actualidad se da en los semanarios y va decreciendo conforme la periodicidad es menor.

Los contenidos no profesionales, allí donde los hay, están a medio camino entre lo humanístico y el ocio. Normalmente, consisten en reportajes culturales, comentarios artísticos y artículos sociológicos, cuya presentación y tratamiento son muy convencionales.

Ninguna publicación dirigida sólo a médicos ofrece secciones puramente prácticas, con la salvedad de la agenda de convocatorias o los pequeños avisos gratuitos de ofertas y demandas. Hay que buscar en las revistas farmacéuticas y en la muy atípica Previsión, que reciben ambos colectivos, si se quiere encontrar algo sobre inversión, fiscalidad, gestión o derecho sanitario. Incluso en ellas, el tono es demasiado técnico, lo que no contribuye al objetivo de que sean de verdadera utilidad para todos.

Gráfico 3

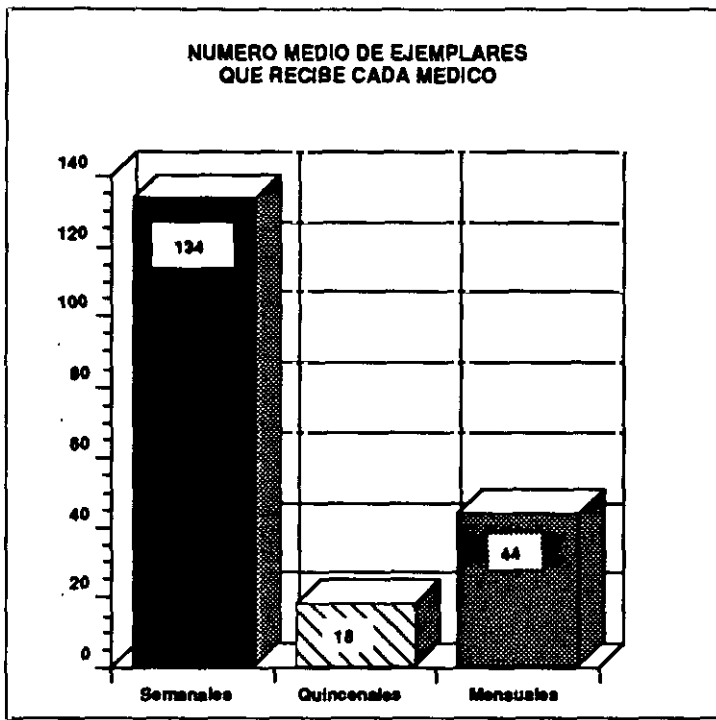
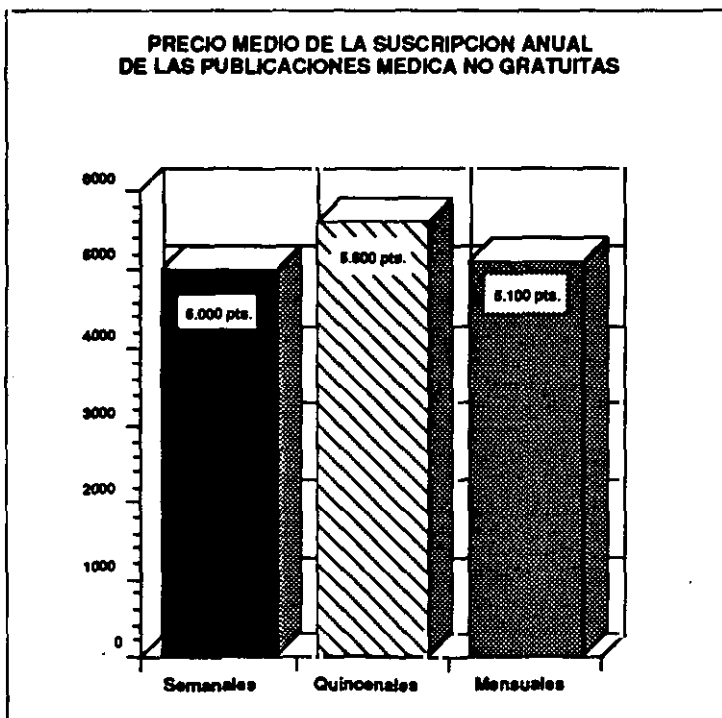


Gráfico 4



Puede afirmarse que la mayoría de ellas son publicaciones médicas editadas para servir como instrumento de formación continuada. Por ello, las redacciones formadas por periodistas sólo existen en algunos semanarios que tratan temas de actualidad. Casi todas cuentan con dirección médica, asesores médicos y la habitual es que la edición esté en manos de personal facultativo.

El tema especializado ocupa una proporción media del 35,75% por un 64,75% de superficie redaccional. La proporción de elementos formales es: elementos lingüísticos el 69,3%, paralingüísticos el 16,2% e icónicos el 14,5%.

Los contenidos temáticos destacan las innovaciones tecnológicas con el 35,4%; personal sanitario con el 26,4%; salud comunitaria con el 10,93%; organismos públicos con el 6,9%; infraestructura el 5,4%; educación para la salud el 4,5%; organismos sanitarios privados el 3,2%; sucesos el 2,3%; e inversiones con el 1,9%.

Del análisis de código se deduce un índice de legibilidad de 127,3, un grado de especialización del 19,18 que lógicamente y como se verá más adelante, supera a los de otros medios que se analizan y el interés humano alcanza un 12,21, como valores medios obtenidos de analizar todas las publicaciones.

4. REVISTAS DE INFORMACION GENERAL

Las publicaciones analizadas fueron CAMBIO 16, PRONTO, DIEZ MINUTOS, TRIBUNA DE ACTUALIDAD y EL EUROPEO.

El análisis de presencia de temas especializados se hizo teniendo en cuenta la superficie redaccional (SR), la superficie publicitaria (SP), y la superficie especializada (SE).

	<u>SR(cm2)</u>	<u>SP(cm2)</u>	<u>SE(cm2)</u>
CAMBIO 16	53.912	6.112	0
PRONTO	24.522	9.063	3.651
DIEZ MINUTOS	68.743	11.088	2.595
TRIBUNA	51.194	5.928	1.420
EL EUROPEO	66.032	8.081	513
MEDIA	52.746,6	8.054,4	1.635,8

	<u>SR %</u>	<u>SP %</u>	<u>SE %</u>
CAMBIO 16	89,73	10,72	0
PRONTO	72,87	27,13	14,99
DIEZ MINUTOS	86,1	13,9	3,77
TRIBUNA	80	20	2,9
EL EUROPEO	89	10,91	0,77

La presencia especializada en temas de Sanidad se observa que va desde cero en Cambio 16 a casi un 15% en Pronto, como es lógico, en relación a la superficie redaccional.

Análisis temático dentro del área especializada en tantos por ciento da los siguiente valores:

	%
Educación para la salud	37,25
Salud comunitaria	5,1
Organismos Sanitarios públicos	3,75
Personal Sanitario	4,2
Inversiones	2,3
Infraestructuras	5,3
Innovaciones tecnológicas	12,3
Organismos Sanitarios privados	1,5
Sucesos	8,6
Otros	19,7

Dentro de la temática destacan: educación para la salud, que se ocupa principalmente de Salud y belleza, dietas alimentarias, bienestar corporal etc, salud comunitaria trata sobre epidemiología, intoxicaciones, vacunaciones etc; organismos público, se ocupa del funcionamiento de las instituciones, temas políticos etc.; en inversiones se analizan temas presupuestarios; la infraestructura interesa en los aspectos de mejora de instalaciones, creación de nuevos centros asistenciales, innovaciones tecnológicas, expone últimos avances dentro y fuera de nuestro país; organismos sanitarios privados resume la sanidad privada y finalmente hay otros aspectos como la legislación, alimentación, consumo, etc.

El análisis de los elementos formales ha dado el siguiente resultado como media de todas ellas en tantos por ciento.

Elementos lingüísticos	61,8%
Elementos paralingüísticos	17,5%
Elementos icónicos	20,7%

Como resumen de lo expuesto anteriormente se observa que la distribución media en tanto por ciento de la superficie redaccional y publicitaria es de un 83,55% por 16,54% y que de la superficie redaccional el porcentaje de 95,52% se dedica a otros temas mientras que la superficie especializada en sanidad dentro de la superficie redaccional es del 4,48% (gráfico 6) que, en principio, no parece ser excesiva dado el interés que el área de salud tiene para la colectividad general.

Tampoco del análisis de los elementos formales se deduce la dedicación de un personal excesivamente especializado a la redacción de estos temas. Sin embargo, la especialización es importante dado que el periodista como puente entre el área de Sanidad y el lector debe conocer profundamente el tema para poder interpretar y transmitir legiblemente los contenidos. Así se ha obtenido un 13,79 en grado de especialización, un 12,79 en interés humano y 174,3 en índice de legibilidad, como valores medios en este tipo de publicaciones.

5. REVISTAS DIVULGATIVAS

Las publicaciones analizadas fueron SER PADRES, CRECER FELIZ, NATURA, MUY INTERESANTE Y MUNDO CRISTIANO.

El análisis de presencia de temas especializadas se hizo teniendo en cuenta los parámetros reseñados en el apartado anterior.

	<u>SR(cm2)</u>	<u>SP(cm2)</u>	<u>SE(cm2)</u>
SER PADRES	44.289	33.674	4.451
CRECER FELIZ	47.495	20.354	8.227
NATURA	49.667	12.449	1.619
MUY INTERESANTE	53.244	29.745	7.205
MUNDO CRISTIANO	36.800	20.415	984
	<u>46.299</u>	<u>21.337</u>	<u>4.491</u>

	<u>SR %</u>	<u>SP %</u>	<u>SE %</u>
SER PADRES	48,4	36,8	10,15
CRECER FELIZ	70	30	17
NATURA	74,84	25,6	3,25
MUY INTERESANTE	64	36	13,53
MUNDO CRISTIANO	64,32	35,68	2,67

La presencia especializada en temas de Sanidad se observa que oscila desde 2,67 % en Mundo Cristiano a un 17% en crecer Feliz.

Análisis temático dentro del área especializada en tantos por ciento de la misma ofrece los siguientes valores:

	%
Educación para la salud	49,2
Salud comunitaria	6,4
Organismos sanitarios públicos	3,5
Personal sanitario	8,1
Inversiones	1,4
Infraestructura.	3,2
Innovaciones tecnológicas	15,2
Organismos sanitarios privados	2,1
Sucesos	4,3
Otros	5,6

Dentro de cada tema se tratará aspectos similares a los señalados para las Revistas de Información General.

El resultado del análisis de los elementos formales en tantos por ciento de la media de todas ellas ha resultado.

Elementos lingüísticos	46,1 %
Elementos paralingüísticos	11,1 %
Elementos icónicos	42,8 %

Como conclusión de lo anterior se observa que la distribución media porcentual de la superficie redaccional y publicitaria es de un 66,97% y un 33,03% y que de la superficie redaccional el 90,29% se dedica a otros temas mientras que la superficie especializada en sanidad dentro de la superficie redaccional es de 9,71% (gráfico 6), que aunque superior en el doble a la apreciada en las Revistas de Información General, quizás sea, todavía, escasa en proporción al interés general que suscita esta temática.

Del análisis formal se deduce un equilibrio entre los elementos lingüísticos e icónicos lo que en cierta manera era de esperar en este tipo de revistas.

Del análisis del Código se deduce un grado de especialización de 9,84 que es corto para una revista de carácter divulgativo, el índice de legibilidad es 128,4, y un interés humano de 8,07, bastante bajo para este tipo de medios.

6. PERIODICOS DE INFORMACION GENERAL

Las publicaciones analizadas fueron EL PAIS, ABC, DIARIO 16, EL CORREO ESPAÑOL, EL CORREO DE ANDALUCIA, LA TRIBUNA DE ALBACETE, LANZA, NORTE DE CASTILLA, HOY DE BADAJOZ, LEVANTE, JAEN e IDEAL GALLEGO.

A continuación queda reflejado el análisis de presencia de temas especializados del área de Sanidad (valores medios).

	<u>SR(cm2)</u>	<u>SP(cm2)</u>	<u>SE(cm2)</u>
EL PAIS	41.756	27.606	1.355
ABC	47.260	24.992	1.340
DIARIO 16	50.692	14.914	615
EL CORREO ESPAÑOL	48.621	27.696	1.149
EL CORREO DE ANDALUCIA	45.103	8.961	860
LA TRIBUNA DE ALBACETE	36.512	13.849	1.277
LANZA	34.565	5.334	1.311
NORTE DE CASTILLA	43.704	18.879	602
HOY DE BADAJOZ	33.600	9.400	785
LEVANTE	63.750	16.836	580
JAEN	36.474	9.414	506
IDEAL GALLEGO	59.041	10.559	991



	<u>SR %</u>	<u>SP %</u>	<u>SE %</u>
EL PAIS	61	39	3,24
ABC	65	34,59	3,25
DIARIO 16	77,26	22,74	1,21
EL CORREO ESPAÑOL	63,71	36,23	2,36
EL CORREO DE ANDALUCIA	83,43	16,57	1,30
LA TRIBUNA DE ALBACETE	72,4	27	3,5
LANZA	86,66	13,36	3,28
NORTE DE CASTILLA	64,58	34,14	1,28
HOY DE BADAJOZ	80,00	17,67	2,33
LEVANTE	79,10	20	0,90
JAEN	79,42	19,2	1,38
IDEAL GALLEGO	84,8	15,2	1,67

Como se ve, la presencia especializada en temas de Sanidad oscila de un 0,90 en LEVANTE a un 3,5 en LA TRIBUNA DE ALBACETE.

El análisis temático dentro del área especializada da los siguiente resultados en tantos por ciento de la misma:

	%
Educación para la salud	1,30
Salud comunitaria	12,79
Organismos Sanitarios públicos	9,39
Personal Sanitario	20,10
Inversiones	2,08
Infraestructuras	22,45
Innovaciones tecnológicas	15,92
Organismos Sanitarios privados	1,04
Sucesos	7,57
Otros	7,31

Dentro de estos temas los contenidos son similares a los señalados para las Revistas de Información General.

El análisis de los elementos formales como termino medio de todas ellas ha resultado porcentualmente con los siguientes valores:

Elementos Lingüísticos	61,8 %
Elementos paralingüísticos	17,5 %
Elementos icónicos	20,7 %

Concluyendo la media de la superficie relacional en proporción a la publicitaria queda distribuida en un 74,48% de la primera por un 25,52 de la segunda y de la superficie redaccional un 97,86% se dedica a otras informaciones distintas de temas sanitarios mientras que a este área especializada se dedica por término medio un 2,14% (gráfico 6) cantidad que parece no ser excesiva en relación al interés temático.

El análisis formal denota una proporción aceptable dentro de las relaciones que suelen darse en este tipo de medios entre los extremos analizados.

El análisis de código denota un índice de legibilidad de 126,2, sencillo en la línea de otros medios impresos. Sin embargo el grado de especialización con un 7,08 demuestra la necesidad de un mayor capacidad divulgativa en las personas encargadas de escribir este tipo de información.

Finalmente el interés humano alcanza una valoración del 9,74, esto es bajo para un medio informativo de carácter diario que debía aprovechar su mayor difusión con respecto a los demás medios impresos.

7. ANALISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS

Si se observa globalmente la relación de superficies dedicadas en cada uno de los grupos de medios que se han analizado (gráfico 6) vemos que, como era de esperar, el medio que dedica mayor superficie temática a los aspectos Sanitarios son las Revistas monográficas sobre el tema con un 35,25% de la superficie, que le sigue con un 9,71% las revistas de carácter divulgativo, superficie no excesivamente importante como así mismo ocurre con el 4,48% de las revistas de información general y un 2,11% de los periódicos de información general.

No obstante, parece un avance importante si se considera que hace unos años el tema Sanitario apenas aparecía en los medios impresos.

El análisis del código reflejado en el gráfico 7 produce, aparentemente, un resultado sorprendente y es un grado de especialización muy elevado, oscilando entre un 7,08 de periódicos de información general y un 19,28 en revistas monográficas. Esto demuestra que, al relacionarlos con los otros componentes del código, el interés humano y la legibilidad, se produce una incoherencia lo que confirma la hipótesis de la inadecuada especialización de aquellos que tratan este área temática.

Respecto al interés humano vemos que en los periódicos de información general con un 9,74% de media es frío, así como para las revistas divulgativas con un 8,07%, mientras que para las revistas de información general con un 12,79% y las monográficas de un 12,21% resulta poco interesante; de todo ello se deduce globalmente un escaso interés humano.

La legibilidad, sin embargo, es muy sencilla en todos ellos destacando las revistas de información general con 174,2, mientras que las otras tres están a niveles parecidos alrededor del 127.

Gráfico 6

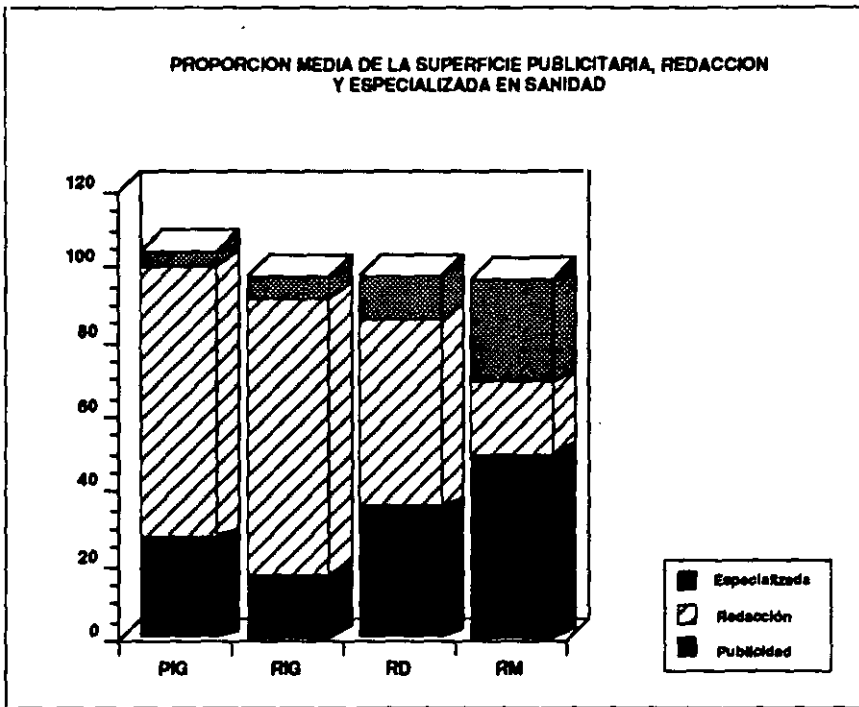
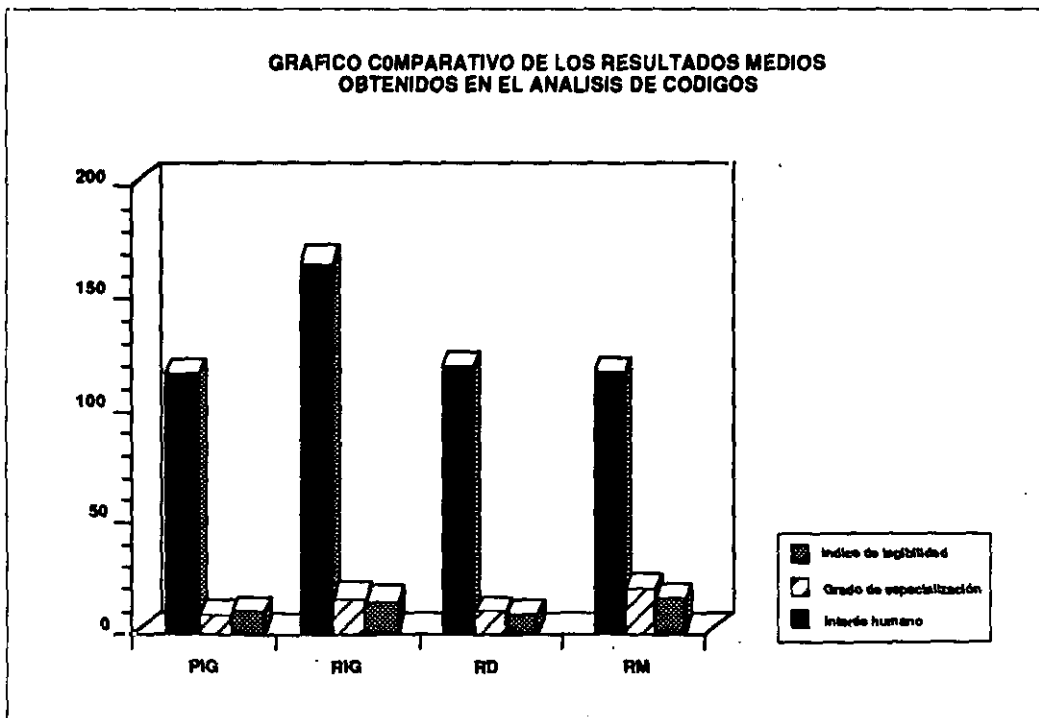


Gráfico 7



En función de todo lo anterior se determina que dado el interés general por el tema sanitario no se le dedican grandes espacios aunque como decíamos antes, es importante que un área que apenas aparecía hace unos años, ahora tenga un espacio permanente en los diferentes medios y muchos de ellos, fundamentalmente, los periódicos de información general dediquen un día o la semana suplementos dedicados a este tema.

Por otra parte aparece un reducido, por no decir ningún interés humano en las publicaciones lo que contrasta con un aparente elevado grado de especialización lo que demuestra precisamente una inadecuación en el tratamiento ofrecido por los periodistas que elaboran el tema, quizás excesivamente preocupados por la terminología científica olvidando su función de «traductores» hacia los lectores.

Esto último obliga a investigar las causas de este comportamiento y por ello se ha realizado la investigación que comentamos en el apartado siguiente.

8. LAS CARACTERISTICAS DEL PERSONAL ENCARGADO DE LA REDACCION DE TEMAS SANITARIOS

En sus primeros tiempos la especialización en temas sanitarios se fraguó con colaboradores de los medios de comunicación escogidos por su conocimiento en el área a seguir. Mas tarde la necesidad de la traducción de los tecnicismos utilizados en el argot sanitario a un lenguaje inteligible para el ciudadano normal fue la clave para la aparición del periodista especializado en esta temática.

Al definir al periodista especializado los profesores Pedro Orive y Concha Fagoaga señalan que: «No debe ser un pozo de ciencia, sólo un hombre especializado en determinadas cuestiones para poder tratarlas con profundidad»¹⁰⁰

Dada la necesidad, señalada en las hipótesis, de una mayor especialización por parte de los periodistas que escriben sobre sanidad se ha realizado una investigación que permitiese confirmar la veracidad de la hipótesis y de ahí obtener conclusiones precisas para mejorar esa especialización.

Por otra parte se ha querido aprovechar la investigación para detectar la opinión de los periodistas sobre la efectividad de los gabinetes de prensa de la estructura sanitaria, al objeto de concretar la hipótesis relacionada con la valoración y eficacia de los mismos y, desde ahí concluir en posibles reestructuraciones.

Se remitió un cuestionario a redactores que cubren el área sanitaria en los diferentes medios. Los encuestados fueron 48 un 75% mujeres y un 25% hombres. Entre 20 y 30 años un 30% de los encuestados y un 70% entre 30 y 40 años. Un 44% tiene contrato de trabajo fijo, un 25% son contratados temporales y un 31% son colaboradores. De ellos el 80% son licenciados en Ciencias de la Información y el 20% restante profesionales con estudios de medicina o ATS.

Respecto a su trabajo en el área especializada de Sanidad, el 75% afirma cubrir siempre esta temática, un 12,5% casi siempre y el 12,5% restante sólo alguna vez. Sobre sus conocimientos en temas de salud el 80% lo han adquirido de forma autodidacta y el resto mediante estudios profesionales en sanidad. Así mismo el 80% reconoce haber ido alcanzando sus conocimientos en temas sanitarios durante el tiempo que llevan trabajando y el 20% restante antes de comenzar a escribir en este área especializada.

Las razones que les ha movido a escribir sobre esta temática para el 50% ha sido por iniciativa personal, un 25% a iniciativa del medio y el resto por casualidad. Un 25% se muestra muy satisfecho con trabajar en este área especializada, un 55% bastante satisfecho y el 20% restante algo satisfecho.

⁽¹⁰⁰⁾ ORIVE RIVA, P. y FAGOAGA, C.: "La especialización en el Periodismo". Madrid. Dossat. 1974.

Los contenidos de la información que vierten en sus trabajos provienen en un 55% de fuentes personales un 22% de documentación, un 13% de fuentes oficiales y un 10% de conocimientos propios. Respecto a las fuentes personales el 90% reconoce que son utilizadas por la credibilidad que les merecen. Un 80% afirma que el medio en que trabaja tiene fondo documental pero, sin embargo, reconoce que no es excesivo.

Respecto a su opinión sobre los gabinetes de prensa manifiestan en un 75% que son poco efectivos, mientras que el 25% afirman que son efectivos. Su grado de relación con ellos depende del medio en que trabajan y del grado de actualidad de la información que precisen, así los redactores de los medios diarios afirman que el contacto es diario, mientras que el resto va en función de la periodicidad del medio.

Para un 50% la información que reciben de los gabinetes es aceptable mientras que un 20% afirma que es interesante y un 30% que es poco interesante.

La información que, por orden de preferencia, interesan al medio en que trabajan suele ser educación para la salud, salud comunitaria, innovaciones tecnológicas y personal sanitario.

Finalmente, en relación a la atención que los medios de comunicación ofrecen a los temas sanitarios un 60% reconoce que es escasa, un 20% que es normal y un 20% que es suficiente.

Sobre el tratamiento dado por los medios de comunicación a la información Sanitaria un 55% reconoce que no es profunda y poco especializada, un 30% que es aceptable y un 15% que el grado de especialización es adecuado.

9. LOS MEDIOS AUDIOVISUALES Y LA INFORMACION SANITARIA

Aunque, como hemos dicho al principio de este capítulo, no son los medios audiovisuales y la información sanitaria el objeto del mismo, sino que hemos centrado el análisis en los medios impresos, no queremos dejar sin mencionar las posibilidades de aquellos en relación con la información en el área de la sanidad.

Si tenemos en cuenta que la mayor parte de los hogares españoles, por no decir su totalidad, están equipados de televisor y radio; que la radio tiene una gran presencia en los automóviles y que la televisión se ha injertado en los hábitos de vida de la audiencia, en el

contexto del hogar, cumpliendo funciones en la interacción familiar, podemos afirmar su importancia como medios a utilizar con fines divulgativos y que cumplen una función de refuerzo de lo publicado en los medios impresos.

Es más se ha analizado el poder de la penetración de los diversos medios y se ha obtenido que una de cada dos personas afirma que si sólo hubiese un medio de comunicación, preferiría que se mantuviese la Televisión¹⁰¹. Lo que demuestra el efecto que han tenido el desarrollo de las técnicas de comunicación audiovisuales sobre las fuentes de comunicación social que toma en cuenta la población.

Ninguno de los medios impresos puede alcanzar los niveles de cobertura de los audiovisuales, entre otras causas, porque la audiencia de los primeros excluye a los analfabetos reales o funcionales, porque el medio impreso no impone la presencia de sus mensajes a la población como lo hace el medio audiovisual, ya que este último cuenta con aparatos de radio y televisión que, además de enlazar con el medio relacional, son bienes que ocupan un espacio en el hogar.

El acto de ver ambos medios se consume con sólo apretar un botón, mientras que la lectura exige adquirir un ejemplar en el que la información es perecedera. Además, en el caso de la radio se pueden estar realizando otras actividades al mismo tiempo que se escucha.

Los medios audiovisuales han aportado a la sociedad los instrumentos de comunicación que permiten, a quienes no saben leer y carecen de formación, informarse y formarse sobre aquellos temas de actualidad, culturales y divulgativos que antes sólo se comunicaban por medio de letra impresa.

Si tenemos en cuenta que estos grupos además de la dificultad que tienen de recibir información por otros medios, también encuentran mayor dificultad para entender los contenidos de las informaciones, entendemos que la comunicación audiovisual es un campo de acción a utilizar por la temática sanitaria para dar a conocer sus contenidos, para fomentar la educación para la salud de estos colectivos y de ejercer una acción de refuerzo sobre el resto de la comunidad de salud.

La importancia del uso de los medios audiovisuales para difundir informaciones sobre temas de interés primordial, tal es el caso de la sanidad, para toda la sociedad se incrementa si entendemos la necesidad que las instituciones deben sentir por el uso de nuevos modos de comunicar interna y externamente. Así el video-cassette es un elemento esencial en la actualidad para la divulgación de temas sociales.

Los problemas de información y comunicación son muy diversos. Aquí vamos a señalar dos facetas importantes que en el ámbito sanitario pueden resolverse con el uso del video institucional:

⁽¹⁰¹⁾ MARTIN SERRANO, M. *"El uso de la Comunicación Social por los españoles"*. Madrid. CIS. 1982. pág. 44.

1. El volumen de información que se genera en el medio sanitario es enorme y creciente. Ante tal acumulación de elementos de información, mayor peligro de saturación se sufre. Saturación que significa aislamiento, incapacidad de discernimiento, en dos palabras, bloqueo comunicativo.
2. La creciente importancia del canal de comunicación adecuado. Absorber información, difundirla, evitar interferencias, dar forma y contenido al mensaje, seleccionarlo etc. son necesidades que estimulan la creación y funcionamiento de nuevos medios de comunicación.

El video, ayuda a solucionar muchos problemas. De hecho, permite, eliminar ruidos interferencias y falsas interpretaciones al ser la misma institución la que realiza todas las funciones periodísticas sobre el mensaje.

El desarrollo actual del video ha ampliado las fronteras de interrelación de los usuarios. De una comunicación entre grupos reducidos, incluso de persona a persona ha pasado a una comunicación dirigida a grupos mayoritarios, y cuando se incorpora a los canales regionales o nacionales de la televisión, se convierte en un medio masivo.

Cada medio se sitúa también en un proceso selectivo de los usuarios. El video, por su novedad entre los medios, ha surgido con fuerza; todavía se halla en la etapa de expansión; es la gran novedad para muchos receptores de ahí la entrega, a veces desmedida, en su consumo y aplicaciones. Es la fase de popularización por la que han pasado todos los medios de fuerte implantación social.

A esta etapa le sigue otra de un cierto cansancio, de dosificación de usos, de incorporación de criterios de selección.

El video institucional tiene su evolución y ubicación particular dentro del video general. El video ha obligado al cine, a los diaporamas y a otros recursos escritos y visuales a replantearse su enfoque. Son circunstancias que el video empresarial e institucional tendrá que tener en cuenta.

Es el reto que tienen todos los responsables de medios dentro de las instituciones y empresas. Ningún medio resuelve todos los problemas, ni tampoco ningún medio se estanca en un momento. Si algo caracteriza los medios, en su conjunto, es su dinamismo. Por tanto, no puede nadie estancarse y aferrarse a un medio por muchas que sean las aportaciones que haga. La salida mas adecuada es precisamente la del planteamiento de multimedia, tal como se hace hoy día en toda estrategia comunicativa que busque la eficacia y el mejor servicio.

Como hemos visto hasta ahora, en este apartado, los medios audiovisuales pueden ejercer dos funciones primordiales en relación a los medios impresos: función divulgativa y formativa para aquellos que no tienen acceso a los medios impresos por no saber leer o por una falta de formación escolar y una función de refuerzo para todo el colectivo social, en relación a los medios impresos.

Los temas de sanidad aunque no es ajena su presencia en los medios audiovisuales, creemos que a los ojos de cualquier profano es muy escasa. Si bien aparecen campañas divulgadoras para prevención de determinadas enfermedades - SIDA y drogadicción entre ellas- no aparecen verdaderos programas de promoción de la salud con la presencia y regularidad que serían convenientes.

Se ha observado que en la radio, en emisoras de difusión nacional, hay una presencia de aproximadamente 30 minutos diarios en los que la temática suele ser presentación de campañas preventivas -por ejemplo vacunación para prevenir determinadas enfermedades- o presentación de aspectos institucionales de la sanidad.

Así mismo suelen aparecer en los programas tipo Magazine secciones de duración aproximada y que versan sobre el médico en casa. En él un profesional de la medicina expone un tema determinado y los radioyentes le consultan mediante llamadas telefónicas.

En las diferentes televisiones la sequía divulgativa sobre temas sanitarios es aun mayor que en la radio. Si exceptuamos, como antes decíamos, la presencia de algunas campañas preventivas sobre temas muy puntuales de carácter institucional, los programas dedicados a temas médicos son escasos.

Programas tipo «Mas Vale Prevenir» presentado por el periodista Ramón Sánchez--Ocaña no suelen prodigarse y sería necesario que dada la gran audiencia con que cuenta este medio se potenciase la presencia de programas sanitarios. Máxime si, como decíamos antes, hay un porcentaje importante de personas que sólo pueden recurrir a la televisión o a la radio para educarse o completar su información.

Creemos a modo de conclusión que las instituciones sanitarias deberían tomar en consideración la importancia de los medios audiovisuales y potenciar la promoción de programas divulgativos y formativos de estos medios. Así mismo los directivos de los diferentes medios de comunicación audiovisual tendrán que tener en cuenta el interés general de la sociedad por los temas de salud y promocionar la presencia de estos temas en sus medios respectivos dado el interés social que se presume debe presidir la programación de las rejillas televisivas y de los diversos programas radiofónicos.

CAPITULO V

**RELACION SATISFACCION-INFORMACION EN EL AMBITO
DE LA ACCION SANITARIA**

1. MARCO GENERAL DE LOS ANALISIS SOBRE SATISFACCION DE LOS PACIENTES

Los análisis sobre satisfacción por su carácter subjetivo resultan complejos. No obstante, desde hace aproximadamente veinte años se realizan sistemáticamente en la mayor parte de los países occidentales de nuestro entorno.

En todos los estudios se detectan dos conclusiones: en general, coinciden en que los ciudadanos quieren contar con unos servicios sanitarios suficientes y de calidad; no les importa que les suban los impuestos para que la asignación presupuestaria permita mejorar la asistencia sanitaria o bien que se detraiga de otras partidas como puede ser la de gastos de defensa. Para todos la salud es una de las prioridades más importantes.

La segunda conclusión es que, la generalidad de los pacientes encuestados están satisfechos con los médicos que los atienden, aunque al mismo tiempo desean que se produzcan cambios profundos en el sistema sanitarios del que afirman, no sólo la población general sino también los profesionales de la asistencia, los planificadores, los gestores, los políticos, etc., adolece profundas deficiencias y necesita mayor racionalización.

España, en relación con lo anterior, no es una excepción según un estudio realizado en 1991 por la Escuela de Salud Pública de Harvard y por Cuanter, a través de una empresa de sondeos de opinión de Madrid.

El encargo del análisis fue hecho por Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Sanidad. El fin general del trabajo era medir el grado de satisfacción de los españoles con el sistema sanitario y se centraba en el objetivo de conocer la opinión del público sobre la calidad de la asistencia médica, el acceso a los servicios sanitarios y prioridades a la hora de introducir reformas en el Sistema Nacional de Salud.

El trabajo se encomendó al equipo de investigación de Harvard porque ya había realizado estudios sobre temas similares en diversos países. Se eligió una muestra aleatoria de 1445 españoles de más de 18 años, cuyas respuestas dieron un valor representativo de la población adulta del país. El estudio se diseñó para proporcionar información que pudiera permitir comparar el resultado con análisis finales similares de satisfacción del público de otros países.

Los resultados globales del estudio dieron conclusiones semejantes a las comentadas anteriormente y que vamos a comentar a continuación. Para la inmensa mayoría de los españoles es prioritario el incremento del gasto público en sanidad y creen que el gobierno deberá gastar más en sanidad. El 91% de los ciudadanos quiere que las nuevas inversiones de la sanidad sean reasignadas de otras áreas y sólo el 7% opinan que deben proceder de un incremento de los impuestos.

Tres de cada cuatro encuestados (77%) expresa una gran insatisfacción con la organización del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, aproximadamente el mismo número (71%),

también manifiestan una satisfacción general con los servicios de asistencia médica utilizados por ellos o sus familiares. Esta dicotomía satisfacción e insatisfacción también se ha observado en otros países en los últimos años. En comparación con datos en otros 10 países industrializados, España ocupa el tercer lugar de insatisfacción con organización del Sistema Nacional de Salud después de Estados Unidos e Italia.

En términos generales, la mayoría de los pacientes que han visitado al médico o ha estado internado en un hospital en el año anterior al estudio están muy satisfechos con muchos aspectos de la asistencia recibida aunque muchos se quejan del tiempo que el médico les dedica (un 55% de los encuestados afirmó que su visita más reciente al médico había durado menos de 10 minutos) y de lo mucho que se debe esperar para obtener ciertos tipos de servicios médicos.

El grado de satisfacción es mayor entre los pacientes hospitalizados (un 73% está muy satisfecho con la asistencia médica hospitalaria) que entre los de las consultas externas (un 61% muy satisfecho con la asistencia ambulatoria).

En conclusión, los resultados de la encuesta mostraron un grado considerable de insatisfacción en España con el sistema sanitario y una gran opinión a favor de ir más allá de las reformas introducidas por la Ley General de Sanidad de 1986.

En este sentido, el Defensor del Pueblo en su informe correspondiente a la gestión realizada durante el año 1991 señala que continúan formulándose quejas cuyo origen han de imputarse al todavía insuficiente desarrollo reglamentario de la Ley General de Sanidad. Y, añade, un número representativo de quejas están en relación con las reformas que la Ley establece en el ámbito de la asistencia primaria, configurada organizativamente en torno a los equipos de atención primaria y a los centros de salud que deberá aumentar su cobertura, hasta llegar a atender a la totalidad de la población.

Respecto a los derechos de los usuarios del sistema sanitario público, un número importante de quejas presentadas ante el Defensor del Pueblo lo han sido sobre lo relativo a la constancia por escrito del proceso de la enfermedad a que hace referencia el apartado 11 del art. 10 de la Ley General de Sanidad, en relación con el derecho de información establecido en el art. 9 de la citada Ley.

Además, el Defensor del Pueblo subraya la falta de adecuación de los recursos asistenciales a la demanda de la población, siendo reflejo de ello las quejas sobre las existencias de abultadas listas de espera, que impiden, en algunos casos, garantizar una rápida y correcta asistencia sanitaria ante situaciones de necesidad.

Como se ve algunas quejas presentadas ante el Defensor del Pueblo coinciden con aspectos de insatisfacción reseñados en el estudio realizado a través de la encuesta antes comentada.

Así mismo, en comparecencia ante el Pleno del Congreso el 26 de Septiembre de 1991 el Ministro de Sanidad reconocía que «los problemas más importantes son los relativos al

insuficiente desarrollo de una política de salud pública, a la persistencia de algunas desigualdades, a la insatisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos» lo que confirma todo lo anteriormente expuesto sobre la insatisfacción existente en el colectivo de usuarios.

Por otra parte, el Ministro afirmaba más adelante, al referirse al Sistema Nacional de Salud, que «una asistencia sanitaria de calidad es aquella que, además de curar, cuida a sus enfermos y en ese proceso confluyen aspectos tan intangibles como el trato que el enfermo recibe, la confianza o la información que se le transmite sobre su enfermedad. Aspectos que no podemos obviar y de los que sólo podremos tener constancia si preguntamos al ciudadano».

Y añadía a continuación, «la calidad percibida de la asistencia sanitaria es el resultado de la comparación que cada ciudadano hace entre sus percepciones de la asistencia recibida y las expectativas que tiene de ella. Expectativas que son a su vez influencia de varios factores de las necesidades personales del ciudadano; de sus experiencias anteriores al entrar en contacto con el sistema; de la información que ha recibido a través de los canales de comunicación informal y de los medios de comunicación y de la información que el propio sistema sanitario transmite».

El análisis de la encuesta, del informe del Defensor del Pueblo y de las propias palabras del Ministro de Sanidad nos ha movido a realizar la investigación en relación a los parámetros satisfacción-información para apreciar su realidad.

El reconocimiento por los propios ciudadanos en su percepción del Sistema Nacional de Salud de que existe insatisfacción a través de sus opiniones vertidas en la encuesta, la necesidad planteada por el Defensor del Pueblo de buscar soluciones a nivel de información a los usuarios y la confirmación por parte del Ministerio de Sanidad, a través del propio Ministro, de que el funcionamiento de los servicios sanitarios no permite la evaluación de resultados y que la información al ciudadano no es abundante, invitan a realizar una investigación sobre la satisfacción de los enfermos que están utilizando la red pública de los servicios de asistencia sanitaria.

Cuando han pasado ya seis años de la promulgación de la Ley General de sanidad de 1986 que pretende desarrollar el mandato constitucional sobre esta temática y la implantación de un Sistema Nacional de Salud de acuerdo con los principios Constitucionales, que inspiran entre otros objetivos el satisfacer las necesidades sanitarias de la población, parece un momento razonable para hacer este tipo de estudio.

2. ACOTACION DEL CONCEPTO DE SATISFACCION

El punto de partida de cualquier estudio sobre satisfacción tiene que ser necesariamente multidimensional. En el concepto de satisfacción entran en juego numerosos componentes que van, desde lo individual hasta lo social. Se barajan cuestiones de actitudes, creencias, expectativas, sentimientos, valores, etc.

La complejidad del estudio de la satisfacción es tanto teórica como metodológica. Obviando este último aspecto, resalta su complejidad incluso a nivel de la investigación misma de los servicios sanitarios. Estos suelen considerarse clásicamente dentro del marco conceptual de la estructura, los procesos y los resultados.

También en este contexto, el concepto de satisfacción resulta complejo y no unívoco. Así por ejemplo, la satisfacción puede categorizarse de tres modos distintos. Supongamos una encuesta que tratara de medir las actitudes de la población hacia la enfermera como profesional de la medicina. En este caso, se clasificaría el estudio como de estructura.

Si en otra encuesta quisiéramos medir cómo se siente la gente de satisfecha con sus propias relaciones con el médico, nos encontraríamos con un estudio de proceso. Y, finalmente, si fuéramos a valorar la satisfacción de los enfermos con su estado actual de salud, estaríamos ante un estudio de resultado o «output». Partiendo de este esquema y para valorar la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios, incluiremos indicadores de estructura, de proceso y de resultado, lo que inserta al estudio en el tronco o línea de la investigación de los servicios sanitarios, dentro de un contexto internacional.

Consideraremos, asimismo, la satisfacción como una actitud constituida por componentes afectivos, cognoscitivos y comportamentales que configuran la estructura de la actitud.

En síntesis, si bien no se trata de una investigación con pretensiones teóricas, si que partirá de un marco teórico que sirva de guía de investigación. Así pues el estudio parte de una concepción multidimensional de la satisfacción, se inscribe en la corriente de investigación de los servicios sanitarios y considera la satisfacción como una actitud constituida por componentes afectivos, cognoscitivos y comportamentales con los que el usuario afronta la realidad sanitaria o, mejor, el complejo mundo de la acción sanitaria por la que se siente afectado.

3. PROGRAMAS CONTROL SATISFACCION-INSATISFACCION

El grado de satisfacción de la población es un indicador de la calidad de la asistencia. Para poder detectar el grado de satisfacción-insatisfacción se pueden utilizar varios sistemas, bien sean directos o indirectos.

Entre los directos están, el estudio de las reclamaciones directas mediante quejas reflejadas en libros de reclamación como en una vía de acercamiento a la opinión del usuario sobre los servicios sanitarios, quejas a través de instituciones como el Defensor del Pueblo, reclamaciones judiciales, cartas a la prensa, encuestas de opinión, y otras, como pueden ser acciones multitudinarias, graffiti etc. Entre los sistemas indirectos, en el área que nos ocupa, el más indicativo está el grado de utilización de servicios sanitarios alternativos.

De todos los sistemas anteriores, el más fiable es la encuesta si ésta se hace utilizando las medidas normales diseñadas por la estadística, siendo la elección adecuada de la muestra aleatoria la más definitiva. Los demás sistemas adolecen de vicios que brevemente se van a reseñar ya que la investigación que se trata en este trabajo se va a realizar a través de la encuesta de opinión.

El análisis de quejas presentadas en libros de reclamación, es un procedimiento fácil para detectar que existe insatisfacción pero constituye una forma parcial de aproximarnos a dicha cuestión. En primer lugar no se hace una elección científica de la muestra. En segundo lugar, no trabaja con datos representativos ya que hay una escasa tendencia de los pacientes a exponer por escrito sus quejas; por otra parte, es probable que un buen número de usuarios desconozca la posibilidad de reclamar, pues con frecuencia se hacen protestas por el funcionamiento de la asistencia sanitaria ambulatoria pero pocas veces se formula en libro de reclamaciones y, en otros casos, puede producirse a la hora de realizar una queja una solidaridad de familiares o personas que se encuentran en el lugar en el momento de efectuar el paciente la queja.

No obstante, las reclamaciones, aunque no permiten conocer en profundidad la opinión de los usuarios son útiles para identificar áreas de insatisfacción en asistencia.

Respecto a los otros dos tipos de reclamaciones señaladas en los sistemas directos, las dirigidas a instituciones como el Defensor del Pueblo o las de tipo judicial tampoco suelen ser representativas ya que las primeras suelen referirse a casos puntuales y las segundas, además de ser puntuales, van dirigidas a solicitar compensaciones de tipo diverso, aunque como señalábamos en el párrafo anterior, sirven para definir áreas de satisfacción.

En lo referente a las cartas a la prensa, si ya antes apuntábamos la poca tendencia de los pacientes a exponer sus quejas por escrito, menos aún existe el deseo de hacerlo en la prensa, donde las cartas denotan un cierto nivel cultural y de conocimiento por parte de la persona que las firma y también es excluyente el que muchas personas pretenden permanecer en el incógnito.

El graffiti es algo anecdótico y las acciones multitudinarias conllevan no sólo la queja asistencial sino otras motivaciones de tipo político o de manipulación de masas que pueden

acudir a las movilizaciones por motivos diversos y que pueden no estar directamente relacionadas con reclamaciones sobre los servicios sanitarios.

Finalmente los sistemas de medidas indirectos no son fácilmente evaluables pues el hecho de buscar servicios de asistencia alternativos pueden estar relacionados con los medios económicos del paciente, motivos sociológicos y un largo etc. que hace difícil detectar los motivos de la elección y si estos están relacionados con quejas sobre el servicio sanitario público o con otras motivaciones de carácter social, por lo que no sólo su representatividad es escasa, sino que tampoco es algo definitorio a la hora de señalar áreas de insatisfacción.

La encuesta como decía anteriormente es el procedimiento más representativo y fiable para investigar el estado de opinión de los usuarios del sistema sanitario, máxime si la muestra se elige apropiadamente y si, como es en el caso de la sanidad, la población entre la que se designa aleatoriamente la muestra, son personas que directamente han sido pacientes de los diversos servicios sanitarios ya que sus opiniones estarán motivadas por su experiencia personal.

La atención al usuario forma parte de las actividades de cualquier centro sanitario y, por supuesto, de toda la administración sanitaria; el binomio atención-información son aspectos inseparables para la valoración de la calidad de cualquier sistema sanitario, máxime si, como en el español, se contempla como aspecto básico del mismo no sólo la curación sino la promoción de la salud (art. 6.1 de la LGS). Lo que obliga a que no sólo el usuario, sino la sociedad en general sea informada de manera permanente sobre los servicios que puedan ofrecerse, su funcionamiento, etc.

En los centros asistenciales la atención al usuario debe centrarse en información sobre su situación clínica, el funcionamiento del centro, aspectos burocráticos y administrativos derechos y deberes, y atención hotelera (caso de hospitales). Estos diferentes aspectos de la atención tendrán en cuenta la situación psicosomática del paciente y de las personas relacionadas con él.

En los centros hospitalarios, muchos de los pacientes que ingresan en ellos lo hacen en un estado físico y psíquico vulnerable y sufriendo alguna forma de incapacidad debido a la enfermedad. A esto hay que añadir el ambiente del hospital que puede generar estrés psicológico en el paciente hospitalizado, entre otras causas por una falta de información adecuada sobre el espacio físico en que se encuentra, funcionamiento del mismo, posibilidades de comunicación con el exterior, etc. A ellos hay que añadir el trato en el aspecto profesional y el informativo con médicos, enfermeros, celadores administrativos etc con los que se relaciona.

La relación del paciente con todos ellos es crucial para la calidad de vida en el hospital. El paciente sólo recibe información de su enfermedad si se considera que ello no podrá afectar negativamente al curso de la misma. Sin embargo, el paciente aspira a que el personal médico que le atiende sea capaz de darle una explicación científica y al mismo tiempo interpretarle esta acción sacándole de la incertidumbre.

Otras informaciones que deben estar a disposición de los usuarios y sus familiares son aquellas que hacen referencia al funcionamiento de los centros asistenciales. Se puede elaborar un folleto explicativo que en términos comprensibles recoja de forma actualizada toda la información. Debe estar perfectamente clara la señalización, con signos visibles letra clara etc.

Este tipo de información debe entregarse en la recepción del centro a la llegada del paciente, también se le debe comunicar la existencia de un libro de reclamaciones, así como sería conveniente que existiese un buzón de sugerencias que ayudara a la dirección de los centros y a la administración en general a mejorar la calidad asistencial.

4. PRESENTACION DE LA INVESTIGACION PARA EL CONTROL SATISFACCION-INFORMACION: INTERES, OBJETIVOS E HIPOTESIS

Cuando, en general, se comenta que hay insatisfacción por parte de la comunidad de salud, la búsqueda de las causas se extiende a las mas diversas áreas de la Sanidad. Sin embargo, en el deseo de encontrar justificaciones, rara vez, se piensa en que el reflejo de la calidad asistencial viene dado, en buena medida, por la información unida a un buen trato humano con los pacientes.

Estos son los verdaderos definidores de la calidad asistencial, de poco valen equipos costosísimos, material tecnológicamente avanzado, profesionales preparados si el enfermo se queja de su paso por los centros asistenciales. Es necesario conocer los motivos de estas quejas cuando aparentemente todo debería funcionar perfectamente, dado que todos están interesados en que suceda así.

Desde la administración, pasando por los profesionales de la sanidad, comunidad de salud, etc., todos apuestan por una sanidad mejor.

Por ello el interés de la investigación estriba en confirmar en que grado una información adecuada mejora la satisfacción de los pacientes, como la aplicación real de los conocimientos a los problemas humanos de incomunicación de la comunidad de salud cuando entra en contacto con el medio sanitario permite mejorar los aspectos subjetivos de la calidad asistencial.

Va a ser, precisamente, en los marcos concretos de asistencia médica, consultas, ambulatorios, etc. donde se encuentran agrupados todos los componentes de la medicina en equipo, médicos, enfermeras, celadores, administrativos, lo que va a definir la validez práctica del interés del enfermo por conocer, por saber lo que sucede, en una palabra estar informado. La justificación de la medicina se encuentra en el carácter de su aplicación a las necesidades humanas y esa aplicación tiene lugar en los marcos de asistencia sanitaria.

Los objetivos a alcanzar en la investigación serán los de comprobar la influencia que tiene el trato humano, unido a una correcta información que sea comprensible por el enfermo en la satisfacción-insatisfacción sobre el funcionamiento de los centros. Existe un lenguaje científico que tiene características propias, ese lenguaje no puede ser interpretado por el enfermo, profano de la medicina. Ese lenguaje debe ser «traducido» al lenguaje común y al nivel determinado por la cultura de los miembros de la comunidad de salud.

El lenguaje científico médico ha facilitado el registro del conocimiento y la comunicación entre científicos de una misma disciplina. Pero al mismo tiempo, ha abierto una brecha cada vez mas profunda entre el médico y el profano. Por eso los objetivos de esta investigación nos llevan a comprobar la influencia de la información en el binomio satisfacción-insatisfacción.

Intentaremos comprobar en que manera se cumplen las hipótesis de que la información es un factor determinante en el grado de satisfacción de la comunidad de salud. Por ello, la información debe ser una actividad subsidiaria del colectivo profesional integrados en los marcos de asistencia Sanitaria en la idea de que la inmediatez y personalización de la información sanitaria es lo más valorado por la comunidad de salud.

4.1. METODO

El uso de las encuestas de salud mediante entrevista se ha extendido por todos los países desarrollados, en la medida que se ha demostrado su utilidad como instrumento de aproximación al estado de salud de la población. Se caracteriza por el empleo de cuestionarios entre una muestra de la población que puede cumplimentar en entrevista directa, telefónica o por correo.

La elección de la entrevista como método básico ofrece ventajas importantes, en relación con los sistemas que hemos comentado en apartados anteriores, así:

- Recogida amplia de información de forma rápida y fácil.
- Información extrapolable a toda la población.

- Flexibilidad del cuestionario para adaptarse a nuevas necesidades de información.
- Utilización de entrevistadores sin conocimientos sanitarios específicos.
- Ofrece información relacionada con variables de morbilidad percibida, uso de servicios sanitarios, estilos de vida, características demográficas y socioeconómicas.
- Menor costo que los estudios basados en examen de salud.
- Se pueden aplicar con gran seguridad en estudios de satisfacción-insatisfacción, por ser expresión directa de la fuente primaria de información, las personas.

Las limitaciones más importantes están relacionadas con la metodología empleada. Por ello es básico la obtención de una muestra representativa de la población que permita estimar los resultados con un error muestral conocido y tolerable. La elección y el modo de formulación del cuestionario también es importante; así como influye el periodo de referencia utilizado.

Aunque en España existen abundantes fuentes de información de interés sanitario, esta información es difícil de interrelacionar, se detectan lagunas de información en ciertas áreas de creciente interés, una de ellas es la de satisfacción-insatisfacción en relación con la información importante porque el reflejo de la calidad asistencial puede verse empañado por la insatisfacción informativa del usuario.

4.2. POBLACION, MUESTRA, PROCEDIMIENTO

La población a estudiar en la encuesta que se va a analizar, está formada por todos los enfermos que en el día del estudio utilizó centros asistenciales de la seguridad social con exclusión de los menores de 18 años.

La muestra definitiva se ha obtenido a partir del listado de enfermos que han utilizado los distintos centros en el día del estudio. El número de personas consultadas han sido 2674 distribuidas por todo el territorio nacional, y las preguntas han sido obtenidas de un estudio sobre una encuesta relacionada con medicina y sanidad pública realizada por el CIS el 25-06-92. Las preguntas que se van a analizar son las siguientes:

1. ¿Esta Vd. muy satisfecho, bastante satisfecho, poco o nada satisfecho con el funcionamiento del centro al que Vd. acude a las consultas de medicina general?

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Poco satisfecho
- Nada satisfecho
- N. S
- N. C

2. Por lo que Vd. sabe o tiene entendido, ¿qué opinión le merece el trato humano que reciben los enfermos en estos centros por parte de los médicos, las enfermeras, los celadores y el personal administrativo: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?

Muy buena Buena Regular Muy Mala NS NC

- Médicos
- Enfermeras.
- Celadores
- Administrativos

3. ¿Y la información que reciben los enfermos de cada uno de estos mismos profesionales en los centros de salud, consultorios y ambulatorios le parece a Vd. muy buena, buena, regular, mala o muy mala?

Muy buena Buena Regular Muy Mala NS NC

- Información médicos
- Información enfermeras
- Información celadores
- Información personal administ.

4. Y esta información que proporcionan los distintos profesionales de los centros de atención primaria, ¿cree Vd. que los enfermos la entienden muy bien, bien, regular, mal o muy mal?

	<u>Muy buena</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Muy Mala</u>	<u>NS</u>	<u>NC</u>
- Información médicos						
- Información enfermeras						
- Información celadores						
- Información personal administ.						

4.3. PRESENTACION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

1. ¿Esta Vd muy satisfecho, bastante satisfecho, poco o nada satisfecho con el comportamiento del centro al que Vd acude a las consultas de medicina general?

Muy satisfecho	303
Bastante satisfecho	1.448
Poco satisfecho	526
Nada satisfecho.	121
No sabe	79
No contesta.	12
	<hr/>
	2.674

2. Por lo que Vd sabe o tiene entendido ¿que opinión le merece el trato humano que reciben los enfermos en estos centro por parte de los médicos, las enfermeras, los celadores y el personal administrativo.

	<u>Muy</u> <u>bueno</u>	<u>bueno</u>	<u>reg.</u>	<u>mala</u>	<u>Muy</u> <u>mala</u>	<u>No</u> <u>sabe</u>	<u>No</u> <u>contesta</u>
Médicos	155	1.557	631	176	39	102	13
Enfermer.	120	1.443	647	182	27	187	38
Celadores	95	1.360	599	183	39	342	56
Administr.	78	1.233	589	168	36	508	61

3. ¿Y la información que reciben los enfermos de cada uno de estos mismos profesionales en los centros de Salud, consultorios y ambulatorios le parece a Vd?

	<u>Muy</u> <u>bueno</u>	<u>bueno</u>	<u>reg.</u>	<u>mala</u>	<u>Muy</u> <u>mala</u>	<u>No</u> <u>sabe</u>	<u>No</u> <u>contesta</u>
Médicos	103	1.243	731	324	59	199	15
Enfermer.	75	1.185	716	301	58	304	35
Celadores	56	1.114	658	263	56	473	53
Administr.	51	1.038	630	271	51	579	54

4. Y esta información que proporcionan los distintos profesionales en los centros de atención primaria ¿Cree Vd que los enfermos los entienden?

	<u>Muy</u> <u>bueno</u>	<u>bueno</u>	<u>reg.</u>	<u>mala</u>	<u>No</u> <u>sabe</u>	<u>No</u> <u>contesta</u>
Médicos	90	1.125	783	363	297	16
Enfermer.	78	1.172	707	294	385	37
Celadores	62	1.141	628	258	529	55
Administr.	53	1.034	644	260	625	58

Vamos a analizar las respuestas dadas a la encuesta cruzando las preguntas entre sí para ver la incidencia de los resultados que tiene cada una de ellas con los de las demás. Para no hacer el estudio demasiado prolijo, dado que para el objeto de la investigación basta con analizar los aspectos satisfacción-insatisfacción relacionados con la información, vamos a agrupar los

datos en tres bloques: muy satisfecho-bastante satisfecho equivalente a muy bueno-bueno, poco satisfecho con regular, nada satisfecho con mala-muy mala y, aparte de estos bloques, se harán una consideraciones sobre los aspectos no sabe-no contesta.

Veamos como quedan agrupados los bloques cruzando la pregunta primera satisfacción-insatisfacción con el funcionamiento del centro (F.C), con la segunda, trato humano dispensado por el colectivo del Centro, médicos (THM), enfermeras (THE), celador (THC) y administrativos (THA) que podemos agrupar como muy bueno-bueno (satisfacción), poco (regular) satisfecho, mala-muy mala (insatisfecho). En valores absolutos.

	FC	THM	THE	THC	THA
Satisfecho	1.751	1.712	1.593	1.495	4.311
Poco satisfecho	526	631	647	599	589
Insatisfecho	121	215	209	222	204
No sabe	79	102	187	342	508
No contesta	12	13	38	56	61

En valores porcentuales.

	FC %	THM %	THE %	THC %	THA %
Satisfecho	65	64	59,5	54	49
Poco satisfecho	20	24	24	22	22
Insatisfecho	5	8	7,8	8,3	7,6
No sabe	3	3,8	7	12,8	19
No contesta	0	0	1	2	2,3

Como se ve en el grado de satisfacción, que es mayoritario con un 65%, sobre el funcionamiento del centro, influye de manera importante el trato humano, siendo significativo que alcance un máximo en el médico 64% y va disminuyendo en función de la importancia que el paciente considera que tienen para la resolución de su problemática los diferentes profesionales del colectivo alcanzando la cota mas baja en el administrativo.

La insatisfacción no es muy elevada considerada independientemente, pero sí admitimos que la persona que se confiesa poco satisfecha manifiesta un cierto grado de insatisfacción aunque éste sea mínimo, vemos que se alcanzan cotas del 25% respecto al funcionamiento del centro, un 32% referente al trato de los médicos, un 31,8% en las enfermeras, un 30,8% en celadores, y un 29,6% en administrativos.

Observándose que la incidencia en la insatisfacción coincide con una escala inversa a la satisfacción lo cual quiere decir que el trato humano de las personas más relacionadas directamente con el proceso de curación del enfermo, como son médicos y enfermeras, tienen a su cargo la mayor proporción de responsabilidad en que el paciente se considere satisfecho o insatisfecho.

Por ello, se puede concluir que la satisfacción está en relación directa con el trato humano del colectivo asistencial, a mejor trato humano mayor satisfacción y dentro de esto la incidencia mayor corresponde con los profesionales que más directamente tienen la responsabilidad del tratamiento del enfermo. La misma consideración se puede hacer en sentido inverso.

A continuación desarrollamos el cruce de la primera pregunta satisfacción sobre el funcionamiento del centro con la información recibida por parte del colectivo profesional que trabaja en el mismo. En este análisis se consideran los mismos bloques que en el estudio anterior y las mismas similitudes.

Consideremos en primer lugar los valores absolutos de las diferentes informaciones, información médicos (IM), información enfermeras (IE), información celadores (IC) e información administrativos (IA).

	FC	IM	IE	IC	IA
Satisfecho	1.751	1.346	1.246	1.170	1.089
Poco satisfecho	526	731	716	658	630
Insatisfecho	121	383	359	319	22
No sabe	79	199	304	473	579
No contesta	12	15	35	53	54

Relación porcentual entre los conceptos anteriores:

	FC %	EIM %	EIE %	EIC %	EIA %
Satisfecho	65	45	46,7	45	40,6
Poco satisfecho	20	29	26	23,5	24
Insatisfecho	5	13,6	11	9,6	9,7
No sabe	3	11	14	19,8	23
No contesta	0	0,5	1	2	2

Los datos anteriores reflejan que es fundamental la información en la satisfacción de los pacientes, se ve que la exigencia en este nivel influye más negativamente que el trato humano, así ha disminuido en todos los profesionales la calificación respecto a la información que va, desde el 50% en los médicos, disminuyendo profesionalmente en el resto del colectivo del centro lo que confirma que son los profesionales con mayor incidencia en el tratamiento de la enfermedad los que tienen más responsabilidad en las valoraciones que el paciente desarrolla sobre la calidad asistencial.

La insatisfacción vemos que se relaciona inversamente. Así, es mayor en los profesionales mas relacionados con el proceso de la enfermedad, de forma similar a como se desarrollaba en el relación con el trato humano, sin embargo aquí las cotas negativas se incrementan hasta casi el doble lo que demuestra la valoración que el paciente da a la información que, en aspectos de insatisfacción ante la menor información llega hasta casi el doble.

Si mismo la insatisfacción absoluta con la insatisfacción relativa del que manifiesta estar poco satisfecho vemos que las cotas negativas en médicos y enfermeras, o sea, los profesionales más relacionados con la resolución de la enfermedad, alcanzan porcentajes del 41% y casi el 40% lo que representa un importante grado de insatisfacción si lo comparamos con el 50% y el 47% de los que se muestran satisfechos.

Si además comparamos la primera pregunta con la tercera en relación con la que opinan los pacientes sobre lo que entienden de las informaciones de los médicos (EIM), de las enfermeras (EIE), de los celadores (EIC) y de los administrativos (EIA), encontramos los siguientes valores absolutos.

	FC	EIM	EIE	EIC	EIA
Satisfecho	1.751	1.215	1.250	1.203	1.087
Poco satisfecho	526	783	707	628	644
Insatisfecho	121	363	294	258	260
No sabe	79	297	385	529	625
No contesta	12	16	37	55	58

Lo cual traducido a valores porcentuales queda:

	FC %	EIM %	EIE %	EIC %	EIA %
Satisfecho	65	45	46,7	45	40,6
Poco satisfecho	20	29	26	23,5	24
Insatisfecho	5	13,6	11	9,6	9,7
No sabe	3	11	14	19,8	23
No contesta	0	0,5	1	2	2

Se observa claramente cómo el que las informaciones sean dadas de modo legible de manera que el paciente las entienda son un factor a considerar a la hora de valorar las los enfermos; así, se comprueba que quizás los códigos que utiliza el médico sean demasiado especializados pues disminuye el porcentaje de la satisfacción respecto al trato humanitario y a la cantidad de información recibida; así la insatisfacción, si consideramos sumadas la insatisfacción absoluta y la insatisfacción relativa o poca satisfacción alcanza el 42,6%, lo que casi iguala ambos conceptos a nivel médico.

En el resto de los profesionales estudiados se observa que la satisfacción se mantiene a niveles equivalentes a la cantidad de información porque sus códigos se mantienen más asequibles al paciente.

Se sigue observando que la insatisfacción también globalmente se mantiene en el mismo sentido que en las anteriores cuestiones planteadas, es decir, aumenta la insatisfacción respecto a aquellas personas que se consideran más responsables de la solución de los problemas del enfermo.

Del mismo modo, si analizamos los aspectos relacionados con aquellas personas que no saben o no contestan, se observa que tanto el no sabe como en no contesta van aumentando a medida que la pregunta parece tener más complicación o más preparación para analizarla. Pensamos, pues, que la educación sanitaria es importante para que las personas puedan valorar la calidad asistencial que se les ofrece.

DISCUSION FINAL
Y
CONCLUSIONES GENERALES

En la introducción de este trabajo se formulaban unas hipótesis basadas en la observación del funcionamiento global del ecosistema comunicativo. Sin investigación afloran en el ámbito sanitario unas disfunciones que permiten, a priori, formular unas hipótesis que las investigaciones posteriores confirmarían o no y, caso que se confirmasen, en que grado afectaban al funcionamiento global de la sanidad.

Las investigaciones iban a centrarse en torno a las características de las estructuras informativas del entramado sanitario a nivel de recursos humanos y técnicos, contenidos canales y destinatarios, en una primera vía, y en el análisis de la presencia de la información sanitaria en los medios de comunicación, su tratamiento como modelo científico especializado tanto desde el medio en sí como de aquellos periodistas encargados de su desarrollo.

Estas dos vías iban a desembocar en un común destinatario, la comunidad de salud, quien subjetivamente expresa su satisfacción o insatisfacción sobre la calidad asistencial, en función de cómo el caudal informativo proveniente de ambas vías llenase sus aspiraciones sociales en relación a las expectativas de servicios a recibir de las instituciones sanitarias y de los equipos profesionales que en ellas trabajan.

La sanidad actual hay que contemplarla como un todo integrado en que la medicina en equipo es el centro de la misma y sus vectores direccionales son los canales y caudales de información que dimanar de las propias instituciones técnico-asistenciales y desembocan en el paciente.

Previamente, se analizaría la normativa jurídica relacionada con el ámbito sanitario para determinar si es suficiente para un desarrollo informativo adecuado a la demanda social y, si desde el derecho comparado, hay legislación suficiente y adaptable a nuestras propias peculiaridades.

Sentadas las premisas anteriores vamos a contemplar las hipótesis planteadas y las conclusiones obtenidas en relación a cada una de ellas.

1. Existen profundas lagunas en la reglamentación de la legislación destinada a regular la información en el ámbito de la sanidad.

Es cierto, existen numerosas lagunas, no sólo extraídas del análisis legislativo. Pues, como se vio en el apartado 2 del Capítulo II, el sistema sanitario español en su contenido constitucional es un sistema sanitario desintegrado, puesto que, en primer lugar establece la división de la sanidad en exterior e interior, siendo la primera competencia exclusiva de la Administración Estatal, mientras que la segunda puede ser asumida por las Comunidades Autónomas. De hecho, seis de éstas ya las han asumido.

La Ley General de Sanidad intenta, en su extenso articulado, reconducir la situación anterior hacía un concepto integral de sanidad. Así lo señala en la exposición de motivos en que justifica la necesidad de su existencia, entre otras cosas, y la presencia de una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo y la existencia institucional de las Comunidades

Autónomas que pueden asumir competencias en sanidad.

Por ello, el artículo 4 de la LGS señala que la Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará actuaciones destinadas al establecimiento de sistemas de información sanitaria y realización de estadísticas de interés general supracomunitario, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria y el establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y las Comunidades Autónomas en materias objeto de la Ley.

Acciones nada fáciles, sobre todo si tenemos en cuenta la falta de colaboración de algunas Comunidades con la Administración Central y más aún, si sus gobiernos son de diferente ideología política. Aunque se cree una institución, como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, encargado de ser el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud entre ellos y con la Administración estatal.

Como vemos, a nivel estructural e informativo existen grandes dificultades para que el Sistema Nacional de Salud funcione como un todo integrado y aparecen lagunas legales que aún no han sido rellenadas dado el poco, por no decir nulo, desarrollo reglamentario de la Ley General de Sanidad, aspecto que, también, señalaba el Defensor del Pueblo en su informe anual al Congreso de los Diputados.

Así mismo, hemos visto la problemática que planteaba la aplicación de la nueva medicina en equipo en relación al secreto profesional sobre la confidencialidad de determinados aspectos informativos de la problemática del paciente, además del incumplimiento del mandato constitucional sobre los límites a la información, el respeto a la intimidad del paciente, así como la problemática que representa en nuestro país la falta de reglamentación sobre el uso de la informática, pese al mandato constitucional. Todo lo cual confirma la existencia de lagunas legales en este campo de la acción sanitaria.

La otra hipótesis formulada sobre aspectos jurídicos era:

2. Existe, desde el Derecho Comparado, legislación suficiente y actualizada en relación a la información sanitaria.

Hemos concluido que, efectivamente, los códigos penales de varios países de nuestro entorno contemplan soluciones en lo referente al secreto profesional. Así, entre otros, el Código Penal suizo, el alemán, el francés y el italiano recogen aspectos relacionados con el problema, si bien adoptan posturas diferentes pues, mientras unos, como el alemán, adoptan una técnica enumerativa para referirse a las actividades sometidas al secreto profesional, otros como el italiano optan por la cláusula genérica. En cualquier caso, son modelos que pueden contribuir a resolver la problemática y rellenar la carencia que, en la legislación penal española, existe actualmente sobre el secreto profesional de los ejercientes de la medicina.

También se ha constatado que el uso de la informática está correctamente regulado en países de cultura similar al nuestro (véase capítulo II, apartado 4.4) e incluso el Convenio del

Consejo de Europa (28 de enero de 1981) prohíbe el tratamiento automatizado de datos personales sensibles; aunque remite a lo que prevea el derecho interno de cada

Estado en lo referente a otras garantías especiales, pero en el caso español no existe reglamentación al respecto. Por ello creemos que esta laguna legal puede ser solucionada tomando como modelo alguno de los países de nuestro entorno o bien acudiendo a lo señalado por el Convenio del Consejo de Europa, antes mencionado, que prevé una serie de medidas que se han expuesto en el apartado 4.5 del capítulo II. Convenio que fue ratificado y publicada dicha ratificación en enero de 1985 en el Boletín Oficial del Estado.

Aunque, como vemos, existe en la legislación comparada elementos suficientes para cubrir las lagunas antes señaladas, es conveniente que la Administración del Estado adopte las medidas necesarias para el desarrollo de la reglamentación sobre la tutela de los datos automatizados que garantice la intimidad del individuo, en especial en un sector tan sensible como es el sanitario.

Sobre la cuantificación y cualificación de las estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias se formularon tres hipótesis que examinamos, al objeto de establecer su verificación y extraer conclusiones.

1. No hay estructuras informativas suficientes en las Instituciones Sanitarias para atender todas las áreas sociales.

En las estructuras orgánicas del Ministerio de Sanidad no existe una red de comunicación que llegue desde el órgano central hasta las últimas ramificaciones de los servicios periféricos del Ministerio, con lo que los medios de comunicación social de carácter local o regional tienen que acudir al gabinete de prensa del órgano central en Madrid. Este gabinete se encuentra incluido en la Dirección General de Comunicación, creada en la última reorganización estructural del Ministerio de Sanidad y Consumo por Real Decreto 858/92 (BOE 16-7-92).

Por otra parte, como se ha detectado en la investigación realizada, sólo el 8% de los centros tienen personal destinado a atender la demanda informativa de los medios de comunicación social. A todas luces insuficiente dado, como hemos visto, el gran volumen de noticias que se genera en el ámbito sanitario a nivel técnico-asistencial.

Pero, no sólo se ha detectado la insuficiencia de estructuras informativas de atención hacia el área de comunicación social, sino en la parcela de atención a la demanda informativa por parte de la comunidad de Salud en general y del usuario en particular.

Se ha comprobado, en el capítulo III de esta tesis que, aunque todos los centros tienen un servicio de información próximo al acceso al interior del mismo, sin embargo su función no es puramente informativa sino compartida con otras funciones administrativas, auxiliares, técnicas e, incluso, de atención al teléfono. Estos puntos de información se distribuyen, por lo general, en relación al número de entradas y suelen oscilar entre un mínimo de una y un máximo de nueve en los grandes centros hospitalarios.

Estas estructuras resultan insuficientes, dado que ni siquiera cubren todas las entradas y sólo en el 22% de los centros existen en plantas.

La segunda hipótesis de este bloque:

2. Las que existen no cumplen su objetivo, dada la inexistencia o inadecuación de bases documentales y de personal cualificado para la función de informar.

No hay personal cualificado para la función de informar. No sólo no se han desarrollado cursos formativos para este personal, sino que, como señalábamos antes, realizan otras múltiples funciones; con lo que su atención se dispersa en otras direcciones, acumulando un cansancio que, a veces, se traduce en falta de atención o cuando se atienden las demandas de información, en algunos casos, se hace de manera hostil.

Existen pocas bases documentales y resultan de difícil acceso. A este respecto, sólo un 22,6% de los centros tienen algún tipo de infraestructura documental informatizada y, aunque exista en el 77,4% de los mismos una guía-manual de servicios, la experiencia personal, en el 58% de los casos, suele resultar, también, un importante soporte de documentación.

La política informativa, en términos de documentación se proyecta con carácter de cierta universalidad y su presencia está más condicionada por el empeño difusor del organismo que la edita que por las características específicas de los centros.

3. Las estructuras informativas en el seno de las instituciones sanitarias se encuentran marginadas en atención, tanto desde las administraciones públicas como desde las instituciones técnico-asistenciales.

Es cierto, como ha quedado claro en el Capítulo III, que no se presta suficiente atención a las estructuras informativas. La Administración no ha desarrollado una estructura periférica que permita el acceso a la información desde las áreas locales y regionales. Tampoco se cuenta con personal suficiente y debidamente formado en las estructuras técnico-asistenciales. Así, se ha comprobado la escasez de puntos informativos y cómo, en muchos casos, son los propios profesionales de la medicina los que tienen que realizar subsidiariamente labores informativas ante la falta estructural y orgánica de un entramado comunicativo que pueda atender, tanto cuantitativamente como cualitativamente, las peticiones de información de la comunidad de Salud.

La información sanitaria en los medios de comunicación social venía contemplada desde cuatro hipótesis todas ellas confirmadas en las investigaciones desarrolladas al efecto:

1. La relevancia e incidencia social de la sanidad no está reflejada cuantitativamente en los medios de comunicación Social. Los contenidos Sanitarios son objeto de poca atención por parte de la prensa.

Exceptuando las revistas monográficas sobre temas de sanidad, con una proporción media de contenido especializado del 35,25% de la superficie redaccional y casi el 10% de las revistas divulgativas, en el resto de los medios escritos la presencia de los temas sanitarios es escasa, contradiciendo el interés demostrado por la sociedad por este área.

No obstante, se ha observado en los últimos años un avance importante en la presencia de la sanidad en los medios escritos, aunque aún es escasa, si se tiene en cuenta que la promoción de la salud encuentra un apoyo eficaz en los medios de comunicación en su doble vertiente informativa y formativa. No hay que olvidar que la educación y la información para la salud sirven de base para elevar la calidad de vida individual y colectiva.

2. En la prensa se está produciendo un desplazamiento del interés por los temas sanitarios descriptivos de la realidad técnico-asistencial, en sus variados aspectos, a los de educación para la salud, sobre todo relacionados con la medicina preventiva.

Así lo demuestra el estudio de los contenidos, realizado en la muestra de medios presentada en el Capítulo IV. La temática relacionada con educación para la salud y salud comunitaria alcanza una importante proporción sobre el contenido total con casi un 30%. Se trata de un volumen importante, si tenemos en cuenta que se han protocolizado diez contenidos distintos tales como: presupuestos, inversiones, infraestructuras, innovaciones tecnológicas y personal sanitario con el interés que, en mayor o menor grado, cada uno de ellos suscita en comunidad de salud.

3. El grado de especialización de los contenidos no se corresponde con el nivel natural del medio en función de sus destinatarios, lo que sucede también con la legibilidad y el interés humano del tratamiento divulgativo de la información sanitaria en los medios de comunicación social.

En el estudio realizado se han obtenido grados de especialización del doble o el triple de los que los teóricos de este tema consideran razonable para los respectivos niveles de medios. Ello demuestra una incoherencia importante en este aspecto y confirma la hipótesis del inadecuado tratamiento especializado de un área tan valorada y útil para el público en general. Aquí choca un resultado de sobresaturación en la especialización con una legibilidad supersencilla y un escaso interés humano.

4. Existen muy pocos periodistas especializados en información sanitaria y los verdaderamente especializados, sean o no titulados en Ciencias de la Información, desempeñan su función en medios especializados o acaparan la información sanitaria en varios medios.

Las conclusiones que se han obtenido al respecto señalan que la especialización ha sido adquirida por estos periodistas en su mayoría, un 80%, de forma autodidacta e incluso durante la realización de su trabajo como redactores de la información sanitaria. Su formación en temas

sanitarios ha sido escasa, al menos durante ese periodo en que ellos mismos reconocen que trabajaban sin conocer las peculiaridades de la sanidad. El 20% restante del personal que cubre estos contenidos, sí son profesionales de la sanidad y, mayoritariamente, desempeñan su función en medios especializados, pero no son licenciados en Ciencias de la Información, por lo que se presume desconocen las técnicas de elaboración periodísticas.

De lo anterior, queda claro que los que conocen las técnicas de la información periodística por ser licenciados en Ciencias de la Información, no han sido formados por expertos en sanidad al objeto de aportarles conocimientos especializados sobre el tema. De la misma manera, los que son expertos y profesionales de la sanidad tampoco han sido formados en las técnicas de comunicación antes de trabajar en los medios. De esta manera, es muy difícil tener un grado de especialización adecuado.

Así se ha detectado en la investigación desarrollada en la tesis, por lo que se hace preciso que los que han de cubrir este área científica realicen cursos, seminarios o masters de especialización, antes de trabajar como informadores, ya sea en revistas especializadas o en medios de información general. Suponemos, también, que los profesionales sanitarios deberían hacer lo mismo en relación con las técnicas de comunicación social.

Hay algo que define y confirma de manera clara la hipótesis de la falta de periodistas especializados y su incidencia en el grado de especialización con que son tratadas las informaciones sanitarias: los propios profesionales lo han reconocido en sus respuestas a la encuesta que se les pasó; el 55% afirma que el tratamiento dado por los medios de comunicación a la información sanitaria no es la adecuada ni en volumen, ni en tratamiento.

Así señalábamos, al hablar de la hipótesis primera de este bloque, que cuantitativamente la información sanitaria que aparecía en los medios de comunicación era pobre y ahora lo confirmamos por nuestra propia investigación sobre los contenidos y por el reconocimiento de los propios profesionales de que cualitativamente es inadecuada en su nivel de divulgación.

4. Para los profesionales de la información, los gabinetes de prensa de las instituciones sanitarias tienen poca efectividad y poca credibilidad.

La encuesta realizada entre los periodistas demuestra que un elevado número, un 75%, piensa que los gabinetes de prensa son poco efectivos. Este dato es bien significativo para la confirmación de la hipótesis. Por otra parte una mayoría, el 55%, reconoce que utiliza fuentes personales en vez de acudir a los gabinetes de prensa y el 90% reconoce que no le merecen gran credibilidad. Esta valoración confirma, como es lógico, el segundo aspecto señalado en la hipótesis y relacionada con la credibilidad que tienen estos gabinetes entre los profesionales de la información.

El cuarto bloque de hipótesis se centraba en el estado de satisfacción-insatisfacción de la comunidad de salud como reflejo de la incidencia global de sus aspiraciones sobre la información que esperaban recibir. Así se establecía:

1. La información constituye un factor determinante para los grados de satisfacción de la comunidad de salud. A más y mejor información mayor satisfacción y viceversa.

El estudio realizado demuestra que la exigencia informativa de la comunidad de salud no satisfecha influye más en la insatisfacción de las personas que un trato humano deficiente. Los valores negativos llegan a incrementarse casi el doble en relación al que les merece el trato humano, lo que pone de manifiesto la importancia con que la sociedad valora, en este contexto, la desinformación.

Por otra parte, la incomprensión de la información sanitaria recibida, también, es valorada de forma muy negativa, sobre todo cuando procede de los médicos. Es innegable que los códigos utilizados por este colectivo crean una gran barrera entre médico y paciente.

Los médicos y demás personal sanitario deben concienciarse de la necesidad de volcar en lenguaje asequible los tecnicismos del argot sanitario, pues, si éste puede ser bueno para la comprensión entre los profesionales de la sanidad, es, como se deduce de los datos, contraproducente en su relación con la comunidad de salud, transformándose esta falta de comprensión en insatisfacción por parte de los integrantes de la misma.

2. La información es una actividad subsidiaria de todo el colectivo profesional integrado en el sistema de atención sanitaria. La calidad de esta actividad incidirá de manera significativa, en la satisfacción que su función produce en los individuos que integran la comunidad de salud.

Los profesionales de la asistencia sanitaria han reconocido la existencia de una función informativa subsidiaria. En este sentido, hay que destacar, que se ha detectado que el 49,2% de los diferentes profesionales recibe unas cuatro demandas de información por día sobre contenidos distintos a los que corresponden a su función específica y que el tiempo para atenderlas tienen que detraerlo del dedicado a su trabajo habitual.

Dado el creciente proceso de complejidad experimentado por la atención sanitaria en equipo, vertiente que podíamos denominar médica, como diferenciada de la administrativa, las necesidades informativas se han disparado escapándose del control de la gestión sanitaria.

La Administración no ha sido capaz de encontrar respuesta adecuada a esa realidad y el usuario se enfrenta a la falta de estructuras institucionales con capacidad de responder a sus necesidades informativas puntuales. La baja calidad de respuesta a sus demandas influye negativamente en la satisfacción del usuario sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios. Esta situación ha propiciado la generalización de sistemas alternativos, uno de los más importantes es la solicitud de información al personal asistencial en situaciones de tránsito y sobre cuestiones ajenas a la relación técnico-personal. Este sistema de información subsidiaria es valorado de manera satisfactoria por más de la mitad de los profesionales y sólo un 20,8% lo valora negativamente.

Esta modalidad informativa llega a alcanzar valores cuantitativamente importantes y un coste económico digno de tenerse en cuenta, puesto que el tiempo que detraen los profesionales de la medicina para dedicarlo a la información sobre cuestiones diferentes a su especialidad hay que valorarlo en módulos económicos de personal altamente cualificado.

Lo cierto es que el usuario de la Sanidad reconoce estar más satisfecho cuanto mejor es tratado y cuanto mejor es informado, lo que nos hace suponer que este modelo de información subsidiaria resuelve, en parte, la deficiencia de estructuras específicas y colabora en el incremento del grado de satisfacción de la comunidad de salud, aunque su coste se presuma excesivamente caro.

3. La inmediatez y personalización de la información sanitaria es lo más valorado por la comunidad de salud.

Esta afirmación es absolutamente cierta, como ha quedado demostrado en el cruce de los datos obtenidos en la investigación satisfacción-insatisfacción relacionada con la información, de la que dimos cuenta en el Capítulo V.

En primer lugar, queda claro que la información es fundamental para la satisfacción de los pacientes, ya que su valoración negativa supera, incluso, las deficiencias en trato humano.

En segundo lugar la insatisfacción se desarrolla inversamente. Así, es mayor en relación a los profesionales que más inmediatez tienen en la resolución del proceso de los pacientes, siendo más críticos con los médicos (un 41%) -este es el escalón más inmediato del proceso- y luego va descendiendo, en los otros escalones de inmediatez en la relación, para llegar al 31,5% en los administrativos; casi diez puntos menos que en aquellos.

Finalmente, un aspecto muy valorado es la personalización de la información. La comunidad de salud expresa su mayor satisfacción con una información personal que con la documental en directorios, carteles, guías del usuario etc. Esto refleja que el tratamiento informativo por ese medio no es lo suficientemente comprensible por parte del usuario, como ha quedado demostrado en la investigación desarrollada en el Capítulo III.

Esto nos lleva a concluir en la necesidad de un estudio sobre los modelos informativos documentales y escritos utilizados, para una readaptación de los mismos, a fin de adaptarlos a la comprensión de la mayoría de los componentes que integran la comunidad de salud.

Confirmado el conjunto parcial de hipótesis expuestas en la introducción de esta tesis, al considerarlas latentes en el ecosistema comunicativo, aunque sin confirmación documentada y precisa, formulamos en función de todas ellas la siguiente hipótesis central del trabajo:

En el ámbito de la sanidad existe una gran disfunción informativa y la falta de un programa coordinado e integral en política informativa, que se traduce en la existencia de estructuras inadecuadas, imprevisibles y desconectadas de las necesidades, intereses y cualificación existente en la comunidad de salud.

Esta hipótesis queda confirmada con las realidades comprobadas para la demostración de las anteriores hipótesis parciales. Lo que nos lleva a concluir en la conveniencia de un modelo de comunicación adecuado a las necesidades y estructuras sanitarias para que la información dimanante de ese modelo incida de manera positiva en la satisfacción del conjunto de la comunidad de salud.

Este modelo debería basarse en las siguientes directrices que, sin ser determinantes, pueden ayudar en el desarrollo de un programa de información integral en el ámbito de la acción sanitaria. Ello pasaría por:

- Desarrollar la reglamentación legal necesaria para cubrir las lagunas que se detectan en la normativa sobre información sanitaria, como paso previo y fundamental.
- Potenciar la estructura informativa de las administraciones públicas mediante las siguientes actuaciones:
 1. Establecimiento de una red integrada de comunicación que enlace el órgano central del Ministerio de Sanidad y Consumo con su estructura periférica, creando gabinetes de comunicación en los órganos e instituciones más importantes.
 2. Potenciar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano de coordinación informativa entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas y de éstas entre sí.
 3. Dotar los centros asistenciales de estructuras específicas para cubrir las necesidades informativas en sus diferentes vertientes. Estos puntos de información deberán ser dotados de personal y material suficiente y adecuado a las características y peculiaridades de cada centro.
 4. Realizar cursos de formación para que el personal encargado de las actividades informativas conozca las técnicas propias de este modelo de comunicación social. Así mismo, elegir este personal conforme al perfil exigido por la actividad a desarrollar.
 5. Dedicación exclusiva a la información, sin necesidad de que el personal encargado de la misma tenga que compartirla con actividades de otra naturaleza.
 6. Fomentar, desde las administraciones públicas, cursos de formación y actualización, especializados en temas de sanidad y destinados a los periodistas que cubre o desean cubrir este área de contenido.
 7. Facilitar desde las instituciones la labor informativa de los profesionales periodistas para que puedan informarse, documentarse, y asesorarse en su labor informativo-formativa de divulgación sanitaria.

8. Mejorar los fondos informativo-documentales destinados al usuario en su proceso de educación para la salud y en el de usuario de los servicios asistenciales o paciente, considerando en éstos últimos que la personalización e inmediatez de la información será un factor determinante para la satisfacción.

9. Compromiso entre los profesionales de la salud y los medios de comunicación social para que exista la colaboración mutua necesaria en un tema, como es la sanidad, que les permite proyectar su dimensión profesional en una ineludible necesidad e interés social.

10. Crear programas de educación orientados a fomentar desde la infancia pautas culturales saludables tanto en temas de educación para la salud, como en la prevención de la enfermedad. Del mismo modo, crear programas destinados a informar de la existencia de recursos asistenciales; así como sobre su mejor y más razonable utilización.

Este decálogo de directrices en política informativa exige la creación y desarrollo de los pertinentes programas, los cuales deberán tener capacidad de eliminar o, al menos, reducir las disfunciones que hemos detectado en el ámbito de la información sanitaria a través de las investigaciones presentadas en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ACARIN, N.

La sanidad, hoy.

Barcelona. Avance. 1975.

ADAY, L. A.

Designing and conducting health surveys.

Madrid, Díaz de Santos, 1990.

ADMIROAH, E. N. O.

Problems of Scientific Information Work in Developing Countries.

1976.

ALMARCHA, A. y GONZALESZ, B.

Pautas de cambio social y natalidad en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Madrid. Universidad Complutense. 1992

ALMARCHA, Amparo

«*Papel de los sociólogos en el área de salud*»

Hoja informativa del Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en CC. Políticas y Sociología.

Diciembre, 1989.

ALMARCHA, Amparo (y otros)

Estadísticas básicas de España 1990-1970

Madrid. Confederación Española de Cajas de Ahorro. 1975

ALMARCHA, Amparo (y otros).

La documentación y organización de los datos en la investigación sociológica.

Madrid. Fondo para la investigación económica y social de las Cajas de Ahorro. 1979

ALLAIN-REGNAULT, Martine.

«*Comunicación en doble sentido*»

Salud Mundial. OMS.

Enero-Febrero, 1985.

ALLEN, J. W.

Office Computer Systems for health professionals: a cost-benefit approach to assessing alternative technologies.

Madrid, Díaz de Santos, 1990.

ALONSO HINOJAL, I.

Sociología de la Medicina.

Madrid, Tecnos, 1977.

ALONSO HINOJAL, I.
Educación y sociedad. Las sociologías de la educación.
Madrid, CIS, 1980.

ALVAREZ, T.
Cambio social y crisis sanitaria.
Madrid, Ayuso, 1975.

ANDERSON, James G.
«Casual Model of a Health Services System»
Health Services Research.
23-42. 1972.

ANDERSON, J. G.
Casual models and social indicators: Toward the development of social systems models.
American Sociological Review 38 (1973) pp. 285-301

ANNI, O.
Ingiene e educazione sanitaria.
Madrid, Díaz de Santos, 1990.

ANTON, J. M., y COMPANY, A.
Diagnóstico de salud de la comunidad: principios, métodos, medidas y fuentes de datos.
Atención primaria. 1,5: 247-257. 1984.

ANTON, M. D., MACIA, D. y MENDEZ, X.
Intervención comportamental educativa en atención primaria.
Rev. Rol de Enfermería, 118: 31-35.

ARTELL, J.
La medición del nivel de salud
Jano núm. 712. 11-16-II-1986: 511-576.

ASECOM.
La comunicación empresarial, tarea de profesionales.
Avila, Miján, 1989.

ASHTON y SEYMOUR.
La nueva salud pública.
Madrid, Díaz de Santos, 1990.

ASOCIACION ARGENTINA DE FILOSOFIA
Aislamiento y comunicación
Buenos Aires, Sudamericana, 1966.

BAJO FERNANDEZ, M.

Protección del honor y la intimidad.

Madrid, Civitas, 1987.

BASILE, J.

The impact of new technologies on the society and the medicine of tomorrow.

In: *Medical Informatics Europe 84* (f. H. ROGER et al., Ed.)

Series: *Lecture Notes in Medical Informatics*, 24

Springer Verslag, Heidelberg, 1984, 4-8.

BALL, M. J. y otros.

Health care information management systems: a practical guide.

Madrid, Díaz de Santos, 1990.

BALL, M. J.

Medical information systems in the USA. 1980

In: *Medical Informatics Europe 81* (F. Gremy et al., Ed.)

Series: *Lecture Notes in Medical Informatics*, 11.

Springer Verslag, Heidelberg, 1981, 22-32.

BANNEL, Yves.

Comunicación y marketing interno: la revolución empresarial de hoy.

Madrid, ICSA, 1989.

BARDIN, Laurence.

El análisis de contenido.

Madrid, 1986.

BARTOLOME, D., GARCIA YRUELA, J., PABLOS COELLO, J., PARRA, D.,
y RIVA, J. L.

Estudios sobre tecnologías de la información.

Madrid, Sanz y Torres, 1991.

BASKIN, O. W. y ARONOFF, C. E.

Interpersonal Communication in Organizations.

Glenview, Ill.: Scott, Foresman, 1980.

BASSFORD

The justification of medical paternalism

Social Science and Medicine, 16, 731-739,

1982.

BAUER, R. A.

Social Indicators.

Cambridge, Mass, MIT Press, 1966.

BAYES, R.

Psicología y Medicina.

Barcelona, Fontanella, 1979.

BAYES, R. y RIVES, E.

Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del sida.

Papeles del Psicólogo, 41-42: 122-125.

BENAVIDES, J.; NEVOT, J.E.; PEREZ, A.

La comunicación en la Europa del 93.

Madrid, Edipo, 1991

BENITO, Angel.

Ecología de la comunicación de masas.

Madrid, Eudema, 1989.

BENITO, Angel.

Teoría General de la Información.

Madrid, Guadarrama, 1973.

BERELSON, Bernard

Content Analysis in Communication research

New York, 1971.

BERGER, Peter L. y LUCKMANN, Thomas.

La construcción social de la realidad.

Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

BERLO, D. K.

Los porqués de un estudio de lectura.

AEDE, n. 8.

Madrid, mayo, 1984.

BARKER, D. J. P.

Epidemiology in Medical Practice.

Edimburgo, Churchill Livingstone, 1976.

BENEYTO, J.

Conocimiento de la información.

Madrid, Alianza, 1975.

BENEYTO, J

Información y sociedad.

Madrid, Revista de occidente, 1970.

- BERTOGLIO, Oscar.
Las comunicaciones y la conducta de la organización.
México, Editorial Diana, 1975.
- BETINGHAUS, E. P.
Persuasive Communication.
New York, Mac Graw-Hill, 1968.
- BLALOCK, H. M.
Conceptualization and measurement in the social sciences.
London, Sage, 1982.
- BLAU, Peter M. y SCHOENHERR, Richard.
The Structure of Organizations.
New York, Basic Books, 1971.
- BLOOM, S. W.
The doctor and his patient.
New York, Free Press, 1965.
- BÖCKELMANN, F.
Formación y funciones sociales de la opinión pública.
Barcelona, G.Gili, 1983.
- BOULENGER, J.
La informática como instrumento de gestión
Madrid, Ibérica europa de ediciones, 1969.
- BOUZA ALVAREZ, F.
Procedimientos retóricos del cartel.
Madrid, CIS, 1983.
- BROWN, Roger.
Psicología Social.
México, Siglo XXI, 1972.
- BURCH, J. C. STRATER, F. G. y GRUDNITSKY, G.
Information Systems: Theory and Practice.
John Weley and sons. 1979.
- BURGELIN, O.
La comunicación de masas.
Barcelona, ATE, 1974.

CALVO BRUZOS, S.

Educación para la salud en la escuela.

Madrid, Díaz de Santos, 1992.

CALVO HERNANDO, Manuel.

Civilización, tecnología, e información.

Barcelona, Mitre, 1982.

CAMARERO, C. y FERREZUELO, P.

El rol del psicólogo de la salud

Papeles del Psicólogo. VI(33): 19-34. 1988.

CARCAVALLO y PLENCOVICG.

Ecología y salud humana.

Buenos Aires, Intermédica, 1973.

CARO, G.

La medicina impugnada.

Barcelona, Laia, 1972.

CASAS TORRES, J. M.

Población, desarrollo y calidad de vida.

Madrid, Rialp, 1982.

CASCO, J.

La asistencia psiquiátrica.

en Alvarez et. al., Cambio Social y Crisis sanitaria.

Madrid, Ayuso, 1975.

CASAS, M.

Utilizació de la informació des serveis assistencials: algunes propostes.

Gaceta Sanitaria de Barcelona, 1 (monográfico): 33-42. 1983.

CASTELLO, Enrique.

La teoría de la información en el campo de las decisiones económicas

Estudios monográficos de contabilidad y de economía de la empresa.

Madrid, ICE, 1980.

CASTILLA DEL PINO, C.

La incomunicación.

Barcelona, Península, 1970.

CASTIGLIONO, Arturo.

Historia de la Medicina.

Barcelona, Salvat, 1941.

CEBRIAN HERREROS, M.

El video empresarial e institucional en España.

Madrid, Ciencia 3 distribución, 1990.

CEBRIAN HERREROS, M.

El video industrial en España.

Madrid, CEOE, 1980.

CEBRIAN HERREROS, M.

Diccionario de radio y televisión.

Madrid, Alhambra, 1981.

CEBRIAN HERREROS, M.

Fundamentos del teoría y técnica de la información audiovisual.

Madrid, Alhambra, 1983.

CEOE

Comunicación y Organizaciones Empresariales.

Madrid, CEOE, 1984.

CLAYTON, P. O. et al.

Help: A Medical Information System with decision making capability.

In: Medical Informatics Europe 85

Series: Lecture Notes in Medical Informatics 25

Springer Verlag, Heidelberg, 1985, 127-131.

COE, R.

Sociología de la Medicina.

Madrid, Alianza, 1973.

CONDE, R. (comp)

Familia y cambio social en España

Madrid, CIS, 1982.

CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL.

Sistema de Registro de Información en Atención Primaria de Salud.

Valladolid, Junta de Castilla y León. 1985.

CONSEJERIA DE SANIDAD, TRABAJO Y BIENESTAR SOCIAL.

Una sanidad al servicio de la salud.

Santander, Gobierno Regional de Cantabria, 1986.

CORTINA GREUS, P.

Los sistemas de información sanitaria. Marco General.

Tercer Congreso de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria: 197-209.

Salamanca, 1985.

COSTA, M y LOPEZ, E.

Salud comunitaria

Barcelona, Martínez Roca, 1986.

COSTA, M., LOPEZ, E., AGÜERA, B. y GONZALEZ, R.

Programa en entrenamiento de autocuidado en atención primaria de salud.

Papeles del Colegio de Psicólogos, 10/11: 19-25. 1983.

COSTA, Joan.

La imagen de empresa: Métodos de Comunicación integral.

Madrid, Ibérico-Europea, 1977.

COSTA, J.

Imagen global

Barcelona, CEAC, 1987.

COUMPER, G. E.

Determinatas of health in developin countries.

Letchworth, Research Studies Press, 1984.

CREMY, F.

Avenir et signification de la médecine informatique

Médica-Gestion-sécial informatique.

Octobre 1980, pp. 22-30.

CUMMINGS, T. G.

Desiging Effective Work Groups. En P. C. Nystrom y W.H. Starbucck (eds), Handbook of Organizational Desing, vol. 2. pp. 250-71. Nueva York: Oxford University Press, 1981.

CUMPER, G.

The evaluation of national health sistems.

Madrid, Díaz de Santos, 1991.

CHAN, C. y JUZWISHIN, D. w. M.

Patient surveys an administrative tool

Health Care,6: 22-23. 1984.

CHRISTENSEN-SZALANNSKI, J. J. J.

Discount functions and the measurement of patent's values.

Medical Making, 4(1): 47-58.

DANCE, F. E.

Teoría de la comunicación humana.

B.A., Troquel, 1973.

DAVIS, J. A.

New money, and old man/lady and «TWO»s company: Subjective welfare in the NORC general social surveys (1972-1982).

Social indicators Research, 15: 319-350, 1984.

DEGOULET y FIESCHI.

Traitement de l'information medicale. Methodes et applications hospitalieres.

Madrid, Díaz de Santos, 1991.

DE GREGORIO, Doménico.

Metodologia del Periodismo.

Madrid, 1966.

DEVER, G. E. A.

An epidemiological model for health analysis.

Soc. Ind. Res. 1976. Vol. 2. Pág. 465.

D'HOUTAUD, A., y FIELD, M. G.

The image of health: Varations in perceptions by social class in a french population.

Sociology Science an Medicine, 15A: 557-564, 1981.

DOXIADIS, S.

Ethics in health education.

Madrid, Díaz de Santos, 1990.

DUBOS, R.

L'homme et l'adaptation au milieu.

París, Payot, 1973.

DURAN, M. A.

Desigualdad social y enfermedad.

Madrid, Tecnos, 1983.

ELINSON, J. y A. E., Siegmann.

Sociomedical health indicator.

Farmingdael, New York, Baywood Pub. Co., 1979.

ELOLA SOMOZA, F. J.

Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. (1983-1990)

Madrid, Fondo de investigaciones sanitarias de la Seguridad Social, 1991.

ELLIOT

The sociology of the professions.

Londres, Mcmillan, 1972.

ENRIQUEZ y MARTINEZ.

Metodología para la informatización de la historia clínica.

Madrid, Díaz de Santos, 1990.

ESCRIBANO COLLADO, P.

El derecho a la salud

Cuadernos del instituto García Oviedo.

Universidad de Sevilla. Núm. 1. 1976.

ESTEVEZ RAMIREZ, F.

Bibliografía de la información periodística especializada.

Huelva, Asociación de la Prensa, 1988.

ESTEVEZ RAMIREZ, F.

La responsabilidad social del periodista especializado.

La responsabilidad pública del periodista

Pamplona, EUNSA, 1988.

ESTEVEZ RAMIREZ, F.

La especialización científica y técnica de la información ante el reto tecnológica.

II encuentro hispano-luso de información científica y técnica.

Salamanca, 1988.

FAGOAGA, Concha.

Periodismo interpretativo, el análisis de la noticia.

Barcelona, Mitre, 1982.

FAGOAGA, Concha.

El sistema de fuentes informativas.

Ciencias de la Información, 5

Madrid, 1988 pp. 139-149.

FERNANDEZ, I., MARTINEZ, M. F., y IE'ON, J. M.

Psicofisiología Social: Una aportación básica y metodológica a la Psicología de la Salud.

Psicología Social de los Problemas Sociales.

Granada. Serv. de Publ. Universidad. 369-373.

FERNANDEZ DEL MORAL, Javier.

Modelos de comunicación científica para una Información Periodística Especializada.

Madrid, Dossat, 1983.

FERRARA. F. A., ACEBAL, E., y PAGANINI, J. M.

Medicina de la Comunidad

Buenos Aires, Intermédica, (2 edic.), 1976.

FESTINGER, Leon.

Teoría de la disonancia cognoscitiva.

Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1975.

FISHMAN, Mark

La fabricación de la noticia.

Buenos Aires, Tres Tiempos, 1983.

FLESCHE, Rudolf

How to write, speak and think.

New York, 1951.

FLESCHE, R.

Say what you mean

New York, Harper & Row, Publisher Inc. 1972.

FLESCHE, R.

The art of readable writing.

New York, Collier McMillan, 1978.

FRANCO, J.

Comunicación-educación.

Barcelona, Novaterra, 1974.

FONTCUBERTA, Mar de

El periodismo escrito.

Barcelona, Mitre, 1986.

FOX, J. G. y STORMS. D. M.

A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care

Social Science and Medicine, 15A: 557-564, 1981

FREIDSON, E.

Professional dominance: The social structure of medical care.

Chicago, Aldine, 1970.

FREIDSON, E.

La profesión médica.

Barcelona, Península, 1978.

FRY, John y W. A. J., Farndale.

International Medical Care: A Comparison and Evaluation of Medical Care Services Through the World.

Wallingford, Penn., 1972.

FUCHS, Víctor.

Who Shall Live: Health Economics an Social Choice.

New York, Basic Books, 1974.

FUNDACION FOESSA.

Tres estudios para un sistema de indicadores sociales.

Madrid, Euramérica, 1967.

GALDHABER, Gerald M.

Comunicación organizacional.

México, Logos, 1977.

GARCIA BALLESTER, L.

Historia social de la medicina en España.

Madrid, Akal, 1976.

GARCIA DE ENTERRIA,

El sistema europeo de protección de los derechos humanos.

Madrid, 1979.

GARCIA NOBLEJAS, Juan José y SANCHEZ ARANDA, José.

Información y persuasión.

Pamplona, Eunsa, 1990.

GARRIDO FALLA

Comentario a la constitución.

Madrid, Civitas, 1980.

GERNEZ-RIEUX, C. y GERVOIS, M.

Médecine Preventive, Santé Publique et Hygiène.

París, Médecine et Sciences, 1976.

Madrid, UNED, 1981.

GIL, F., GOMEZ, T., JARANA, L., LEON, J. M. y OVEJERO, A.

Entrenamiento en habilidades sociales en el marco de los servicios de salud.

Sevilla, Diputación Provincial. 1989.

GINZBERG, ELI.

Men, Money and Medicine.

New York, Columbia University Press, 1969.

GODOY CASTILLO, E.

Salud y cambio social.

Madrid, Cero, 1984.

GOMIS, Lorenzo.

El medio media.

Madrid, Seminarios y edic., 1974.

GOMIS, Lorenzo.

Teoría del periodismo. Cómo se forma el presente.

Barcelona, Paidós, 1991.

GONZALEZ RODRIGUEZ, Benjamín.

El capital humano en el sector sanitario: La distribución de médicos en España.

Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979.

GONZALEZ, B.

Recensión de La relación médico-enfermo de P. Latn Entralgo»

Papers: Revista de la Sociología, 1977. e: 216-222.

GONZALEZ, B. y ALMARCHA, A.

Mapa de salud y servicios sociales. CAM, 1 zonificación sanitaria. Bases para una regionalización de servicios.

Madrid. Consejería de Salud y Bienestar Social. 1987

GONZALEZ, B.

Medicina y Poder

JANO Medicina y Humanidades. Vol. 652 (1985), Págs. 71-79

GONZALEZ, B. y ALMARCHA, A.

Estructura demográfica de la profesión médica.

PAPERS: Rev. de Sociología, Vol. 16 (1981). Págs. 29-38

GONZALEZ, B.

Apuntes para una sociología de los recursos sanitarios.

Revista de Seguridad Social, 7: 29-38. 1980. Madrid.

GONZALEZ, B.

El capital humano en el sector sanitario: la distribución de los médicos en España.

Madrid, CIS, 1979.

GONZALO MOLINA, Pablo.

La comunicación interna en la empresa.

Tesis Doctoral UCM, Madrid, UCM, 1988.

GRABER, Doris A.

El poder de los medios en la política.

Buenos Aires, G.E.L., 1986.

GRANELL PEREZ, Luis.

El lenguaje de los medios de comunicación.

Zaragoza, Asoc. Prensa, 1990.

GRIFFITH, John.

Quantitative Techniques for Hospital Planning and Control.

Lexington, Mass, Lexington Books, 1972.

GROSS, M. S.

Hospital information market in the USA

Proceeding of APIS Conference, Brussels My, 1986.

GUZO, R. A.

Improving Group decision making in organizations: Approaches from Theory and Research.

New York, Academie Press, 1982.

HABERMAS, Jürgen.

Teoría de la acción comunicativa, I y II.

Madrid, Taurus, 1987.

HACKMAN, J. R.

Group Influences on Individuals. En M. D. Dunette (ed), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, pp. 1455-1525. Chicago: Rand McNally, 1976.

HANCHETT, E.

Salud de la Comunidad. Conceptos y evaluación.

México, Limusa, 1981.

HANLON, J. J.

Principios de administración sanitaria.

México, La prensa médica mexicana, 1980.

HARTEGERINK, M.

Health information systems

Health care and epidemiology

Londres, H. Kimpton Publisher, 1978.

HASS, C.

Teoría, técnica y práctica de la publicidad.

Madrid, Rialp, 1966.

HATFIELD, J. D. y HUSEMAN, R. C.

Perceptual Congruence About Communication as Related to Satisfaction: Moderating Effects of Individual Characteristics

Academy of Management Journal, junio, 1982, pp. 349-358.

HEARST, S.

Les mass media y el individue.

Mensaje y medios, 2, enero, 1978, pp. 36 y ss.

HERNANDO, Bernardino M.

El lenguaje de la prensa.

Madrid, Anaya, 1990.

HILLEBOE, H. E., BARKHUUS, A., yTHOMAS.

Métodos de planificación sanitaria nacional.

Ginebra, OMS, Cuadernos de salud pública núm. 46, 1973.

HINOJAL, A.

Sociología de la Medicina. Aspectos técnicos y empíricos.

Madrid, 1979.

HOBSON, W.

The theory and practice of public health.

New York, Oxford Uneversity Press, Oxford-New York, 1979.

HOLLAND, W.

Epidemiology and health.

Henry Kimpton, 1978.

HOMANS, G. C.

The Human Group.

New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1950.

HUND, W. D.

Comunicación y sociedad.

Madrid, Comunicación, serie B, 1973.

IBAÑEZ, E.

La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer.

Boletín de Psicología, 21:27-50. 1988.

IBAÑEZ, E y BELLOCH, A.

Psicología y Medicina.

Valencia, Promolibro, 1989.

INSALUD

Guía del Insalud.

Madrid, INSALUD, 1988.

INSALUD

Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del instituto nacional de salud.

Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1975.

INSALUD

Plan de humanización de la asistencia hospitalaria.

Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1984.

INSALUD

Guía del usuario

Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1988.

INSALUD

Diagnóstico de salud: décima sectorial

Madrid, Insalud, 1986.

INSEL, Paul M. y RUDOLF H.

Health and the Social Environment.

Lexington, Mass, Lexington Books, 1974.

INSTITUTO DE LA MUJER

Primeras Jornadas. Mujer y Salud.

Madrid, Ministerio de Cultura, 1984.

INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO

Introducción a la sociología ambiental y del consumo.

Madrid, Instituto Nacional de Consumo, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO

La información en la contratación privada

Madrid, Instituto nacional de consumo, 1990.

ISRAEL, L.

El médico frente al enfermo.

Barcelona, Los libros de la frontera, 1975.

JEWELL, L. N. y N. J.Reitz,

Group Effectiveness in Organizatiosn.

Glenview, Scott, Foresman, 1981.

JOHNSON, B. M.

Communication: TheProcces of Organizing.

Boston, Allyn & Bacon, 1977.

JOHNSTONE, J. N.

Indicators of education systems.

London/Paris, Kogan Page, UNESCO, 1981.

JUNTA DE CASTILLA Y LEON

Programa de salud escolar.

Valladolid. Consejería de Cultura y Bienestar Social. 1988

KLAPPER, J. T.

Efectos de las comunicaciones de masas.

Madrid, Aguilar, 1978.

KLAUSS, R. y BASS, B. M.

Interpersonal Communications in Organizations.

Nueva York, Academic Press, 1982.

KOTELCHUCK, D.

Prognosis negative: Crisis in the health care system.

New York, Vintage Books, 1976.

KRAUSE, E. A.

Power and illness: The political sociology of health and medical care.

New York, Elsevier, 1977.

LABROUSSE.

Les structures et les hommes.

París, Rationalistes, 1969.

LACY, D.

Problemas y perspectivas de la comunicación de masas.

Buenos Aires, Troquel, 1969.

LAGERFORS, B.

Teoría de los sistemas de información.

Buenos Aires, Ateneo, 1976.

LAIN ENTRALGO, P.

La relación médico-enfermo: Historia y teoría.

Madrid, Revista de Occidente, 1964.

LAIN ENTRALGO, P.

La medicina actual

Madrid, Seminarios y Ediciones Hora H, 1973.

LAIN ENTRALGO, P.
Historia de la medicina.
Barcelona, Salvat, 1984.

LAMBO, T. A.
Health and disease around the world
X Conferencia CIOMS, ULM.
Alemania, 1976.

LAZARFELD, P. F.
Comunicación de masas, gusto popular y acción social organizada.
Madrid, A. Corazón, 1969.

LEXKY, E.
Medicina Social. Estudios y Testimonios históricos.
Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Colección Textos Clásicos Españoles de la
Salud Pública, volumen compl. 1., 1984.

LINDER-PELZ, S.
«Toward a theory of patient satisfaction»
Social Science and Medicine, 16: 577-582, 1982

LINDER-PELZ, S.
Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses.
Social Science and Medicine 16: 583-589, 1982b.

LOCKER, D. y DUNT, D.
*Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with
medical care*
Social Science and Medicine, 12: 283-292. 1978.

LOPERANA ROTA, D.
*La protección de la salud y el medioambiente adecuado para el desarrollo de la persona en
la Constitución.*
Madrid, Civitas, 1991.

LOPEZ ARANGUREN, J. L.
La comunicación fekjhd.
Madrid, Ckllkk, 1967.

LOPEZ ESCOBAR, E. y ORIHUELA, J. L.
La responsabilidad pública del periodista.
Pamplona, Eunsa, 1988.

LOPEZ, J. M.

Los orígenes en España de los estudios sobre la salud pública.
Madrid, Díaz de Santos, 1990.

LOPEZ PIÑERO, J. M.

La Medicina en la Historia.
Barcelona, Saliat, 1984

LORENZO, A.

Estatuto jurídico del médico titular.
Madrid, Régimen funcional orgánico, 1975.

LUKE, B.

Nutrición moderna.
Barcelona, Salvat, 1983.

LLUCH MARTIN, E.

Política general del Ministerio de Sanidad y Consumo.
Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

MACIAS-CHAPULA, C. A.

Indicadores, Variables y Barreras al Ciclo de la Vida de la Información Científica y Técnica en Salud. Experiencia del CEMIDS en México.
Rev. Educación Médica y Salud.
Vol 21. N. 3. pp. 256-271. 1987.

MANNINEM, J. y TUOLEMA, R.

Ensayos sobre la explicación y comprensión.
Madrid, Alianza, 1980.

MARTIN, F. M.

The selection and ascertainment of relevant social variables
The Burden on the Community, pp. 48-59.
Londres, Oxford University Press, 1962.

MARTIN MARTIN, F.

El gabinete de comunicación: el periodismo empresarial.
Madrid, ASECOM, 1988

MARTIN SERRANO, M.

Métodos actuales de investigación social.
Madrid, 1978.

MARTIN SERRANO, M.

Publicidad y sociedad de consumo.
Madrid, Edicusa, 1970b.

MARTIN SERRANO, M.

Nuevos métodos para la investigación de la estructura y la dinámica de la enculturización.
(REOP), núm 37, 1974b.

MARTIN SERRANO, M.

La mediación social.
Madrid, Akal, 1977.

MARTIN SERRANO, M.

Los métodos actuales de las ciencias sociales.
Madrid, Akal, 1977c.

MARTIN SERRANO, M.

La producción social de comunicación.
Madrid, Akal, 1986.

MARTINEZ ALBERTOS, J. L.

La información en una sociedad industrial.
Madrid, Tecnos, 1962.

MASTEKASA, A.

Multiplicative and additive models of job and life satisfaction
Social Indicators Research, 14: 141-163, 1984.

MATEO, Rosario de.

Periodismo empresarial: El consumo de prensa escrita, análisis del caso.
Barcelona, Mitre, 1984.

MAYOR F.

Necesidades sanitarias y recursos asistenciales.
Madrid, INP, 1979.

MAYOR, J. y LABRADOR, F. J.

Manual de modificación de conducta.
Madrid, Alhambra, 1984.

MAZO, J.Manuel

Las decisiones sobre medios de comunicación por objetivos
Madrid, (en imprenta)

McCASKEY, M. B.

The Hiden Messages Managers Send
Harvard Business Reiew, noviembre-diciembre 1979, pp. 135-48.

McLACHLAN, G.

Information Systems for Health Services.
Copenhagen, Regional Office for Europe, 1980.

MERKEL, W. T.

Physician perception of patient satisfaction
Medical care, 22 (5): 453- 459; 1984.

MESTRE ROSSI, C.

El sistema sanitario y la salud.
Madrid, Temas Clave, 1982.

MIGUEL, J. M.

Planificación y reforma sanitaria.
Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978.

MIGUEL, J.M.

La reforma sanitaria en España.
Madrid, Cambio 16, 1976.

MIGUEL, J.M.

Planificación y reforma sanitaria.
Madrid, CIS, 1978.

MIGUEL, J.M.

Sociología de la medicina
Barcelona. Vicens-Vives. 1981

MIGUEL, J.M

La salud pública del futuro
Barcelona. Ariel, 1985

MIGUEZ, A.

Información cultural
«Chequeo a la información». Los coloquios de Alcor. Colegio Mayor Alcor.
Madrid, 1972.

MILLER, B. F.

Salud individual y colectiva.
México, Interamericana, 1974.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Pautas para la lucha contra el sida en Europa
Madrid, Ministerio de Sanidad y consumo, 1986.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria.

Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

MIRA, J. J. y VAN DER HOFSTADT, C.

Modelo INCOTESP

La matrona en las tareas de información y asesoramiento en sexualidad.

Enfermería científica, 67: 11-69. 1987.

MOLES, A.

La comunicación y los «mass media»

Bilbao, Mensajero, 1975.

MONCADA, Alberto

El nuevo poder informativo en España

Madrid, Libertaria, 1991

MONSERRAT, J.

Epistemología evolutiva y teoría de la ciencia

Madrid, Universidad pontificia de Comillas, 1984.

MORAGA, I. Y VALDIZAN, J. R.

Proceso a la sanidad española.

Madrid, Cero, 1979.

MORICHEAU-BEACHAMT, M.

Variables Sanitaires d'une politique de Planification de la Santé.

Rev. Tiers monde.

N. 53. 1973

MORICHON-BEAUCHANT, J.

La salud en el mundo.

Barcelona, Oiskos-Tau, 1970.

MUIR y FOWLER.

Fundamentos de medicina preventiva.

Madrid, Díaz de Santos, 1990.

MUNNE, F.

Grupos, masas y sociedades.

Barcelona, Editorial Hispano Europea, 1979.

MUÑOZ MACHADO

Derecho público de las comunidades autónomas.

Madrid, Civitas, 1982.

MUÑOZ MANCHADO.

Libertad de prensa y de información.
Madrid, Ariel, 1968.

MUÑOZ TORRES, Juan Ramón.

Por qué interesan las noticias, una aproximación a los fundamentos del interés informativo
Comunicación y Sociedad, II, 2 pp. 61-79
Pamplona.

NADEL, S. F.

La théorie de la structure sociale.
París, Minuit, 1970.

NEAR, J. P.

Relationship between job satisfaction and life satisfaction: Test of a casual model.
Social Indicators Researach, 15: 351-367, 1984.

NODOULEK, Bernard

La cultura de empresa.
Management and Performance, 3, 1988, pp. 14-20.

NUÑEZ LADEVEZE, Luis.

Lenguaje y comunicación.
Madrid, Pirámide, 1977.

NUÑEZ LADEVEZE, L.

Manual para periodismo.
Barcelona, Ariel, 1991.

NUÑEZ LADEVEZE, Luis.

«El lenguaje en el periodismo científico.
Curso sobre nuevas tecnologías.
Socintec, Iberduero, 1990.

OCDE

Les systèmes de santé
París, OCDE, 1990.

O'MEILL, Peter D.

La Salud en Peligro en el año 2000.
Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

OMS

Enseñanzas teóricas y prácticas de perfeccionamiento en salud pública.
Ginebra, Informe técnico núm. 533, 1972.

OMS

Indicadores estadísticos para la planificación y evaluación de los programas de salud pública.

Ginebra, Informe técnico núm. 472, 1971.

OMS

Seminaire itinerant sur la collecte et l'utilisation d'informations statistiques sanitaires.

Who/hs/nat. Com/76351. 1975

OMS

Servicios sanitarios urbanos.

Informe técnico núm. 250, 1963.

OMS

La planificación de los servicios de salud pública.

Informe técnico núm 215, Ginebra, 1916.

OMS

Los métodos modernos de gestión y organización de los servicios de salud.

Ginebra, Cuadernos de salud pública, nú., 55, 1974

OMS

Aplicación del análisis de sistemas a la gestión sanitaria.

Ginebra, Informe técnico núm. 596, 1976.

OMS

Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 200.

Ginebra, OMS, 1981.

Serie, «Salud para Todos», n. 4.

O'NEILL, P

La salud en peligro en el año 1983.

Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.

ORIVE, RIVA, P.

La especialización en el periodismo.

Madrid, Editorial Dossat, S.A., 1974.

ORIVE RIVA, P.

Diagnóstico sobre la Información.

Madrid, Tecnos, 1980.

ORIVE RIVA, P.

La Comunicación humano-social en la era del Microordenador.

Seminario de Estudios Sociales de Torrelavega, 1983.

ORIVE RIVA, P.

Estructura de la información periodística.

Madrid, Pirámide, 1977.

ORIVE RIVA, P.

Estructura de la información: comunicación y sociedad democrática.

Madrid, Pirámide, 1978.

PARETO, V.

Forma y Equilibrio Sociales.

Madrid, Alianza Universidad, 1980.

PARDELL

Control de calidad de los centros asistenciales.

Barcelona, 1982.

PARSONS, Talcott.

El sistema social, 2 ed.

Madrid, Revista de Occidente, 1976.

PARSONS, T.

El sistema social.

Madrid, Alianza Universidad, 1982.

PEIRO, J. M.

Psicología de la organización.

Madrid, UNED, 1984.

PENA TRAPERO, J. B.

Problemas de medición del bienestar y conceptos afines.

Madrid, INE, 1979

PEREZ LUÑO, A. E.

La protección de la intimidad frente a la informática en la constitución española de 1978.

Estudios políticos, mayo-junio 1979.

PEREZ, R. Alberto y MARTINEZ RAMOS, Emilio.

La estrategia de la Comunicación publicitaria.

Madrid, Instituto Nacional Publicidad, 1981.

PETERSON, JENSEN, RIVERS.

Medios populares de comunicación.

Barcelona, RM, 1968.

- PIEDROLA GIL, G.
Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental.
Madrid, Amaro, 1983.
- PONCE MUÑOZ, Fernando.
Información en los gabinetes de prensa.
Madrid, Facultad Ciencias de la Información, 1981.(texto mecanografiado)
- POZGAR, G. D.
Legal aspects of health care administration.
Madrid, Díaz de Santos, 1990.
- PRAKKE, Hetalia.
Comunicación social. Introducción a la publicística funcional.
Madrid, Akal, 1977.
- REGOUBY, Christian.
La comunicación global.
Barcelona, Ediciones Gestió 2000, 1989.
- REICHERTZ, P. L.
Hospital Information Systems.
Past-Present-Future
Keynote address during Medical Informatics Europe 84
5th Congress of the European Federation for Medical Informatics.
Brussels, sept. 10-13, 1984, 39 pg.
- RENAU, J.
Función social del cartel.
Valencia, Fdo. Torres, 1976.
- REVEL, Jean Francois.
El conocimiento inútil.
Barcelona, Planeta, 1989.
- REY, Javier del.
La comunicación política.
Madrid, Eudema, 1989.
- REY, Javier del.
Epidemiología y salud de la comunidad.
Madrid, Karpós, 1982.
- RIVERA, D., CARTAGENA, E. y REIG, A.
Frustración profesional en enfermería.
Enfermería Científica, 68: 27-37. 1987.

RIVERS, W. L. y SCHRAMM, W.
Responsabilidad y comunicación de masas.
Buenos Aires, Troquel, 1973

ROBINS, P.
Comportamiento organizacional: conceptos, controversias y aplicaciones,
editada en 1987 por Prentice-hall hispanoamericana. México. pp. 209-242.

ROBERT A. DAY
Cómo escribir y publicar trabajos científicos.
Madrid, Díaz de Santos, 1991.

RODRIGO ALSINA, Miquel.
Los modelos de la comunicación.
Madrid, Tecnos, 1989.

RODRIGUEZ ARIAS, B.
La encuesta como método técnico en Política Cultural, docente y sanitaria.
An. Med. Cir. 59 (256): 87-89. 1979

RODRIGUEZ CABEZAS, A.
Los indicadores de salud y eficacia de los servicios de salud en la planificación sanitaria
Rev. SAn. Hig. Pub., L, 5-6: 457-484. 1976.

RODRIGUEZ DIEGUEZ.
Función de la imagen en la educación.
Barcelona, Gustavo Gili, 1979.

RODRIGUEZ-MARIN
Psicología de la Salud: Situación en la España Actual
Rev. Psicología de la Salud Vol. 3 N. 1, pp. 1-22. 1991.

RODRIGUEZ, J.
La Psicología de la Salud: Una alternativa para uno de los futuros posibles de la Psicología.
Papeles del Psicólogo, VI(33/34): 13-18. 1988.

RODRIGUEZ, J. A.
Salud y sociedad
Madrid, Tecnos, 1987.

RODRIGUEZ, J. A. y DE MIGUEL, J. M.
Salud y Poder.
Madrid, CIS, 1990.

RODRIGUEZ, J. Luis

Comunicación de crisis: un caso de fusión de empresas.

Trabajo de investigación. U.C.M.

Madrid, junio, 1992

ROEMER, M. I.

Evaluación de centros de salud pública.

Ginebra, OMS, Cuadernos de Salud Pública, núm. 48, 1973.

ROMEO CASABONA, C. M.

El médico ante el derecho

Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

ROMERO RUBIO, A.

Medios de comunicación y sociedad.

Madrid, Veritas et Libertad, 1971.

ROSITI, Franco.

Historia y teoría de la cultura de masas.

Barcelona, G. Gili, 1980.

ROUQUETTE, Michael Louis.

Los rumores.

Buenos Aires, El Ateneo, 1979.

SALVAGGIO, J.

Statement of purpose.

Simposio de R. Murrow. 7 de julio de 1981.

SANCHEZ BRAVO

Tratado de estructura de la información.

Madrid, Latina universitaria, 1981.

SAN MARTIN, H.

Salud y Enfermedad.

México. La Rouse Médica Mexicana, 1981.

SAN MARTIN, H.

La Crisis Mundial de la Salud.

Madrid, Karpos, 1982.

SAN MARTIN, H.

Manual de medicina preventiva y salud pública.

Barcelona, Masson, 1986

SAN MARTIN, H.

Epidemiología. Teoría. Investigación. Práctica.

Madrid, Díaz de Santos, 1986.

SAN MARTIN, H.

Ecología humana y salud. El hombre y su medio ambiente.

México, La prensa médica mexicana, 1979.

SANTECREU, J.

La psicología de la salud.

Revista psicología de la salud

Universidad autónoma. Madrid, 1991.

pp. 1-29.

SAUNDERS, L.

Cultural differences and medical care.

Russell, Sage Found, 1954.

SCHAEFFER, P.

Patología de los sistemas de comunicación.

Mensaje y Medios, 2, enero 1978, pp. 46 y ss.

SCHEIN, E.

Psicología de la organización.

New Jersey, Prentice/hall, 1971.

SCHUBIGER, C.

Le role social de la radiodiffusion.

Lausana, 1980.

SCHWEBIG, P.

Les Comunicatios de l'entreprise.

París, McGrawHill, 1988, s.p.

SEGURA BENEDICTO, A.

El médico y la información sanitaria.

Jano, octubre 1984, núm. monográfico: 23-97.

SERIGO SEGARRA, A.

Bases para la organización de los servicios sanitarios.

Madrid, PANAP, 1972.

SERRANO GONZALEZ, M. L.

Educación para la salud y participación comunitaria.

Madrid, Díaz de Santos, 1990.

SHAW, M. E.

Communications Networks, en L. Berkowitz, *Advances in Experimental Social Psychology*
Vol. 1. Nueva York, Academic, 1964. 111-147.

SHELDON COHEN

Social Support and health.
California, Academic press, 1985.

SHUTZ, Alfred.

Estudios sobre la realidad social.
Buenos Aires, Amorrortu, 1974.

SIGAL, Leon V.

Reporteros y funcionarios.
México, Ediciones Gernika, 1978.

SLAMECKA, V.

Information Technology and the Third World.
1985.

SOY, M. T.

Enfermería en la consulta externa hospitalaria.
Madrid, Díaz de Santos, 1992.

SPRUTT, W.

La muchedumbre y el auditorio.
Buenos Aires, Paidós, 1967.

STERNBERG, Robert.

*Intelligence Information Processing and Analogical Reasoning: The Componential
Analysis of Human Abilities.*
New York, John Wiley and Sons, 1977.

STRENTZ, H.

Periodismo y fuentes informativas.
Buenos Aires, Marymar, 1983.

TERRADAS, J.

Ecología hoy. El hombre y su medio.
Barcelona, Teide, 1977.

THOMSON, G. y HANDELMAN, I.

Health data and information management.
Boston-Londres, Butterworths, 1978.

TIMOTEO, Jesús

Modelos de comunicación en el siglo XX

Barcelona, Ariel, 1992. 2a. Edición

TIMOTEO, Jesús

Historia de los medios de comunicación en España. Prensa, Imagen y Publicidad (1900-1990)

Barcelona, Ariel, 1989

TIMOTEO, Jesús

La función de la variable información en el resultado de empresas e instituciones.

Bilbao, UPU, 1987.

TIMOTEO, Jesús

Entrevista, en A. Moncada, la industria de la información en España.

Madrid, Libertaria, 1991.

TIMOTEO, Jesús

Entrevista, en APIE, el futuro de la información económica en España.

Madrid, APIE, 1991.

TUCHMAN, Gaye.

La producción de la noticia.

Barcelona, G. Gili, 1983.

UNESCO.

La educación en materia de comunicación.

París, UNESCO, 1984.

UNESCO

Un sólo mundo, voces múltiples.

México, FCE, 1980.

VAQUÉ, J.

La información sanitaria y los estudios epidemiológicos en el hospital

Tercer Congreso Nacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria.

Salamanca, 1985: 225-230.

VERMAYEN, H.

Social indicators: Actual and potential uses.

Social Indicators Research 14, 1984, pp. 1-27.

VICTOROFF, D.

Psychosociologie de la publicité.

París, PUF, 1970.

VIDAL BENEYTO, J.

Alternativas populares a las comunicaciones de masas.
Madrid, CIS, 1979.

VIDAL MARTINEZ, J.

El derecho a la intimidad en la ley orgánica de 5/5/1982.
Madrid, Montecorvo, 1984.

VIDELA, M.

Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria.
Madrid, Díaz de Santos, 1990.

VIÑES, J. J.

Lecciones de medicina preventiva y salud pública.
Pamplona, Imprenta Zubillaga, 1980.

WARE, J. E., WRIGHT, W. R. y SNYDER, A. L.

The development and validation of scales to measure key health concepts.
NCHSR, vols. 1-4.
Springfield, 1976.

WARE, J. E., DAVIS, AVERY, A. Y STEWART, A. L.

The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature.
Health and Medical Services Review, 1: 1-5. 1978.

WARE, J. E.

How to survey patient satisfaction.
Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, 15: 892-899, 1981.

WALKER, A. H. y R. STUCCIA, J. D.

Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: Mail vs. telephone.
Health Services Research, 19 (3): 291-306, 1984.

WAYNE BOSS, R.

Desarrollo organizacional en los servicios de salud.
Madrid, Díaz de Santos, 1991.

WHORTON, J. W. y MOORE, A. B.

Summative scales for measuring community satisfaction.
Social Indicators Research, 297-307, 1984.

WILLIAMS, Raymond.

Los medios de comunicación social.
Barcelona, Península, 1978.

WILSON, Kenneth.

The Educational Attainment Process: Results from a National Sample.

American Journal of Sociology.

Vol. 81, Número, 2, 1975.

WILSON, S.

Informal Groups: An Introduction.

Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1978.

WOOLEY, F. R., KANE, R. L., HUGHES, C. C. y WRIGHT, D. D.

The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care.

Social Science and Medicine, 12: 123-135, 1978.

W. WARTOTSKY, M.

Introducción a la filosofía de la ciencia.

Madrid, Alianza Universidad, 1968.

YUSTE GRIJALVA, F. J.

Ensayos sobre medicina preventiva y social.

Madrid, Akal/Universitaria, 1982.

YUSTE GRIJALVA, F. J.

Ensayos sobre Medicina Preventiva y Social.

Madrid, Akal, 1975.

YOUNG, K.

La opinión pública y la propaganda.

Barcelona, Editorial Anagrama, 1976.

ZANDER, A.

Making Groups Effective.

San Francisco, Jossey-Bass, 1982.

ZIMMERMAN, B. K.

Defining an ethic for technology: the new biology a case study.

In: The impact of alternative reimbursement methods on laboratory practice.

Proceedings of the 1984 Institute on Critical Issues on Health Laboratory Practices.

Colvin H. M. and Schoenfeld E.

Du Pon Cy., U.S., 1985, 27-41.

ZOLA, I. K. y S. J., Miller.

The erosion of medicine from within. pp. 153-172

En E. Freidson (ed) *The professions and their prospects* Londres: Sage, 1973.

ZORRILLA, Restituto
Modelos de comunicación y empresa
V edición cursos de verano
Bilbao, Servicio editorial de la Universidad del País Vasco, 1987.