

4.1. PANORÁMICA DE LA ACCIÓN PREVENTIVA EN ESPAÑA (*)

(*) Texto tomado de la edición de 1999.

José María ALONSO SECO
Colaborador del Real Patronato de Prevención
y de Atención a Personas con Minusvalía

En las páginas que siguen se ofrece una visión, obligadamente sintética, sobre el devenir y estado actual de la prevención de deficiencias en España¹. Tienen una finalidad introductoria a los temas que se desarrollan más adelante y de alguna manera les sirven de apoyo, por cuanto no sólo se muestra una panorámica general que ayude a situar adecuadamente cada respectiva singularidad en materia de prevención, sino que en ellas se describen, siquiera sea a grandes rasgos, los marcos legislativo y administrativo en los que se circunscriben los distintos programas de prevención médica y ambiental. Como observación de entrada, dejemos constancia ya desde ahora que nos encontramos en un terreno de difícil deslinde: ni la prevención es una acción netamente diferenciable en cuanto a su objeto (muy al contrario, muchas actuaciones sanitarias, educativas y sociales son también en sí mismas preventivas), ni la deficiencia es tampoco una noción unívoca. Nos ceñiremos, pues, al concepto estricto de prevención primaria de deficiencias.

1. LOS ORÍGENES DE LA PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS EN ESPAÑA

La atención diferenciada a las personas con discapacidad comenzó, en nuestro país, mediante acciones que intentaran compensar su situación de desventaja social, tales como la educación, rehabilitación, y el empleo. Los intentos por evitar la aparición de deficiencias fueron algo posteriores. Por ello, puede afirmarse que el estudio y organización de sistemas de prevención de las deficiencias es un hecho relativamente reciente.

a) **Con anterioridad a 1970**, la prevención se instrumentó, en el **ámbito sanitario**, bajo la forma de “luchas contra enfermedades”, campañas sanitarias institucionalizadas, exigidas por las circunstancias del momento: lucha contra el cáncer, contra enfermedades del aparato circulatorio, lucha antituberculosa, contra la lepra y dermatosis, contra la poliomielitis, contra la parálisis infantil, contra el reumatismo, contra la diabetes, contra las enfermedades infecciosas, contra la invalidez, etc.²

¹ Para un análisis más amplio nos remitimos a nuestro trabajo Prevención de deficiencias en Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 Años, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. En prensa.

² Son muy numerosas las disposiciones que reglamentan las mencionadas “luchas”. Entre todas ellas es imprescindible mencionar la Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases para la organización sanitaria (BOE de 26 de noviembre). En ella se establece la lucha contra las enfermedades infecciosas, y se declara la obligatoriedad de vacunación contra la viruela y la difteria (base 4a); contra el reumatismo y las cardiopatías (base 81); contra el paludismo (base ga); contra el tracoma (base loa); contra las enfermedades sexuales (base lla); contra la lepra y la dermatosis (base 12a); contra el cáncer (base l3a); se dedica especial atención a la sanidad maternal e infantil (base 14a), etc. Esta Ley fue desarrollada por numerosos reglamentos, entre los que se destacan los siguientes: Decreto de 26 de julio de 1945, por el que se aprueba el Reglamento para la lucha contra enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación (BOE de 10 de agosto); Orden de 4 de agosto de 1947, por el que se crean Centros de lucha contra la poliomielitis (BOE de 14 de agosto); Orden de 4 de agosto de 1947, por la que se reorganiza la lucha contra enfermedades gastrointestinales (BOE de 14 de agosto); Decreto de 15 de diciembre de 1950, por el que se establece la lucha contra el reumatismo (BOE de 28 de enero de 1951); Orden de 23 de abril de 1951, por el que crea el Servicio contra la parálisis infantil (BOE de 25 de abril); Decreto de 6 de junio de 1949, por el que se establece la Lucha sanitaria contra la Invalidez (BOE de 20 de julio); Orden de 26 de enero de 1963, sobre vacunación antipoliomielítica (BOE de 30 de enero), etc. Aunque posterior a 1976, debe citarse también el Decreto 2121/1978, de 22 de agosto, sobre la lucha antituberculosa (BOE de 8 de septiembre).

En el **ámbito laboral**, la Ley de Contrato de Trabajo de 1944 determinaba que los Reglamentos de régimen interior de las Empresas debían establecer “medidas de seguridad, higiene y sanidad” (artículo 22). Con carácter más amplio y general se dictó la Orden de 9 de marzo de 1971, por la que se aprueba la Ordenanza General de Higiene y Seguridad en el Trabajo, norma de carácter eminentemente preventivo³.

En el **ámbito de la Seguridad Social** han de resaltarse las disposiciones, vigentes aún, sobre prevención de riesgos profesionales, así como la creación de órganos específicos con funciones preventivas. Entre ellas las siguientes:

- La cuantía de las primas de cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales puede reducirse en el supuesto de empresas que se distinguieran por el empleo de medios preventivos. Y a la inversa: el Gobierno está facultado para aumentarlas en relación a la eficacia de las medidas de prevención empleadas.
- Antes de la admisión de un trabajador a un puesto de trabajo con riesgo de **enfermedad** profesional es preceptivo hacerle un reconocimiento médico previo, así como los sucesivos periódicos que se determinen reglamentariamente para cada tipo de enfermedad. Hasta tal punto son obligatorios dichos reconocimientos, que el incumplimiento de la obligación hace responsable directa a la Empresa de todas las prestaciones derivadas de enfermedad profesional.
- Se establece un recargo (del 30 al 50 por ciento) de las prestaciones económicas derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional, cuando tengan su causa en la inobservancia por las empresas de medidas de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad, o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de las condiciones del trabajador.
- Se crea el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo (Decreto 242/1959, de 6 de febrero), y los Servicios Médicos de Empresa (Orden de 21 de noviembre de 1959), ambos con funciones de prevención de riesgos laborales, entre otras conexas.
- Se establecen, como prestaciones de servicios sociales, el Servicio de Medicina Preventiva, con la finalidad de “realizar campañas de medicina preventiva, previa la coordinación con la Sanidad Nacional” (LGSS de 1974, artículo 28), así como el Servicio Social de Seguridad e Higiene en el Trabajo, con la finalidad de “eliminar o reducir los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo y estimular y desarrollar en las personas una actitud positiva y constructiva respecto de la prevención de los accidentes y enfermedades que puedan derivarse de su actividad profesional, (artículo 26). El primero de los Servicios citados no fue objeto de implantación. Sin embargo, el de Seguridad e Higiene en el Trabajo fue creado a nivel central y provincial para aplicar lo establecido en el Plan Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, aprobado por Orden de 7 de abril de 1970. En 1978, en la reforma institucional de la Seguridad Social, saldría de la órbita de ésta para integrarse en la Administración del Estado.

³ Conforme a lo establecido en la disposición derogatoria única de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE núm. 269, de 10 de noviembre), los Títulos I y 11 de esta Ordenanza han sido derogados; pero continúa expresamente en vigor el Título II en lo que no se oponga a la citada Ley.

b) En febrero de 1974 se crean la **Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos** y el **Servido de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM)**. Dentro de aquélla se establecerá una Subcomisión para la Prevención de la Subnormalidad, gracias a cuyos impulsos se firmarán a partir de 1975 diferentes convenios para el estudio de los factores genéticos que originan la subnormalidad. Desde 1976 también el SEREM suscribirá conciertos de colaboración con instituciones científicas, cátedras universitarias y hospitales especializados⁴.

c) El impulso más eficaz vino del entonces llamado Real Patronato de Educación Especial⁵, que en mayo de 1977 aprueba el **Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad**, instrumento de carácter técnico que va a ser de obligada referencia a lo largo de la década siguiente. Fue redactado por especialistas de diversos sectores. Dentro de la estructura que se crea para su gestión, son de destacar los tres Grupos de Trabajo (Metabólico-genético, Perinatológico, y Pediátrico-nutricional), que serán los encargados de realizar las distintas acciones y programas del Plan.

Los contenidos básicos del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad fueron recogidos en el Real Decreto 2176/1978, de 25 de agosto, en el que se encomienda a la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria la dirección y coordinación de las acciones preventivas contempladas, y se establece que la financiación de éstas se realizará con cargo al Fondo Nacional de Asistencia Social, creado en 1960 y que, a partir de 1977, ve incrementadas sustantivamente sus dotaciones en materia de atención a minusválidos, y específicamente para prevención de la subnormalidad⁶.

El Plan Nacional de Prevención dejó de funcionar, en cuanto estructura organizativa, en 1983, pero su importancia futura en el desarrollo de la prevención de deficiencias es innegable. De hecho determinados programas iniciados en los años de vigencia del Plan, así como los créditos que estos tenían asignados, continuaron realizándose en años sucesivos.

d) Como **síntesis** de lo dicho puede afirmarse lo siguiente:

- Con anterioridad a 1970, la prevención sanitaria se orientó de modo preferente hacia una prevención de las enfermedades con riesgo epidemiológico. Junto a aquélla, han de destacarse otras medidas preventivas, en especial de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que surgen en el ámbito de la Seguridad Social.
- La prevención de deficiencias, en cuanto investigación científica y aplicación masiva de programas a la población, dio comienzo con el análisis de los factores que originan la subnormalidad.

⁴ Entre ellos, con el Instituto de Genética del Centro de Investigaciones Biológicas del C.S.I.C. (1976), Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid (1976), Instituto de Investigación "E.01oriz Aguilera", de la Facultad de Medicina de Granada (1977). Casa de Salud Santa Cristina (1977), Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela (1978).

⁵ Es el antecedente del actual Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Acerca de su evolución véase la Memoria del Real Patronato (1976-1996) Madrid, 1996.

⁶ Real Decreto-Ley 16/1977, de 25 de febrero, por el que se regulan aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas (BOE núm. 56, de 7 de marzo). En él se establece que, entre otros fines, <el rendimiento de esta tasa quedará afectado a acciones de asistencia, recuperación e integración social de minusválidos físicos y sensoriales y de los subnormales, con especial atención a los niveles más altos de deficiencia, **prevención de la subnormalidad**, educación especial, prevención y tratamiento de la delincuencia juvenil y asistencia social de la tercera edad> (artículo tercero, número séptimo). Los créditos serán objeto de distribución anual. Véanse: Real Decreto 1762/1977, de 10 de junio (BOE núm. 168, de 15 de julio); Real Decreto 2490/1978, de 29 de septiembre (BOE núm. 256, de 26 de octubre); Real Decreto 2804/1979, de 23 de noviembre (BOE, núm. 300, de 15 de diciembre); Real Decreto 1710/1980, de 4 de julio (BOE, núm. 213, de 4 de septiembre).

- Fue sumamente elogiable el intento de la Administración por fomentar las iniciativas aisladas de profesionales y elaborar un Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad.
- Los antecedentes citados ayudan a entender mejor las acciones preventivas contempladas en la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982, elaborada en los años de vigencia del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad.

2. EL MARCO LEGISLATIVO DE LA PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS

Una política de prevención de deficiencias tiene que asentarse, para ser eficaz, sobre una adecuada instrumentación normativa que defina las obligaciones de los poderes públicos, el ámbito de los derechos subjetivos de cada individuo y, lo que es más importante, el establecimiento de una organización de servicios de prevención. Esa legislación existe en nuestro país, aunque bastante diseminada (el ámbito material de la prevención es amplísimo), y constituye por lo general más una enunciación de principios que un listado de derechos inmediatamente exigibles. Por razones de brevedad vamos a limitaciones a las disposiciones con rango de Ley.

2.1. LA LEY 13/1982, DE 7 DE ABRIL, DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MINUSVÁLIDOS (LISMI)

Esta norma fue la primera disposición legal que introdujo en nuestra legislación la obligación de los poderes públicos de prevenir las minusvalías. Establece la prevención como obligación del Estado (art. 3), y dedica el Título III a la prevención de minusvalías. Por su importancia se transcribe a continuación:

Artículo 8

“La prevención de las minusvalías constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales”.

Artículo 9

“Uno. El Gobierno presentará a las Cortes Generales un Proyecto de Ley en el que se fijarán los principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de las minusvalías.

Dos. Sin perjuicio de las facultades que pueden corresponder a las distintas Administraciones Públicas en el ámbito de sus respectivas competencias, para formular sus propios planes de actuación en la materia, el Gobierno elaborará cuatrienalmente en relación con tales planes, un Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías que se presentará a las Cortes Generales para su conocimiento, y de cuyo desarrollo intórmara anualmente a las mismas.

Tres. En dichos planes se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica, así como a la higiene y seguridad en el trabajo, a la seguridad en el tráfico vial, al control higiénico y sanitario de los alimentos y a la contaminación ambiental. Se contemplarán de modo específico las acciones destinadas a las zonas rurales”.

Intentando realizar una valoración crítica de ambos artículos, cabría decir, entre otras cosas, lo siguiente:

- En primer lugar, debe considerarse muy acertado y plausible que la LISMI dedicara un título específico a la prevención de las minusvalías. En este punto, no conviene dejarlo en el olvido, fue la

primera norma con rango legal que desarrolló el artículo 49 de la Constitución en lo que atañe a prevención de deficiencias (“Los poderes públicos realizarán una política de prevención... de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos...”) y la que describió sus contenidos principales.

- No obstante la generalidad con que se redacta el artículo ocho, nos parece asimismo un acierto que se imponga a la sociedad, además de al Estado, la obligación de prevenir las minusvalías. En efecto, la prevención no es sólo tarea privada individual o pública estatal; afecta a todo el cuerpo social.
- El hecho de situar la prevención de deficiencias en el campo de la salud pública y de los servicios sociales puede responder a distintos motivos. Uno de ellos, el legislador tenía claro que la prevención opera sólo en los ámbitos citados; no somos proclives a esta interpretación porque supondría el olvido de otras áreas no menos importantes, tales como la educación, trabajo o seguridad vial. O también –opinión que nos parece más favorable que el legislador no podía desconectar la prevención del ámbito de la salud, por lo cual cita a ésta; la mención a los servicios sociales era obligada en una Ley de signo preferentemente social.
- El análisis del artículo nueve presenta mayor complejidad. A primera vista se percibe su contenido básico: mandato al Gobierno para que elabore un Proyecto de Ley sobre ordenación y coordinación en materia de prevención de minusvalías, mandato al Gobierno para que elabore Planes cuatrienales de Prevención de Minusvalías con contenidos que precisa la Ley, y posibilidad de que otras Administraciones Públicas puedan elaborar sus propios Planes de actuación en la materia. Pero en la naturaleza de este contenido radica, precisamente, su complejidad.
- El Proyecto de Ley de Minusvalías debe fijar los “principios y normas básicas de ordenación y coordinación”. Si la prevención se sitúa en el ámbito de la salud, no ofrece ningún problema, pues el artículo 149.1.13a de la Constitución otorga competencias al Estado en materia de “bases y coordinación general de la sanidad”. No sucede lo mismo si se sitúa a la prevención en el área de los servicios sociales. En este ámbito todas las Comunidades Autónomas han asumido competencias exclusivas (artículo 148.1.20^a en relación con los distintos Estatutos de Autonomía), y sólo sería posible una Ley básica apelando al de siempre difícil interpretación artículo 149.1.^a de la Constitución.
- La elaboración por el Gobierno de Planes sectoriales de Prevención de Minusvalías es de encaje más problemático, aun contemplándolo desde la órbita sanitaria. En efecto, cabe preguntarse hasta qué punto la elaboración de un Plan sectorial forma parte de las competencias constitucionales estatales de “coordinación sanitaria general”, dado que las Comunidades Autónomas poseen competencias en materia de sanidad (compartidas con el Estado en materia legislativa, y exclusivas en materia de ejecución de servicios). En nuestra opinión sería factible si dichos Planes se integran en un Plan Integral de Salud. Si los Planes de Prevención se formulan desde el ámbito de los servicios sociales, el Gobierno no está legitimado, a nuestro juicio, para establecer programas de obligado cumplimiento, dado que, en dicha materia, las competencias legislativas y de ejecución corresponden a las Comunidades Autónomas⁷.

⁷ Es probable que el legislador no tuviera en cuenta las consideraciones que aquí se citan, en aquel momento todavía menos precisadas por la doctrina jurídica. En nuestra opinión pesó mucho la influencia del Plan Nacional de la Subnormalidad, en plena vigencia durante la elaboración de la LISMI, y se consideró un instrumento útil a incorporar a la Ley.

- La elaboración de Planes de Prevención por las Comunidades Autónomas no presenta ningún tipo de problema constitucional. Cabe resaltar el interés que pone la LISMI en que estos Planes se articulen dentro de un Plan Nacional de Prevención, consciente el legislador, sin duda alguna, de la necesidad de articular medidas homogéneas para todo el país⁸.

Así pues, los preceptos específicos establecidos por la LISMI en materia de prevención se reducen a dos: elaboración de un Proyecto de Ley sobre Prevención de Minusvalías, y realización por el Gobierno y otras Administraciones Públicas de Planes Cuatrienales Nacionales de Prevención. Más adelante veremos hasta qué punto han sido cumplidos estos preceptos.

Del propio tenor de la LISMI parece desprenderse la cautela con que regula la prevención de deficiencias: no sabe si debe situarse en el campo de la salud o de los servicios sociales, y quizás por ello la atribuya a ambos; no es capaz de establecer los principios y normas básicas de coordinación en materia de prevención de las minusvalías; no determina cuáles han de ser los programas específicos de prevención cuya obligatoriedad debe ser exigida por los poderes públicos. No sitúa a la prevención dentro del catálogo de derechos subjetivos exigibles. Pero, evidentemente, pedir esto a la LISMI, elaborada cuando todavía la prevención de deficiencias en España se encontraba en sus albores, hubiera sido demasiado. Ya hizo bastante –y éste es sin lugar a dudas su mayor mérito– con elevar a norma legal lo que hasta entonces eran iniciativas profesionales e intentos administrativos de aproximación al problema. Y, al igual que en otras materias, debe considerarse pionera en el ámbito de la prevención.

2.2. LA LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD (LGS)

Digamos, como aspecto más digno de mención, que en esta Ley se subsume en buena parte el proyecto de ley específico, sectorial y autónomo previsto en la LISMI, por lo que puede afirmarse que, desde el ámbito legislativo estatal, la inflexión se ha decantado hacia el campo de la salud pública, el primero de los sectores previsto ya en la LISMI. Se hace a continuación un somero análisis entre ambas Leyes con el fin de justificar la anterior afirmación.

a) El derecho protegido por la LGS es la protección de la salud (art. 1) y son frecuentes en ella las menciones explícitas del término prevención, referido primordialmente a la salud o a la enfermedad: la prevención de los riesgos para la salud es actividad fundamental del sistema sanitario (art. 8.1); los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la protección de la salud y a la prevención de las enfermedades (art. 3.1); las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias se orientarán a la prevención de las enfermedades (art. 6.3); la atención primaria integral de la salud incluye la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad (art. 18.2); los servicios de salud mental cubrirán los aspectos de prevención primaria (art. 20.4); en casos de riesgo inminente y extraordinario para la salud colectiva se otorgan a la Administración poderes especiales para adoptar medidas preventivas (art. 26.1); el Sistema Nacional de Salud, las demarcaciones territoriales denominadas Areas de Salud, así como los Centros de Salud, tienen como actividad principal la prevención de la salud (artículos 46.b); 56.2.a); 63; etc.).

⁸ Otros aspectos valorativos de los artículos citados pueden verse en AZNAR LÓPEZ, M., AZUA BERRA, P. y NIÑO RÁEZ, E., *Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril*, INSERSO, Madrid, 1982, pág. 51-55.

b) A primera vista pudiera parecer que el término “prevención” de la LISMI y el de la LGS son diferentes, por ser dispares sus objetos conceptuales: en aquélla se trata de la prevención de las minusvalías, en ésta de la prevención de la salud o de la enfermedad. Un examen más detenido nos revela que tal disparidad es más aparente que real.

En efecto, puestos en parangón el art. 9.3 de la LISMI, que viene a constituir una descripción de actuaciones en materia de prevención de minusvalías, con el capítulo 20 del Título Primero de la LGS, “De las actuaciones sanitarias del sistema de salud”, se observa lo siguiente:

- En primer lugar, la LGS considera como actuación sanitaria dentro del sistema de la salud, el desarrollo de “programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas” (art. 18.5), precepto, sin lugar a dudas, el más concreto de la LGS referido a deficiencias.
- Existe un gran parecido entre las actuaciones de prevención de la LISMI y la LGS, que se desprenden incluso del propio tenor literal de ambas Leyes. La “orientación y planificación familiar” (LISMI, art. 9.3), con los “programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes” (LGS, art. 18.7). La “higiene y seguridad en el trabajo” (LISMI, art. 9.3), con la actuación “en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales” y “la vigilancia sobre la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos” (LGS, art. 211) y e). El “control higiénico y sanitario de los alimentos” (LISMI, art. 9.3), con el “control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios” (LGS, art. 18.10). “El control de la contaminación ambiental”, (LISMI, art. 9.3), con “la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica”, (LGS, art. 18.6). En fin, “el consejo genético, la atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica” (LISMI, art. 9.3), con los “programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas” (LGS, art. 18.5).

c) En la misma línea de razonamiento anterior, es importante destacar que, en la Exposición de Motivos de la LGS, se relacionan de algún modo los artículos 43 (derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y obligación de los poderes públicos de organizar el sistema de salud a través de medidas preventivas y los servicios necesarios) y 49 (obligación de los poderes públicos de realizar una adecuada política de previsión, tratamiento e integración de las personas con minusvalía), al tomar ambos como base constitucional del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

d) Es preciso también referirse a la Disposición Final Sa de la LGS. Por ella las Cortes Generales delegan en el Gobierno la potestad de refundir en un solo texto diversas leyes que se citan y un Real Decreto, en un plazo de dieciocho meses a partir de la entrada en vigor de la LGS. Entre los textos legales citados se encuentran el artículo 9 y concordantes de la LISMI e incluso se mencionan de ella expresamente la orientación y planificación familiar, el consejo genético, la atención prenatal y perinatal, la detección y diagnóstico precoz de la subnormalidad y minusvalías. No se ha elaborado dicho texto refundido en el plazo autorizado, por lo que será necesaria una nueva habilitación legal si la tarea quiere acometerse.

Puede afirmarse, por consiguiente, que el contenido material de la Ley de Prevención de Minusvalías prevista por la LISMI está ya desarrollado implícitamente en la Ley General de Sanidad, y lo mismo habría de decirse de los Planes cuatrienales de Prevención, los cuales bien pueden subsumirse en los distintos Planes de Salud, nacional y autonómicos, establecidos en la LGS.

2.3. LEGISLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En virtud de la previsión constitucional al respecto (artículos 148.1.211 y 20') las Comunidades Autónomas han asumido competencias en materia de sanidad interior y de asistencia social, las dos áreas que el artículo 8 de la LISMI relaciona con la prevención de las minusvalías. Es ineludible, por lo mismo, tener en cuenta su legislación, en unos casos porque será la única existente, y en otros porque será complementaria de la legislación básica del Estado.

a) Dentro de la legislación sanitaria deben destacarse las Leyes de Salud dictadas en desarrollo de la Ley General de Sanidad⁹.

Del análisis de estas Leyes se llega a la conclusión de que, también en el ámbito autonómico, la prevención de deficiencias se ha situado preferentemente en la legislación sanitaria, dentro del contexto más general de la prevención de la enfermedad y de la educación en la salud, conceptos presentes en todas las leyes. Por seguir el mismo razonamiento de páginas anteriores, al comparar la LISMI y la LGS, se observa que los contenidos de la prevención del artículo 9.3 de la LISMI están repetidos en las leyes autonómicas de Salud que desarrollan en su ámbito territorial:

- **Los servicios de orientación y planificación familiar**, cuya ejecución se encomienda al correspondiente Servicio Regional de Salud: Aragón (art. 6.g), Asturias (art. 6.f), Baleares (art. 8.c), Canarias (art. 23.1.m), Castilla y León (art. 8.11), Cataluña, art. 8.h), Murcia (art. 3.g), La Rioja (art. 121), Valencia (art. 5.1.7)¹⁰.
- **El consejo genético y la atención prenatal y perinatal**: Aragón (art. 6.e), Cataluña (art. 8.f), Navarra (arts. 5.14, 13.c) y 16.d), Valencia (art. 5.1.5).

⁹ Se citan por orden cronológico de aparición. Valencia: Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud (DOGV de 16 de diciembre). Galicia: Ley 1/1989, de 2 de enero, del Servicio Gallego de Salud (DOG de 11 de enero), modificada parcialmente por la Ley 8/1991, de 23 de julio (BOE de 30 de septiembre). Aragón: Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (BOA de 28 de abril). Murcia: Ley 2/1990, de 5 de abril, del Servicio de Salud de la Región de Murcia (BORM de 27 de abril), derogada en lo que no se oponga a la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (BORM de 4 de agosto). Cataluña: Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación sanitaria de Cataluña (DOGC de 30 de julio). Navarra: Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (BOE de 23 de marzo de 1991), modificada parcialmente por la Ley 2/1994, de 28 de febrero (BOE de 31 de agosto). La Rioja: Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (BOE de 22 de mayo). Asturias: Ley 1/1992, de 2 de julio, por la que se crea el Servicio de Salud del Principado de Asturias (BOPA de 13 de julio). Baleares: Ley 4/1992, de 15 de julio, por la que se crea el Servicio Balear de Salud (BOCAIB de 15 de agosto). Castilla y León: Ley 1/1993, de 6 de abril, sobre ordenación del sistema sanitario (BOC y L de 27 de abril). Canarias: Ley 11/1994, de 26 de julio, sobre ordenación sanitaria de Canarias (BOCA de 5 de agosto).

¹⁰ Existen, además, distintas normas de las Comunidades Autónomas que regulan la planificación familiar, entre las que se mencionan, sólo a título de ejemplo: Andalucía Decreto 219/1985, de 9 de octubre, sobre criterios generales de atención de la salud materno-infantil. Cataluña, Orden de 15 de enero de 1987 y Orden de 4 de febrero del mismo año, sobre autorización de centros y servicios de orientación familiar. Navarra, Decreto Foral 32/1985, de 13 de febrero, que reestructura el Servicio de Orientación Familiar y Educación Sexual. Valencia Decreto 149/1986, de 24 de noviembre, sobre prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad; Orden de 31 de marzo de 1987 sobre Centros de Planificación Familiar. Etc.

- **La higiene y seguridad en el trabajo:** Aragón (art. 6.k), Asturias (art. 6.g), Baleares (art. 8.F), Canarias (art. 23.1.e), Murcia (art. 3.e), Navarra (art. 14), Castilla y León (art. 8.11), Cataluña (art. 8J), La Rioja (artículos 12 y 16.1A), Valencia (art. 5.1.9).
- **El control higiénico y sanitario de los alimentos:** Aragón (art. 6.1), Asturias (art. 6.k), Canarias (art. 23.1.g), Castilla y León (art. 8.1.ñ), Cataluña (art. 8.o), Murcia (art. 3.i), Navarra (arts. 13.a) y 34.1.c), La Rioja (art. 12.K), Valencia (art. 5.1.10).
- **Las medidas de prevención de la contaminación ambiental:** Aragón (art. 6.f), Asturias (art. 6.j), Canarias (art. 23.11), Castilla y León (art. 8.1.m), Cataluña (art. 8.1), Murcia (art. 3.e), Navarra (arts. 13.a) y 34.1.a), La Rioja (art. 2), Valencia (art. 5.1.6).

b) También dentro de la legislación autonómica sanitaria, el otro grupo normativo se refiere a las **Leyes de Salud escolar**¹¹, cuyo ámbito de aplicación se extiende a centros docentes no universitarios, públicos o privados. Estas leyes contienen indudables medidas preventivas, de una gran repercusión futura por el medio en que se realizan. Todas ellas giran en torno al concepto preventivo de educación para la salud en el ámbito escolar. Contienen, entre otras, las siguientes actuaciones sanitarias: prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, de las condiciones higiénico-sanitarias, exámenes periódicos y obligatorios de salud, determinadas prohibiciones en algunos casos (venta de tabaco y de bebidas alcohólicas), equipamiento de medios para prestar pruneros auxilios, etc.

c) También existen referencias, aunque más someras, en la **legislación de servicios sociales**. No podemos entrar en la consideración detenida de cada una de las Leyes de servicios sociales¹². Hemos de decir, no obstante, que todas contemplan al sector de personas con deficiencias como una de las áreas de actuación preferente. Las referencias a la prevención, cuando existen, son bastante escuetas y tienen más bien carácter enunciativo, en cuanto principio general que debe presidir la actuación de servicios sociales, o como actuación específica del servicio especializado de atención a minusválidos. Algunas establecen de forma explícita que las medidas de prevención se realizarán “en coordinación

¹¹ País Vasco: Ley 7/1982, de 30 de junio de Salud escolar (BOPV de 13 de agosto). 2Ali2ji: Ley 5/1983, de 30 de junio, sobre regulación de la Salud escolar en Galicia (BOE de 17 de junio). Asturias: Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud escolar en el Principado de Asturias (BOE de 14 de noviembre). Aragón: Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud escolar (BOA de 1 de diciembre). La Rioja: Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud escolar (BOR de 24 de febrero). Extremadura: Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud escolar (DOE de 31 de mayo). Valencia: Ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar (DOGV de 7 de abril).

¹² Navarra: Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios sociales (BON de 8 de abril). Madrid: Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios sociales (BOCM de 23 de junio), modificada parcialmente por la Ley 7/1994, de 6 de julio (BOCM de 13 de julio). Murcia: Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios sociales (BORM de 19 de diciembre). Castilla-La Mancha: Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios sociales (DOCM de 20 de mayo). Aragón: Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción social (BOA de 30 de marzo). Baleares: Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción social (BOCAIB de 28 de abril). Canarias: Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios sociales (BOC de 4 de mayo). Asturias: Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales (BOPA de 5 de mayo). Extremadura: Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios sociales (DOE de 12 de mayo). Andalucía: Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios sociales (BOJA de 12 de abril). Castilla y León: Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción social y Servicios sociales (BOCYL, de 9 de enero de 1989). Valencia: Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales (DOGV de 12 de julio). La Rioja: Ley 2/1990, de 10 de mayo, de Servicios sociales (BOR de 26 de mayo). Cantabria: Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción social (BOC de 5 de junio). Galicia: Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios sociales (DOG de 23 de abril); esta Ley derogó la anterior Ley de Servicios sociales de 1987. Cataluña: Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1986, de 14 de julio, 26/1985, de 27 de diciembre, y 4/1994, de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales (DOGC de 13 de enero de 1995). País Vasco: Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales (BOPV de 12 de noviembre).

con la correspondiente organización sanitaria local”, si bien el criterio de coordinación interinstitucional está presente en todas ellas por la propia naturaleza de los servicios sociales que regulan.

2.4. OTRAS NORMAS INCIDENTES EN LA MATERIA

a) Han de considerarse, en primer lugar, **determinadas modificaciones en el Código Penal** promulgado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Entre ellas merecen mencionarse:

- Las **esterilizaciones no punibles**: no será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al n-dsmo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz” (artículo 156).
- La **interrupción voluntaria del embarazo**. Continúa vigente lo dispuesto en el artículo 417 bis del Código Penal de 1973. A nuestros efectos interesa citar el llamado “aborto eugenésico”, que ha de reunir los siguientes requisitos: presunción de que el feto ha de nacer con graves taras físicas o psíquicas; que se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación; que se emita dictamen previo a la práctica del aborto por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique la interrupción voluntaria del embarazo.
- Las lesiones contra el feto son nuevos delitos contemplados en los artículos 157 y 158 del Código Penal de 1995. Se cita el tipificado en el artículo 157: “El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años”.
- Los **delitos relativos a la manipulación genética** (arts. 159 a 162). Se trata, asimismo, de nuevos delitos, no tipificados como tales en Códigos anteriores. De especial importancia, en lo que se refiere a nuestra materia es el artículo 159.1: “Serán castigados con la pena de prisión de dos a seis años e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de siete a diez años los que, con finalidad distinta a la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo”.

b) En relación con la **seguridad y salud en el trabajo** es inexcusable hacer referencia a la **Ley de Prevención de Riesgos Laborales**. Es el instrumento legal más importante existente en la actualidad en la materia. Tiene como objeto “promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo”, (artículo 2.1).

La política de prevención tiene por objeto la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo (art. 5), con el fin de elevar la **seguridad y la salud** de los trabajadores (ambos conceptos aparecen casi

siempre unidos). Menciona de modo explícito el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como los correlativos deberes del empresario (art. 14) y de los propios trabajadores (art. 29). En consecuencia, establece importantes medidas preventivas: integración de la prevención en el conjunto de actividades de la Empresa (art. 14.2), evaluación de riesgos y planificación preventiva (art. 16), adaptación de equipos de trabajo y medios de protección (art. 17), información, consulta y participación de los trabajadores (art. 18), obligación empresarial de vigilar periódicamente el estado de salud de sus trabajadores (art. 22). Considera de forma especial el riesgo grave e inminente, situación que no sólo obliga a los empresarios a adoptar medidas especiales, sino que faculta al trabajador para interrumpir su actividad y abandonar el lugar de trabajo (art. 21). Los colectivos más vulnerables son objeto de protección específica, entre ellos las personas con minusvalía (art. 25), las mujeres gestantes (art. 26), los menores (art. 27) y las personas con contrato temporal (art. 28).

Para la realización de las actividades preventivas la Ley instrumenta tres medidas (art. 30.1): designación por el empresario de uno o varios trabajadores para ocuparse de la prevención (en Empresas con más de 6 trabajadores), constitución de Servicios de Prevención en las Empresas, o concertación de estos con Empresas especializadas, siempre que hayan sido acreditados como Servicios de Prevención por las Administraciones competentes. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social pueden realizar, respecto de las Empresas con ellas asociadas y siempre que tengan la correspondiente acreditación administrativa, las funciones correspondientes a los Servicios de Prevención.

Se han puesto muchas esperanzas en esta Ley. Entiende la prevención laboral no sólo como recomendación u obligación, sino sobre todo como una función de participación y de colaboración entre los agentes laborales. En cualquier caso, bienvenida sea, y ojalá que la expectación originada su promulgación se corresponda con una disminución de la accidentalidad en el trabajo y una mayor evaluación, por empresarios y trabajadores, de los riesgos que el trabajo puede comportar para la salud.

c) Por lo que se refiere a la **seguridad en el tráfico vial** debe citarse la Ley 18/1989, de 25 de julio, de Bases sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, desarrollada en Texto Articulado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo. Aunque el concepto usual que se tiene de esta Ley es su carácter punitivo, debe decirse que tiene una orientación preventiva, tal como se establece en la Exposición de Motivos de la Ley de Bases. “La magnitud del fenómeno de la circulación, con su trágico índice de siniestralidad, ha movido a la Administración a abandonar la primitiva concepción (la existente en el anterior Código de la Circulación), puramente policial de su actuación, para pasar a un planteamiento activo de la misma, orientada a promover la seguridad de la circulación y la prevención de accidentes (subrayado nuestro)”.

Debe aludirse, asimismo, a los Planes Nacionales de Seguridad Vial, aprobados anualmente desde el año 1980 hasta nuestros días, y que no sólo ofrecen información exhaustiva sobre accidentalidad en carretera, sino que contemplan distintas medidas de prevención: educación y formación vial; acondicionamiento de carreteras y servicios; medidas de vigilancia y control; medidas normativas, y de estudio y programación.

3. REALIZACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN

En materia de prevención de deficiencias se ha producido un **cambio verdaderamente importante** en los últimos años. No es sencillo, sin embargo, ofrecer datos de conjunto que muestren a sim-

ple vista dicho cambio, pues la prevención de deficiencias tiene un ámbito disperso. Al ser tan heterogéneos los factores de riesgo que originan las deficiencias, al haber sido asumida su prevención por la estructura sanitaria en el contexto más global de la prevención y curación de la enfermedad, al incidir en su aplicabilidad diversos organismos públicos y entidades de todo tipo, por efecto de la descentralización territorial del Estado operada por la Constitución, se obtiene como consecuencia que prevenir la aparición de deficiencias es resultado de múltiples variables, objeto de diversas reglamentaciones, de fuentes de financiación dispersas y atípicas. Todo ello se traduce en falta de coordinación e insuficiencia de aplicación efectiva a la población.

Se hace a continuación un breve resumen, globalizador, de cuáles han sido las actuaciones más significativas en materia de prevención de deficiencias en nuestro país, referidas al último decenio. A efectos metodológicos las integraremos en dos modalidades de la prevención. En primer lugar, **prevención médica**, entendiendo por tal aquella que se realiza en el ámbito sanitario. Dentro de ella haremos mención a los programas que se han consolidado en estos últimos años: diagnóstico prenatal y consejo genético, diagnóstico neonatal precoz, orientación y planificación familiar, atención al embarazo, programas de asistencia perinatal, el registro de malformaciones congénitas y una somera referencia a la atención temprana. En segundo lugar, **prevención ambiental**, nominación ciertamente ambigua con la que nos referimos a aquellas medidas preventivas que se dirigen prioritariamente hacia el entorno o ambiente como factor de riesgo, y en la que se incluye la prevención de accidentes de trabajo y accidentes de tráfico.

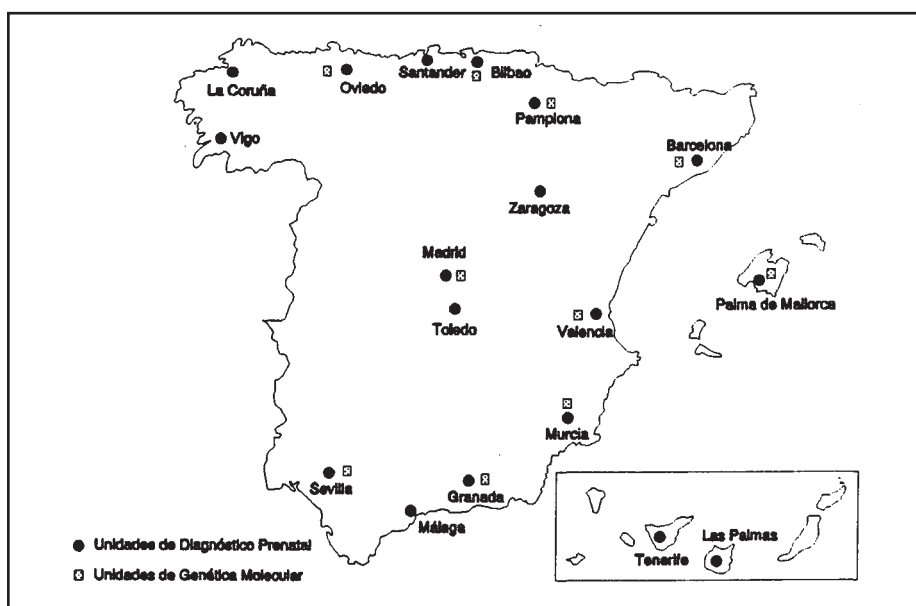
3.1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN MÉDICA

a) Diagnóstico prenatal y consejo genético

Con esta denominación, que ha tomado ya cuerpo sustantivo, nos referimos a la serie de acciones encaminadas a prevenir las deficiencias derivadas de anomalías cromosómicas y a las de causa genética. En nuestro país se ha evolucionado desde la investigación de las deficiencias de origen genético, a la aplicación clínica de técnicas de diagnóstico prenatal (invasivas y no invasivas) por efecto de la incorporación a determinados hospitales especializados de Servicios de Genética, unidades que en la actualidad ejercen de modo más directo la prevención en este área. Su finalidad no se reduce a facilitar información contrastada a la mujer embarazada para que, ante posibles deficiencias en el feto, opte por interrumpir o no el embarazo. Tienen por fin el estudio e investigación de cariotipos para ofrecer consejo genético en los diferentes casos de riesgo. Debe añadirse también las acciones en el vasto campo de la genética molecular; significan un paso hacia adelante, de indudable importancia en el futuro, en la prevención de deficiencias de causa genética o hereditaria.

En el **GRÁFICO 1** figura la distribución territorial de las 32 Unidades de Diagnóstico Prenatal existentes en el INSALUD en el año 1995; no sólo han crecido en número, sino que su distribución territorial es más adecuada para la atención de los casos de riesgo enviados por unidades médicas de nivel básico o especializado existentes en su área de influencia. En el mismo gráfico se refleja también la distribución territorial de las 19 Unidades de Genética Molecular dependientes del INSALUD en el año 1995.

GRÁFICO 1: Distribución territorial de las Unidades de Diagnóstico Prenatal y de Genética Molecular del INSALUD existentes en 1995



A las citadas Unidades han de añadirse las de otros Hospitales privados donde se encuentran establecidos Servicios de Genética, cuyo conocimiento es, por el momento, impreciso. Otro aspecto destacable es la coordinación que va existiendo entre los Servicios de Ginecología y Obstetricia de otros hospitales con estas Unidades; en ellos se realizan algunas técnicas de diagnóstico prenatal (la práctica de la amniocentesis reviste ya cierto carácter generalizado) para el posterior análisis de cariotipos en los Servicios de Genética.

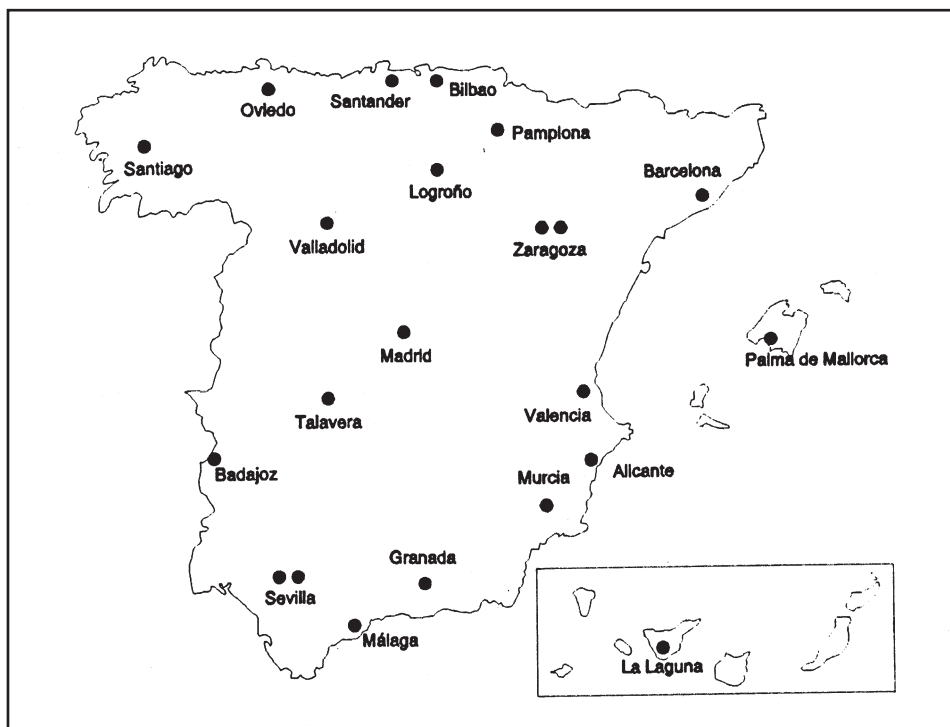
Lo dicho anteriormente no es óbice para que se detecte todavía una cierta insuficiencia de Unidades de Diagnóstico Prenatal, especialmente en determinadas Comunidades Autónomas, así como escasa coordinación institucional con los Centros de Atención Primaria, teóricamente los Centros adonde primero se dirige el usuario.

b) Diagnóstico neonatal precoz

Este programa comprende la detección precoz de errores congénitos del metabolismo, mediante análisis de sangre y de orina del recién nacido que permitan detectar si existe algún trastorno metabólico; es el llamado “screening” neonatal. Se orienta especialmente, aunque no de forma excluyente, al diagnóstico precoz de las **aminoacidopatías** y del **hipotiroidismo congénito**. Tiene una finalidad eminentemente preventiva, puesto que el error congénito del metabolismo detectado en el período neonatal puede corregirse mediante tratamiento. Probablemente se trate del programa de prevención médica que ha experimentado una evolución más favorable en lo que se refiere a aplicación práctica, a pesar de los problemas de financiación que en algún tiempo padeció. A nuestro juicio es una excelente muestra de cómo un programa, cuando se sientan convenientemente las bases organizativas que le sirven de apoyo, adquiere personalidad propia que le hace caminar prácticamente por sí solo.

En el **GRÁFICO 2** se muestra la ubicación de los Centros de detección de errores congénitos del metabolismo, también llamados Laboratorios de Tria Neonatal, existentes en 1993. En poco más de un decenio se ha pasado de 13 a 22 Centros, los cuales cubren la totalidad del territorio de las distintas Comunidades Autónomas, de forma que cada una ya posee al menos un laboratorio donde analizar las muestras. Y, lo que es aún más relevante, se ha incrementado la actividad analítica de los centros existentes con anterioridad para poder cubrir a la práctica totalidad de los nacidos.

GRÁFICO 2: Distribución territorial de los Laboratorios de Tria Neonatal. Año 1993



Por lo que se refiere a la detección precoz de **aminoacidopatías**, los análisis se orientan en todas las Comunidades Autónomas hacia el diagnóstico de la fenilcetonuria y de la hiperfenilalaninemia, lo cual no obsta para que, según el personal y medios de que disponen los Centros, se analicen también otros posibles trastornos (cistinuria, tirosinemia, jarabe de arce, etc.).

Como muestra de la buena realización de este programa, se refleja en la **TABLA 1** la significativa diferencia entre los años 1982 y 1993, con indicación de niños analizados, porcentaje sobre el total de nacimientos y casos detectados. Durante el período 1968 a 1992 se ha efectuado el análisis de 4.905.513 recién nacidos, y detectado 358 casos de fenilcetonuria, lo cual supone una incidencia media de esta enfermedad del 1/13.702.

El dato más significativo que interesa resaltar de la TABLA precedente es el referido al porcentaje de cobertura, más que el número absoluto de recién nacidos analizados, estadístico relativo porque, como es sabido, la natalidad ha descendido considerablemente en los últimos diez años. Por tal causa

TABIA 1: Detección precoz de aminoacidopatías

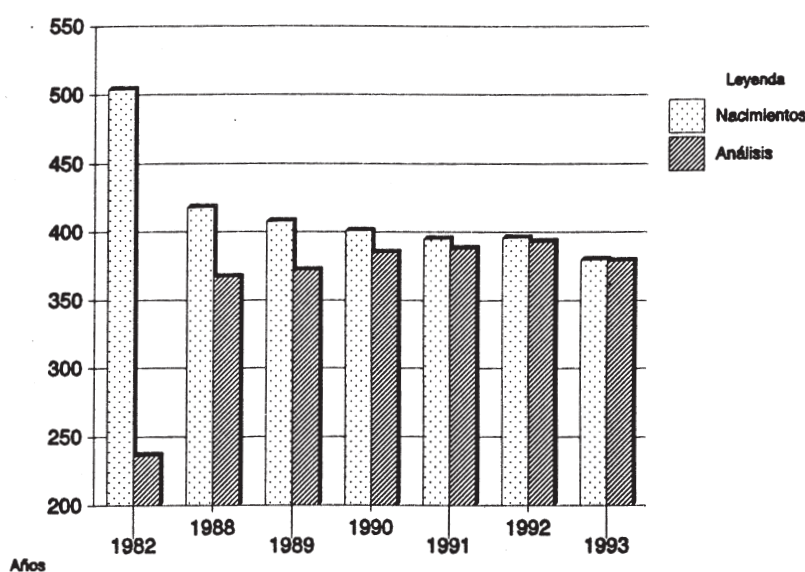
	1982	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Total de nacimientos	504.546	418.919	408.434	401.425	395.989	396.747	380.564
Recién nacidos analizados	236.450	367.234	372.160	385.795	388.188	393.178	379.208
Índice de cobertura	47 %	88 %	91 %	96 %	98 %	99 %	100 %
Detectados de ténilcetonuria	9	14	13	17	22	24	22
Detectados de lliiperfenilalaninemia	1		27	22	37	24	26

Fuente: Elaboración propia, sobre datos de Anuarios del Instituto Nacional de Estadística: UGARTE, M., *Detección precoz de errores congénitos del metabolismo*, en *Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO*, Madrid, 1983; MAYA VICTORIA, A. y otros, *Prevención de alteraciones metabólicas congénitas en España*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 44/95. *Boletín Prevención de enfermedades metabólicas congénitas*, n.º 7 (1994).

se resalta en el **GRÁFICO 3** la evolución del grado de cobertura. A simple vista puede observarse la magnífica evolución de este programa, y la implantación progresiva, con carácter generalizado, a toda la población.

Es necesario mencionar, asimismo, la existencia de las **Unidades de Seguimiento PKU**, cuya finalidad es la atención terapéutica, mediante tratamiento dietético, a los pacientes con fertilcetonuria comprobada. Las medidas terapéuticas se vienen realizando ya desde el comienzo de la iniciación del programa; la creación de las citadas Unidades ha ido en aumento en los últimos años. En la actualidad existen 18 Unidades de Seguimiento PKU, en las cuales reciben tratamiento unos 500 pacientes. Se encuentran ubicadas en el sector especializado de la atención sanitaria, generalmente en Servicios de Pediatría de Hospitales. La distribución territorial de dichas Unidades se refleja en el **GRÁFICO 4**.

GRÁFICO 3: Grado de cobertura del programa de aminoacidopatías. Periodo 1982-1993



La detección del hipotiroidismo congénito se realiza en los mismos Centros, de forma que la población atendida es prácticamente la misma. La incidencia en este error congénito es mayor que la de las aminoacidopatías (en el año 1993, 1 caso detectado por 2.631 analizados, frente a la proporción 1/14.585 de la fenilcetonuria y 1/17.236 de la hiperfenilalaninemia). Se trata, como puede observarse en la **TABLA 2**, de un programa de amplia implantación y con excelente desarrollo desde que en 1976 se puso en marcha, de forma paralela al programa de enzimopatías.

GRÁFICO 4: Distribución territorial de las Unidades de Seguimiento PKU. Año 1993

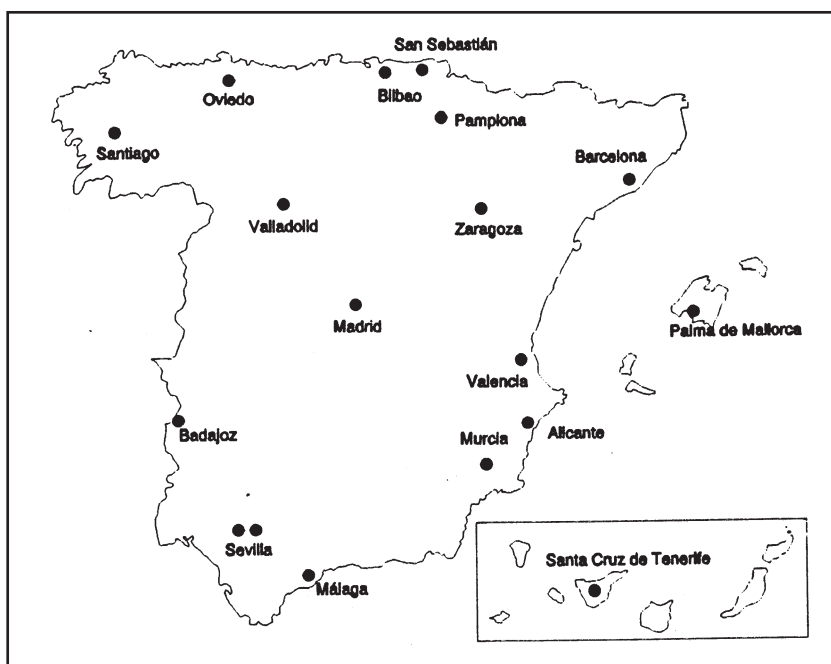


TABLA 2: Detección precoz del hipotiroidismo congénito

	1982	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Total de nacimientos	504.546	418.919	408.434	401.425	395.989	396.747	380.564
Recién nacidos analizados	262.364	376.802	379.725	388.729	390.030	396.171	386.465
Índice de cobertura	52 %	90 %	93 %	97 %	98 %	100 %	100 %
Detectados de hipotiroidismo		131	130	175	158	168	133

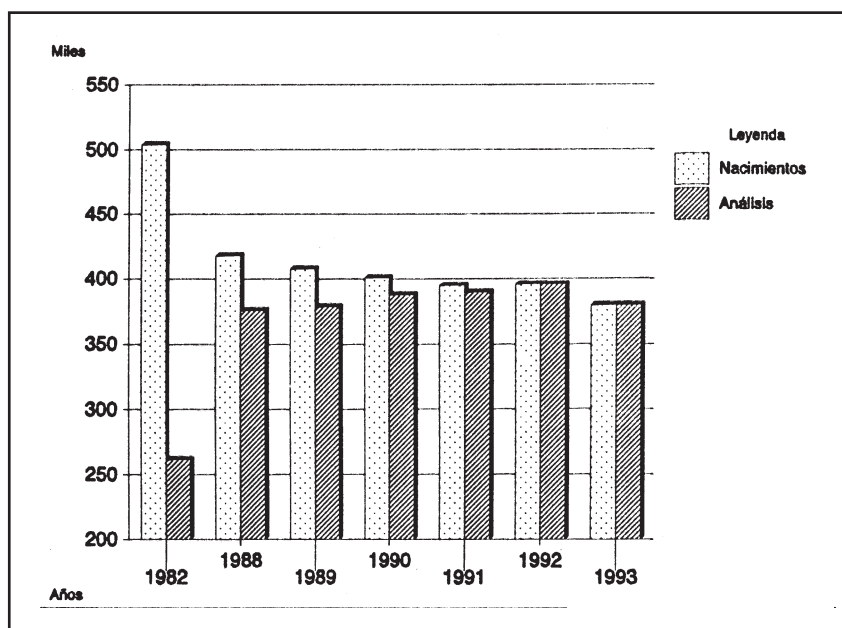
Fuente: Elaboración propia, sobre datos de Anuarios de; Instituto Nacional de Estadística, UGARTE, M., *Detección precoz de errores congénitos del metabolismo*, en *Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO*, Madrid, 1983; MAYA VICTORIA, A. y otros, *Prevención de alteraciones metabólicas congénitas en España*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 44/95. *Boletín Prevención de enfermedades metabólicas congénitas*, n.º 7 (1994).

Se visualiza asimismo, en el **GRÁFICO 5**, la evolución del grado de cobertura que ha experimentado este programa durante el período 1982-1993, comparando el número de nacidos vivos con el de análisis realizados, por considerarlo uno de los datos más destacable de los ofrecidos en la **TABLA 2**, en lo que se refiere a implantación efectiva del programa. Al igual que el de aminoacidopatías, su evolución puede considerarse muy satisfactoria.

c) **Programa de orientación y planificación familiar**

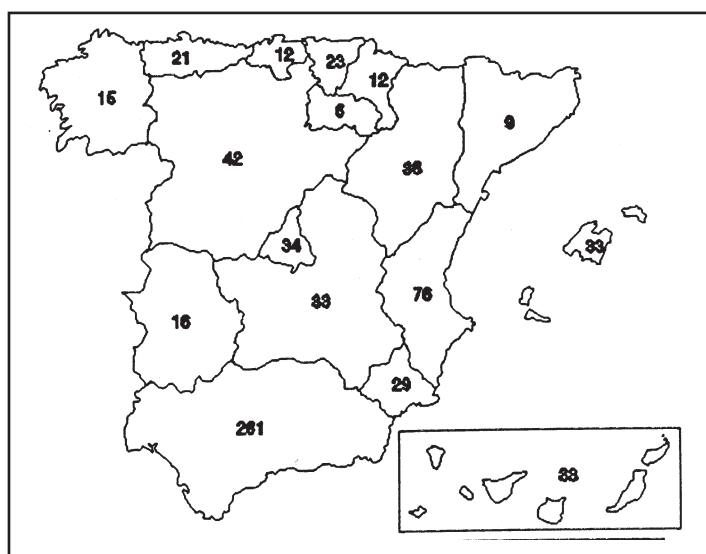
A diferencia de los dos anteriores, cuya finalidad es prioritariamente preventiva de posibles deficiencias, este programa tuvo ya desde sus orígenes un carácter más amplio. Al comienzo (1978), se establecieron los llamados Centros de Planificación Familiar, dependientes del Ministerio de Sanidad y del Instituto de la Mujer, y en buena medida también de los Ayuntamientos; no estaban entonces lo suficientemente conectados con la red de asistencia sanitaria. A partir de 1983 el programa recibe un significativo impulso, que se traduce en una mayor dotación presupuestaria, en la creación de más Centros, y en su paulatina integración en la estructura sanitaria. Como dato histórico de referencia se ofrece en el **GRÁFICO 6** el número de Unidades de Orientación Familiar existentes en 1989.

GRÁFICO 5: Grado de cobertura del programa de hipotiroidismo congénito. Período 1982-1993



Para una mejor interpretación de éste debe decirse que dichas Unidades eran de carácter multi-forme: junto a Centros de Orientación Familiar conexiónados directamente con Hospitales de nivel terciario, en los que se realizaba orientación familiar y atención al parto, estaban las llamadas Unidades Básicas de Orientación Familiar, con dotación menos completa, y las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica en Centros de Salud. Por otra parte, al ser transferida la antigua sanidad del Estado a las Comunidades Autónomas, y en algunos casos también las instituciones del INSALUD, no todas las Comunidades mantienen la identidad de denominación para estos Centros, algunos de los cuales todavía se encuentran subsistentes.

GRÁFICO 6: Unidades de Planificación Familiar existentes en 1989



Los Centros de Orientación Familiar se están integrando en la estructura sanitaria implantada por la Ley General de Sanidad, en el nivel de atención primaria, de forma que están cediendo su inicial protagonismo en favor de los Centros de Salud. En coherencia con la nueva organización sanitaria, el antiguo programa de Orientación y Planificación Familiar ha sido susti-

tuido por el programa de Salud Materno Infantil, de realización directa en los Centros de Salud. No se olvide que estos últimos están siendo progresivamente dotados, junto a médicos de familia, de obstetras y matronas. se trata de una evolución necesaria y positiva, que tenderá a acrecentarse. Incluso actuaciones que en la actualidad se realizan en Hospitales, deberían trasladarse al ámbito de la atención primaria, mediante una mayor coordinación interinstitucional.

d) Atención al embarazo y al parto

Los programas preventivos durante el embarazo y el parto se erunarcen en la política, más general, de asistencia sanitaria a la mujer embarazada. Gracias a los avances tecnológicos, y en especial a la ecografía, se ha constatado que no pocas malformaciones de recién nacidos pueden evitarse durante la gestación. En este sentido, la obstetricia ha adquirido un papel todavía más relevante al que siempre tuvo. Hoy se conocen de manera más científica, los factores exógenos que influyen sobre el feto, así como la influencia de los llamados teratógenos (enfermedades infecciosas u orgánicas, medicamentos, edad materna y paterna, influencia del alcohol, el tabaco o la cafeína, alimentación de la embarazada, etc.) en la aparición de deficiencias. Ello ha posibilitado la existencia de programas dirigidos a grupos específicos con mayor riesgo. El parto sigue siendo una situación de riesgo para el feto; su controles mayor, sobre todo gracias al avance de las técnicas ecográficas. De todas estas actuaciones sanitarias, referidas de modo concreto a la prevención de deficiencias, es difícil ofrecer datos cuantificables.

g) El Registro Español de Malformaciones Congénitas

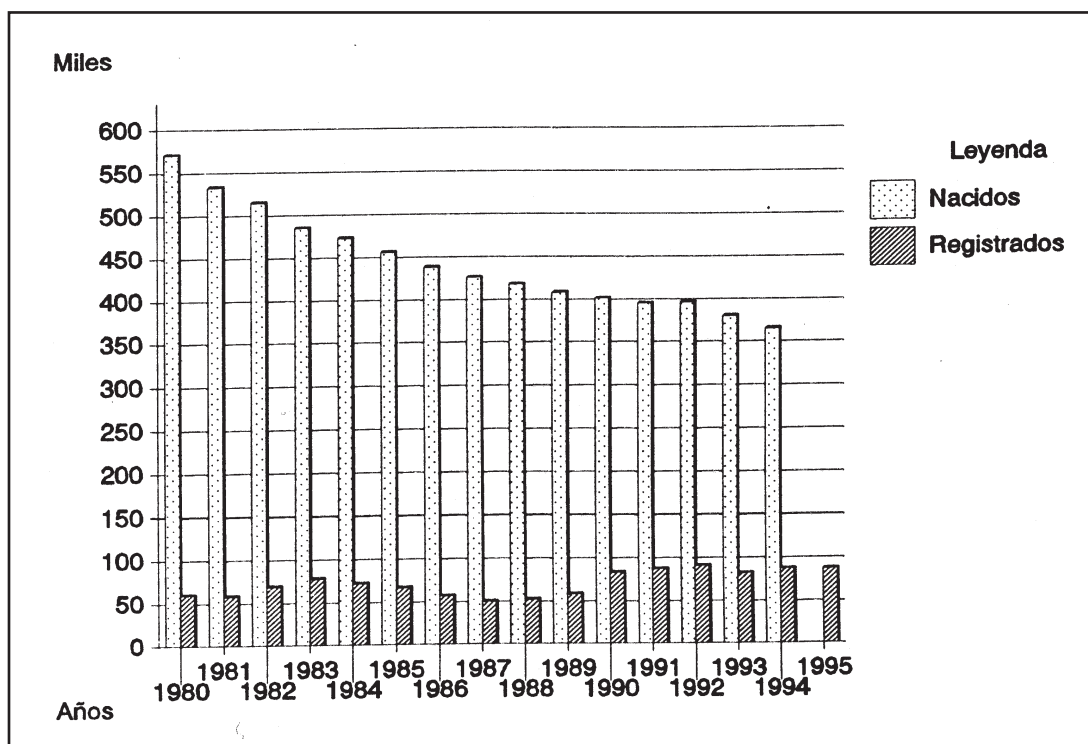
Este Registro se inicia, aunque todavía tímidamente, en el año 1976. En la actualidad es llevado por el **Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECENIC)**, establecido en la Universidad Complutense de Madrid.

Tiene por finalidad el tratamiento estadístico, sobre la base de un protocolo suficientemente co-tejado, de los recién nacidos vivos –últimamente ha incluido también los nacidos muertos– con el objeto de estudiar la incidencia epidemiológica que tiene el nacimiento de niños con malformaciones congénitas (este término se entiende en toda la amplitud, como sinónimo de deficiencias), así como las causas por las que han sobrevenido. El Registro está conectado a Hospitales que le van mandando información (10 en el año 1976; 109 en 1996), y a los que transmite asimismo las conclusiones a que llega, especialmente en materia de factores teratógenos que influyen en la mujer gestante. Está coordinado con otros Registros similares internacionales, por lo que cuando este programa se encuentre implantado en la totalidad de las maternidades ofrecerá una información de primera mano sobre la incidencia, causas e indicaciones de posible tratamiento preventivo en la aparición de deficiencias.

Como dato indicativo de la población a que alcanza, se ofrece en el **GRÁFICO 7** una visión comparativa entre el total de nacidos vivos y el de nacimientos controlados por el ECEMC. Como puede observarse, el número de recién nacidos registrados no es todavía elevado, a pesar de las dos décadas que ya lleva en funcionamiento. Ofrece una muy amplia muestra, sin embargo, para cualquier estudio epidemiológico en el área de las deficiencias. miles

Como parte integrante de este programa se encuentra, asimismo, el Servicio de Información Telefónica a la Embarazada (SITE), teléfono puesto a disposición de la población en general, especial-

GRÁFICO 7: Nacidos vivos registrados en el E.C.E.M.C.



mente madres gestantes, para ofrecer información actualizada, verbal y escrita, sobre riesgos de cualquier agente que pueda alterar el desarrollo embrionario: tabaco, alcohol, drogas, productos químicos o físicos, exposiciones laborales, etc. En el año 1991 se recibieron 780 llamadas, 253 en 1992, 291 en 1993, 1.242 en 1994 y 2.249 en 1995. Un servicio similar, pero más especializado, es el Servicio Telefónico sobre **Teratógenos Español (Sn-M)**, teléfono puesto a disposición de médicos y farmacéuticos para informarles acerca de la influencia de los factores teratógenos en la mujer embarazada.

e) Prevención neonatal

Se encuentra también enmarcada en el contexto más general de una atención sanitaria cada vez más cualificada. Como signos notorios de dicha atención se señala el notable descenso de la mortalidad neonatal (hecho que siempre lleva pareja una minoración de las deficiencias en este período), así como el aumento de los niños prematuros. Dentro de la dificultad de ofrecer estadísticas concretas sobre realizaciones en este período, ha de destacarse la importante actuación que se está realizando por determinados grupos de profesionales, neonatólogos de diversos hospitales de España, a los que se han unido psicólogos, pedagogos, profesionales de la atención precoz, logopedas, profesores, fisioterapeutas y similares. Conscientes de la necesidad de organizar los distintos recursos comunitarios (sanitarios, educativos y de servicios sociales), se están esforzando por instrumentar programas cuyo fin primordial es coordinar a profesionales y recursos existentes en la población para que el niño reciba una atención continuada e ininterrumpida, abandonando la sectorización existente hasta el momento.

f) Prevención postnatal

La prevención postnatal es de indudable importancia en una sociedad como la nuestra, cada vez más envejecida, en la que atención de los poderes públicos se tendrá que dirigir no tardando mucho hacia la prevención de enfermedades crónicas que nacen en la edad adulta como consecuencia de una falta de prevención, de promoción y hábitos de salud, en edades más jóvenes. En este campo sabemos que cada día son más frecuentes las enfermedades crónicas invalidantes, que obligan a las Administraciones a soportar una carga financiera importante, mediante prestaciones económicas directa o mantenimiento de servicios sociosanitarios costosos. Sabemos igualmente los factores de riesgo que previsiblemente las producen (tabaco, hipertensión arterial, alcoholismo, diabetes, etc.). Pero se nota la ausencia de unos programas efectivos de prevención que tiendan a evitar su aparición.

3.2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN AMBIENTAL

En este epígrafe vamos a referirnos a los tres aspectos que nos parecen más relevantes, la prevención de accidentes de trabajo, la de enfermedades profesionales y la de accidentes de tráfico.

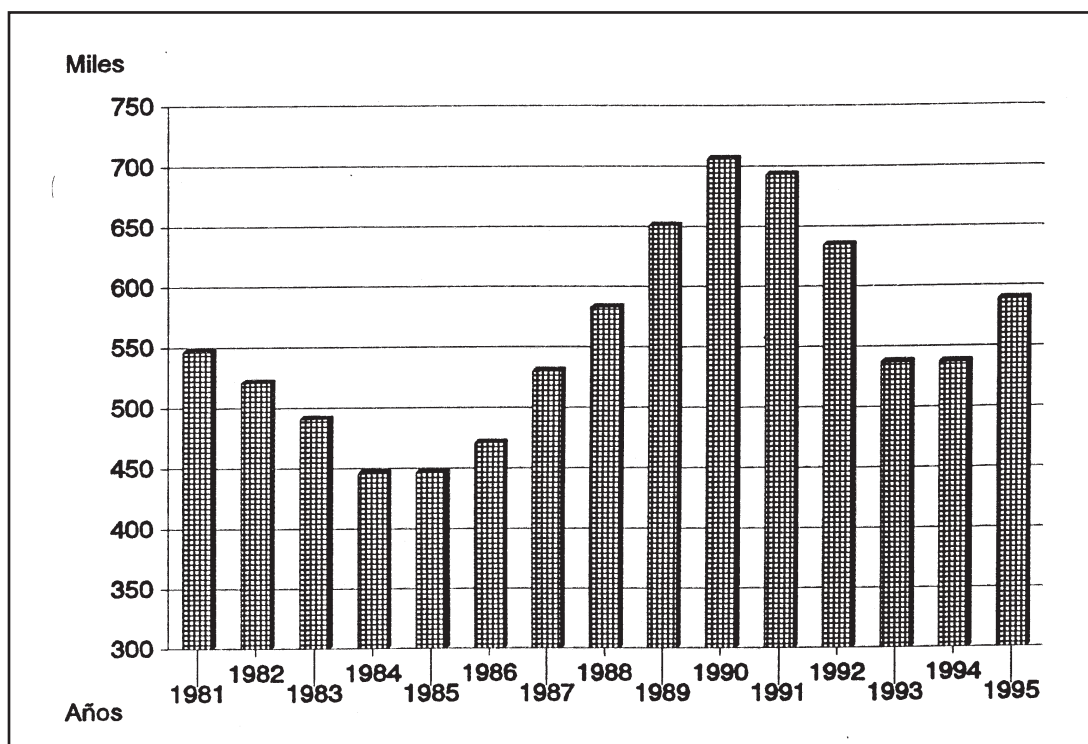
a) Prevención de accidentes de trabajo

Si tenemos que juzgar las medidas preventivas a través de los resultados conseguidos, el panorama que se ofrece no es ciertamente favorable: los accidentes de trabajo no han decrecido, especialmente en los sectores de la construcción, de las transformaciones metálicas y de la pequeña y mediana empresa. En el **GRÁFICO 8** se muestra la evolución en estos últimos años de los accidentes de trabajo con baja laboral. Las inflexiones a la baja que se observan en algunos años no responden tanto, en nuestra opinión, al establecimiento de medidas preventivas, sino más bien a la caída del empleo. De todos modos, los datos ofrecidos en el gráfico citado deben ser tomados con cautela. El hecho de que el accidente de trabajo se encuentre estrechamente unido a prestaciones económicas de Seguridad Social, más ventajosas que las derivadas de riesgos comunes, tiende a aumentar el número de los accidentes laborales declarados. Por otra parte, sólo un 1 % de los accidentes laborales origina patologías invalidantes de carácter definitivo que tendrán la consideración de invalidez permanente.

Como órgano administrativo que tiene encomendadas funciones en materia de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales debe citarse al **Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo**, Organismo creado en la Seguridad Social en 1963 (Ley de Bases de 1963), transferido al Estado en 1978 (Real Decreto-ley 36/1978, sobre reforma institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo), tras pasados con posterioridad sus servicios periféricos a las Comunidades Autónomas, y refrendada su permanencia y competencias por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995. Acerca de sus actividades preventivas nos remitimos a lo escrito en el capítulo 3.2.

Junto al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo hemos de citar también a las **Mu-tuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social**. No sólo ejercen funciones relativas a la concesión de prestaciones económicas (incapacidad temporal, invalidez, pensiones de orfandad, viudedad y a favor de familiares), sino también la asistencia sanitaria y prestaciones recuperadoras a los accidentados o afectados de enfermedad profesional. Además –y este aspecto

GRÁFICO 11: Evolución de accidentes de trabajo. Período 1981-1995



Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad social.

es el que aquí más interesa– tienen un importante cometido en materia de prevención de riesgos laborales en las Empresas con las que han suscrito convenio de asociación. Esta faceta de las Mutuas de Accidentes, tradicional dentro de sus competencias, quizás no sea del todo conocida. Lo cierto es que tiende a incrementarse en el futuro. Sobre algunas de sus realizaciones nos remitimos, asimismo, al capítulo 3.2.

b) Prevención de enfermedades profesionales

La enfermedad profesional es una contingencia protegida por la Seguridad Social. Se define como la enfermedad contraída a consecuencia del trabajo por cuenta ajena, y se exige el requisito de encontrarse tipificada en una lista oficial (LGSS, art. 116). El ordenamiento establece de manera impositiva medidas preventivas expresas para evitar su aparición, tales como los reconocimientos médicos previos al inicio de la actividad laboral que presumiblemente puede originar esa enfermedad, los periódicos subsiguientes, o el cambio de puesto de trabajo cuando se detecta su aparición. En coherencia con la naturaleza de la enfermedad profesional, admite que su aparición pueda tener lugar fuera del lugar del trabajo o en profesión distinta a la causante de la lesión invalidante.

Sin embargo, la prevención de enfermedades profesionales es todavía una asignatura pendiente, y resulta bastante difícil ofrecer datos significativos al respecto. El hecho es que no se declaran las en-

fermedades profesionales. Sería complejo explicar el porqué. Es fácil suponer que los empresarios, ante la exigencia de reconocimientos previos y periódicos sucesivos, manifiesten cierta reticencia. Pero no es menos cierto que existen problemas objetivos para determinar en que profesiones se pueden contraer las enfermedades profesionales listadas, hecho que debilita la imposición legal para que los empresarios efectúen los reconocimientos preceptivos.

c) Prevención de accidentes de tráfico

En esta materia se ha seguido una política sistemática de elaboración de Planes de Seguridad Vial, elaborados por el Consejo Superior de Tráfico y Seguridad Vial, y sometidos a conocimiento del Consejo de Ministros. Estos Planes han venido elaborándose año tras año desde 1980, y las acciones que en ellos se contemplan parten del análisis estadístico de la situación previa existente.

En la **TABLA 3** se ofrecen datos generales sobre accidentalidad en el tráfico vial desde 1982 a 1994. En ella se refleja el número de accidentes con víctimas que ha existido cada año, así como el número de heridos y de muertos, comparado con el censo total de conductores, y el parque de vehículos existente. Puede desprenderse con facilidad que el incremento del número de heridos, de donde puede estimarse el número de aparición de deficiencias traumáticas, ha tenido un aumento constante hasta 1989, y que comenzó a decrecer a partir de 1990.

TABLA 3: Datos generales sobre accidentalidad en el tráfico. Período 1982-1994

AÑOS	ACCIDENTES CON VÍCTIMAS (Miles)	HERIDOS (Miles)	MUERTOS (Miles)	CONDUCTORES (Millones)	VEHÍCULOS (Millones)
1982	63.5	98.8	5.8	10.6	11.2
1983	72.7	112.2	4.6	10.6	11.6
1984	74.1	115.5	4.8	11.4	11.2
1985	81.2	126.8	4.9	11.8	11.7
1986	87.7	137.1	5.4	12.3	12.3
1987	98.1	153.3	5.8	12.7	13.1
1988	106.3	164.9	6.3	13.3	13.9
1989	109.8	169.4	7.1	13.8	14.9
1990	101.5	155.5	6.9	14.3	15.6
1991	98.1	148.4	6.7	14.8	16.5
1992	87.2	129.9	6.0	15.4	17.3
1993	79.9	117.2	6.3	15.8	17.8
1994	78.4	114.7	5.6	16.3	18.2

Fuente: Elaboración propia, sobre datos estadísticos de la Dirección General de Tráfico.

Como complemento a los datos reflejados en la Tabla anterior, se ofrece en el **GRÁFICO 12** la evolución en los últimos años de los índices de motorización (número de turismos por 1.000 habitantes) y el de mortalidad (número de muertos por 1.000.000 habitantes). A juicio de muchos expertos, la comparación entre ambos índices es el indicador más expresivo del grado de accidentalidad. A simple vista se observa que el paralelismo seguido por dichos índices hasta 1989, se rompe a partir de 1990, con una inflexión a la baja de la mortalidad francamente positiva, a pesar del crecimiento continuo del número de vehículos.

Observado, a través de los datos sobre heridos, el número potencial de deficiencias que se originan en la carretera, habrá que analizar cuáles han sido las medidas preventivas programadas. En los Planes a que estamos haciendo referencia, y haciendo una síntesis apretada de los mismos, las medidas preventivas se orientan en tres direcciones principalmente: medidas de seguridad relacionadas con el conductor, con el vehículo y con la vía.

Respecto de las medidas preventivas relacionadas con el **conductor**, tradicionalmente considerado como el primer agente de la accidentabilidad de tráfico, han de resaltarse tres: la utilización del cinturón de seguridad, la utilización de casco por parte de motoristas, y la no ingestión de bebidas alcohólicas.

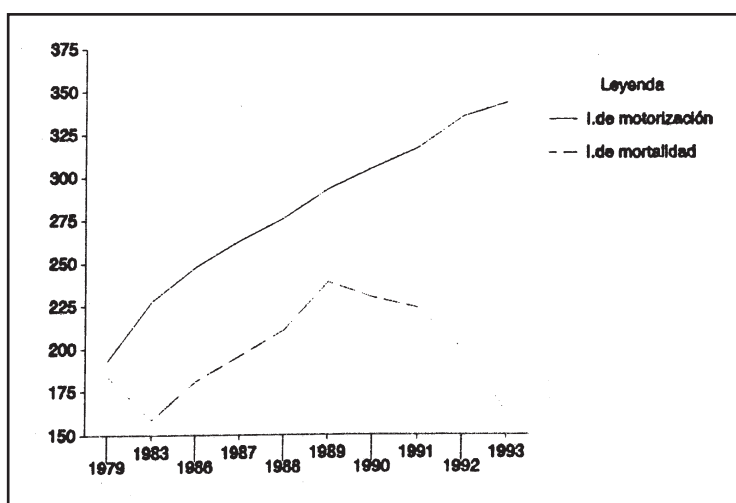
La eficacia preventiva del **cinturón de seguridad** es un hecho suficientemente constatado. En el año 1994, del total de ocupantes con el cinturón abrochado, de turismos afectados por accidentes, resultaron heridos el 51.57 %, mientras que del total de ocupantes sin el cinturón abrochado padecieron heridas el 71.46 %. Ha aumentado el número de conductores y pasajeros que lo utilizan: de los accidentes ocurridos en 1983, llevaban abrochado el cinturón de seguridad el 78.6 % de los conductores y el 78.1 % de los pasajeros; en el año 1994, ambos porcentajes se elevaron al 87.2 % y 84.8 %, respectivamente.

Es significativa la falta de utilización del **casco de protección** por los conductores de motocicletas, medida de prevención incumplida por los usuarios. Es bastante significativo que, en 1994, murieran el 3.20 % del total de motoristas accidentados que llevaban casco de protección, mientras que, sobre el total de motoristas accidentados que no lo llevaban, la cifra fue de 6.95 %.

Por lo que se refiere a la **alcoholemia**, factor que influye de manera muy directa en la accidentalidad, se ha incrementado considerablemente su control preventivo: de 402.000 pruebas realizadas en el año 1983 (resultaron positivas el 0.9 %) se ha pasado a 1.014.000 en 1994 (el 2.3 % positivas).

Medidas preventivas de indispensable actuación son las referidas al ve-

GRÁFICO 12: Evolución de los índices de motorización y de mortalidad. Período 1979-1993



hículo. La mejora del parque automovilístico experimentada en los últimos años, obligada en gran medida por las inspecciones técnicas obligatorias, es un dato que no necesita constatación por medio de cifras. En la **TABLA 4**, en la que puede verse la correspondencia entre porcentaje de vehículos existente, por tramos de edad, y el de vehículos implicados en accidentes con víctimas. En ella se observa que el parque automovilístico tiene menos antigüedad actualmente que hace una década, pero ello no ha significado una mejora en el índice de accidentalidad, sino más bien a la inversa.

TABLA 4: Antigüedad de los vehículos implicados en accidentes con víctimas, en relación con el parque automovilístico existente

ANTIGÜEDAD	Parque implicado en accidentes con víctimas (%)				Parque total existente			
	1985	1989	1993	1994	1985	1989	1993	1994
De 0 a 5 años	49.7	58.4	61.3	56.6	35.9	43.8	44.9	42.6
De 6 a 10 años	30.4	21.9	23.0	27.4	32.0	22.9	22.8	25.9
De 11 a 15 años	16.1	15.0	11.2	11.0	21.6	19.3	15.1	12.2
Más de 15 años	3.8	4.0	4.5	5.0	10.5	14.0	16.8	17.3

En relación al **acondicionamiento de la vía**, ha de destacarse la construcción de autovías en los últimos años, principal factor, a nuestro juicio, de disminución de la accidentalidad en el tráfico. Es muy significativo que sea 1990, año en el que se da un salto cuantitativo en la apertura de autovías, cuando comienza la inflexión a la baja de los accidentes de tráfico. Véanse al respecto los datos recogidos en la **TABLA 5**.

TABLA 5: Evolución de la estructura de la red viaria. Datos en kilómetros. Período 1986-1994

	1986	1987	1988	1989	1990
Autopistas y Autovías	2.380	2.542	2.770	3.630	4.601
Carreteras de doble calzada	684	699	699	447	691
Otro tipo de carreteras	319.713	320.048	320.289	320.089	319.516

	1991	1992	1993	1994
Autopistas y Autovías	5.107	6.209	6.577	6.497
Carreteras de doble calzada	736	779	827	1.251
Otro tipo de carreteras	319.643	319.806	320.696	322.918

Fuente: Dirección General de Tráfico. Planes Nacionales de Seguridad Vial 1990 a 1996.

3.3. PRESUPUESTO DESTINADO A PREVENCIÓN DE DEFIDENCIAS

El presupuesto constituye siempre un indicador básico para analizar las realizaciones en cualquier tipo de materia. Por esta razón se hace a continuación una breve alusión a él. Como anotación previa, ha de decirse que no se poseen todos los datos que serían necesarios para poder Juzgar sobre el montante económico que se ha destinado a la prevención en los últimos años. La razón es sencilla: los costes están repartidos en distintos centros de gastos y partidas presupuestarias, algunas de los cuales (gastos de personal, inversiones, etc.) son de muy difícil conocimiento, al estar comprendidos en los costes generales del sistema sanitario, inversiones en carreteras, medidas generales de seguridad en el trabajo, etc.

Como dato parcial se ofrece, no obstante, las subvenciones finalistas que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha concedido en el período 1981-1996 para programas, total o parcialmente, de prevención médica. Figuran en la **TABLA 6**.

TABLA 6: Subvenciones finalistas del Ministerio de Sanidad y Consumo para programas, total o parcialmente, de prevención médica

PROGRAMA	DOTACIONES PRESUPUESTARIAS (Millones)							
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Diagnóstico prenatal							75	150
Diagnóstico neonatal			393	251	658	592	250	100
Atención al embarazo			200	200	154		40	200
Orientación familiar			500	1.500	908	1.147	1.075	1.075
Malformaciones congénitas				74	79	75	17	24
TOTALES	1.100	1.100	1.093	2.025	1.799	1.814	1.457	1.549

PROGRAMA	DOTACIONES PRESUPUESTARIAS (Millones)							
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Diagnóstico prenatal	154							
Diagnóstico neonatal	100							
Atención al embarazo	200							
Orientación familiar	1.112	7						
Salud materno-infantil	1.056	988	175	173	173			
Malformaciones congénitas	24	24	24	24	24	10	10	9
TOTALES	1.590	1.080	1.012	206	197	183	10	9

Fuente: Elaboración propia, sobre datos de los Presupuestos Generales del Estado y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sobre ella ha de hacerse una salvedad: no recoge la totalidad de gastos referidos a dichos programas, pues éstos no se financian exclusivamente por el Estado, sino también por las Comunidades Autónomas, en mayor o menor medida, desde que asumieron competencias en materia de sanidad. De dicha TABLA se desprende que los créditos presupuestados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, destinados estrictamente a prevención de deficiencias, han sido escasos.

Durante los años 1981-1982 se mantienen las dotaciones presupuestarias del antiguo Plan Nacional de la Subnormalidad, porque, aun desaparecido éste, los créditos continuaron subsistentes en el Ministerio de Sanidad para la financiación de medidas preventivas. Se produce una modificación importante, en 1983, y será más acusada todavía desde el año 1984 a 1989, durante los cuales se observa cómo créditos establecidos en su origen para el programa de detección neonatal de metabopatías se destinarán al de orientación y planificación familiar. A partir de 1990, las subvenciones se destinan al programa de Salud materno-infantil, nueva denominación en la que progresivamente se englobarán programas específicos anteriores. Es muy significativo el descenso de las subvenciones en el último quinquenio. Pero tiene su explicación: los cambios en la financiación de las Comunidades Autónomas, mediante una mayor participación en tributos cedidos por el Estado o bien por asignaciones presupuestarias directas contenidas en los Presupuestos Generales del Estado, motivaron un acusado descenso en las subvenciones finalistas del Estado a aquéllas. Por esa razón la mencionada TABLA tiene un carácter bastante relativo.

4. CONCLUSIÓN

Hemos tratado de aproximarnos a la realidad de la prevención de deficiencias en nuestro país. De la lectura de este esbozo puede parecer que nos encontramos ante muchas metas todavía por conseguir, lo cual es verdad. Pero también es cierto que lo realizado en este área ha sido importante, quizás más de lo previsto inicialmente. Ello significa que, ante el optimismo de haber obtenido buenas realizaciones, ha de proseguirse con tenacidad el empeño por consolidar los programas de prevención iniciados e ir estableciendo otros nuevos que las circunstancias nos demandan. Se ha trabajado bastante en el área de la prevención médica, y todavía indudablemente queda mucho por hacer. Está como asignatura pendiente la realización de programas efectivos en el amplio espectro de la prevención ambiental, del todo punto necesaria ya que el mayor número de deficiencias proviene de accidentes de tráfico, laborales, domésticos, así como derivadas de una falta de control sobre el medio ambiente. Y todo ello con la mira puesta en hacer prevalecer la prevención sobre la curación, la educación en la salud sobre el remedio asistencial, el favorecimiento de una calidad de vida frente al deterioro de las condiciones básicas de subsistencia.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

ALONSO SECO, J. M., *Prevención de deficiencias*, en *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1997.

DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO, *Planes Nacionales de Seguridad Vial. Años 1980 a 1995*.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, *Memoria de Actividades. Años 1993, 1994 y 1995*.

MARTÍNEZ-FRÍAS, M. L., *Defectos congénitos en España. Diez años de vigencia epidemiológica*, Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.

UGARTE PÉREZ, M., *Detección, prevención e investigación de la etiología molecular del retraso mental de metabolopatías congénitas*, Madrid, 1983.

VARIOS AUTORES, *10 Años del Premio Reina Sofía de Investigación sobre Prevención de las Deficiencias*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Colección Documentos, n.º 40/93, Madrid, 1993.

VARIOS AUTORES, *Prevención de Alteraciones Metabólicas Congénitas en España*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Colección Documentos, n.º 44/1995, Madrid, 1995.