

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y  
TOXICOLÓGICA

ESTUDIO SOBRE ATENCIÓN MÉDICA VIGENTE EN LOS  
ESTABLECIMIENTOS BALNEARIOS

JOSÉ LUIS BLASCO GONZÁLEZ

UNIVERSITAT DE VALENCIA  
Servei de Publicacions  
2005

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 17 de Setembre de 1999 davant un tribunal format per:

- D<sup>a</sup>. Emilia Lachica López
- D. Claudio Hernando Cueto
- D<sup>a</sup>. María Castellano Arroyo

Va ser dirigida per:

D<sup>a</sup>. Marina Gisbert Grifo

D. Vicente Modesto Chaumell

©Copyright: Servei de Publicacions  
José Luis Blasco González

---

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-6124-5

Edita: Universitat de València  
Servei de Publicacions  
C/ Artes Gráficas, 13 bajo  
46010 València  
Spain  
Telèfon: 963864115

UNIVERSITAT DE VALENCIA E.G.  
FACULTAT DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA  
Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública,  
Bromatología, Toxicología i Medicina Legal.  
Unitat Docent de Medicina Legal.

***ESTUDIO SOBRE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE EN LOS  
ESTABLECIMIENTOS BALNEARIOS.  
MODELO SEGUIDO EN EL BALNEARIO HERVIDEROS DE  
COFRENTES.***

***TESIS DOCTORAL***  
***Presentada por***  
***JOSÉ LUIS BLASCO GONZÁLEZ***

**Dirigida por la Profesora Dra. D<sup>a</sup> MARINA GISBERT GRIFO  
y el Profesor Dr. D. VICENTE MODESTO CHAUMEL.**

**VALENCIA 1.999**

## **TESTIMONIO DE GRATITUD**

Es para mí un honor que la Profesora Doña Marina Gisbert Grifo y el Profesor Don Vicente Modesto Chaumel hayan aceptado la dirección de esta Tesis Doctoral, ya que sin su ayuda, consejos y conocimientos este trabajo no hubiera sido posible.

Este agradecimiento se extiende a mis antiguos compañeros del Balneario Hervideros de Cofrentes, especialmente al doctor D. Manuel Aguirre, por multiplicarse en sus funciones durante mis días de ausencia.

Al servicio médico del IMSERSO dirigido por la Dra. D<sup>a</sup> Anabel Martín Megías y al Profesor de la Escuela de Hidrología Médica D. Francisco Maravert Eyzaguirre por haber compartido conmigo su saber e inquietudes.

Y, por último, pero no por orden de importancia, a mi mujer Maribel por haber demostrado dosis inusuales de paciencia y comprensión, a mis padres por haber sabido dirigir todos mis pasos con sabiduría y prudencia, a nuestra pequeña hija Lidia y a mi hermano Manuel.

*A mis padres, a Maribel y en memoria de Julio*

*0.- Índice.*

1.- Introducción.	1
1.1.-Generalidades.	2
1.2.- Servicios objeto de concierto con el IMSERSO.	10
1.3.- ¿Qué es un balneario?	35
1.4.- Concepto y fundamentos de la hidroterapia.	40
1.5.- Estructuración de un centro hidroterápico.	42
1.6.- Indicaciones y contraindicaciones de la hidroterapia	45
1.6.1.- Técnicas de aplicación de la hidroterapia	47
1.6.2.- Instalaciones y materiales.	50
1.7.- Psicoterapia balnearia. Aspectos médicos.	52
1.8.- Definición y clasificación de los distintos tipos de aguas.	56
1.9.- Usos y aplicaciones de las aguas minerales.	58
1.10.- Condiciones para la apertura de un balneario.	61
1.10.1.- Condiciones de puesta en explotación.	62
1.10.2.- Apertura de las instalaciones.	63
1.11.- Legislación actual. Sobre la Ley de Aguas de 1.985 y sobre la Ley de Minas de 1.973.	65
1.12.-Responsabilidad médica.	75
1.12.1.-Generalidades.	75
1.12.2.- Elementos constitutivos de la responsabilidad médica.	78
1.13.- Aspectos médico-legales de la experimentación balnearia.	80
1.14.- Problemas médico-legales más frecuentes en la tercera edad.	82
2.- Objetivos.	85
3.- Material y método.	89
3.1.- Características generales del Balneario Hervideros de Cofrentes.	90
3.1.1.- Situación.	90
3.1.2.- Geología.	91
3.1.3.- Climatología.	91
3.1.4.- Flora y fauna.	91
3.1.5.- Antecedentes históricos y situación actual.	92
3.1.6.- Características de las aguas.	93
3.1.7. Mecanismos de acción de las aguas.	94
3.1.8.- Características de la absorción del agua de los Hervideros.	95



3.1.9.- Acciones de sus componentes.	95
3.1.10.- Indicaciones y administración de la cura hidropínica.	97
3.2. Características de una estancia en nuestras instalaciones.	99
3.3.- Supuesto de urgencia nocturna.	106
3.4.- Urgencia y emergencia médica. Tiempos de espera.	108
3.5.- Seguimiento de la urgencia. Alta hospitalaria y regreso del paciente al balneario.	111
3.6.- Material de trabajo. Muestra de pacientes.	113
3.7.- Criterios de riesgo para asistencia urgente.	117
3.8.- Puntos de asistencia urgente. Definición y localización.	119
<b>4.- Resultados y discusión.</b>	<b>121</b>
4.1.- Urgencias atendidas en el balneario.	122
4.2.- Factores de riesgo y asistencias urgentes.	125
4.3.- Urgencias en pacientes sin control médico previo a la cura termal.	131
4.4.- Criterios de no admisión a la cura termal.	134
4.4.1.- Criterios de exclusión a la cura termal.	135
4.4.2.- Contraindicaciones y limitaciones a la cura termal.	137
4.5.- Urgencias traumáticas.	141
4.6.- Urgencias según su gravedad.	146
4.7.- Urgencias por edades.	149
4.8.- Urgencias según el tipo de paciente.	152
4.9.- Análisis de las evacuaciones.	155
4.10.- Ingresos hospitalarios.	160
4.11.- Urgencias nocturnas.	162
4.12.- Pacientes definidos como de riesgo.	166
4.13.- Necesidad de asistencia médica permanente.	169
4.14.- Existencia de varios puntos de asistencia urgente.	171
4.15.- Importancia del plan de evacuaciones.	173
4.16.- Problemas médico-legales más frecuentes en los balnearios.	175
4.16.1.- Responsabilidad médica.	175
4.16.1.1.- Aspectos generales.	175
4.16.1.2.- Aspectos penales.	182
4.16.1.3.- Aspectos civiles.	187
4.16.1.4.- Mecanismos de prevención.	189
4.16.2.- Consentimiento informado.	192
4.16.3.- Historia clínica.	195
4.16.4.- Secreto médico.	198

4.16.5.- Documentos médico-legales.	210
4.16.5.1.- Informe.	210
4.16.5.2.- Certificación.	211
4.16.5.3.- Parte.	213
4.16.5.4.- Receta.	214
5.- Conclusiones.	218
6.- Bibliografía.	220

**Introducción.**

### **1.1. – Generalidades.**

Hasta hace relativamente poco tiempo el oír cualquier comentario referente a balnearios implicaba, casi instantáneamente, la asociación mental con algunas esferas sociales, integrados por nobles de mediano rango o burgueses con elevado nivel de ingresos económicos. Todo ello se aderezaba con la idea de descanso veraniego, empleada de hogar y partidas de cartas con amigos de similares características en un entorno tranquilo y en pleno contacto con la naturaleza.

Este grupo de clientes, demandantes de plazas en hoteles balnearios, no tenía en mente como idea predominante (y que justificase el elevado gasto de sus estancias) la realización de tratamientos hidroterápicos o de cualquier otros de los que actualmente se realizan en éste tipo de centros.

Como mucho el único que se realizaba era la cura hidropinica: consiste en la realización de una cura de agua en bebida que, dependiendo de sus características y de las dosis prescritas por el médico del balneario, era capaz de producir determinados efectos beneficiosos (sobre todo a nivel digestivo y renal).

Por tanto, partimos de un antiguo concepto de balneario para gente de élite y con pocas connotaciones médicas, pero poco a poco esta idea ha ido cambiando como vamos a ver ahora.

La “explosión” turístico-hotelera en nuestras playas de las décadas de los 60 y 70 hizo que esta situación dejase de mantenerse. Poco a poco el cliente que había tenido en los balnearios su lugar de esparcimiento y relación con amigos y familiares se fue desplazando hacia la costa. Quizás en esta decisión influyera también el esnobismo y el no quedar fuera de la moda. Posiblemente era algo parecido a lo que pasa con los adolescentes que adoptan determinadas costumbres por necesidades de integración grupal.

Tras esta primera aproximación se entiende que los propietarios de los balnearios, cuyo nivel de inversiones ya era bajo incluso en años de bonanza económica, las disminuyeran drásticamente por falta de demanda de plazas. El gasto que los clientes realizaban en los balnearios se fue hasta los apartamentos de las zonas costeras. Se había entrado en una nueva tendencia vacacional y ni siquiera la realización de las clásicas curas de agua en bebida podía luchar contra la superior valoración de tener un buen bronceado y una pequeña embarcación. Es por ello por lo que se justifica que las infraestructuras de aquellos centros fueran quedando caducas y, al no ser rentable, ni siquiera se realizara un mínimo de mantenimiento en las mismas.

Hace aproximadamente una década comenzaron a resurgir en nuestro país los balnearios gracias a la creación del Programa de Termalismo

Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales, regulado por la Orden de 15 de marzo de 1.989<sup>1</sup>. Dicho resurgimiento iba dirigido hacia un grupo de población que se estimó como candidata por motivos tanto médicos como de interés social. En efecto, el paciente de la llamada “tercera edad” fue el que entró de lleno en el diseño de un programa socio-sanitario cuyas consecuencias fueron mas allá de lo que inicialmente se había previsto. Hoy en día no solo se ha conseguido una nueva vía para aliviar las dolencias de los pacientes mayores sino que, en muchos casos, les ha servido también como modo de alejarse de problemas familiares que, con gran frecuencia, recaen sobre este grupo de personas. Además de todo esto se ha logrado el relanzamiento de un grupo de empresas, de características familiares en la mayoría de los casos y el aumento de los puestos de trabajo en zonas muchas veces de interior, con limitaciones importantes en su desarrollo y expansión.

También es cierto que, a pesar de ser una idea destinada al paciente mayor, nos vemos gratamente sorprendidos en las consultas por un incremento notable de pacientes jóvenes. Las características de sus estancias y de sus dolencias son distintas, lo cual era de esperar. Las lumbalgias y cervicalgias con importante componente ansioso asociado, las secuelas derivadas de malas posturas en el trabajo y las distintas somatizaciones del estrés, fruto del frenético ritmo de vida de las ciudades, han creado un nuevo paciente para el que no fue definido, en su momento, el renacimiento de los balnearios.

Es sin duda un hecho importante porque el aumento de la esperanza de vida cronifica, todavía más, las patologías del paciente geriátrico, el cual es especialmente idóneo para recibir tratamientos balneoterápicos con altos índices de mejoría clínica. De hecho las previsiones<sup>2</sup> para el año 2.000 son de 41.991.843 habitantes en España, de los cuales 5.782.277 constituirán la población mayor de 64 años.

El primer problema que aparece en el anciano<sup>3</sup> es la limitación de sus capacidades, lo que lleva consigo una mayor facilidad para enfermar. Son, por tanto, los déficits sensoriales, mentales y motrices los que con mayor frecuencia aparecen a esta edad.

Ello incide en que cada vez los gastos sanitarios sean mayores y es que no se puede olvidar<sup>4</sup> que no existe un nivel fijo de enfermedad, que no están del todo claros los motivos que impulsan a la gente a ir al médico, que la propia acción social y sanitaria genera nuevas enfermedades y por último, que la misma noción del binomio salud-enfermedad varía con el tiempo. Distintos datos<sup>5,6,7</sup> demuestran que al menos el 75% de la población mayor de 70 años acude una vez al médico en el plazo de un año y que en el periodo de 5 años todos los ancianos de un cupo dado han ido al médico.

La modificación de las pirámides de población en países desarrollados repercute sobre el aumento de los gastos sanitarios<sup>8</sup> debido a variados factores, entre los que cabe destacar los siguientes:

- 1) El desplazamiento de las enfermedades infecciosas y carenciales por las degenerativas y crónicas.
- 2) El avance tecnológico que, con excepciones como el descubrimiento de las sulfamidas y de los antibióticos, no ha supuesto grandes avances en la productividad por persona empleada en el sector sanitario.
- 3) El envejecimiento de la población.
- 4) El aumento de la renta per cápita.
- 5) La protección del consumo sanitario por parte del Estado, liberándolo así de los condicionantes individuales de capacidad adquisitiva.

En los últimos años el término “economía de la salud” se está manejando con mucha frecuencia. Con el fin de precisar claramente el contenido de dicha expresión es conveniente distinguir entre la economía

como un área objeto de estudio y la economía como una disciplina o forma de pensar<sup>9</sup>. Cuando la economía es aplicada a otras áreas de estudio como la salud, denominamos<sup>10</sup> a tal aplicación Economía de la Salud.

El que la práctica clínica implica gestión puede ignorarse o reconocerse. Si se ignora, la calidad de la asistencia se compromete<sup>11</sup>. Este interés por los aspectos económicos de la atención médica se originó hace más de cuarenta años en las reuniones de la Asociación Económica Americana<sup>12</sup>. Sin embargo, los economistas solo se embarcaron en esta aventura a partir del clásico trabajo del premio Nobel Arrow<sup>13</sup> sobre incertidumbre y economía del bienestar. La relación entre Medicina y Economía se refleja en el hecho de que la muerte y los impuestos son dos realidades siempre presentes en la vida<sup>14</sup>.

Considerada como bien público, la salud permite aplicar las nociones básicas del análisis económico<sup>15</sup>. Superado ya el tópico de que el bienestar no tiene precio, en la actualidad<sup>16</sup> todos los países se muestran altamente preocupados por el crecimiento desmesurado de los gastos sanitarios, los cuales sobrepasan ampliamente el 5% del PIB en la mayor parte de ellos y progresan a un ritmo acelerado del 0.15 % anual.

El estado participa cada vez más en la financiación del sector sanitario<sup>17</sup> mediante los sistemas de seguridad social, lo que hace que la sanidad se vaya convirtiendo en un capítulo presupuestario en el que resulta forzoso considerar la limitación de los recursos que se pueden destinar.

Los costes para las arcas de la Seguridad Social, derivados del envejecimiento de nuestra población, vienen definidos a modo de ejemplo por los siguientes:

- Mayor empleo<sup>18</sup> de prótesis de todo tipo, como marcapasos, injertos articulares, prótesis de cadera, corazón artificial, etc.
- Mayor número de intervenciones quirúrgicas destinadas a transplantes<sup>19</sup> de órganos al controlarse el rechazo inmunitario.



- Mayor número de interconsultas entre especialidades, no necesariamente en el contexto de una próxima intervención.
- Mayor consumo de analgésicos para reducir, en la medida de lo posible, los dolores derivados de las distintas enfermedades, pero sobre todo, de la patología reumática. Este hecho lleva asociado una mayor frecuencia de patología ulcerosa.
- Mayor auge de la gastroprotección, necesariamente derivada del punto anterior y dirigida a<sup>19</sup> disminuir la secreción de ácido mediante fármacos diversos. En los últimos 10 años ha aparecido<sup>20</sup> un nuevo grupo de compuestos denominados genéricamente inhibidores de la bomba de protones por actuar selectivamente sobre el eslabón final en el proceso de secreción de hidrogeniones.
- Mayor coste en gastos sociales derivados del cuidado<sup>21</sup> del número creciente de ancianos y enfermos, que obliga a una extraordinaria demanda de los sistemas tradicionales de cuidado de la salud, los cuales aumentan de forma desproporcionada, ya que las personas de edad, al presentar más enfermedades y mayores secuelas psicosociales como complicación, utilizan más los servicios médicos de asistencia social.

El aumento de los costes que en otros sectores económicos ha sido considerado como positivo, en el sector sanitario, tras una primera fase en la que se vio como un signo de progreso social, es fuente en la actualidad de gran inquietud por tres ordenes de motivos<sup>22</sup>:

- 1) Se cuestiona la eficacia del aparato de producción y distribución de atenciones médico-sanitarias.
- 2) Surgen controversias por doquier acerca de la organización de los cuidados médicos y de los profesionales.

- 3) Los gastos sanitarios se sufragan colectivamente mediante un tipo u otro de impuestos.

Además, fuera de nuestras fronteras<sup>23</sup>, las vacaciones de salud con prescripción y supervisión médica se empiezan a organizar para sujetos de edad avanzada.

Por todo ello se crea, dentro del Ministerio de Asuntos Sociales, una sección dedicada al Programa de Termalismo Social. Dicho programa se establece y regula por la Orden de 15 de Marzo de 1.989 del mencionado Ministerio, señalando que el Servicio de Termalismo Social es un servicio complementario de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social y que podrán ser beneficiarios las personas que reúnan los siguientes requisitos:

- 1) Ser pensionistas del Sistema de la Seguridad Social, por los conceptos de jubilación e invalidez, en todo caso y por el concepto de viudedad o de otras pensiones, únicamente cuando el beneficiario haya cumplido los sesenta años de edad.
- 2) No padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia en los establecimientos, ni enfermedad infecto-contagiosa.
- 3) Poderse valer por sí mismos.
- 4) Precisar los tratamientos termales solicitados y carecer de contraindicación médica para la recepción de los mismos.
- 5) Alcanzar, de conformidad con la baremación establecida, la puntuación que le permita acceder a uno de los balnearios y turnos solicitados.

También podrán ser beneficiarios de las plazas los cónyuges de quienes reúnan los requisitos anteriores, siempre que cumplan los requisitos 2, 3 y 4 de los anteriormente citados.

Así mismo, en dicha norma se contempla que el servicio se prestará en régimen de concierto y se señalan los requisitos que deben cumplir las empresas que soliciten la celebración del mismo.

Los dos objetivos<sup>24</sup> que perseguía el Programa de Termalismo Social del IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales) eran:

- De una parte, facilitar la asistencia que se presta en los establecimientos termales a las personas de la tercera edad que la precisen por prescripción facultativa, contribuyendo de este modo a mejorar su calidad de vida.
- De otra, potenciar el desarrollo económico de las zonas que rodean a los balnearios, contribuyendo a la creación y mantenimiento del empleo, así como a la mejora y modernización de la infraestructura de las instalaciones en las estaciones termales, las cuales atravesaban una situación económica realmente difícil.

### **1.2. -Servicios objeto del concierto con el IMSERSO.**

Antes de comenzar cada temporada balnearia se produce un diálogo entre la dirección de la empresa y los representantes del IMSERSO, fruto del cual se establecen los servicios a prestar y las condiciones económicas del acuerdo.

La entidad concertante prestará a los beneficiarios de las plazas los servicios de alojamiento, manutención y tratamiento termal, de acuerdo con las especificaciones que se detallan a continuación.

*Duración de los turnos.*- Los turnos tendrán una duración de 15 días (14 pernотaciones y pensiones completas). La entidad concertante facilitará al IMSERSO, antes del comienzo del primer turno, todas las fechas de entrada y salida de los beneficiarios.

*Régimen de estancia.*- Será de pensión completa y comenzará el día de llegada, con la comida, finalizando el día de salida, con el desayuno. Durante los días del turno se facilitarán los siguientes servicios en el establecimiento hotelero:

- Alojamiento.
- Manutención.
- Animación socio-cultural.

*Tratamiento termal.*- Los tratamientos de crenoterapia<sup>25</sup> (los derivados de las aguas minerales) a prestar a cada uno de los beneficiarios de las plazas concertadas serán los máximos posibles teniendo en cuenta la total capacidad de impartición de tratamientos del Balneario, con la única salvedad de lo específicamente contraindicado por el médico de dicho Balneario.

El establecimiento termal remitirá, con antelación al comienzo del primer turno, relación nominal del personal especializado para los tratamientos. Asimismo, remitirá al IMSERSO cualquier modificación que se produzca con respecto a la relación inicial, a través del denominado escrito de incidencias en el que se especificaran las ocurridas durante el desarrollo de los turnos. Este escrito se remite junto con las facturas.

La estación termal pondrá a disposición de los beneficiarios del Programa un médico por cada 100 plazas concertadas o fracción para:

- Efectuar el reconocimiento médico inicial y la prescripción del tratamiento termal.
- Llevar a cabo la vigilancia y el control de los tratamientos para garantizar un adecuado seguimiento de los mismos.
- Realizar el reconocimiento médico post-cura termal y emitir el correspondiente informe.

Las principales especificaciones del tratamiento termal serán las siguientes:

- *Reconocimiento médico previo:* se efectuará a todos los beneficiarios de las plazas concertadas, con objeto de conocer su situación médica inicial y prescribir el tratamiento termal que requieran.
- *Horario:* los beneficiarios tendrán derecho a efectuar los tratamientos termales entre las 07.00 h y las 14.00 h por las mañanas y entre las 16.00 h y las 20.00 h por las tardes.
- *Número de sesiones de tratamiento:* el número medio de sesiones de tratamiento a prestar a cada uno de los usuarios será igual o superior a doce en cada uno de los turnos del Programa.
- *Número de técnicas de tratamiento concertadas:* el número mínimo de técnicas impartidas por turno a los usuarios del Programa será igual a lo siguiente:
  - En caso de recibir tratamiento para una especialidad: dos técnicas diarias.
  - En caso de recibir tratamiento para más de una especialidad: tres técnicas diarias.

A estos efectos no se computarán aquellos usuarios que no inicien tratamiento o lo suspendan por prescripción médica o por renuncia voluntaria; en este último caso el documento de renuncia deberá adjuntarse, firmado por el interesado, junto con el informe médico post-cura termal.

- *Modalidades y técnicas de aplicación:* la aplicación del tratamiento crenoterápico se realizará, utilizando las técnicas específicas de cada modalidad terapéutica concertada, adecuadas a las afecciones de cada beneficiario

y en función de la tolerancia y características del mismo, siempre bajo prescripción facultativa y seguimiento médico y acorde con las cualidades, temperatura y utilidad del tipo de aguas.

- *Asimismo, se mantendrán con el máximo rigor las medidas higiénicas* en las instalaciones balneoterápicas de forma que se asegure el completo bienestar del usuario.
- *En el caso de que a un usuario concreto no se le puedan aplicar algunas de las técnicas concertadas para tratamiento reumatológico, éstas se sustituirán por técnicas complementarias disponibles en la estación termal, sin cargo para el usuario.*
- *Seguimiento del tratamiento.* El médico del establecimiento efectuará un correcto seguimiento de los tratamientos para controlar su evolución. El último día de estancia se efectuará un control, emitiéndose informe para el usuario de acuerdo con el modelo oficial fijado por el IMSERSO, en el que se describirán todas las técnicas prescritas y la evolución durante el tratamiento.
- *Viajes.* Los beneficiarios de los turnos realizarán el desplazamiento a los balnearios, así como el regreso, directamente por sus medios. Nuestro balneario facilitará transporte a los beneficiarios desde Albacete con un mínimo de un servicio por cada día de comienzo de turno. El transporte de aproximación de los usuarios dentro de la estación termal, en el supuesto de que sus alojamientos estén situados a una distancia superior a 500 metros del centro termal, correrá por cuenta de la misma.

- *Asistencia sanitaria.* Además de la asistencia médica propia del tratamiento termal, los beneficiarios de los turnos dispondrán durante su estancia, de un servicio de ATS, con capacidad suficiente para atender las curas u otros cuidados que precisen tanto por prescripción del médico del balneario, como por continuar con los tratamientos que viniesen efectuando previamente. No es obligatoria su presencia, sino sus servicios, los cuales pueden ser desarrollados por personal de mayor cualificación.

Como vemos en ningún momento se menciona la necesidad de atención médica urgente prestada por los médicos del centro termal.

- *Colaboración de la estación termal en la cobertura de las plazas concertadas.* El establecimiento termal comunicará al IMSERSO con una antelación mínima de 30 días a la fecha de comienzo de cada turno (a excepción de los tres primeros) la relación de beneficiarios que no hayan abonado la reserva de plaza establecida en la convocatoria.

En el supuesto de que la estación termal no remita dicha relación en el plazo fijado en el párrafo anterior, el IMSERSO abonará por las plazas no ocupadas en dicho turno, el 50% de la cantidad establecida, en concepto de reserva de plaza.

Asimismo, la estación termal, deberá comunicar de forma urgente, telefónicamente o mediante fax, las posibles renunciaciones a la plaza adjudicada, con objeto de proceder inmediatamente a la designación de otra persona para cubrir la vacante.



- *Financiación de las estancias.* El coste fijado, por plaza y turno, por todos los servicios incluidos en el concierto es de 65.100 pts (temporada 98). Los beneficiarios del Programa de Termalismo Social participarán en la financiación del coste de sus plazas mediante el pago al establecimiento de 31.600 pts por las plazas de febrero, marzo, abril, noviembre y diciembre; y de 36.600 pts por las de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre. El IMSERSO abonará al establecimiento termal la diferencia que resulte entre la cantidad abonada por los beneficiarios y el coste fijado por plaza y turno, así como los gastos derivados del transporte de acercamiento.

No obstante lo anterior, en el supuesto de que en un turno concreto el balneario preste técnicas no concertadas, con cargo a los beneficiarios de plaza en los porcentajes que a continuación se detallan, el IMSERSO sancionará, mediante una reducción en la cantidad a abonar al establecimiento termal, arreglo a las cantidades que a continuación se señalan:

- Si han recibido técnicas complementarias un porcentaje de beneficiarios entre el 25 y el 35 %: 1.000 pts por cada uno de los beneficiarios del turno (teniendo en cuenta que la media de termalistas por quincena fue de 300, abonaríamos por “sanción” 300.000 pts)
- Si han recibido técnicas complementarias un porcentaje de beneficiarios superior al 35%: 3.000 pts por cada uno de los beneficiarios del turno (900.000 pts en este caso).

- No existirá sanción cuando se hayan recibido técnicas complementarias por debajo del 25% establecido.
- *Pagos.* El establecimiento termal deberá presentar una factura por cada turno vencido. Dicha factura se acompañará de la relación nominal de beneficiarios seleccionados para disfrutar del turno, copia de los informes médicos finales y relación de incidencias de cualquier tipo ocurridas durante el desarrollo del turno.
- *Inspecciones e indemnizaciones.* En el supuesto de incumplimiento de cualquiera de los apartados del presente concierto, el IMSERSO podrá deducir de la facturación correspondiente hasta un 25% de su importe en concepto de perjuicios causados.

A los efectos de comprobación del grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas, el IMSERSO valorará los informes que elaboren sus técnicos como consecuencia de las visitas de inspección al establecimiento, el seguimiento que se efectúa de cada uno de los turnos contactando con los usuarios y la propia información contrastada que estos faciliten.

Por lo que se refiere al tratamiento termal se fijan las siguientes indemnizaciones:

- *En cuanto al número de sesiones:* de su incumplimiento se deriva una reducción de 2.500 pts por cada beneficiario del turno.
- *En cuanto al número de técnicas:* de su incumplimiento se deriva una disminución de la subvención por plaza de 2.500 pesetas.

- *En cuanto a la obligación de recoger en el informe médico de salida todas las técnicas realizadas: de su incumplimiento se deriva una disminución de la subvención de 5000 pts por plaza.*

Por otra parte, la orden<sup>1</sup> de 15 de Marzo de 1.989 también define quienes pueden ser beneficiarios de las plazas y como se efectuará la convocatoria de las mismas. Igualmente, autoriza a la Dirección General del IMSERSO a realizar cuantas disposiciones sean necesarias para la interpretación y el desarrollo de la citada orden.

Visto el éxito del programa durante el año 1.989, el Instituto Nacional de Servicios Sociales contempló<sup>26</sup> al año siguiente la extensión y consolidación del Programa de Termalismo Social mediante la creación de 31.315 plazas. De hecho, la modificación<sup>27</sup> de 26 de diciembre de 1.990, establece que, anualmente, la Dirección General del IMSERSO convocará las plazas disponibles en los establecimientos concertados para el desarrollo del programa en cada temporada.

Para la obtención de plazas, la puntuación que se asigna a cada variable (edad, informe médico, cuantía de la pensión) no es la misma en cada temporada. A continuación se muestra el método que se siguió en la temporada de 1.998, publicado en el BOE<sup>28</sup> número 297 de 12 de diciembre de 1.997, previa consulta de la Dirección General con las Comunidades Autónomas a las que se ha transferido las funciones y servicios del IMSERSO:

*Plazas y turnos convocados.-* Se convocan 69.000 plazas para participar en el programa de Termalismo Social, a desarrollar en los turnos y balnearios sujetos al programa.

Sin perjuicio de lo anterior, la oferta de plazas podrá incrementarse, sin necesidad de nueva convocatoria, con las que resulten de los nuevos

conciertos que formalice el IMSERSO en el año 98 con los establecimientos termales.

Los turnos, que tendrán una duración de 15 días cada uno, se realizarán en régimen de pensión completa y comprenderán desde las doce horas del día de llegada hasta las doce horas del día de salida.

El desarrollo del programa se efectuará durante el periodo comprendido entre el 10 de febrero y el 22 de diciembre de 1.998.

*Precio de las plazas.*- El precio a pagar por el beneficiario por plaza y turno asciende a las cantidades negociadas entre cada empresa y la Dirección General.

Si el desarrollo de un turno tiene lugar durante días de dos meses consecutivos, se considerará que pertenece al mes en el que transcurran más días del turno.

En dichos precios se encuentran incluidos los siguientes servicios:

- 1) Alojamiento y manutención en régimen de pensión completa y en habitaciones dobles.
- 2) Tratamientos termales, que comprenderán:
  - Reconocimiento médico al ingresar en el balneario.
  - El tratamiento termal que en cada caso prescriba el médico del balneario.
  - El seguimiento médico del tratamiento con emisión de un informe de salida.
- 3) Transporte de aproximación por cuenta del balneario, en los casos que se expresan en el anexo I, desde la localidad más cercana al balneario hasta la estación termal, al comenzar el turno y el regreso, al finalizar el mismo.
- 4) Póliza colectiva de seguro.
- 5) Realización de actividades de ocio y tiempo libre.

En todo caso, los beneficiarios de los turnos realizarán los desplazamientos a los establecimientos termales, así como el regreso a sus domicilios, directamente por sus propios medios.

El IMSERSO contribuirá a la financiación del coste de las plazas con una aportación media por plaza de 29.603 pesetas, oscilando su importe entre 27.500 pesetas y 32.500 pesetas, en función de los distintos turnos.

En cuanto a la baremación de los expedientes las comunidades que tengan transferidas las funciones y servicios del IMSERSO procederán a la valoración de las solicitudes recibidas del modo que se detalla en el párrafo siguiente. En los demás casos, la valoración de las solicitudes se realizará por los Servicios Centrales del Instituto.

En dicha baremación se ponderarán las siguientes variables:

**1. - Grado de necesidad de recibir los tratamientos solicitados.-** Esta variable valora el grado de necesidad de tratamiento termal, así como si el solicitante precisa uno o dos de los tipos de tratamientos incluidos en el Programa.

Todo ello vendrá informado por un certificado médico que debe acompañar a la solicitud. La puntuación máxima para esta variable es de 50 puntos, distribuidos de acuerdo con los siguientes criterios:

- *En el supuesto de precisar un único tipo de tratamiento termal:*
  - Si es reumatológico o respiratorio: hasta 40 puntos.
  - Si es para otras afecciones: hasta 20 puntos.
- *En el supuesto de precisar dos tipos de tratamiento termal:*
  - Tratamiento principal reumatológico o respiratorio: hasta 40 puntos.

- Resto de tratamientos: hasta 20 puntos.
- Tratamiento secundario reumático o respiratorio no considerado como principal y resto de tratamientos: hasta 10 puntos.

En caso de matrimonio, se valorará de forma separada la situación de cada uno de los cónyuges, tomándose en consideración, para el cálculo de la puntuación final del expediente, solamente la puntuación mayor de las dos obtenidas.

**2. - Situación económica.-** En esta variable se valorarán los ingresos mensuales del solicitante y, en su caso, del cónyuge.

Si la solicitud presentada corresponde a un matrimonio, para el cálculo de la puntuación se dividirán los ingresos totales por 1,33.

La puntuación máxima que se ha estimado para esta variable es de 40 puntos. A modo de ejemplo se obtienen cero puntos con pensiones superiores a 160.000 pts mensuales y cuarenta puntos con la pensión mínima para mayores de 65 años con cónyuge a su cargo.

**3. - Edad.-** La valoración de esta variable será de un punto por cada dos años en que se superen los sesenta años de edad. La referencia para la valoración será la edad del solicitante al día 31 de diciembre de 1.997. El tope máximo de esta puntuación será igual a 10 puntos.

Cuando la solicitud comprenda al matrimonio, a efectos de determinar la edad, se obtendrá la media aritmética de los años cumplidos por cada uno de los cónyuges, constituyendo la cifra que resulte, redondeada por exceso, la edad a considerar.

**4. - No haber disfrutado de plaza en el Programa del año anterior.-** Por medio de esta variable se facilita que accedan al Programa nuevos solicitantes. La puntuación que se ha estimado para esta variable es de un máximo de diez puntos.

**5.- En el supuesto de que una vez valoradas todas las variables, existan expedientes con igual puntuación, se ordenarán de acuerdo con la fecha de nacimiento del solicitante.**

Tras una década de funcionamiento de este servicio es importante destacar que la reducción del gasto sanitario, solo en consumo de medicamentos, justifica en gran medida el coste de una campaña de termalismo por parte del gobierno central o autonómico. No olvidemos que solo el presupuesto<sup>29</sup> de la Seguridad Social de nuestro país para el año 1.984 ascendía a 3,1 billones de pesetas.

El Ministerio de Asuntos Sociales realizó un estudio<sup>30</sup> bastante clarificador sobre este aspecto que pasamos a detallar.

Antes, es importante destacar que, como consecuencia de ser el paciente anciano un polimedcado en la mayoría de los casos, era muy difícil cuantificar el ahorro derivado de los tratamientos termales en varias especialidades. Por ello y ya que la mayoría de los pacientes que solicitan plaza en este tipo de centros presentan problemas reumáticos, se optó por realizar el estudio tan solo entre dichas personas.

Por lo tanto, el estudio del gasto en medicamentos se centra en los específicos que se utilizan para este tipo de patología y en los usados para el aparato digestivo y para el sistema nervioso central, siempre y cuando estos últimos hayan sido recetados para contrarrestar o complementar los efectos de los fármacos específicos que tratan las enfermedades objeto del estudio.

Se diseña un seguimiento longitudinal de la población que participa en el programa comparando los resultados con los de la población no participante.

Para ello se crean dos muestras independientes:

- *Grupo de control:* Integrado por individuos que habiendo solicitado plaza para entrar en el Programa de Termalismo

no les había sido concedida o la habían rechazado. Utiliza una muestra de 100 personas.

- *Grupo experimental:* Integrado por personas que obtuvieron plaza para participar en el programa durante los meses de Septiembre y Octubre. Utiliza una muestra de 200 personas.

Se recogen los datos del grupo experimental entre trece balnearios de los participantes en el programa, elegidos según las características de las aguas termales y las técnicas de tratamiento con que cuentan las estaciones termales.

El estudio se realiza durante un periodo de siete meses, durante los cuales se hicieron cinco tomas de datos.

Hay que destacar las modificaciones que pueden sufrir los datos por uso de calcitoninas. Al ser medicamentos muy caros pueden duplicar las cifras obtenidas, por lo que se realizan dos mediciones: una incluyendo el gasto en dichos fármacos y otra excluyéndolos del mismo.

El siguiente cuadro recoge los gastos totales mensuales en medicamentos del grupo de control y del grupo experimental en las cinco mediciones realizadas.

**Tabla n°1.- Gasto total mensual en medicamentos**

**(Unidad = Miles de pesetas)**

<i>Muestra control</i>					<i>Muestra Balnearios</i>				
Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
<b>462</b>	<b>305</b>	<b>378</b>	<b>459</b>	<b>278</b>	<b>485</b>	<b>227</b>	<b>301</b>	<b>369</b>	<b>237</b>
231	237	199	218	220	210	146	159	167	149

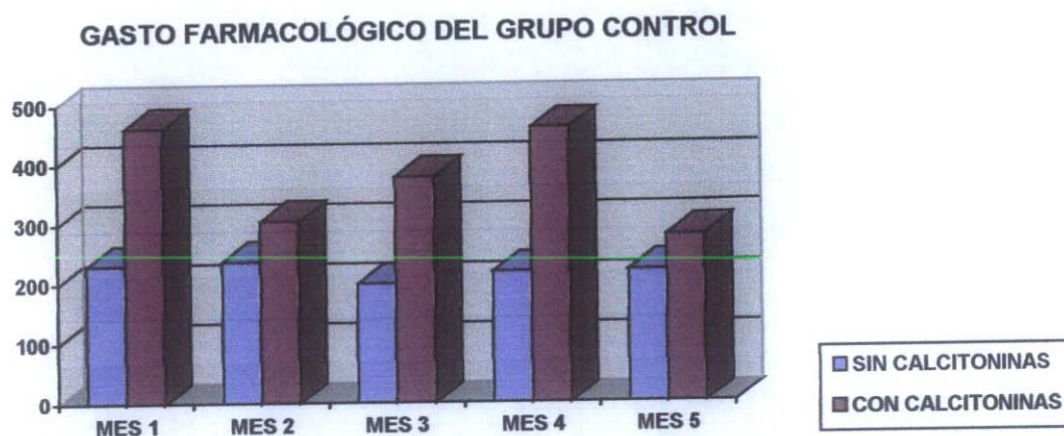
En **negrita** “incluyendo calcitoninas” y formato normal “sin incluir calcitoninas”.



Aún incluyendo las calcitoninas, el grupo balneario sufre una notable reducción desde el segundo mes. El grupo experimental mantiene una reducción en el consumo de fármacos de aproximadamente un 20 %.

La admisión de las calcitoninas en la estimación del gasto lo eleva en algunos casos al doble del valor y desvirtúa la reducción real de la relación gasto/consumo en el resto de los medicamentos considerados en el estudio.

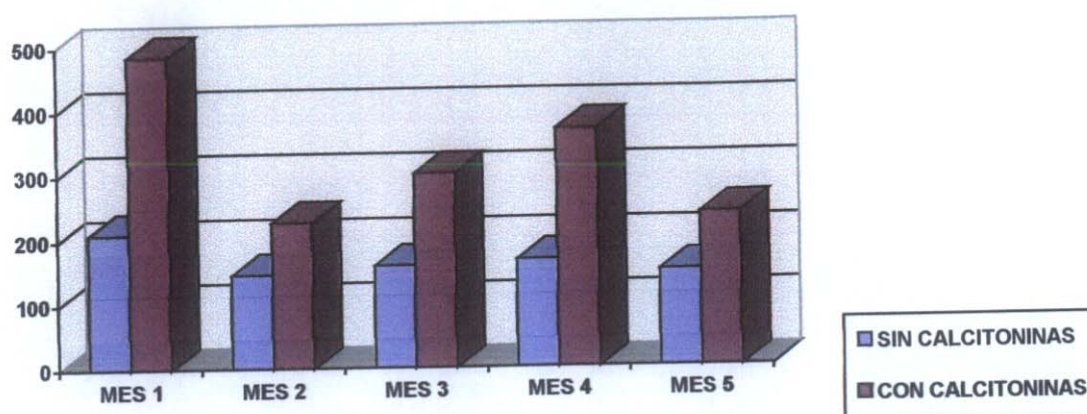
Se observa como desde la segunda medición la reducción del gasto en el grupo balneario frente al grupo de control se cifra en un 20%, tanto si se tienen en cuenta las calcitoninas como si no se consideran.



Por tanto el ahorro en medicamentos para las afecciones osteo-articulares por parte de los asistentes a los balnearios concertados con el IMSERSO desde la cura termal, a los seis meses posteriores de la misma es de 2.500 pts por individuo, si no se incluye el gasto en calcitoninas y de unas 3600 pts, si se incluyen dichos preparados.

Lo que multiplicando por las 50.000 personas que participaron durante el año 1.993 en el Programa de Termalismo Social, supone un ahorro de 128.100.000 pts sin incluir las calcitoninas y de 181.700.000 si se incluyen.

### GASTO FARMACOLÓGICO DEL GRUPO BALNEARIOS



Analizando las diferencias de gasto farmacéutico según el sexo del paciente se observa que los varones que asistieron al balneario disminuyen de forma lenta, pero continua su gasto en fármacos, mientras que el grupo de control experimenta subidas y bajadas en el periodo estudiado (cuando se excluyen las calcitoninas).

En el grupo de mujeres se aprecia claramente el carácter estacional del consumo de calcitoninas, al haber dos alzas muy considerables en el gasto, la primera durante la primera medición y la otra en la cuarta medición.

Analizando las diferencias de gasto según la edad del paciente podía esperarse que hubiese una relación directamente proporcional. Puesto que cabría suponer que a una mayor edad la agravación de la enfermedad es mayor. Sin embargo, en el colectivo analizado no es así.

Las razones que pueden motivar esta circunstancia son las siguientes:

- Uno de los requisitos fundamentales para poder acceder a una de las plazas que ofrece el IMSERSO es que el demandante se valga por sí mismo para las actividades de la vida diaria. Por ello, sujetos de avanzada edad y con grandes limitaciones debidas a su enfermedad no pueden

acceder al Programa, al ver comprometida su autonomía personal.

- Por otra parte, el baremo para la adjudicación de las plazas permite el acceso al Programa de sujetos jóvenes, que solo pueden compensar la falta de puntos que obtienen en la variable edad, por el hecho de sufrir unas determinadas patologías que incrementen dicha puntuación a través del apartado de enfermedad.

Los pacientes de menos de 75 años que asisten al balneario disminuyen el gasto en fármacos durante los 6 meses inmediatamente posteriores al tratamiento termal, pero posteriormente recobran la tendencia del grupo control.

En los termalistas de más de 75 años el descenso más acusado se produce un mes y medio después de haber terminado su estancia en el balneario, pero seis meses después éste no se ha igualado todavía al del grupo de control.

Por grupos farmacológicos del estudio se desprende que no parece existir una clara relación entre la cura termal y la disminución del gasto en medicamentos para el aparato digestivo, indicados para contrarrestar los efectos negativos de los medicamentos que específicamente se administran para el tratamiento de enfermedades del aparato locomotor.

Algo similar ocurre para los medicamentos del sistema nervioso. Sin embargo, si bien no se aprecia una relación clara y estadísticamente significativa, sí parece darse una cierta tendencia a la disminución, aunque leve, del gasto en este tipo de medicamentos.

Donde la cura termal si tiene una gran repercusión sobre el gasto es en los medicamentos específicos para el aparato locomotor que, en el total del periodo estudiado, sufren una reducción del 39% en el grupo balnearios.

No olvidemos tampoco el impacto socioeconómico derivado del Programa de Termalismo Social<sup>31</sup>, que se ha estudiado a tres niveles:

*1. - Impacto directo:* Este tipo de actividades produce efectos en las principales partidas económicas, debido a su participación como generadores de empleo, de riqueza y consecuentemente de ingresos al Estado (vía impuestos) y/o ahorros (vía reducción del desempleo). En tal sentido, cualquier incremento de la actividad tiene su impacto directo positivo en la económica. El efecto directo detectado lo es a través de los siguientes conceptos:

- Generación de empleo.
- Cuotas de la Seguridad Social.
- Cuotas del Impuesto sobre la Renta de las personas Físicas (IRPF).
- Ahorro de prestaciones y subsidios por desempleo.
- Recaudación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) (por actividad del Balneario, por transportes y por actividades complementarias).
- Impuesto de Sociedades e Impuesto de Actividades Económicas.

*2. - Impacto indirecto:* adicionalmente al impacto directo, una mayor actividad en los Balnearios repercute sobre otros sectores complementarios al propiamente termal (transportes, comercio, restauración, etc.). Este efecto se analiza a través de los mismos conceptos descritos anteriormente.

*3. - Impacto inducido:* finalmente, el incremento de la actividad en los Balnearios generada por el Programa, así

como su efecto en los sectores complementarios al mismo, tiene indudablemente su efecto en el resto de la economía.

En la actualidad para la descripción del sector sanitario en términos económicos se recurre a la moderna teoría de sistemas y para la evaluación se emplean básicamente los análisis coste-efectividad y coste-beneficio, cuyo fundamento y aplicaciones sanitarias ha generado abundante material bibliográfico<sup>32, 33, 34</sup>. La rentabilidad en términos económicos y de salud es pues, más que considerable.

La evolución de las plazas ofrecidas por el servicio de Termalismo Social y de las solicitudes recibidas a tal fin puede darnos una idea del grado de aceptación por parte de los potenciales pacientes:

**Tabla n°2. - Evolución de la demanda de plazas desde la creación del Programa de Termalismo Social.**

AÑO	PLAZAS	SOLICITUDES
1.989	12.848 <sup>24</sup>	24.100 <sup>24</sup>
1.990	31.315 <sup>26</sup>	29.965 <sup>26</sup>
1.991	36.000 <sup>35</sup>	74.096 <sup>35</sup>
1.992	45.000 <sup>36</sup>	99.735 <sup>36</sup>
1.993	50.000 <sup>37</sup>	117.316 <sup>37</sup>
1.994	53.500 <sup>38</sup>	132.341 <sup>38</sup>
1.995	58.000 <sup>39</sup>	148.732 <sup>39</sup>
1.996	61.279 <sup>40</sup>	154.320 <sup>40</sup>
1.997	65.000 <sup>41</sup>	156.653 <sup>41</sup>
1.998	69.000 <sup>42</sup>	162.003 <sup>42</sup>

Este programa se ha consolidado de tal forma que se ha visto desbordado por el número de solicitudes. Puede darnos una idea mas real de su importancia el hecho de que se pasara de un presupuesto inicial en el año 1989 de 321.000.000 pts a los 1.784.000.000 pts del año 1.995. En algunos balnearios adscritos a este programa hay tal demanda de plazas que

por cada termalista al que se le concede plaza en turnos y realiza la cura, hay seis que se colocan en lista de espera. Hay que pensar por otra parte en las solicitudes, que son rechazadas directamente y ni siquiera pasan a la mencionada lista.

El que un paciente solicite un determinado balneario depende, en gran medida, del grado de satisfacción que experimente en los distintos centros médicos. De hecho es muy frecuente que, si en alguno de ellos, un termalista experimenta una importante mejoría de sus dolencias en un año cualquiera, no solicite otro incluido en el programa del IMSERSO en años sucesivos, sino aquel en que mejoró.

Este grado de fidelidad no depende solo de esa mejoría clínica, como hemos pensado siempre. Tras consultar con algunos economistas hemos concluido en que el paciente es fiel a las mejorías *y a los precios que paga para conseguirlas*.

No olvidemos que nos movemos sobre todo con pacientes pensionistas de no muy elevados ingresos, por lo que a igualdad de calidad en los servicios hosteleros y médicos elegirán la opción más barata.

El afianzamiento de este programa está avalado por datos tanto de índole médica como económica. Además la satisfacción de los termalistas es bastante elevada<sup>43</sup> lo cual se ha cuantificado considerando, como único interlocutor válido para determinar la calidad de los servicios, al usuario del producto, nunca al productor.

Uno de nuestros objetivos permanentes es el de ofrecer una relación médico-enfermo exquisita. Las características de la relación médico-paciente, desde el punto de vista de la calidad técnica y de las relaciones personales, han recibido<sup>44</sup> la máxima atención en los estudios de satisfacción.

No existe acuerdo sobre la importancia relativa de ambos componentes en la satisfacción, pero parece ampliamente aceptado que las

habilidades de comunicación y la atención a los aspectos psicosociales de la consulta tienen un peso determinante en la opinión de los pacientes sobre la calidad de los cuidados y su satisfacción con los mismos.

Además tampoco debemos olvidar que el grado de satisfacción del paciente se relaciona<sup>45,46</sup> con consecuencias relacionadas con la salud tan importantes como son la adherencia al tratamiento y las recomendaciones del médico.

Sin embargo, la determinación de la efectividad social de un programa pasa necesariamente por su evaluación subjetiva. Por ello el IMSERSO envió una encuesta a 2.000 de los beneficiarios que participaron en el programa del año 1.990. De las mismas fueron contestadas y devueltas a la sede del IMSERSO 1.242, lo que resultó ser un 62% del total, que se consideró como volumen suficiente.

Según los datos recogidos la valoración general se distribuye del siguiente modo:

- Muy satisfecho: 50.8%
- Satisfecho: 42.8%
- Regular: 5.5%
- Insatisfecho: 0.9%

Se ve claramente que el programa ya fue un éxito en el año 1.990, en el cual buena parte de las instalaciones de los balnearios participantes (incluyendo Hervideros de Cofrentes) no eran ni la sombra de las actuales, ni algunos de los servicios que se ofrecen al termalista en la actualidad habían sido siquiera pensados.

Además la buena imagen se proyecta más allá del beneficiario y ejerce una fuerte atracción entre los aspirantes. Si observamos la siguiente tabla veremos porqué:

**Tabla n° 3. - Grado de satisfacción de los solicitantes de plaza  
en turnos del Programa de Termalismo Social.**

HAN DISFRUTADO DEL PROGRAMA	SATISFACCION CON EL PROGRAMA	
	SATISFECHOS	INSATISFECHOS
SÍ	94.2 %	5.8 %
NO	70.1 %	29.9 %

Aunque no lo hayan disfrutado, la gran mayoría, el 70.1 % sigue dando su aprobación al Programa.

La valoración, según índices de mejora y satisfacción general, arrojaba también unos datos bastante buenos:

**Tabla n°4. - Satisfacción con el programa según el grado de mejoría obtenido.**

	MUCHA MEJORÍA	POCA MEJORÍA	SIN MEJORÍA
NO SATISFECHO	2.2 %	6.4 %	12 %
SATISFECHO	28.6 %	48.4 %	60 %
MUY SATISFECHO	69 %	44.7 %	25.4 %

No cabe duda que el mismo encaja plenamente en las necesidades de la población a la que va dirigido.

Hay una serie de cuestiones que nos planteamos a la vista de las condiciones generales de los pacientes en relación con la satisfacción de la cura termal:

- *El tipo de población.* La edad y el nivel de ingresos ¿afectan al modo de valorar el Programa? Sería razonable pensar que cuanto más jóvenes y con más dinero (teóricamente mas optimistas) la satisfacción sería mayor. Los resultados del estudio contradicen esta suposición, no encontrándose relación significativa entre dicha satisfacción y las dos variables.



- *La sensación de mejora.* También se podría pensar que si han regresado mejor de sus dolencias, la satisfacción es mas alta. Los resultados confirman esta suposición.
- *La temporada climática,* que podría ser otro factor que influyera en la percepción de calidad. Las dolencias osteo-articulares se ven afectadas por la temporada. En este sentido podemos suponer una relación entre la temporada fría o caliente y la satisfacción del termalista. Los datos no lo confirman, observándose una distribución muy próxima al azar.
- *El balneario.* Es otro elemento importante en el esquema mental del beneficiario. De hecho es el principal factor responsable de la sensación de mejoría. A continuación\* se presentan los seis balnearios en los que se consiguieron más cuestionarios cumplimentados:

*Tabla nº 5.- Grado de satisfacción de los pacientes según el balneario utilizado.*

	LAN. I	COFRE.	SERÓN	PANTIC.	LAN. II	ARNEDILLO
NO SATISF	15.9%	1.3%	4.3%	2.2%	8%	3.9%
SATISF	24.3%	51.3%	68%	33.3%	48.5%	34.4%
MUY SATISF	59.8%	47.6%	27.7%	64.5%	43.5%	61.7%

A pesar del escaso margen de maniobra que permiten los datos, se demuestra que el balneario es un factor importante a la hora de formarse una opinión del Programa. Así, Panticosa y Arnedillo reúnen los mejores porcentajes, mientras que Lanjarón I y II concentran a los críticos. Pero si analizamos el fin máximo del programa, la sensación de mejora, veremos que los resultados cambian.

\* A efectos analíticos consideramos aquellos que han reunido, al menos, 50 respondientes. Son 6, a saber: Lanjarón I, Cofrentes, Serón, Panticosa, Lanjarón II y Arnedillo.

*Tabla n° 6. - Grado de mejoría de los pacientes según el balneario utilizado.*

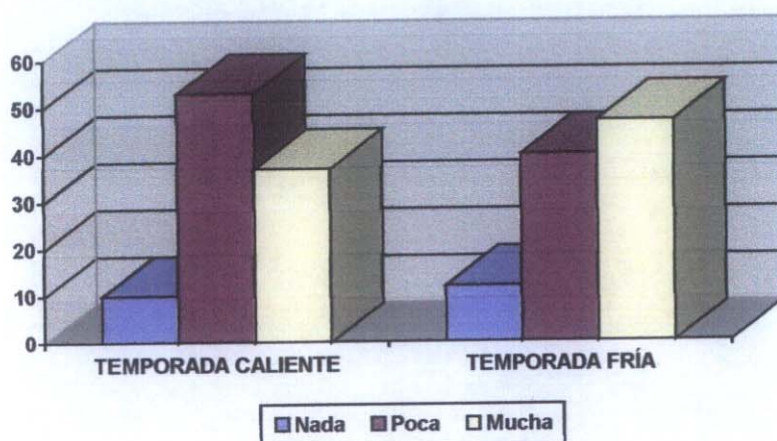
	LANJ. I	COFRE.	SERON	PANTI.	LANJ. II	ARNEDI.
NADA	6.9%	10.1%	9%	10.2%	10.2%	10.6%
POCA	61.4%	34.2%	48.3%	41.8%	54.5%	35.4%
MUCHA	31.7%	55.7%	42.7%	48%	35.3%	54%

Los efectos del balneario no se perciben en la población que no siente mejora. Para determinar la influencia debemos fijarnos en los niveles superiores. Las categorías “mucho mejoría” y “poca mejoría” discriminan mejor.

Aquí se observa una pauta clara. De los seis balnearios sometidos a observación, Cofrentes y Arnedillo agrupan la “mejoría”, mientras que Lanjarón I y II son los más modestos. El balneario aparece como un factor influyente en la sensación de mejoría. Ahora bien, no es el único.

Este tipo de dolencias se ven afectadas por la temperatura y no se obtienen peores resultados en los meses fríos, sino al contrario. En el siguiente gráfico podemos ver que la sensación es mucho más acusada en la temporada fría. Hay una ganancia práctica de 10 puntos porcentuales si la estancia se produce cerca del invierno (meses de octubre a diciembre).

**MEJORÍA PORCENTUAL SEGÚN LA TEMPORADA CLIMÁTICA**



Por término medio menos del 10% de los pacientes regresa a sus domicilios con la sensación de estar igual o peor que antes iniciar la cura termal. El 90% restante reconoce estar mejor o mucho mejor, así como reducir su ingesta medicamentosa durante un tiempo variable.

El incremento en la utilización de la cura balnearia, experimentado en los últimos años, es muy difícil que llegue a equipararse en cifras con los países de nuestro entorno, cuyas cifras oficiales en el año 1989 fueron las que se pueden observar en la siguiente tabla:

*Tabla n° 7.- Número de termalistas en el primer año de funcionamiento del Programa de Termalismo Social respecto a otros países europeos.*

PAÍS	NÚMERO DE TERMALISTAS
Francia	650.000
Italia	1.500.000
Alemania	3.500.000
España	12.848

La demostrada eficacia de los mismos en procesos específicos y los beneficios económicos de las curas termales vienen corroborados por declaraciones de principio de carácter internacional:

- 1) El Consejo de Europa, en su reunión<sup>47</sup> de Estrasburgo en Mayo de 1.962, acordó en el sector de las curas termales el intercambio internacional de pacientes de Seguridad Social de los distintos países.
- 2) El Congreso Internacional<sup>48</sup> de la S.I.H.T. (Sociedad Internacional de Técnica Hidrotermal) celebrado en España en 1.975, propuso a treinta países la firma de una "carta magna" que recogiera los derechos del hombre a la cura termal. En ella se decía: "*A la humanidad entera pertenecen*

*los manantiales y la base de la cura termal más antigua del mundo”.*

3) En 1.977 la OMS, en sesión<sup>48</sup> celebrada en Munich, reconocía el derecho de los enfermos a elegir, de acuerdo con los criterios de eficacia y economía, los establecimientos termales, sea cual fuera el país de su ubicación y con cargo a la Seguridad Social del país a que pertenece.

Sin embargo, a pesar de la importancia de todos estos hechos no existen unos criterios claramente establecidos sobre que condiciones deben cumplir, a nivel de instalaciones y de personal sanitario o de otro tipo, los balnearios adscritos al Programa de Termalismo Social del IMSERSO.

### 1.3. - ¿Qué es un balneario?

Es un lugar donde coexisten los tres pilares básicos necesarios para poder hablar de cura termal: *manantiales*, cuyas características sean de utilidad en el tratamiento de enfermedades específicas, *instalaciones* adecuadas para su aplicación y uso y un *servicio médico* encargado de prescribir los tratamientos según cada tipo de paciente. Este último aspecto es de vital importancia, ya que como tratamiento debe entenderse<sup>49</sup> “*el conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades*”. Por lo tanto, la importancia del médico en los balnearios no se limita solo a la atención de las posibles urgencias que se le presenten, sino que de la correcta prescripción de los tratamientos termales se van a

derivar, en gran medida, los resultados beneficiosos que puedan experimentar los pacientes. Igualmente, aun con actuaciones médicas correctas, las urgencias se van a producir indefectiblemente, ya que las patologías de base del paciente anciano pueden reagudizarse en cualquier lugar y con independencia de que esté recibiendo o no unas determinadas técnicas hidroterápicas. De hecho la gran mayoría de las llamadas urgentes que atendemos no tienen relación con el tratamiento termal y se podrían haber presentado del mismo modo en los domicilios de los pacientes.

Aquellos carteles que hace años se podían leer en las viejas bañeras de algunos balnearios del tipo “Si está usted del corazón no se bañe” han sido sustituidos por un personal médico cualificado en hidrología y atención primaria. Muchos pacientes ancianos desconocen importantes dolencias, sobre todo cardiológicas, que siempre atribuyen a la edad. En nuestra experiencia hemos podido constatar gran número de insuficiencias cardiacas no diagnosticadas, arritmias cardiacas por fibrilación auricular, enfermedades de Parkinson que no se le escaparían a un estudiante de neurología, valvulopatías reumáticas e insuficiencias venosas que no se puede entender que estuvieran dejadas a su libre evolución, por no hablar de la hipertensión en pacientes que, en muchos de los casos, nunca se han tomado la presión arterial. La existencia de médicos en los balnearios es también importante porque, según estudios realizados por Bert<sup>50</sup> y Gualtierotti<sup>51</sup>, la incidencia de los efectos secundarios de las mismas ha disminuido desde que los tratamientos termales son prescritos por médicos.

Son varios los factores responsables de las mejorías experimentadas en las curas balnearias: además del efecto propio de las aguas minero-medicinales y de sus técnicas de aplicación, hay que tener en cuenta el ambiente, las medidas higiénico-dietéticas y la influencia psicoterápica del médico<sup>52</sup>. La comunicación eficaz entre el médico y el paciente es una función clínica central que no puede delegarse<sup>53</sup>. Ciertas características de

la comunicación se han encontrado asociadas con resultados en la salud de los pacientes<sup>54</sup> y las habilidades de comunicación tienen un efecto positivo sobre la adherencia, que está mediada por la satisfacción del paciente<sup>55</sup>.

De la interacción de todos ellos, surge lo que llamamos ambiente balneario<sup>56</sup>: *la suma integral de factores actuantes (físicos, climáticos, psíquicos, sociales, etc.), que permanentemente actúan sobre el sujeto en cura, así como la atención de la colonia balnearia en el sentido de "psicogrupo"*. Si añadimos la no realización de las actividades domésticas por parte del termalista podremos comprender el mayor índice de éxitos en las curas termales realizadas por las mujeres, al ser muy poco frecuente en los hombres de anteriores generaciones la realización de este tipo de actividades.

Esa inevitable relajación y el hecho de obtener grandes mejorías en los problemas osteomusculares dan como resultado la aparición, tal como ya se ha señalado, de un nuevo tipo de paciente: el joven en la década de los treinta o cuarenta, con trabajo sedentario y dolencias con importante componente ansioso, principalmente<sup>57</sup> cervicalgias con intensa astenia matinal, palpitaciones, vértigos, parestesias y síntomas depresivos asociados.

Todo ello es importante porque<sup>58</sup> para que la cura hidromineral tenga la máxima eficacia es preciso que, además del efecto propio de las aguas mineromedicinales y sus técnicas de aplicación, tengamos en cuenta el ambiente (cura de lugar) y las medidas higiénicas.

En nuestro país están funcionando, según la última publicación oficial<sup>59</sup>, 81 balnearios, de los cuales solo 57 permanecen en el programa de Termalismo Social. Entre todos ellos se atendieron en el año 1.995 a casi sesenta mil personas sin contar pacientes particulares o que acudiesen al balneario por otras vías distintas al IMSERSO.

Solamente, según datos comunicados por el servicio médico del Ministerio de Asuntos Sociales, hay dos médicos en los balnearios adscritos al programa, a la espera de una posible llamada urgente: el que hace guardia en Retortillo (Salamanca) y el que hace lo propio en Cofrentes (Valencia).

¿Cómo manejando a estos pacientes -polimedicados en su mayoría- no es obligatoria la presencia médica permanente? ¿Por qué a pesar de ello hay dos empresas que sí lo hacen?

Respecto al primer punto hay que decir que, cuando se definió el Programa de Termalismo Social, simplemente no se consideró necesario el hecho de que pacientes de avanzada edad pudiesen disponer de asistencia médica permanente. Es cierto que los médicos de la Seguridad Social de la zona a que pertenece cada balneario, podrían encargarse de la misma. Sin embargo la proximidad sobre el mapa es una cosa y la orografía del terreno es otra.

Lo que quiero decir es que, si se piensa que un determinado balneario está a solo 10 Km. de su centro de salud correspondiente, puede no plantearse la necesidad de que el médico del centro termal preste la asistencia a sus pacientes. Pero otra cosa es comprobar lo que cuesta hacer esos kilómetros en coche, ya que la mayoría de los balnearios están situados en parajes recónditos y de difícil acceso.

A lo largo de la temporada 1.996, mientras se realizaba el proceso de recogida de datos para esta Tesis Doctoral, puede comprobar "in situ" la metodología seguida en otros balnearios de nuestro país.

En uno de los casos, cuando un paciente solicita asistencia médica se le transporta hasta el médico de Seguridad Social, que dista del balneario 30 kilómetros. Si éste decide su evacuación al hospital más próximo, aún le quedarían otros 40 km. Los primeros se suelen realizar, conduciendo



arreglo a la urgencia del caso, en unos 35 minutos y el resto en 30 minutos más.

En el segundo caso, se tarda en llegar al médico del centro de salud quince minutos y la distancia hasta el hospital de referencia es de 50 Km.

En el tercero se tarda casi media hora para recorrer solo 25 Km. y no por la existencia de una mala carretera, sino porque el médico ha de salir desde una capital de provincia con todos los sufrimientos propios del tráfico urbano hasta iniciar la conducción por autovía.

En el cuarto se tarda en llegar 40 minutos y el hospital está a 45 kilómetros del centro termal.

Podríamos seguir, pero los datos son muy parecidos en todos los casos.

Realmente hay que estudiar con detenimiento estos hechos para intentar evitar o minimizar las lesiones que pudieran derivarse de un excesivo retraso en la llegada del paciente al hospital.

Lo que es inamovible es la localización geográfica de los balnearios. Están donde están. Cuando se inauguren otros de nueva creación ya se construirán, si es posible, en zonas bien comunicadas y próximas a centros hospitalarios de primer orden. Pero, mientras tanto, es tarea de los médicos y de los empresarios del sector, ayudar por otras vías a que exista una mejor asistencia a sus pacientes mayores.

La contestación a la segunda pregunta nos la proporciona, simplemente, el sentido común. Cuando casi nadie ofrece un determinado servicio y alguien tiene posibilidad de prestarlo sin que se le desborde su presupuesto, redundando todo ello en una absoluta tranquilidad para el paciente y en su afianzamiento para próximas ocasiones, lo difícil es tomar la decisión de no hacerlo. Pues bien, cuesta de entender que a nivel público se permita esta situación y que a nivel privado no se haya tenido una visión tan clara de un planteamiento tan sencillo.

#### **1.4.- Concepto y fundamentos de la hidroterapia<sup>60</sup>.**

La hidroterapia es la rama de la hidrología que estudia la aplicación externa del agua sobre el cuerpo humano, con fines terapéuticos, y esencialmente, como vector mecánico y térmico.

El principal factor activo es el estímulo de calor o frío que provoca. Se conoce como zona o punto de indiferencia a la temperatura media en la que la piel desnuda no nota sensación de frío ni de calor. Esta temperatura es de 26°C para el aire y de 31°C para el agua.

No obstante, las temperaturas de indiferencia no son fijas ni absolutas y, además, dependen de varios factores (duración del baño, estado de movimiento o reposo del paciente, temperatura de la piel, concentración de solutos en el agua, etc.).

Punto de tolerancia es la temperatura máxima que soporta el cuerpo. Así, en casos de aplicaciones breves y de extensión limitada, el punto de tolerancia será para el agua de 45°C, para los lodos de 50°C y para el aire de 100°C.

Dependiendo de la temperatura del agua empleada y del modo de usarla, se producen reacciones de diversa índole en el organismo:

1. Cuando se utiliza agua templada o caliente se produce una vasodilatación periférica que ocasiona un descenso de la presión arterial, taquicardia y aumento del trabajo cardiaco. También disminución generalizada del tono muscular, de la sensibilidad periférica y aumento del umbral del dolor.
2. Cuando se utiliza agua fría se obtienen los efectos contrarios, considerándose tonificante.
3. Cuando se utiliza agua a temperatura indiferente nos interesa únicamente como vehículo de presión. Disminuye el perímetro torácico, elevándose la presión intratorácica, aumenta la presión intraabdominal, se produce un aumento de la presión venosa, aumenta el tono muscular y el volumen/minuto.

### **1.5. - Estructuración de un centro hidroterápico<sup>61</sup>.**

La estructuración de un centro hidroterápico dependerá del objetivo que se quiera conseguir. Se puede crear un centro genérico con infraestructuras suficientes para atender a todas las especialidades con instalaciones amplias y costosas, o bien se pueden crear centros especializados en diversas patologías:

- Centros para las secuelas traumáticas, neurológicas, ortopédicas y reumáticas.
- Centros para la inmensa cantidad de enfermedades internas y en especial las de desgaste o, en otras palabras, para los problemas geriátricos y funcionales, que abarcan tanto la readaptación de un enfermo después de un infarto de

miocardio, como el tratamiento de problemas digestivos y degeneraciones discales o articulares.

- Centros para enfermedades mentales, que necesitan una orientación completamente distinta de los anteriores. No obstante, en ellos la hidroterapia tiene poca utilidad por lo que nos centraremos en definir los dos primeros.

Ambos tipos deben poseer en común instalaciones básicas:

- Piscina grande.
- Bañeras simples y con hidromasaje.
- Masaje de remolino.
- Masaje subacuático.
- Galvanoterapia subacuática.
- Duchas y chorros a diferentes presiones y temperaturas.
- Fangos, parafangos y/o parafinas.
- Sauna o vaporarium.
- Ducha filiforme de Vichy.

Los centros traumático-ortopédicos suelen disponer además de:

- Circuito de marcha.
- Bañera universal de las extremidades inferiores hasta región lumbar.

A su vez los geriátricos pueden tener también:

- Baños medicinales: en éstas técnicas se agrupan los que se realizan mediante introducción de sustancias químicas o infusiones, tales como baños de sal, baños con agua de mar, baños de azufre, de gas carbónico, de oxígeno, de ozono o de burbujas de aire.

- Baños intestinales o de Sudder (muy poco extendidos en nuestro país): hacen posible una limpieza del tracto intestinal muy profundamente y sin producir malos olores.

Todo centro termal tiene una estructuración básica en zona húmeda (donde se realizan todos los tratamientos hidroterápicos) y zona seca (donde se realizan el resto).

Donde empieza la zona húmeda (que debe estar situada en la planta baja), o sea, en la salida de los vestuarios, es preferible la instalación de un canal de duchas de limpieza o al menos de un baño antiséptico y fungicida para los pies, de tal forma que sea imposible franquear esta instalación sin la obligatoriedad de su uso. Dicha instalación es especialmente recomendable en grandes centros en los que los pacientes no utilicen calzado antideslizante y de uso personal. En aquellos balnearios que recomiendan a sus pacientes la utilización el calzado anteriormente reseñado, estos canales de limpieza suelen no instalarse. Tras la utilización de los baños individuales, estos deben ser meticulosamente limpiados antes de acoger a un nuevo paciente, bien con lejía común o bien con derivados de amonio cuaternario. La piscina general debe estar conectada a una depuradora las 24 horas del día y los aparatos de aerosolterapia deben ser limpiados, si cabe, con recelo exagerado. Es importante evitar las condensaciones que se producen en las zonas húmedas, para que no se produzcan caídas de los pacientes y para lograr un ambiente cómodo para los trabajadores.

En la zona seca (planta superior) se localizará el gimnasio, las consultas médicas y las salas para electroterapias, quiromasajes y aplicaciones de parafangos.

### **1.6.- Indicaciones y contraindicaciones de la hidroterapia<sup>60</sup>.**

Ya hemos visto que la hidroterapia es la rama de la hidrología que estudia la aplicación externa del agua sobre el cuerpo humano con fines terapéuticos y, esencialmente, como vector mecánico y térmico.

Sus indicaciones terapéuticas son las siguientes:

#### **Traumatológicas:**

- Fracturas e intervenciones de cirugía ortopédica que interesen en especial a raquis y a los miembros inferiores.
- Esguinces, desgarros musculares y lesiones tendinosas.
- Politraumatismos, sobre todo aquellos a los que se asocian lesiones óseas, articulares y neurológicas.
- Quemaduras.

Ortopédicas:

- Escoliosis, cifosis, espifisistis, etc.
- Tras intervenciones que precisen movilización en descarga.

Reumatológicas:

- Lesiones articulares degenerativas, sobre todo artrosis de grandes articulaciones.
- Enfermedades reumáticas inflamatorias en periodo de intercrisis.
- Lumbalgias, lumbociáticas y cervicobraquiálgias.

Neurológicas:

- Lesiones periféricas como polineuritis, poliomielitis, polirradiculoneuritis, etc. (sobre todo cuando la fuerza muscular no puede vencer la gravedad).
- Lesiones medulares incompletas.
- Lesiones cerebrales y cerebelosas (tras traumatismos craneoencefálicos, hemiplejías, algunas parálisis cerebrales infantiles, esclerosis múltiple en intercrisis y miopatías).

Sus contraindicaciones son las siguientes:

Ligadas al paciente:

- Enfermedad aguda con fiebre.
- Estados de debilidad extrema.
- Enfermedad intercurrente que interfiere con los esfuerzos físicos, como la insuficiencia respiratoria o la cardiaca no compensada.

Ligadas a las condiciones del ejercicio en el agua:

- Enfermedades infecto-contagiosas que puedan contaminar el agua: úlceras infectadas, fistulas, bronquitis agudas, diarreas, conjuntivitis.



- Enfermos con incontinencia de esfínteres.
- Enfermos epilépticos y con problemas psiquiátricos (irritables).

A pesar de todo, estas contraindicaciones se pueden considerar relativas en muchos casos, siendo posible su replanteamiento según la necesidad de la cinebalneoterapia.

#### 1.6.1. - Técnicas de aplicación de la hidroterapia<sup>62</sup>.

##### a) Baños:

- De agua fría y muy fría.- En aplicaciones cortas son estimulantes y tónicos. Su duración es de 2 a 3 minutos (aplicaciones más largas pueden tener efecto contrario). Se emplean como antipiréticos, estimulantes del metabolismo y en obesidad.
- De agua tibia y neutra.- Actúan como sedantes y su duración es de 15 a 30 minutos.
- De agua muy caliente.- En aplicaciones cortas son estimulantes, en largas sedantes y analgésicas. Su duración es de 20 a 30 minutos.
- Carbónicos.- Por absorción de dicho gas a través de la piel y por vía respiratoria, producen estímulo ventilatorio, aumento de la contracción y ritmo cardíaco y sedación-analgésia. Suelen estar a una temperatura de 33 a 35 °C que, en condiciones normales, daría sensación de ser un baño frío, pero por acción de las burbujas de gas sobre la piel, se traduce en la impresión de ser un baño templado.

- Baño salado.- Sus ventajas son: 1) aumento del poder de flotación y 2) su mayor poder bactericida.

b) Cinebalneoterapia:

- Efectos del agua<sup>63</sup>.- Son de tipo mecánico: la disminución aparente de peso por la inmersión, el estímulo sensorial debido a la presión hidrostática y a la viscosidad y la resistencia al movimiento en el agua. De tipo térmico, los conseguidos por las diferentes temperaturas utilizadas. De tipo bioquímico, los debidos a la composición particular de las aguas termales. Y de tipo psicológico, el aumento de seguridad al poder realizar movimientos imposibles al aire libre.
- Ejercicios de marcha en carga progresiva.- Se llevan a cabo en “piscinas de marcha” y se basan en la aplicación del Principio de Arquímedes. Una fractura de raquis puede ser sometida<sup>62</sup> a carga parcial por inmersión esternal alta (15-20% del peso corporal), pasando a cargas mayores, por disminución del volumen de agua, cuando se logre mayor potencia muscular.
- Ejercicios de movilización.- Podrán ser activos, asistidos por el factor de flotación y/o resistidas, debido a la fuerza hidrodinámica del agua. Son útiles para conservar o recuperar la movilidad articular y para potenciar músculos deficitarios con balance muscular superior a 4.
- Ejercicios de reeducación neuromuscular.- Se aplica el método de Kabat<sup>64</sup> en pacientes con discapacidad

en sus receptores propioceptivos debido a inmovilización o descarga prolongada de un miembro o tronco, encamamientos prolongados y tras plastias ligamentosas o artroplastias importantes. En éstos ejercicios aprovechamos el efecto que produce la presión hidrostática y el masaje del agua sobre el paciente, al que suministra estímulos estereoceptivos que le ayudan a la percepción del movimiento y de su posición corporal en el espacio (sentido cinestésico).

- Ejercicios de natación.- Representan un complemento a los ejercicios de movilización, potenciación y reeducación neuromotriz. Además se convierte en una actividad lúdica, lo que le convierte en una terapéutica ideal para niños. Igualmente puede ser practicada por la mayoría de los incapacitados en un estadio evolutivo en el que cualquier otro deporte les es inaccesible.
- c) Hidromasaje.- Lo conseguimos mediante la proyección de agua y aire sobre el cuerpo del paciente.
- Duchas y chorros.- Se proyecta el agua a presión en forma filiforme o de gotas sobre la superficie del cuerpo, produciendo estimulaciones de los receptores táctiles y, si la presión es suficiente, un efecto de masaje.

El efecto mecánico de los chorros<sup>62</sup> es más enérgico que el de las duchas; éstas sin embargo, tienen una mayor acción estimulante sobre las terminaciones cutáneas.

Las duchas frías (entre 10° y 20° C, 7 y 12 Kg de presión y 10 a 30 seg. de duración) son estimulantes. Las calientes (entre 38° y 43° C, 3 y 7 Kg de presión y 10 seg. a 3 min. de duración) son igualmente estimulantes. Las neutras (a 33° C y duración entre 3 y 5 minutos) son sedantes. Y por último las escocesas (utilizando una salida de agua fría y otra caliente) tienen acción vasomotriz.

- Baños de remolino.- En ellos el agua se mantiene en constante agitación. Se utilizan recipientes pequeños (para una pierna o un brazo) con el agua a una temperatura de 40° a 45°C. El efecto es antiálgico, antiespasmódico muscular y antiinflamatorio.
- Masaje subacuático.- Es la aplicación de chorros bajo la superficie del agua. La acción<sup>62</sup> varía con la temperatura (30° a 38°C), la presión de salida del agua (3-4 Kg/cm<sup>2</sup>) y la forma de salida de la misma. Los chorros deben ser tangentes o muy inclinados sobre la superficie a tratar y la salida debe quedar a distancia de la piel para que el chorro no sea agresivo.

El hidromasaje es antiálgico, decontracturante y permite drenar edemas. Sus contraindicaciones son las mismas que las del masaje en camilla.

#### 1.6.2. - Instalaciones y materiales.

a) Locales: deberán tener una temperatura más elevada en la zona de baños. Es interesante preparar una zona intermedia que separe ésta del resto, con el fin de impedir el desplazamiento de masas

de aire. La iluminación deberá ser abundante e indirecta para evitar reflejos en el agua.

**b) Baños:**

- De movilización individuales: En ellos contemplamos los maniluvios y pediluvios (destinados a la reeducación de las extremidades) y los tanques de Hubberth (de inmersión completa en forma de trébol, mariposa, etc. y en los que se realizan abducciones completas de miembros bajo la supervisión del fisioterapeuta).
- De movilización colectivos: Se realizan en tanques de 1.30 m de profundidad, con longitud y anchura variables. Suelen tener un foso en uno de los lados para que pueda trabajar el fisioterapeuta sin introducirse en el agua.

**c) Piscinas:**

- De marcha: En ellas se realiza la reeducación precoz de la marcha, con posibilidad de aplicar una carga progresiva mediante la reducción paulatina del nivel del agua.
- De natación: Se acercan bastante a las deportivas, aunque de dimensiones más modestas. El agua debe estar sobre los 30° C.

**d) Materiales empleados en el agua.-** Fijos (barras de apoyo, tablas inclinadas y escaleras), de flotación (chalecos salvavidas poco voluminosos, flotadores de varias formas, boyas...), de lastre (placas y cinturones de plomo) y los que aumentan la resistencia al movimiento (paletas, raquetas, remos cortos...).

### **1.7. - Psicoterapia balnearia. Aspectos médicos.**

Según la opinión de médicos hidrólogos de prestigio internacional, es importante destacar la favorable influencia que, en los efectos globales de las curas balnearias, puede ejercer la acción psicoterápica del médico<sup>52</sup> que dirige este tratamiento.

La cura balnearia es un proceder terapéutico complejo en el que intervienen múltiples factores, aunque se den diferencias considerables entre unos y otros. Según el Prof. Besançon<sup>65</sup> la efectividad de las curas termales debe ser valorada en su globalidad, al existir importantes dificultades para valorar en que medida influye cada uno de los factores que la componen.

Sin duda, el agente primordial en las curas balnearias es el agua mineromedicinal. Pero, ¿por qué influye en gran medida la relación que se establece entre paciente y médico? La respuesta puede establecerse en base a que los procesos que se consideran tributarios de las curas termales suelen ser crónicos y, precisamente en tales casos, son frecuentes las resonancias psíquicas que hay que atender para hacer más tolerable el padecimiento.

Es también cierto que hay numerosas publicaciones que acreditan, en los centros balneoterápicos, un elevado porcentaje de pacientes con componente neurótico asociado a su patología somática. Así en el Instituto de Investigaciones Científicas de Balneología de Sotchi-Masesta, a orillas del mar Negro en la antigua URSS, se evidencia, según Ulianova L.A.<sup>66</sup>, que en 1.960 hasta un 40% de los enfermos tratados en esta estación balnearia eran neuróticos, en 1.970 llegaron hasta el 45% y en 1.973 al 50%. En Francia, según Vidart L.<sup>67</sup>, los pacientes con manifestaciones neuróticas se elevan hasta el 70%, siendo predominantes la hiperexcitabilidad, las alteraciones del sueño y los trastornos cardiovasculares.

En este mismo tipo de cuadros patológicos se encuentran las cervicalgias con elevado componente ansioso. Se han realizado múltiples estudios que demuestran la eficacia del tratamiento hidrotermal, pero son de destacar las conclusiones de Digiesi y cols.<sup>68</sup>, al comprobar que la sumersión en un baño, durante tiempo suficiente y en posición erguida, produce variaciones en la concentración hemática de beta-endorfina según sea la temperatura del agua, habiendo comprobado que a 38°C los cambios en los niveles plasmáticos no son significativos, pero a más bajas y más altas temperaturas disminuyen y aumentan, respectivamente, los niveles de beta-endorfinas, los cuales elevan el umbral de percepción del dolor, interfieren los mecanismos de neurotransmisión y producen sedación sin

disminuir el tono vital. En este tipo de patología Prado y cols<sup>69</sup> han observado termográficamente la eficacia de la aplicación de parapeloides (compuestos por parafina, fango y óxido de magnesio), comprobándose una elevación de temperatura a los 90 minutos de la aplicación en un 63% de los casos, con una oscilación entre 0.5 °C y 3.5 °C.

Por su parte Esteban<sup>70</sup> recoge la elevación de los niveles de beta-endorfina, incluso al primer día de cura termal, más concretamente a las 11 horas después de su finalización.

En las lumbalgias degenerativas crónicas se obtienen efectos similares, como se deduce de los estudios de Boulange<sup>71</sup> y cols, consiguiendo reducciones significativas del dolor y de los índices funcionales.

Todos estos efectos son propios de la balneación hidroterápica habitual, pero tales acciones se pueden potenciar cuando en vez del agua potable ordinaria se utilizan determinadas aguas mineromedicinales, toda vez que en tal caso se suman a las acciones mecánicas y térmicas las determinadas por la mineralización (siempre que sea en cantidad suficiente) de estas aguas.

Los resultados que se obtienen en una cura balnearia en estos pacientes<sup>72</sup> pueden ser tan favorables, que no son pocos los que llegan a considerarse “dependientes” de las mismas. Igualmente, los médicos de los establecimientos balnearios disponen, además de conocimientos y práctica profesional suficiente, del tiempo preciso para poder atender, escuchar y tratar de comprender el real sentir de los pacientes.

Contribuye también a los buenos resultados terapéuticos el que el paciente considere al equipo sanitario del balneario como un grupo profesional con el que establecer una relación médico-enfermo más fácil, personal y directa. Una revisión realizada en los EEUU sobre ciertas características organizativas<sup>73</sup> evidenció que la satisfacción de los pacientes



era más elevada en los equipos más pequeños. Otra aproximación a la idea de tamaño es el número de pacientes que tiene asignado un médico, lo que en España llamamos “cupó” y los ingleses denominan “*list size*”. Morrell<sup>74</sup> defiende que para alcanzar estándares de calidad adecuados en medicina general probablemente se necesiten consultas de 10 minutos y ese tiempo está en relación, entre otras cosas, con el número de pacientes del grupo. También se realizó un trabajo en Inglaterra con 89 médicos generales<sup>75</sup> en el que se observaba que el número de pacientes de su *list size* se relacionaba inversamente con su satisfacción por la atención recibida.

El equipo médico del centro confiere un rango peculiar a la cura balnearia, toda vez que con la adecuada utilización de las técnicas crenoterápicas y una prudente psicoterapia se pueden lograr resultados excelentes. Incluso es recomendable que sea el médico quién aplique algunas de las técnicas hidroterapias, sobre todo las duchas y chorros, para que así vea el propio paciente la importancia del tratamiento que se le ha prescrito.

Destacados hidroterapéutas como Jean C. Dubois<sup>76</sup> señalan que el médico de un centro balneoterápico, además de prestar la máxima atención profesional posible a los enfermos en cura, debe tratar de articular armoniosamente las prestaciones psicoterápicas convenientes para lograr un ambiente de confianza que haga que el paciente adquiera o potencie su confianza en la cura.

### **1.8.- Definición y clasificación de los distintos tipos de aguas.**

Con el nombre genérico de agua mineral se conocen todas aquellas aguas que presentan una mineralización o una temperatura característica que las hacen útiles para ciertos tipos de usos, tales como la terapia hidrotermal, la recuperación de sus sales disueltas o la comercialización de algunas de ellas como aguas de bebida envasadas.

La legislación española vigente establece fundamentalmente cuatro tipos<sup>47</sup>:

- Las minero-medicinales (uso tópico).
- Las termales.
- Las minero-industriales.
- Las de bebida envasadas:

- Minero medicinales.
- Minerales naturales.
- De manantial.

Sus características esenciales son:

\* **Minero-medicinales:** Deben ser aptas para tratamientos terapéuticos en el área de emergencia y disponer de estudios clínicos sobre sus efectos en la evolución de procesos específicos. Además tendrán que mantener estas características en caso de ser envasadas.

\* **Termales:** Su temperatura de surgencia debe ser superior, al menos en cuatro grados centígrados, a la media anual ambiental del lugar donde alumbran.

\* **Minero-industriales:** Estas aguas han de permitir el aprovechamiento racional de las sustancias que contengan. En este grupo quedan también incluidas las aguas tomadas del mar a estos efectos.

\* **De bebida envasadas:** Han de poseer las características naturales de pureza que permitan su consumo según lo establecido en la Reglamentación Técnico-Sanitaria vigente.

Para todas las aguas citadas, la composición, la temperatura y las restantes características esenciales deberán mantenerse constantes dentro de los límites impuestos por las fluctuaciones naturales. En concreto, no deberán verse afectadas por posibles variaciones del caudal del manantial.

### **1.9.- Usos y aplicaciones de las aguas minerales.**

Se distinguen dos tipos de usos de las aguas minerales:

1. *Uso tópico:* se realiza en los establecimientos balnearios, mediante la aplicación directa de las aguas declaradas minero-medicinales, sobre la piel y mucosas accesibles del cuerpo.
2. *Ingestión:* determinados tipos de aguas pueden ser utilizados con fines terapéuticos, favorecedores de algún proceso específico o simplemente con fines alimenticios.

Los principales efectos terapéuticos de las aguas minerales son los debidos a la composición química de las mismas, existiendo nuevas

publicaciones<sup>77,78,79</sup> especializadas que analizan los efectos de los diferentes tipos de aguas minerales.

Dependiendo de la composición de cada tipo de agua, las indicaciones terapéuticas serán distintas. Podemos verlas en la siguiente tabla:

**Tabla n° 8.- Indicaciones terapéuticas de los distintos tipos de aguas**

<b>TIPO DE AGUA</b>	<b>SUBTIPO</b>	<b>EFEECTO TERAPÉUTICO</b>
<i>Aguas sulfurosas</i>	Sódicas	Antirreumáticas y antialérgicas
	Cálcicas	Desintoxicantes y antiflogísticas
<i>Aguas cloruradas</i>	Sulfocloruradas	Metabólicas
	Yodadas	Anticatarrales
	Sódicas	Antiinflamatorias
<i>Aguas sulfatadas</i>	Sódicas	Colagogas
	Magnésicas	Purgantes
<i>Aguas bicarbonatadas</i>	Carbogaseosas	Antidispépticas
	Sódicas	Antiácidas
<i>Aguas cálcicas</i>	Bicarbonatadas	Antialérgicas
	Sulfatadas	Sedantes y antiinflamatorias
<i>Aguas ferruginosas</i>		Antianémicas
<i>Aguas oligometálicas</i>	Calientes	Catabólicas
	Frías	Diuréticas
<i>Aguas radioactivas</i>	Nitrogenadas	Sedantes
	No nitrogenadas	Anticatarrales

Respecto a la radioactividad de un agua es importante dejar claros algunos conceptos<sup>80</sup>. Esta propiedad viene definida sobre todo por el Radón, la cual se encuentra regulada por el Real Decreto 53/1.992, de 24 de enero, que trata sobre la protección sanitaria contra radiaciones ionizantes<sup>80</sup>. Tiene por objeto el establecimiento de las normas básicas de protección radiológica para prevenir la producción de efectos biológicos no estocásticos y limitar la probabilidad de aparición de efectos biológicos

estocásticos, hasta valores que se consideren aceptables para los trabajadores profesionalmente expuestos y los miembros del público, como consecuencia de las actividades que impliquen un riesgo de exposición a las radiaciones ionizantes.

El ámbito de aplicación es, en general, a cualquier actividad que implique un riesgo derivado de las radiaciones ionizantes.

*Tabla nº9.- Límites de dosis para el Radón.*

Limite máximo de exposición anual. (Bq h m-3)	Dosis máxima anual por inhalación. (Bq)	Límites derivados de concentración en el aire para una exposición de 2000 h/año. (Bq m-3)
3 : 10 Exp 8	3.6 : 10 Exp 6	1.5 : 10 Exp 5

Se han realizado tratamientos con aguas radioactivas en pacientes con patología reumática<sup>81, 82</sup> con buenos resultados. Igualmente ha sucedido con el tratamiento de la hipertensión arterial<sup>83</sup>.

El principal representante en nuestro país de este tipo de aplicaciones hidroterápicas es el balneario de Alange (Cáceres).

### **1.10.- Condiciones para la apertura de un balneario.**

Una vez identificado el manantial o manantiales alrededor de los cuales se va a crear el complejo balneario, hay que presentar<sup>84</sup> ante la autoridad minera competente de la Comunidad Autónoma la correspondiente instancia, que se acompañará de los estudios y análisis requeridos en cada normativa para poder declarar un agua como alguna de las que se encuentran en las clasificaciones existentes y además, los siguientes documentos:

- 1) Los que justifiquen su capacidad para ser titular de los derechos mineros.

- 2) El proyecto general de aprovechamiento suscrito por un titulado de Minas, en el que se incluirá un estudio geológico e hidrogeológico de propuesta de perímetro de protección.
- 3) Las inversiones totales a realizar y el estudio económico de su financiación con garantías.

Posteriormente la Comunidad Autónoma comprobará y examinará la documentación presentada y, de encontrarla conforme, determinará, previa inspección del terreno, el perímetro que resulte adecuado para garantizar la protección suficiente al acuífero en cantidad y calidad. Se remitirá el expediente al Instituto Geominero de España, el cual emitirá un informe en el que aceptará la propuesta de perímetro de protección u ordenará las modificaciones que estime oportunas.

La Comunidad Autónoma remitirá el expediente al Ministerio de Obras Públicas y Transportes y al de Agricultura, Pesca y Alimentación, para que informen en relación con otros posibles aprovechamientos que pudieran estimarse de mayor conveniencia para el interés nacional.

A continuación la Comunidad Autónoma procederá a la publicación en los Boletines Oficiales del Estado, de la Comunidad y de la Provincia para que los propietarios de los terrenos comprendidos en el perímetro de protección, puedan alegar cuanto convenga a sus intereses.

En el caso de existir unidad de criterios entre todos los Organismos implicados, la Comunidad Autónoma procederá a comunicárselo a los interesados y a publicarlo en los Boletines Oficiales anteriormente mencionados. Las autorizaciones de aprovechamiento se otorgarán con las condiciones establecidas en el siguiente apartado.

#### 1.10.1. - Condiciones de puesta en explotación.

La autoridad minera otorgará la autorización de aprovechamiento fijando condiciones:



- a) Puesta en explotación antes de un año con prórroga no superior a seis meses.
- b) Protección del acuífero en cantidad y calidad, en el cual se podrán impedir los trabajos o actividades que lo perjudiquen.
- c) Caudales máximos de extracción y condiciones de regulación.
- d) Tiempo máximo de explotación.
- e) Además, la autoridad minera se reserva el derecho de fijar otras condiciones.

#### 1.10.2. - Apertura de las instalaciones.

Una vez conseguida la autorización de aprovechamiento de un agua declarada con anterioridad de utilidad pública pasamos a diseñar el tipo de establecimiento y los fines del agua.

Los dos fines previstos para la explotación de este tipo de recursos son la apertura de un balneario o la de una planta embotelladora.

Para la apertura de un balneario las instalaciones deberán ser inspeccionadas por tres organismos distintos. Definamos primero los tres pilares básicos de cualquier centro de este tipo:

a) *Centro termal*: No existe ningún documento que exija cuantas bañeras, duchas o chorros debe tener cualquier clínica termal. En función de los criterios de la empresa concesionaria de la explotación de dichas aguas se decidirá la infraestructura de la que se pueda sacar el rendimiento previsto. Igualmente el número de auxiliares, ATS y demás personal quedará a elección de la empresa, a excepción del servicio médico, el cual, en caso de estar acogido al Programa de Termalismo Social, estará constituido por un médico por cada cien pacientes o fracción.

No es obligatoria la presencia médica permanente, por lo que la empresa decidirá en base a la mejor atención de sus pacientes lo que convenga. Este hecho suele marcar mucha distancia entre las distintas estaciones termales.

Una vez construido este centro será **Sanidad** quien dé o no el visto bueno a las instalaciones.

b) *Hotel y habitaciones*: Es aplicable todo lo dicho en el punto anterior respecto a la falta de requisitos concretos, siendo **Turismo** quien evalúe su idoneidad.

c) *Manantiales*: Antes de tomar sus aguas para las aplicaciones terapéuticas habrá que haber definido un perímetro de protección que garantice sus propiedades. Todo ello queda pendiente de la inspección y correspondiente valoración de **Minas**.

Para la apertura de una planta embotelladora y tras su instalación, estudios de mercado y demás planteamientos de marketing será **Industria** quien dé el visto bueno.

**1.11.- Legislación actual. Sobre la Ley de Aguas de 1.985 y sobre la Ley de Minas de 1.973.**

Hasta la promulgación y entrada en vigor de la actual Ley de Aguas<sup>85</sup> de 8 de Agosto de 1.985 nos encontrábamos bajo el articulado de una Ley que en su momento fue moderna y modelo a seguir por otras. Sin embargo había quedado anticuada por el simple paso de ciento seis años desde su promulgación.

En efecto, la Ley de Aguas de 13 de junio de 1.879 no podía, un siglo mas tarde, dar respuesta a los nuevos requerimientos que suscitan las siguientes cuestiones<sup>86</sup>:

- La nueva organización territorial del Estado en Comunidades Autónomas.

- Las profundas transformaciones experimentadas por la sociedad.
- Los adelantos tecnológicos.
- La creciente demanda de aguas.
- La creciente conciencia ecológica y de mejora de la calidad de vida.

Por todos estos problemas se hacía necesaria un cambio legislativo. La Ley<sup>85</sup> 29/1985, de Aguas, ha sido promulgada para contribuir a resolver los problemas indicados, de forma que se logre:

- a) La utilización racional de las aguas.
- b) Una protección adecuada del recurso.
- c) Asegurar su disponibilidad en cantidad y calidad.
- e) No degradar el medio ambiente.

Y para ello, la nueva Ley dentro de su artículo primero, párrafo segundo, considera que, al ser el agua un recurso unitario, debe quedar subordinado al interés general y puesto al servicio de la nación, por lo que declara el dominio público estatal de todas las aguas, pero respeta los derechos adquiridos por los particulares al amparo de la legislación anterior que ahora se deroga.

¿De que trata la Ley<sup>86</sup>? Primero dejemos claro que deroga la anterior Ley de 1.879, a la que sustituye desde el 1 de Enero de 1.986. El objeto de la Ley es regular el dominio público hidráulico y el uso del agua. Además, dicta como han de ejercerse por el Estado las competencias que la Constitución<sup>87</sup> en su artículo 149 le ha atribuido en materia de aguas. La Ley declara que corresponde al estado la planificación hidrológica y que toda actuación sobre esas aguas de dominio público debe estar sometida a esa planificación.

Pero no todas las aguas se regulan por esta Ley. Las aguas declaradas<sup>86</sup> minerales y termales (Art. 1.4º) se atenderán a su propia legislación: Ley de Minas e Hidrocarburos.

Sin embargo, por otro lado, el 1 de Julio de 1.988 se publica<sup>85</sup> un Real Decreto por el que se establecen las normas de calidad de las aguas de baño. Pero no debe llamarnos a error, ya que especifica que quedan excluidas del ámbito de aplicación de éste decreto las aguas destinadas a usos terapéuticos y las aguas de piscinas reguladas en sus normas específicas. Este Real Decreto define igualmente lo que se entenderá por agua de baño: aquellas de carácter continental, corrientes, estancadas o embalsadas y las de carácter marítimo, en las que el baño este expresamente autorizado o, no estando prohibido, se practique por un número importante de personas.

A continuación expongo un resumen de la Ley de Minas<sup>88</sup> en el que recogen los aspectos de mayor interés a los efectos de este trabajo.

*Regulación de los aprovechamientos de recursos.*

*Capítulo primero: De los recursos.*

1. - *A efectos de la Ley de Minas, las aguas minerales se clasifican en:*
  - a) *Minero medicinales.- Las alumbradas natural o artificialmente que por sus características y cualidades sean declaradas de utilidad pública.*
  - b) *Minero industriales.- Las que permitan el aprovechamiento racional de las sustancias que contengan.*
2. - *Son aguas termales aquellas cuya temperatura de surgencia sea superior en cuatro grados centígrados a la media anual del lugar donde alumbren.*
3. - *Se entiende por estructura subterránea todo depósito geológico, natural o artificialmente producido como consecuencia de actividades reguladas por esa Ley, cuyas características permitan retener naturalmente y en profundidad cualquier producto o residuo que en el se vierta o inyecte.*

*Capítulo segundo: Autorizaciones de aprovechamiento de recursos.*

*Sección primera: Aguas minerales y termales.*

*Art. 24. 1. - La declaración de la condición de mineral de unas aguas determinadas será requisito previo para la autorización de su aprovechamiento como tales, pudiendo acordarse de oficio o a solicitud de cualquier persona que reúna las condiciones establecidas en el Título VIII.*

*2. - Ésta declaración se efectuará mediante resolución del Ministerio de Industria, a propuesta de la Dirección General de Minas, previo informe del Instituto Geológico y Minero de España y del Consejo Superior de dicho departamento.*

*3. - Para la clasificación y aprovechamiento de las aguas minero medicinales deberá emitir informe la Dirección General de Sanidad.*

*4. - La resolución ministerial será notificada a los interesados y publicada en el BOE y en los boletines de las provincias correspondientes.*

*Art. 25. 1. - Salvo lo establecido en los artículos siguientes, el Estado concederá el derecho preferente al aprovechamiento de las aguas minerales a quienes fuere propietario de las mismas en el momento de la declaración de su condición de mineral, quien podrá ejercitarlo directamente en la forma y condiciones que en el presente título se determinan o cederlo a terceras personas.*

*2. - El derecho preferente al aprovechamiento de los manantiales o alumbramientos que, regulados por esta Ley, se encuentren en terrenos de dominio público, corresponderá a la persona que hubiere instado el expediente para obtener la declaración de la condición de mineral de las aguas.*

*3. - El derecho preferente al aprovechamiento prescribirá al año de haberse efectuado la notificación de la resolución ministerial a que se refiere el artículo 24, sin haberlo ejercitado.*

*Art. 26.1. - Para ejercitar los derechos a que se refiere el artículo anterior, deberá solicitarse la oportuna autorización de la Delegación Provincial correspondiente del Ministerio de Industria, presentando a tal*

*efecto, además de otros documentos que especifique el Reglamento, el proyecto general de aprovechamiento, el presupuesto de las inversiones a realizar y el estudio económico de su financiación, con las garantías que se ofrezcan para su viabilidad. Se presentará, asimismo, la designación o justificación del perímetro de protección que se considere necesario, indicando el destino que se dará a las aguas.*

*2. - La Delegación Provincial, previa determinación sobre el terreno del perímetro de protección que resulte adecuado para garantizar la protección suficiente del acuífero en cantidad y calidad, elevará el expediente, con la propuesta que proceda, a la Dirección General de Minas, la cual autorizará el aprovechamiento, en su caso, aceptando o rectificando el perímetro propuesto, previo informe del Instituto Geológico y Minero de España, y ordenando, si procede, la modificación del proyecto presentado.*

*3. - Si se trata de aguas minero medicinales, deberá informar, con carácter vinculante, la Dirección General de Sanidad, en orden a la indicación de utilizar las aguas para los fines previstos.*

*Así mismo, en todos los expedientes relativos a aguas minerales y termales, informarán los Ministerios de Obras Públicas y de Agricultura en relación con otros posibles aprovechamientos que se estimen de mayor conveniencia. De no existir conformidad entre los departamentos citados y el de Industria, se resolverá el expediente por acuerdo del Consejo de Ministros.*

*Art. 27.1. - Transcurrido el plazo a que se refiere el número 3 del artículo 25 sin que se hubiese ejercitado el derecho preferente que dicho artículo establece, o denegada la solicitud previa el oportuno expediente, la persona o entidad que hubiere incoado la declaración mencionada en el artículo 24 gozará de un plazo de seis meses para solicitar a su favor la autorización de aprovechamiento.*

*2. - Pasado este último plazo sin que se presente solicitud, o si esta se hubiese denegado, el Estado podrá sacar a concurso público el aprovechamiento en la forma que se establece en el artículo 53, que será de aplicación con las adaptaciones necesarias para ajustarlo a las características de esta clase de expedientes. Se procederá de igual forma*

*en todos los casos en que caduque una autorización de aprovechamiento de aguas minerales.*

*3. - En el supuesto del número 2 del artículo 25, el aprovechamiento se otorgará mediante concesión administrativa.*

*Art. 28.1. - La autorización o concesión de aprovechamiento de aguas minerales otorga a su titular el derecho exclusivo de utilizarlas, así como el de impedir que se realicen en el perímetro de protección que le hubiere sido fijado trabajos o actividades que puedan perjudicar el normal aprovechamiento de las mismas. La realización de cualquier clase de trabajos dentro del perímetro citado deberá contar previamente con la autorización de la Delegación Provincial del Ministerio de Industria, sin perjuicio de las demás exigibles en cada caso. Si los trabajos afectaran al titular de la autorización o concesión, quienes los realicen estarán obligados a indemnizar a aquel.*

*2. - Será necesaria la previa autorización de la Delegación Provincial del Ministerio de Industria para la modificación o ampliación del aprovechamiento. Las modificaciones en las instalaciones inicialmente aprobadas, así como cualquier paralización que se produzca, deberán comunicársele a la citada Delegación en forma reglamentaria, para la resolución que proceda.*

*Art. 29. - Cuando las condiciones de la autorización o concesión afecten a derechos de terceros no previstos en el artículo anterior, el titular de la misma estará obligado a las indemnizaciones que correspondan. En caso de no avenencia, podrá solicitar la aplicación de la Ley de Expropiación Forzosa por causa de utilidad pública.*

*Art. 30. - Las aguas termales que sean designadas a usos terapéuticos o industriales se consideraran como aguas minerales a todos los efectos de esta sección primera del artículo II .*

Dentro de los estudios necesarios es de destacar el que exige un “cuadro de datos relativo a caudal, temperatura, composición química y características microbiológicas del agua referidos a cada uno de los doce meses precedentes a la presentación de la solicitud”.



Para estos requisitos no se ha previsto, al contrario de lo que ocurre en la Ley de Minas, que la toma de muestras del agua venga acompañada del levantamiento de acta efectuado por un funcionario, condición que debería ser imprescindible a fin de garantizar la procedencia del agua. Igualmente se debería requerir acta de la toma de caudal y temperatura. Ello está debidamente reflejado en el artículo 45.2 del Capítulo II del título IV que trata sobre la regulación de los aprovechamientos de recursos: *“Para la comprobación de la termalidad de las aguas, la toma de muestras señalada en el artículo 30 se sustituirá por la toma de tres temperaturas, espaciadas entre sí, cuando menos dos horas, en presencia de los interesados, levantándose el acta correspondiente, que deberá ser firmada por todos los presentes, a los que se entregará un ejemplar de la misma. El acta original, con el informe de la Delegación Provincial del Ministerio de Industria y Energía, será la que la Dirección General de Minas e Industrias de la Construcción remitirá a informe del Instituto Geológico y Minero de España, continuándose la tramitación en la forma señalada en los artículos procedentes para cada caso”*.

Lo anteriormente expuesto supone un importante vacío legal que puede llevar a cometer dos importantes fallos:

- Declarar un agua sin las debidas garantías de procedencia.
- Dictaminar que mantiene constantes sus parámetros mayoritarios mediante las doce muestras mensualmente recogidas, cuando éstas pudieron ser obtenidas con una periodicidad anárquica.

Otro inconveniente que plantea la Reglamentación Técnico Sanitaria es de índole financiera y de eficacia administrativa, ya que el declarante ha de iniciar unos estudios que se alargaran al menos un año, con la consiguiente inversión que supone realizarlos, mientras que si sigue el

procedimiento establecido en la Ley de Minas, la tramitación es sencilla y rápida.

La problemática planteada anteriormente se puede solucionar efectuando el siguiente procedimiento:

- a) Proceder a la declaración del agua ajustándose a lo establecido en la Ley de Minas. Con ello se evita que el declarante efectue unas inversiones que en algunos casos serían innecesarias pues, con un primer análisis, se puede denegar la declaración si los parámetros físico-químicos o bacteriológicos no cumplen las características exigidas.
- b) Efectuar la declaración de agua mineral condicionando ésta a la aportación en el momento de la solicitud del aprovechamiento de todos los estudios, análisis y datos exigidos en la Reglamentación Técnico Sanitaria sobre aguas de bebida envasadas.

Actualmente el procedimiento para declarar un agua como mineral depende de cuatro normas (ya que todavía están vigentes algunos artículos del Estatuto de 1928):

- Ley 22/ 1973, de 21 de julio, de Minas<sup>88</sup>.
- Real Decreto-Ley 743/1928, de 25 de abril<sup>89</sup>.
- Real Decreto-Ley 2857/1978, de 25 de agosto<sup>90</sup>.
- Real Decreto 1164/1991, de 22 de julio<sup>91</sup>.

El procedimiento anteriormente indicado para declarar un agua como mineral no debería crear, posteriormente, ningún problema de tipo legal, dado que el Real Decreto<sup>91</sup> 1164/1991 de 22 de Julio (Reglamentación Técnico Sanitaria sobre aguas de bebida envasadas), establece en su artículo 19.1.3, cuando habla del reconocimiento del derecho a la utilización de determinadas denominaciones de aguas que: *“el reconocimiento podrá revocarse en el supuesto de comprobarse el*

*incumplimiento de las exigencias impuestas en la presente Reglamentación*”, es decir, las declaraciones efectuadas, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley de Minas, podrían revocarse a la hora de solicitar la autorización de aprovechamiento si no cumplieren las exigencias del Real Decreto citado.

Dentro de las disposiciones finales de la Ley de Minas del año 1.973 se establece que en el plazo de un año se promulgará, a propuesta conjunta de los Ministerios de Gobernación y Justicia, el decreto de adaptación a esta Ley del estatuto sobre la explotación de aguas minero medicinales de 25 de Abril de 1.928. Todavía lo estamos esperando.

El estado actual de este embrollo jurídico es que todas aquellas aguas que con anterioridad al año 1.928 se estuvieran utilizando para fines propios de aguas minero medicinales, están a la espera de la publicación del Decreto de adaptación antes de pasar a ser de utilidad pública y, por lo tanto, a ser propiedad del Estado Español, siendo por ello este quien tiene la potestad para decidir su mejor uso, así como será también el encargado máximo de defenderla ante posibles contaminaciones o agresiones de cualquier tipo.

Con posterioridad a ese real decreto para declarar un agua como de utilidad pública, deberá iniciarse un expediente, según lo establecido en la Ley de Aguas o de Minas en vigor. Y en caso de que se consiga la mencionada declaración de utilidad pública, habrá que solicitar la concesión de su explotación por un tiempo y para unas utilidades determinadas.

Aquellos aforos que actualmente estén bajo el amparo del Real Decreto referido deberán ser vigilados por sus propietarios, de modo que ante cualquier problema de pérdida de calidad o propiedades de sus aguas, deberán defenderla por la vía judicial correspondiente. Sin embargo, los que sean propiedad del Estado serán defendidos con mayor rapidez y

eficacia, ya que en el caso anterior se personará con prontitud un inspector de Minas capaz de detener el proceso que se sospeche perjudicial para dicho manantial.

Terminando de complicar esta situación aparece el estado de las Autonomías, con lo que el poder central transfiere a las mismas la potestad para regular y legislar en estas materias.

Resumiendo: nos encontramos en una situación de “parálisis jurídica” por la cual el interesado en conseguir la declaración de un agua como de interés público deberá iniciar la tramitación de un expediente a la sección de minas de su gobierno autónomo, quien solicitará una determinada documentación y pruebas biológicas realizadas por técnico competente para su posterior estudio y resolución. En la Comunidad Valenciana no hay legislación al respecto, por lo que habrá que realizar todos los trámites a nivel central.

Una de las Comunidades Autónomas que sí ha dictado normas<sup>92</sup> legislativas es la de Extremadura, la cual ha promulgado la Ley 6/1.994 de 24 de Noviembre, con objeto de regular los balnearios y aguas minero-medicinales de uso terapéutico en esa Comunidad. También aprobó la Ley de asistencia de asistencia social geriátrica que tiene por objeto<sup>93</sup> la regulación de los derechos y sistemas de protección de la población anciana, considerando en su artículo 11 una prestación social geriátrica a la balneoterapia.

También<sup>94</sup> la Comunidad Autónoma Gallega ha publicado la Ley 5/1.995, de 7 de Junio para la regulación de sus aguas y de sus establecimientos termales.

## **1.12.- Responsabilidad médica.**

### **1.12.1. – Generalidades.**

La responsabilidad médica<sup>95</sup> es la obligación de reparar o compensar los daños producidos por el médico en el curso de su actividad profesional.

En ultimo extremo, el acto médico responde a un contrato de prestación de servicios, de donde puede nacer el derecho a la reclamación si se ha incumplido o no se ha hecho bien.

Durante el siglo XIX, y en algunos países incluso en parte del siglo XX, se presumía la irresponsabilidad jurídica del médico. Pero hace ya más de dos décadas<sup>96</sup> que comenzaron a aparecer en las literaturas jurídica y médica trabajos sobre los Derechos del Enfermo, con la particularidad de que su estudio mantiene un vivo interés en los países desarrollados y

particularmente en el nuestro. Por ello en los últimos años el número de casos de denuncias se ha elevado considerablemente. A veces<sup>96</sup> existe la tentación en nuestra sociedad de creer que la ciencia de Hipócrates, en su imparable avance, tiene solución para todas las enfermedades sin que su práctica implique riesgo alguno. Las razones de este incremento pueden ser<sup>95</sup>:

- El aumento de la actividad médica.
- El progreso de la medicina, que permite tratar enfermedades que hace poco eran incurables.
- La divulgación por los medios de comunicación de masas de los problemas médicos y de sus soluciones, casi siempre presentadas con carácter triunfalista, lo que da lugar a que el enfermo considere su curación como un derecho, y si no se logra se debe considerar como un fracaso médico, del que se debe responder.
- El hedonismo que hace rechazar el dolor y el sufrimiento. Si la enfermedad se manifiesta de este modo, el paciente hace al médico responsable.
- El importante riesgo que, debido a su complejidad, llevan consigo gran número de actos médicos tanto terapéuticos como diagnósticos.
- La especialización médica, es decir, la existencia de gran número de especialidades que en muchos casos son tremendamente específicas, limitadas a campos muy concretos del saber médico, lo que condiciona que, por parte de los especialistas, se descuiden aspectos más generales.
- La existencia de pautas hospitalarias muy específicas en algunos casos, que condicionan el funcionamiento de dichos centros anteponiendo el cumplimiento de éstas a la efectividad y a la atención personalizada al enfermo. Ello unido a la complejidad de

la burocracia en la asistencia institucional, es un factor muy importante.

- El cambio en la relación médico-enfermo que, en muchas ocasiones, significa una pérdida de confianza.
- El ansia de ganancias fáciles por la vía de la indemnización a que puede ser condenado el médico como consecuencia de un litigio por responsabilidad profesional.

También se citan<sup>97</sup> como causas:

- La concienciación social. El ciudadano va adquiriendo mayor conocimiento y conciencia de sus derechos, por lo que no admite zonas oscuras o de impunidad.
- La falta de información, ya que en muchas ocasiones las reclamaciones a los médicos obedecen tan solo al deseo no satisfecho del paciente o de sus familiares por conocer que sucedió realmente en su diagnóstico, tratamiento o intervención. Son los profanos que solo perciben un resultado nocivo para su salud.
- La deshumanización de la Medicina, directamente relacionada con el punto anterior y provocada en parte por la necesidad de especialización, por la centralización de servicios en grandes hospitales y por el carácter funcional de los profesionales sanitarios.
- La proliferación de seguros, lo que despersonaliza en cierta medida la reclamación. Ya no se ataca directamente al patrimonio del médico sino que se abre la expectativa de importantes beneficios económicos para el demandante.

Además<sup>98</sup>, hasta el año 1.989 todo paciente -o su familiar-, cuando creía que el acto médico al que había sido sometido no estaba dentro de los parámetros de la normopraxis, demandaba por la vía civil o se querellaba

por lo penal con el facultativo responsable de la asistencia, desde mediados de 1.990 se empezó a utilizar otro procedimiento: demandar a la institución sanitaria en la que había sido realizado dicho acto médico mediante el procedimiento de presentar una reclamación en el juzgado de lo social.

La responsabilidad médica puede dar lugar a responsabilidad penal, cuando el hecho incriminado constituye una infracción voluntaria o imprudente, tipificada como delito o falta. Otras veces cae en el campo del derecho civil, cuando se pretende la reparación de un perjuicio sufrido como consecuencia de la acción u omisión del médico en su actividad profesional.

Sin atender a las fuentes de la responsabilidad profesional, que nadie cuestiona, el interés del derecho penal<sup>99</sup> por la actividad medico-quirúrgica nace de la necesidad social de proteger ciertos bienes jurídicos que se ven afectados y constreñidos por la intervención de los profesionales de la sanidad. Estos bienes jurídicos son la vida, la salud y la integridad física, la libertad (valor fundamental de nuestro ordenamiento jurídico), la dignidad de la persona y su capacidad de autodeterminación.

#### 1.12.2.- Elementos constitutivos de la responsabilidad médica.

Pero para que pueda hablarse de responsabilidad médica deben concurrir ciertos requisitos que deberán ser demostrados en las causas de ésta naturaleza. Son:

- 1) *La obligación preexistente.*- Consiste en no dejar de hacer lo que se tiene obligación de realizar por un compromiso previo, bien de tipo contractual o bien por imperativo legal.
- 2) *Falta médica.*- La falta cometida ha de ser estrictamente profesional, y se tipifica como leve, grave y gravísima. Esta última constituye la *ignorancia inexcusable* de los juristas.



- 3) *Perjuicio ocasionado.*- Es necesario que la falta cometida haya ocasionado daños o perjuicios apreciables a otra persona. Dichos perjuicios pueden ser sufridos por el propio enfermo, por sus deudos o por un tercero.
- 4) *Relación de causalidad.*- Debe existir entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado. En muchas ocasiones es de difícil valoración, por lo que es motivo de peritaciones delicadas y complejas.

### **1.13. - Aspectos médico legales de la experimentación balnearia.**

Sobre la realización de ensayos clínicos, el Real Decreto<sup>100</sup> 561/1993, de 16 de abril, establece los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. Este Real Decreto se refiere a todos los ensayos clínicos con medicamentos o productos en fase de investigación clínica que se realicen en España, incluyendo radiofármacos, hemoderivados, alérgenos, plantas medicinales y todas aquellas sustancias consideradas como medicamentos en el artículo 8 de la Ley 25/1.990 del Medicamento<sup>101</sup>.

De forma tajante e incomprensible, la citada Ley no define a las aguas mineromedicinales como tal, por lo que el presente Real Decreto no sería de aplicación a la investigación clínico-termal.

Este Real Decreto define el ensayo clínico, los tipos de ensayo, protocolos, postulados éticos, sujetos del ensayo; establece la intervención administrativa sobre los ensayos y las normas para los promotores, así como crea los Comités Éticos de Investigación Clínica.

#### **1.14. - Problemas médico-legales más frecuentes en la tercera edad<sup>102</sup>.**

El deterioro progresivo de la salud y el avance de la vejez se van presentado lenta pero inexpugnablemente. El hundimiento psíquico y la pérdida de memoria suelen aparecer paralelamente, de modo que se olvida lo últimamente adquirido, luego lo primariamente aprendido y por último las pulsiones.

Junto a la amnesia, que favorece la desorientación de tiempo y lugar, aparece la asinérgia de los órganos de los sentidos, que desordenan las impresiones. Se debilita el juicio y la comprensión ideativa, que se va empobreciendo junto a la desmoronada inteligencia, entendiéndose cada vez menos los pensamientos. Y todo ello acompañado de alteraciones neurológicas como sorderas, afasias, cegueras, parálisis, etc.

El síndrome depresivo que aparece en la involución se ve enriquecido con frecuencia por el consumo alcohólico, muy frecuente en el anciano ante el balance vital negativo.

También el delirio de perjuicio hace su aparición, el cual se ve favorecido por los sentimientos de muerte, el déficit sexual y la falta de esperanza para iniciar un proyecto. Todo ello se distribuye en tres grupos: salud, propiedad y reputación, lo cual se traduce posteriormente en hipocondría, tacañería y celos.

Con ésta revisión de lo que es y representa la involución en el ser humano es posible entrever los problemas medicolegales que suscita esta circunstancia existencial.

Sin duda los problemas más graves son aquellos contemplados en el Código penal<sup>139</sup>, si bien hay que aclarar que cuando surge el deterioro psicoorgánico, los cuadros psicóticos o simplemente la involución, el número de casos conflictivos no es mayor, fundamentalmente por la disminución del vigor físico; es decir, que si no fuera por esa razón, el número sería mucho más alto, pues se unen una serie de circunstancias que favorecen la delitogénesis: factores emocionales, factores sociales y, por supuesto, elementos de afectación orgánico-cerebral, con el consiguiente aumento de la agresividad y disminución de las inhibiciones noéticas.

El hurto a estas edades no es demasiado frecuente, si bien cuando existe adopta un carácter pueril, apoderándose el anciano de objetos inútiles por puro capricho con el olvido casi inmediato del acto.

Lo que sí es frecuente es el temor a la pobreza, que se ve estimulado por la disminución de las posibilidades adquisitivas y la jubilación, con la precariedad económica que conlleva. Ello se traduce muchas veces en la ejecución de actos con trasfondo económico que rayan en la tacañería y casi siempre por cantidades irrisorias, al estancarse la conciencia del valor real del dinero, lo cual derrumba la honorabilidad mantenida largo tiempo.

Los delitos sexuales vuelven a reactivarse en la senilidad, no siendo infrecuente la figura del “viejo verde”, lo que favorece sobre todo los abusos, fundamentalmente con niñas.

Pero es, quizá, el homicidio por celos el delito más frecuente en la vejez, afirmación que puede sorprender a muchas personas que piensan que a estas edades no existen. Nuevamente la facilidad de caer en la paranoia y en los celos patológicos se convierten en factores favorecedores de este tipo de acciones.

**2.- Objetivos**

## **2.- OBJETIVOS.**

El objetivo de ésta Tesis doctoral es el de analizar el número y las distintas características de las urgencias que se produjeron en el Balneario Hervideros de Cofrentes durante las temporadas 1.996 y 1.997, que abarcan desde principios del mes de marzo hasta mediados del mes de diciembre, para comprobar si de sus características se deduce que existe la necesidad de que todos los centros balneoterápicos, a los cuales envíe pacientes el Ministerio de Asuntos Sociales, a través del Programa de Termalismo



Social, dispongan de asistencia médica permanente durante las veinticuatro horas del día

Al mismo tiempo queremos salir de las múltiples ambigüedades que están presentes en el sector, estableciendo cuantitativa y cualitativamente los equipamientos necesarios, las normas generales de funcionamiento, los criterios a exigir a nivel de alimentación y alojamiento para la correcta satisfacción del paciente, posibilidad de realizar prácticas en nuestras instalaciones por parte de los alumnos de la Escuela de Hidrología Médica, de escuelas de auxiliares de clínica, quiromasajistas, asistentes sociales... todo ello en el punto medio que no provoque un desembolso excesivo a la empresa que gestione las instalaciones.

Esta Tesis no va a desarrollar términos absolutos de salud. Tampoco plantea una predominancia máxima de los criterios económicos sobre los demás. Lo que sí es cierto es que al movernos en la empresa privada hemos de valorar algunos aspectos de la gestión empresarial. Vamos a aplicar en pequeña escala las teorías actuales sobre *Economía de Salud*, para que nuestras conclusiones no caigan ni en el idealismo absoluto, ni en la gestión empresarial más agresiva.

Las hipótesis que se plantean en este estudio son las siguientes:

- 1.- Es necesaria la *presencia médica permanente* dado el estado de algunos pacientes y su avanzada edad.
- 2.- Es necesario establecer sobre el plano *varios puntos de asistencia* desde los cuales poder atender una llamada urgente, sin tener que acudir a un punto central como único puesto bien equipado. Dichos puntos deberán tener una equidistancia máxima entre sí.
- 3.- Es necesario un *plan de evacuaciones a hospital* con arreglo al tipo de urgencia, que deberá valorar la espera

máxima admisible y el tipo de atención médica urgente que precise cada paciente.

4.- Es necesaria la existencia de un *servicio médico en el Programa de Termalismo Valenciano* que revise las solicitudes de los pacientes que deseen acceder a una plaza en balnearios, no debiéndose admitir todas por el bien del paciente y hablando en términos de rentabilidad de salud.

5.- Es necesario establecer unos *criterios de no admisión* de determinados pacientes en los balnearios dadas sus características orográficas.

Tras el análisis de los resultados obtenidos sobre los datos de todas las urgencias, estableceremos la necesidad de que, todos o alguno de los anteriores postulados, deban ser cumplidos para el mejor funcionamiento de los centros termales existentes en nuestro país.

**3.- Material y método.**

### **3.- MATERIAL Y MÉTODO .**

#### **3.1.- Características generales del Balneario Hervideros de Cofrentes<sup>103</sup> .**

##### **3.1.1.- Situación.**

Se encuentra a 4 Km. del pueblo de Cofrentes, en el distrito de Ayora (Valencia), ubicado entre los ríos Cabriel y Júcar, poco antes de su confluencia, a 460 m sobre el nivel del mar.

Dista por carretera 105 Km. de Valencia y 130 Km. de Alicante. Como poblaciones importantes más próximas se encuentra Requena a 40 Km. y Almansa a 50 Km.

### 3.1.2.- Geología.

Cofrentes se encuentra en una de las tres manchas triásicas de la provincia de Valencia, hacia arriba del río Cabriel, donde abundan los yesos y arcillas, siendo precisamente hacia el borde de esta mancha donde emergen las aguas del manantial de Hervideros. En todos estos terrenos triásicos abundan también las arenas calizas, yesos y margas.

### 3.1.3.- Climatología.

Es destacable el clima seco, uniforme y benigno de esta zona.

### 3.1.4.- Flora y fauna.

En los valles de Ayora y Cofrentes abunda el bosque de pinos y demás vegetación netamente mediterránea.

Crecen con abundancia las jaras con escamas, el albardín, la retama, la aliaga y el esparto, que dan, entre todas ellas, un aspecto estepario a estos valles en aquellos lugares donde no crecen los pinos mediterráneos en sus dos variedades principales, el rodeno y el carrasco, además de otras especies de coníferas menores.

En las cumbres que enmarcan los valles de Ayora y Cofrentes es posible hallar fauna diversa, como la Capra Hispánica, el muflón, el jabalí, el gato montés, la liebre y el conejo, y entre las aves, el águila real, la lechuza común, el mochuelo, el cárabo, la abubilla y otras especies propias del bosque mediterráneo.

En los ríos del valle se pescan la carpa real, el barbo, el lucio y el black bass.

Atractivo importante lo constituye la Reserva Nacional de Caza “Muela de Cortes”.

### 3.1.5.- Antecedentes históricos y situación actual.

A lo largo del siglo XIX, el actual manantial de los Hervideros era conocido como el Charco de la Muerte, ya que debido a la emanación de anhídrido carbónico, era frecuente encontrar animales muertos en su proximidad, por la falta de oxígeno. Después de los estudios correspondientes, sus aguas fueron declaradas de Utilidad Pública en el año 1.902, iniciándose la construcción del Hotel en el año 1.908. Sus años de máximo esplendor fueron entre 1.930 y 1.950, con un paréntesis debido a la guerra, durante la cual sus instalaciones fueron utilizadas como hospital. El balneario ha sido siempre propiedad privada, hasta los años ochenta en que fue adquirido por el Ayuntamiento de Cofrentes. Su capacidad actual es de 460 plazas incluyendo los rehabilitados bungalows que actualmente supone el 80% de las pernoctaciones de turismo de interior en la Comunidad Valenciana.

Desde enero de 1.988, la Estación Termal Hervideros de Cofrentes está gestionada por Hervideros de Cofrentes, S.A. habiéndose abordado un ambicioso proyecto de rehabilitación total del complejo, que ha incluido la construcción de unas modernas instalaciones médicas. Uno de los objetivos de dicha inversión ha sido poder competir directamente con las estaciones termales francesas, italianas o alemanas, todo ello de cara al mercado único europeo.

Igualmente se está a la espera de una enorme ampliación que dotará a este complejo balneoterápico de una capacidad máxima de 1.000 camas. Todo ello dependerá de que se obtenga el 1% del presupuesto del Ministerio de Cultura, el cual se ha otorgado a este balneario dentro de un ambicioso programa de rehabilitación de este tipo de centros. La inversión aproximada es de unos 1.700 millones de pesetas.

De todos modos, aun no consiguiéndose esta subvención, se ha logrado ya que sea uno de los balnearios más modernos y mejor dotados de nuestro país.

### 3.1.6.- Características de las aguas.

En la Estación Termal Hervideros de Cofrentes pueden emplearse cuatro tipos de aguas que provienen a su vez de cuatro manantiales diferentes, dos de los cuales están declarados de Utilidad Pública (ambos se encuentran dentro de los límites del balneario):

- 1) *Manantial de Hervideros*: Declarado de Utilidad Pública por R.D. de 15 de noviembre de 1.902. Actualmente está en uso y sus aguas las podemos considerar como bicarbonatadas mixtas, sulfatadas, magnésicas, carbónicas y ferruginosas. La temperatura de surgencia es de 17°C.
- 2) *Manantial de Fuentemina*: Declarado de Utilidad Pública por R.O. de 18 de noviembre de 1.929. Actualmente está fuera de uso, pero está en estudio su reutilización. Sus aguas las consideramos sulfatado magnésicas y bicarbonatadas.
- 3) *Manantial Salinas de San Javier*: Actualmente en trámites administrativos y en obras de canalización.
- 4) También dentro de las instalaciones se puede disponer de aguas provenientes de los *manantiales de la Granera y del Pilon*, próximos a la Estación Termal y con excelentes aguas oligometálicas, variedad bicarbonatada. La primera de ellas cumple la función de suministrar agua potable a todo el complejo y la segunda abastece todas las técnicas hidroterápicas que se realizan en el centro termal.

### 3.1.7.- Mecanismos de acción de las aguas.

Las acciones y posibles indicaciones de un agua mineromedicinal se basan en su composición, sin que esto quiera decir que su acción depende exclusivamente de sus componentes, ya que existen otros muchos factores que pueden actuar modificando la acción, sobre todo cuantitativa, de las aguas minerales.

Los datos analíticos fundamentales del agua de los Hervideros son los siguientes:

*Tabla n°10.- Componentes por litro del agua de los Hervideros.*

<i>ANIONES</i>		MG	Meq
	Bicarbonato	2.078	34
	Sulfato	2.570	53
	Cloruro	458	12
<i>CATIONES</i>			
	Calcio	675	34
	Magnesio	627	52
	Sodio	289	12
	Ferroso	23	0.82
	Manganeso	20	0.72
ANHÍDRIDO CARBÓNICO		1.238	56

De estos datos podemos deducir el predominio del sistema carbónico-bicarbonato. Por lo tanto, son aguas bicarbonatadas pero también sulfatadas con destacadas cantidades de calcio, magnesio, hierro y manganeso. Ultimamente se han descrito<sup>104,105</sup> importantes efectos terapéuticos de este tipo de aguas en el tratamiento de la diabetes y de las hiperlipemias.



### 3.1.8.- Características de la absorción del agua de los Hervideros.

Estas aguas son hipotónicas, teniendo un descenso crioscópico de - 0.25, que corresponde a una presión osmótica de 3.198 atmósferas; las soluciones isotónicas contienen 325 millones por litro y el agua de Hervideros contiene 128 millones por litro. Esta hipotonicidad tiene gran transcendencia, por la facilidad de la absorción de las sales contenidas en soluciones hipotónicas.

### 3.1.9.- Acciones de sus componentes.

La característica más importante de uno de sus componentes, el sulfato, es su escasa difusibilidad, que tiene como consecuencia la dificultad en la absorción y hace que las aguas que contengan este ion produzcan los siguientes efectos:

- A nivel intestinal una acción evacuante, debido a que el sulfato actúa<sup>106</sup> como catártico, favoreciendo la evacuación rectal del contenido gastrointestinal. El agua ingerida en cantidad suficiente puede circular con rapidez y facilitar la evacuación, pero la autentica acción purgante de estas aguas se debe a la atracción y retención de agua en el intestino, estimulante del peristaltismo, tomando como punto de partida la masa líquida y provocando la evacuación de las materias allí contenidas.
- Sobre la vesícula biliar este tipo de aguas<sup>107</sup> tiene una acción colagoga, que es una de las acciones más importantes desde el punto de vista terapéutico. Dicho efecto es debido<sup>108,109</sup> principalmente al sulfato de magnesio, que produce la relajación del esfínter de Oddi.

Tan importante como la presencia de sulfato es la de bicarbonato, que desarrolla los siguientes efectos:

- *Sobre la secreción gástrica* las aguas bicarbonatadas tienen una acción inhibitoria, pero en el caso del agua de los Hervideros la presencia de carbónico la excita, al facilitar<sup>110</sup> la secreción de ácido clorhídrico (se han propuesto<sup>111</sup> varias teorías a cerca de sus posibles mecanismos de formación) a la luz gástrica. Este proceso se realiza través del intercambiador  $\text{Cl}^-/\text{CO}_3\text{H}^-$  de la membrana basolateral de las células parietales. El bicarbonato ejerce una acción alcalinizante diferente según la manera de administrar el agua y el proceso de vaciamiento gástrico. La acidez disminuye cuando el bicarbonato se administra con la comida, por persistir más en el estómago, desarrollando una acción neutralizante de la secreción y en cambio se excita cuando se administra con el estómago vacío, debido a su rápido paso al intestino donde ejerce una acción alcalinizante.
- *Sobre el riñón* tiene<sup>55</sup> una acción diurética, que depende sobre todo de la presencia de carbónico, que también favorece la eliminación de ácido úrico. Esto es así, tanto por aumentar la eliminación de orina como por la capacidad disolvente, que depende del sodio y del bicarbonato.

El contenido en cloro es pequeño, pero colabora con el carbónico en la excitación de la secreción gástrica y en el intestino favorece el peristaltismo.

La presencia de magnesio, tiene toda su importancia en función de los efectos generales que desarrolla dicho catión en el organismo, en forma de oligoelemento al ser<sup>112</sup> un cofactor esencial para las reacciones enzimáticas y desempeñar un papel importante en la función muscular y nerviosa.

La existencia de calcio es importante, por el efecto antiinflamatorio y sedante de la motilidad intestinal, que hace que sean bien toleradas estas aguas sulfatadas.

### 3.1.10.- Indicaciones y administración de la cura hidropínica.

En nuestro balneario fue éste el único tratamiento que se pudo realizar durante muchos años, hasta que fue una realidad la creación y puesta en funcionamiento del centro termal.

Las indicaciones médicas de la toma en bebida del agua del manantial de Hervideros son, fundamentalmente, digestivas sobre todo en los casos de estreñimiento severo y en las dispepsias<sup>113</sup>. También está demostrada la utilidad terapéutica de las aguas carbogaseosas<sup>114,115</sup> en el tratamiento de patologías arteriales, si bien precisan instalaciones especiales de las que dispondremos a corto plazo.

Cuando la industria farmacéutica no disponía de preparados a base de hierro para el tratamiento de las anemias ferropénicas, se utilizaba también con este fin por su alto contenido en este componente. Concretamente sus acciones son las siguientes<sup>55</sup>:

1. *A nivel gástrico.* Administradas en las comidas y, debido a su contenido en carbónico<sup>116</sup>, serán útiles en las hipoclorhidrias, mientras que fuera de las comidas, en dosis mas elevadas y convenientemente fraccionadas y privadas de carbónico, son muy útiles para combatir la hiperclorhidria. Las aguas bicarbonatado-sulfatadas, tienen una indicación especial en el tratamiento de las gastritis hipersecretoras, sobre todo si van asociadas a patología hepática.
2. *A nivel intestinal,* su principal indicación es el estreñimiento. Cuando se utiliza para combatir este problema hay que vigilar las dosis muy frecuentemente.

3. *A nivel hepático*, es útil en casos de estasis venoso hepático, hepatopatías alcohólicas leves e intoxicaciones medicamentosas.
4. *A nivel de vías biliares*, son útiles siempre que no exista indicación quirúrgica. Son adecuadas, por tanto, para las dispepsias de origen biliar por su efecto colerético, e incluso se puede favorecer la eliminación de barro biliar y pequeños cálculos. También es indicación de la cura el síndrome post-colecistectomía.
5. *A nivel renal*, por su efecto diurético y uricosúrico, tiene indicación en el tratamiento de fondo de enfermos gotosos y de la litiasis renal.
6. *A nivel hemático*, por su contenido en hierro es útil en el tratamiento de anemias ferropénicas.

Se administrarán por prescripción médica y, por lo común, entre 250 y 500 cc. antes del desayuno, de la comida y de la cena. En estreñimientos severos se puede aumentar la dosis, pero ajustándola siempre a la sensibilidad individual.

### **3.2.- Características de una estancia en nuestras instalaciones.**

Vamos a partir del supuesto de un paciente sin contraindicaciones de ningún tipo a la cura termal, desde el momento en que llega al balneario hasta que sale de él.

Lo primero que hace un termalista al llegar al balneario es dirigirse al hotel, donde, tras presentar la documentación necesaria, se le asigna el alojamiento (siempre valorando su estado físico aparente para no proporcionarle un bungalow inapropiado). Una vez conocida su habitación se le asigna, mediante cita previa, la hora de la preceptiva consulta médica.

Desde que se puso en marcha este sistema de cita se ha reducido el tiempo de espera previo a la consulta, así como el número de personas en la sala de espera, lo cual parece haber aumentado la satisfacción de los

termalistas. De hecho, hay publicaciones como el estudio Delphy<sup>117</sup> en las que se recoge que este es el segundo aspecto que más satisface a la población, sólo precedido por la posibilidad de elegir libremente al médico.

Actualmente el margen de error en los horarios de consulta a través de dicha cita es de quince minutos, salvo que se produzcan urgencias que requieran la ausencia en consulta de alguno de los médicos o problemas informáticos.

Ya en la clínica será atendido, en primera instancia, por la secretaria médica, la cual rellena una ficha informatizada sobre los datos administrativos del paciente.

Se realiza entonces una detallada anamnesis y se valoran las pruebas diagnósticas de que disponga el paciente. También se procede a la auscultación cardio-pulmonar y toma de presión arterial, exploración de posibles insuficiencias venosas y valoración del posible tratamiento farmacológico. Todo ello queda reflejado en una historia clínica que desde el año 1.995 está informatizada y en red local. Este último aspecto ha sido de gran importancia a la hora de atender las urgencias, ya que permite acceder a la historia clínica desde cualquier punto del balneario que esté dotado de una terminal de ordenador.

Con arreglo a las patologías que se diagnostican se prescribe el tratamiento termal, el cual consta de técnicas incluidas en el precio de su estancia y de técnicas complementarias (las cuales son propuestas por el médico y decididas por el paciente tras hacer la oportuna valoración).

Vamos a suponer que se trata de un paciente sin cardiopatías ni problemas varicosos y que consulta por artrosis cervical y gonartrosis. La prescripción podría ser la siguiente:

- 1) Piscina termal 15' a 36°C.
- 2) Baño de hidromasaje 10' a 38°C.
- 3) Chorro a presión 5' a 39°C.

- 4) Aerosol balsámico 15'.
- 5) Parafangos lumbares 15' a 41°C.
- 6) Electroterapia Indiba en rótula izquierda 10'.
- 7) Ultrasonido cervical 2 W/cm<sup>2</sup> 10'.

Tras informarle verbalmente de las técnicas que puede realizar, se le entrega una tarjeta de tratamientos en la que figurará su horario de inicio. Este se intenta adecuar a las preferencias del paciente.

Al día siguiente acude a la sala de espera de baños quince minutos antes de lo marcado en su tarjeta, para que le sea explicada la dinámica a seguir en lo sucesivo. Esta labor es realizada por nuestras auxiliares. Posteriormente se pasa al vestuario, donde se cambia el paciente y puede guardar sus enseres en taquillas.

Ahora empieza realmente el tratamiento. Es importante pautar las temperaturas y las presiones arreglo a lo que se conoce como “Secuencia hipertemal progresiva” que consiste en ir aumentando ambas en cada técnica a la vez que se disminuye la superficie de la zona a tratar. Por eso se empieza con piscina a 36°, luego el hidromasaje a 38°, el chorro a 39° y los parafangos a 41° (cada técnica trata una superficie corporal menor que la precedente).

El momento de realización de la aerosolterapia es independiente, según la disponibilidad de plazas. Actualmente se realizan dos tipos de aerosoles, uno de los cuales tiene cuatro modalidades:

- Aerosol termal: en él no se utiliza ningún tipo de medicación. Se trata de aerosolizar agua del manantial de Pílon (oligometálica) mediante el impacto de un chorro de aire sobre unas ampollas de plástico o cristal.
- Aerosol medicamentoso: este se realiza con fenoterol, Sinus®, cromoglicato disódico y Rinofluimucil®.

Utilizamos el de fenoterol para procesos broncoespásticos, Sinus® para dificultades importantes en la expectoración, cromoglicato sódico para procesos alérgicos en intercrisis y Rinofluimucil® cuando hay dificultad para movilizar secreciones nasales.

Todos los tratamientos se realizan entre las 8.00 h y las 13.00 h por las mañanas y entre las 16.30 h y las 19.30 h por las tardes. De todos modos estos horarios pueden ser ligeramente modificados en días concretos por llegadas de grupos importantes de pacientes, pero siempre dentro de los límites legalmente establecidos en el contrato con el IMSERSO.

En cuanto a la alimentación los termalistas tienen la posibilidad de elegir entre tres menús: dos normales y uno de régimen. Cuando algún paciente tiene justificación médica por escrito para seguir un régimen determinado, se le prepara.

Lo normal es que transcurridos unos pocos días el termalista sienta una importante sensación de cansancio, relacionada en la mayoría de los casos con el efecto hipotensor habitual de las técnicas hidroterápicas. Por ello, todos los días pueden acudir a vigilarse la presión arterial por su propia voluntad entre las 12 h y las 13 h (labor realizada por nuestras auxiliares que si detectan presiones anormales nos envían al paciente para valoración o reajuste del tratamiento). Es frecuente la supresión parcial de algunos días de baños a consecuencia de estas hipotensiones, que se incluyen dentro de lo que se denomina “cansancio termal”. Este fenómeno físico era documentado por primera vez por Cardinali<sup>118</sup> al observar episodios bruscos de empeoramiento en los pacientes que frecuentaban las estaciones termales. El tratamiento de la crisis termal<sup>49</sup> es sencillo y solo consiste en atenuar las practicas termales. Su sintomatología<sup>50</sup> comienza en torno al quinto día de tratamiento con malestar inespecífico, cefalea, insomnio, dolores vagos e inespecíficos, hipotensión y anorexia. A este cuadro sintomatológico se añaden manifestaciones<sup>119</sup> bioquímicas y



hematológicas consistentes en aumento de VSG, leucopenia, disminución del cociente albúmina/globulina, hiperuricemia y disminución del lípidos séricos. Sin embargo su gravedad es nula y su resolución suele efectuarse en 48 horas.

Lo que no está tan clara es la interpretación biológica y su mecanismo de producción, habiéndose querido ver una relación con fenómenos alérgicos. Recientemente Rovensky<sup>120</sup> y cols ha recogido en sus trabajos la posible relación entre el efecto analgésico-sedativo de la cura termal, el aumento de opiáceos endógenos y cortisol y la aparición de las crisis termales.

El más reciente estudio sobre crisis termales, publicado por Dutkiewicz<sup>121</sup> y cols, describe los efectos indeseables más frecuentes según el tipo de tratamiento termal aplicado. Así, en terapias antirreumáticas, los dolores generalizados y en ambos miembros inferiores son los más directamente implicados; en terapias respiratorias, la sobreinfección bronquial y en tratamientos digestivos la diarrea es el efecto secundario por excelencia.

A pesar de que toda reacción de este tipo debida a la existencia de contraindicaciones no se puede calificar como crisis termal, parece evidente<sup>122</sup> que cuanto mayor es el equipamiento y la especialización de los balnearios, menor es la incidencia de este tipo de efectos secundarios.

Otra característica diferencial de este balneario, además de la asistencia médica permanente, es la educación sanitaria de los pacientes. Nuestro interés no es únicamente la mejoría de sus dolencias, sino la máxima prolongación en el tiempo de la misma. Para ello los médicos de este centro se encargan de impartir dos charlas divulgativas: una cuando se ha producido la entrada de todos los pacientes y otra antes de la salida de los mismos.

La primera es una conferencia de introducción a la cura termal, en la cual se explican las indicaciones y contraindicaciones de cada tipo de técnica, así como una aproximación socio-sanitario al Programa de Termalismo Social. Se explica también en que consiste el Programa de Termalismo Valenciano y otras formas de acudir al balneario.

En la conferencia de salida se explican las reacciones que se producen en el cuerpo tras la realización de una cura termal, vicios posturales habituales y la forma de corregirlos, consejos farmacológicos y de atención primaria, erradicación de “viejos mitos” sobre las curas termales y recomendaciones básicas previas a una nueva solicitud de plaza en balnearios.

Los “viejos mitos” sobre las curas termales, que cuesta mucho erradicar en estas personas, son fundamentalmente dos:

- La cuarentena: es la teórica obligatoriedad de no lavarse durante cuarenta días y cuarenta noches después de realizar una cura termal, para no perder el efecto de los minerales depositados sobre la piel.
- La novena: es la necesidad absoluta de realizar exactamente nueve días de tratamiento, porque si no, no tienen ningún efecto beneficioso o incluso pueden ser dañinos. Y dentro de la novena hay un anexo que dice que si no pueden ser nueve, al menos que sean impares. Sin comentarios.

Por último, el día antes de la salida de los pacientes se emite un informe médico post-cura termal en el que queda reflejada la historia clínica, las técnicas de cura inicialmente prescritas y realizadas, así como las incidencias que hayan podido producirse durante la estancia. En muchas ocasiones se recomiendan consultas por otros especialistas en base a sospechas diagnósticas de patologías desconocidas por el termalista.

Entre los médicos se establece un turno de guardias que queda expuesto en la clínica y en el hotel, para que, en caso de ser necesaria su asistencia, tanto las recepcionistas como las encargadas de clínica puedan encontrarlos con rapidez. A esto contribuye una pequeña emisora de radio que debe portar siempre el médico y que le permite una movilidad perimetral al balneario de unos 5 Km.

### **3.3.- Supuesto de urgencia nocturna.**

En el balneario Hervideros de Cofrentes cualquier paciente tiene la posibilidad de ser atendido incluso antes que en su domicilio habitual. Cuando un paciente se encuentra mal lo comunica inmediatamente a recepción. El recepcionista avisa al médico, indicándole el motivo de consulta en los mismos términos en que se lo han hecho saber a él. Dicho médico se pone inicialmente en contacto telefónico con la habitación y decide si es necesario que el paciente sea visitado en ese momento, en cuyo caso se desplaza hasta la misma (donde ya se encuentra un empleado de mantenimiento con el maletín de urgencias más próximo).

Según la gravedad del caso, tras las exploraciones pertinentes, se decide si el paciente puede ser tratado con nuestros medios o si precisa ser

evacuado al hospital de zona. Es entonces cuando decidimos si los tiempos de espera son o no apropiados al cuadro clínico del paciente.

### **3.4.- Urgencia y emergencia médica. Tiempos de espera.**

Los tiempos de espera en cada evacuación son proporcionales a la urgencia del caso. Por ello hay que diferenciar la urgencia de la emergencia médica.

Entendemos por urgencia toda situación clínica que requiere, con prontitud, atención especializada aunque no exista grave riesgo vital.

Entendemos por emergencia aquella situación que impresiona de gravedad por sus características y que puede terminar en graves secuelas o en la muerte del paciente si no se actúa a tiempo.

En caso de precisar evacuación para una urgencia la metódica burocrática a seguir es distinta entre los pacientes del IMSERSO y el resto.

Para todos los pacientes, independientemente del programa o agencia a que pertenezcan, si nos encontramos ante una emergencia médica con grave riesgo vital, se solicita la ambulancia municipal del Ayuntamiento de Cofrentes, la cual suele llegar a nuestro centro termal en cinco minutos.

No tratándose de una emergencia médica, cuando es un termalista del IMSERSO, nos ponemos en contacto con la compañía de seguros contratada por los Servicios Sociales, a la cual solicitamos un taxi o una ambulancia dependiendo del estado de paciente. Se facilitan todos los datos postales del termalista, así como fechas de entrada y salida al balneario y el motivo de la evacuación.

Tras unos minutos de espera nos confirman el tipo de transporte y la localidad de procedencia. Si el médico del balneario estima que la espera prevista es aceptable confirma el servicio a la compañía. Si no es así intentarán conseguir otro más próximo, solicitando de nuevo la conformidad médica. Por esta vía el tiempo medio empleado es de unos 30 minutos.

Si se trata de evacuar una urgencia de un paciente privado, del Servicio de Termalismo Valenciano o de una agencia de viajes, al no tener dichas entidades contratada ninguna póliza que cubra estos desplazamientos, hemos de recurrir al médico de guardia de la Seguridad Social, quien nos pide también un diagnóstico de presunción para firmar el parte de solicitud de transporte urgente. Todas estas evacuaciones se realizan en ambulancia, ya que no se dispone por esta vía de la posibilidad de contratar un servicio de taxi.

Si la patología es importante y requiere controles frecuentes o medicación mientras esperamos, el médico permanece junto al paciente. Incluso si el cuadro clínico no es demasiado grave, pero coexiste un fondo ansioso en el paciente o en sus familiares, se queda igualmente a su lado.

Ante cuadros de cierta gravedad no damos por concluida nuestra asistencia en el momento en que llega el vehículo, sino que acompañamos al paciente en la ambulancia hasta la puerta de urgencias del hospital a que es remitido, informando directamente al médico que está de guardia en dicho centro.

Es quizás en los instantes previos a la llegada del transporte, donde la actuación del médico del balneario es más importante, ya que de la correcta administración de los fármacos, de la contención de un proceso hemorrágico o de la corrección de una postura antifisiológica en un traumatizado, se puede derivar una ausencia de secuelas o una minimización de las mismas.



**3.5.- Seguimiento de la urgencia. Alta hospitalaria y regreso del paciente al balneario.**

Si transcurridas unas horas desde su llegada al hospital, no tenemos aún noticias del paciente nos ponemos en contacto con el servicio de urgencias. La información que recibimos es inmediatamente comunicada a los médicos del IMSERSO (caso de ser paciente de termalismo social) o a un funcionario encargado de este menester (en caso de ser paciente de Termalismo Valenciano). En el resto de los pacientes no hay que comunicárselo a nadie. Cuando es dado de alta, la compañía contratada por el IMSERSO se encarga del regreso del paciente a nuestras instalaciones o a su domicilio, si su estado así lo aconseja. En todos los demás pacientes el

médico de puertas de urgencias decidirá si se solicita o no una ambulancia para volver.

Cuando regresa el paciente al balneario, archivamos la hoja de asistencia hospitalaria y decidimos sobre la continuación o no del tratamiento termal. Si tras esta asistencia el estado del paciente contraindicase su regreso a casa en autobús, se le proporcionará taxi o ambulancia hasta la puerta de su domicilio a través de la compañía anteriormente citada.

En nuestro balneario ninguna asistencia urgente se cobra. Es un servicio que la dirección del centro establece para la mayor satisfacción de sus pacientes.

### **3.6.- Material de trabajo. Muestra de pacientes.**

El balneario comenzó a funcionar con el actual esquema en el año 1.988, siendo el paciente que acudía por el IMSERSO el principal cliente de que se disponía. Además del aumento de plazas de año en año por parte de esta institución, se crea en el verano de 1.995 un programa de termalismo regional dependiente de la Generalidad Valenciana, a lo que se añade en pequeña escala durante el año 1.994, casi nula en el 1.995 y con un nuevo aumento en el 1.996 el paciente que llega a través de Cavaltour y como particular (contratando los forfait de alojamiento con cura termal ofrecidos por la dirección del centro).

Partimos de una muestra total de 10.000 pacientes del IMSERSO, 1.792 del Servicio de Termalismo Valenciano y 1.600 particulares

(incluyendo en ellos a los procedentes de agencias de viajes y a los que contratan un forfait de alojamiento con cura termal). De estos casi siete mil termalistas/año solo estudiaremos, a los que demanden asistencia médica urgente cuando el médico no se encuentre en las dependencias del centro termal.

Todas las urgencias que se produzcan en horario de consulta, quedarán excluidas en este estudio, ya que la finalidad del mismo es comprobar hasta que punto la ausencia de servicio médico fuera de horas influye negativamente en la estancia del termalista.

Por ello se ha analizado la cantidad de pacientes que solicitan asistencia médica urgente fuera del horario habitual de consulta del centro termal de nuestro balneario (actualmente de 10h a 13h y de 17h a 19h) entre los meses de marzo y diciembre de 1.996 y entre febrero y diciembre de 1.997, estudiando el perfil del termalista que la solicita según la gravedad del caso.

Comprobaremos si aquellos pacientes que cumplen los criterios de riesgo predefinidos, solicitan atención médica urgente con mayor frecuencia que el resto, lo cual podrá servirnos como herramienta predictiva en los años siguientes.

Para recoger los datos correspondientes a cada asistencia se creó en marzo del año 1.996 un fichero en base de datos Acces 2.0 en el que se reflejan los siguientes datos: nombre del paciente, edad, sexo, población, habitación, número de historia clínica, médico que atiende la urgencia, número de orden de la asistencia, hora, mes, turno (caso de ser paciente del IMSERSO), tipo de urgencia según la gravedad, diagnóstico de presunción, tratamiento, necesidad de evacuación, ingreso en hospital de zona, derivación a hospital de primer orden, estancia en UVI, urgencia médica o traumatológica, resultado final y, finalmente, si fue definido como paciente de riesgo a su llegada al balneario y por qué patologías.

Posteriormente nos pareció interesante estudiar la localización de las caídas, dado que hemos tenido problemas médico-legales con termalistas que solicitan indemnizaciones tras las mismas, responsabilizando a la empresa. Se trata de ver si se producen principalmente en el centro termal por la condensación del vapor de agua o si el estado físico limitado de algunos de ellos es el factor más directamente implicado.

La ficha sobre la que hemos trabajado es la que a continuación se muestra, si bien la antigua base de datos ha sido exportada a la última versión de Access para poder realizar un mejor tratamiento informático de todos los campos susceptibles de ser relacionados.

<b>Nombre:</b> .....	<b>Edad:</b> .....	<b>Sexo:</b> .....
<b>Población:</b> .....	<b>Provincia:</b> .....	<b>Habitación:</b> .....
<b>Número de historia:</b> .....	<b>Clave del médico:</b> .....	
<b>Número de urgencia:</b> .....		
<b>Tipo de urgencia:</b>	1) No era realmente urgente. 2) Urgencia de bajo riesgo. 3) Urgencia potencialmente grave. 4) Urgencia vital.	
<b>Hora de asistencia:</b> .....	<b>¿Evacuado al hospital?:</b> V F	
<b>¿Derivado a otro hospital?:</b> V F		
<b>¿UVI?:</b> V F	<b>Número de días en UVI:</b> .....	
<b>¿Urgencia traumatológica?</b> V F		
<b>Localización:</b>	1) En su habitación. 2) En zonas comunes del hotel. 3) En la clínica. 4) En la calle.	
<b>¿Fue definido como paciente de riesgo?:</b> V F		
<b>Factores de riesgo:</b> .....	.....	
.....		
<b>Número total de factores:</b> .....		
<b>Resultado final:</b>	1) Alta y continúa la cura termal. 2) Exitus. 3) Alta y traslado a su domicilio.	

° Para elegir los criterios de riesgo se pensó inicialmente en utilizar solamente el de gravedad, de modo que sólo se considerasen aquellas enfermedades que pudieran justificar una auténtica asistencia urgente. Sin embargo se ha comprobado en años anteriores al de recogida de datos para esta Tesis Doctoral que el anciano suele solicitar atención médica urgente por motivos menores con bastante frecuencia.

Por ello también se han incluido como criterios de riesgo enfermedades que, sin ser normalmente demasiado alarmantes, constituyen motivo de duda y ansiedad entre nuestros termalistas. Todas ellas están codificadas arreglo a la nueva revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10)<sup>123, 124</sup>.

Además comprobaremos en qué medida las urgencias que se nos presentan son o no atribuibles a los tratamientos termales. De este modo podremos valorar cuantitativamente si la atención primaria es tan importante como la hidrología a nivel de medicina balnearia.

**3.7.- Criterios de riesgo para asistencia urgente.**

<b><u>PATOLOGIAS</u></b>	<b><u>CIE 10</u></b>
1.- Cardiopatía isquémica.	I25.9
2.- Insuficiencia coronaria.	I25.8
3.- Insuficiencia cardiaca.	I50.0
4.- Arritmia cardiaca.	I49.9
5.- Varices graves.	I83.1
6.- Epilepsia cerebral.	G40.9
7.- Hipertensión arterial.	I10
8.- Hipotensión arterial.	I95.9
9.- Ulcus péptico.	K27.9
10.- Hernia de hiato.	K44.9

- |                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| 11.- Síndrome ansioso-depresivo. | F41.2 |
| 12.- EPOC.                       | J44.9 |

En total disponemos para este trabajo de trescientos trece casos (ciento sesenta y una fichas recogidas durante la temporada 1.996 y ciento cincuenta y dos recogidas durante la temporada 1.997) correspondientes a individuos con una edad máxima de noventa años y una edad mínima de tres años. Todos los datos han sido recogidos exclusivamente por los tres médicos del centro termal en los instantes posteriores a cada una de las urgencias.



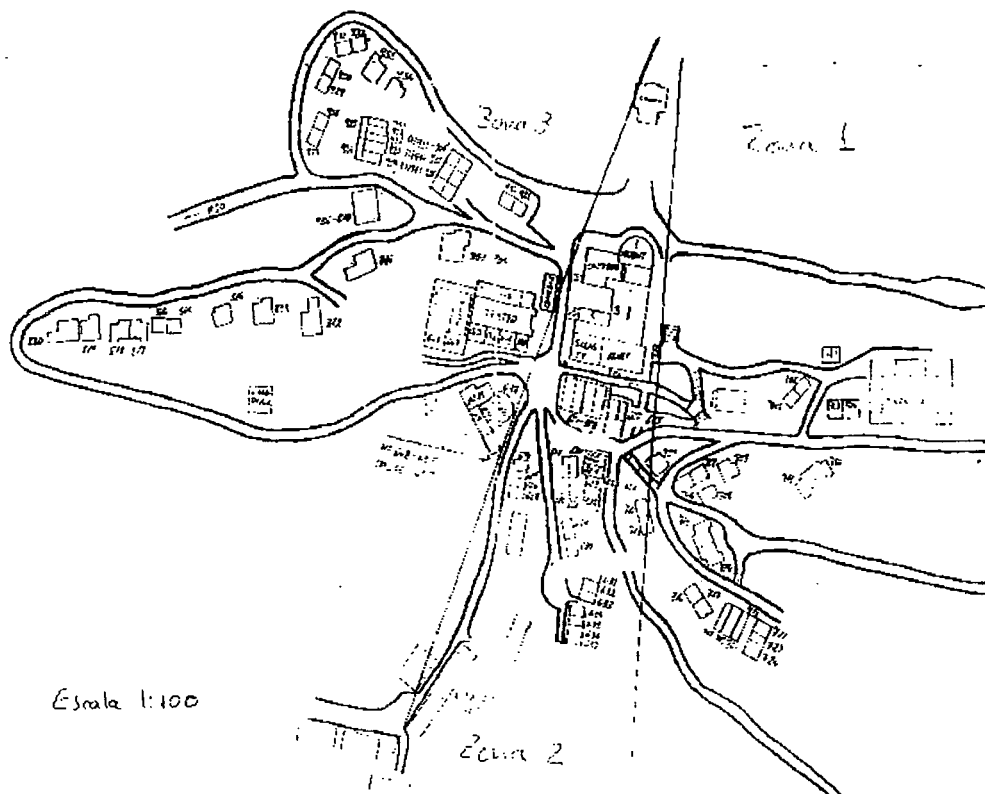
### **3.8.- Puntos de asistencia urgentes. Definición y localización.**

Definimos como punto de asistencia urgente al lugar, debidamente dotado, desde el cual se puede atender con rapidez y eficacia a un paciente sin pérdida de tiempo.

Tras estudiar el plano adjunto fueron definidos tres:

- En el centro termal (extremo Sur del complejo).
- En el hotel (zona central).

- En el Bar-Cafetería (extremo Norte).



Se pensó así para que la equidistancia entre la solicitud de asistencia médica y los medios de que disponemos, fuese máxima. Solamente disponen de llave para manejar sus contenidos los médicos del balneario.

El equipamiento de estos puntos de asistencia es:

- Maletín de urgencias standard, de cuyo contenido es responsable el médico de guardia.
- Botella de oxígeno portátil.
- Ambú, gafas nasales y mascarilla.
- Analizador de glucemias por punción digital.

#### ***4.- Resultados y discusión.***

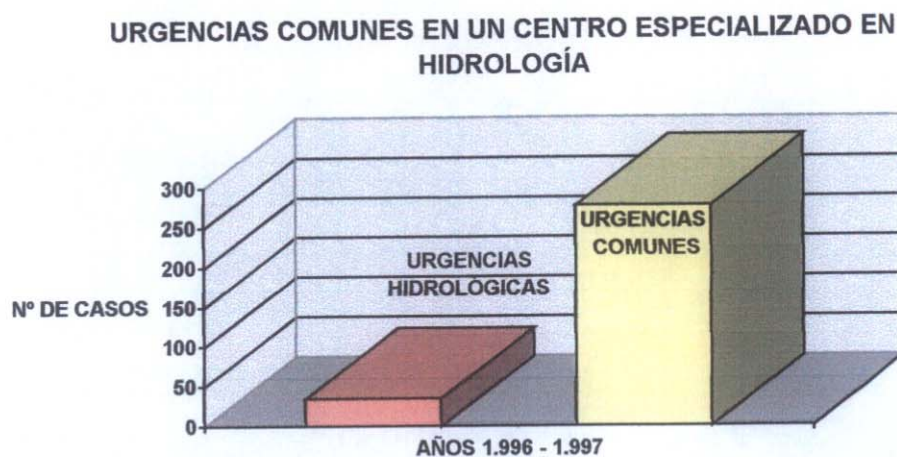
#### **4. - RESULTADOS Y DISCUSIÓN.**

##### **4.1. - Urgencias atendidas en el balneario.**

Según sean derivadas del tratamiento termal (aún correcto y solo como efecto secundario de la cura) o se trate de urgencias que se podrían haber presentado en sus domicilios habituales, las cifras que se obtienen muestran una clara diferencia a favor de la asistencia primaria en establecimientos especializados.

En efecto, solo 35 de las 313 asistencias realizadas, lo cual supone un 11.18% del total, podrían tener una relación directa con la aplicación de

este tipo de tratamientos. Mientras, las otras 278 podrían haberse presentado igual en un balneario que en cualquier otro sitio, al tratarse de patologías comunes, representando un 88,82% de toda la muestra.



Del análisis de estos datos se deduce la importancia considerable del médico generalista o de familia en este tipo de establecimientos, ya que atiende los cuadros patológicos que normalmente se le presentarían en una guardia normal de un centro de salud.

Siempre se ha dicho que la hidrología e hidroterapia son las bases fundamentales de la medicina termal, lo cual es altamente cierto. De la correcta prescripción de este tipo de tratamientos por personal médico cualificado, se derivará o no una mejoría en aquellos pacientes susceptibles de recibirlos. Todo esto siempre pensado en los balnearios en que los médicos pasan su consulta durante unas horas al día y después abandonan las instalaciones y, secundariamente, a sus pacientes. Posiblemente la no existencia de ningún estudio que cuantifique el número de urgencias y la gravedad o el tipo de las mismas, haga que este comportamiento se realice de forma casi automática.

En efecto, dado que los trabajos publicados sobre urgencias balnearias y efectos indeseables son más bien escasos, pocos profesionales del sector pueden sentirse realmente motivados sobre la necesidad de

establecer la atención médica permanente como uno de sus principales criterios asistenciales. A esto contribuye además la no obligatoriedad legal de tener médico de guardia, según el contrato establecido con el IMSERSO o con cualquier agencia de viajes.

Pero ha sido en los últimos años<sup>125</sup> cuando se ha hecho más evidente la preocupación por los aspectos humanos y éticos, del quehacer médico y se ha dado una proliferación de reuniones científicas, textos, manifiestos de sociedades, etc., en los que abordan estos temas. En nuestros días se han planteado en el ejercicio profesional situaciones tan desconocidas anteriormente que el médico carece de modelos de conducta derivados de su propia experiencia e incluso de la experiencia del colectivo profesional. En muchas ocasiones hemos de acudir a la deontología médica, según la cual<sup>126</sup>: *“la Deontología Médica es el conjunto de los principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico”*

Pero hay veces que no le sirven al médico las normas deontológicas. Es su instinto, su conformación moral y el sentido de las cosas bien hechas lo que le hace tomar decisiones mucho más allá de los mínimos exigibles.

A este respecto los médicos del sector balneario podemos vernos ante el conflicto ético-moral de que, si cumplimos solo con la legalidad vigente, podemos dejar sin la atención necesaria a nuestros pacientes, lo cual se agrava por lo avanzado de sus edades.

Igualmente la antigua idea de la supuesta mayor importancia de la hidrología sobre la medicina general en los centros balneoterápicos, podría quedar en entredicho tras un primer análisis de los datos obtenidos. Es posible que el especialista en hidrología médica sea, en un centro balneoterápico con asistencia permanente, por lo menos tan importante como el médico generalista si analizamos el tipo de urgencias atendidas.

#### **4.2. – Factores de riesgo y asistencias urgentes.**

Vamos a analizar si realmente demandan con mayor frecuencia asistencia urgente los pacientes con las patologías más graves. Para ello nos vamos a valer de los criterios que utiliza el IMSERSO para puntuar la variable enfermedad.

Ya se citó que cuanto mas graves, dentro de unos límites, sean las patologías del solicitante, mayor puntuación se le asigna y por ello, mayor facilidad tendrá para obtener plaza en los balnearios en temporada alta. Esto quiere decir que, al corresponderse esta temporada con los meses veraniegos, los termalistas que acuden a nuestras instalaciones en dichas

fechas son los que presentan las patologías más graves y en mayor número.

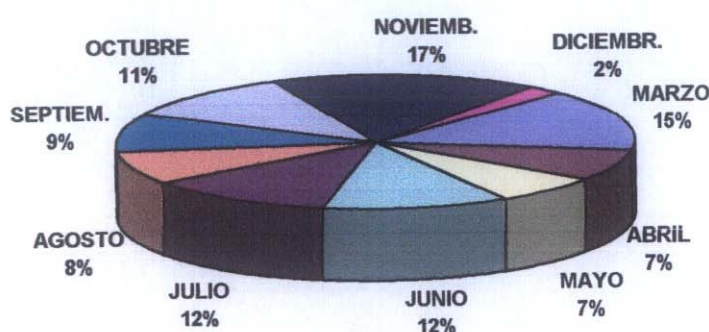
Los datos obtenidos tras separar las urgencias por meses son los que se muestran a continuación:

*Tabla n°11. - Distribución de las urgencias por meses*

MARZ.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS.	SEPT.	OCT.	NOVIE.	DICIE.
47	23	21	37	37	25	29	35	52	7

Nuestro ritmo de funcionamiento en cuanto a entradas y salidas de pacientes del IMSERSO es prácticamente constante, con unos 300 termalistas por quincena en los años 1.996 y 1.997. Ello es así porque cuando se aproximan los meses de verano y, especialmente en la primera mitad, los turnos correspondientes al Programa de Termalismo Social del IMSERSO y al Programa de Termalismo Valenciano se reducen ligeramente para permitir el acceso a clientes jóvenes, a grupos de ancianos procedentes de residencias (normalmente con patologías de importancia) y a grupos de minusválidos que acuden a nuestras instalaciones gracias a instituciones como la ONCE.

#### NÚMERO DE URGENCIAS POR MESES





El volumen de pacientes se mantiene constante en torno a los trescientos desde el primer viernes de la temporada (en el que se alcanzan la ocupación máxima) hasta el último lunes de la semana de cierre (en el que empieza a decrecer, sin recuperación inmediata, el número de ocupaciones).

A la vista de los resultados da la impresión de que en temporada alta, a pesar de tratarse en ella a los pacientes con peor estado de salud, no se producen más urgencias derivadas del mayor grado de enfermedad. Este hecho puede atribuirse a que muchos de los informes médicos con los que se acceden a cualquiera de estas plazas no están correctamente cumplimentados. Si tenemos también en cuenta el alto grado de informatización del servicio médico del IMSERSO como organismo público que es, entenderemos que muchos de ellos queden aprobados tras ser introducidos sus fríos datos en cualquiera de sus ordenadores.

Los errores pueden obedecer principalmente a dos causas:

- El nivel de desconocimiento que todavía hoy se tiene entre la profesión médica de la estructura clínica de los balnearios, de las indicaciones de la cura termal y, sobre todo, de sus contraindicaciones. Sigue escuchándose con demasiada frecuencia aquello de “... vaya usted que mal no le va a hacer”.
- El nivel de trabajo que existe en muchos centros de salud y que hace al médico pasar consulta con cierta rapidez. Incluso en pacientes que requieren una exploración clínica extensa y que no acuden a que se les rellene un simple informe médico.

Para comprobarlo se seleccionaron los meses de julio y agosto (temporada alta) y octubre y noviembre (temporada baja), tomándose una muestra de 25 informes médicos por mes y año, lo cual hace un total de

200 informes que fueron emitidos tanto por médicos de familia como por generalistas y traumatólogos. Se obtuvieron los datos tanto de pacientes del IMSERSO como del Servicio de Termalismo Valenciano.

Entenderemos por informe correcto aquel en el que constan todos los antecedentes médico-quirúrgicos del paciente, identificación del mismo y del facultativo, fecha correcta, tratamiento farmacológico o de otro tipo seguido, contraindicaciones a la cura termal y grado de las mismas, datos básicos de movilidad, autosuficiencia y estado mental.

Los datos obtenidos fueron los siguientes:

**Temporada alta (1.996 y 1.997)**

- Totalmente correctos: 14.
- Incorrectos: 86,
  - Sin nombre del paciente o del médico: 42
  - Omitiendo antecedentes quirúrgicos: 30
  - Omitiendo graves trastornos de retorno venoso: 12
  - Omitiendo cardiopatías: 20
  - Sin constar el tratamiento farmacológico: 28

**Temporada baja (1.996 y 1.997)**

- Totalmente correctos: 17.
- Incorrectos: 83,
  - Sin nombre del paciente o del médico: 39
  - Omitiendo antecedentes quirúrgicos: 25
  - Omitiendo graves trastornos de retorno venoso: 13
  - Omitiendo cardiopatías: 25
  - Sin constar el tratamiento farmacológico: 22

Además suelen coexistir más de uno de los errores citados en el mismo informe, lo cual agrava todavía más la situación.

Los porcentajes de fiabilidad obtenidos en julio y agosto son del 14%, mientras que en octubre y noviembre son del 17%, lo cual hace pensar en una uniformidad de errores durante toda la temporada balnearia.

Para obtener datos más fiables vamos a estudiar nuestra muestra de pacientes, analizando los factores de riesgo que presentan los termalistas que requieren asistencia en temporada estival, en comparación los que acuden a nuestras instalaciones en temporada baja.

Se obtienen así los siguientes resultados:

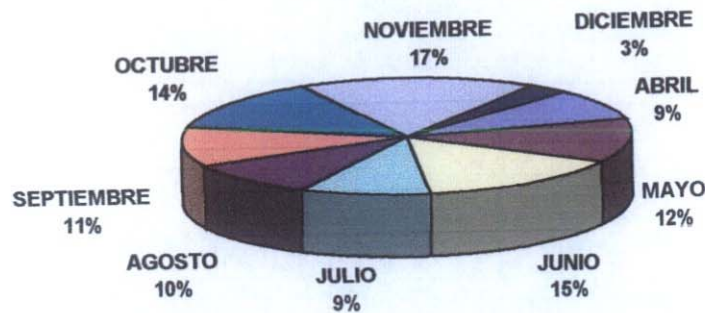
*Tabla n°12. - Pacientes con factores de riesgo según el mes de estancia*

<i>MAR.</i>	<i>ABR.</i>	<i>MAY.</i>	<i>JUN.</i>	<i>JUL.</i>	<i>AGO.</i>	<i>SEP.</i>	<i>OCT.</i>	<i>NOV.</i>	<i>DIC.</i>
26	14	19	24	16	15	17	22	27	5

Observamos como el mes de mayor incidencia es noviembre, precisamente uno de temporada baja siguiéndole el mes de marzo, que también lo es. El mes con menor número de pacientes de riesgo es diciembre, si bien este dato no debe ser considerado porque el balneario permanece abierto en él solo durante la primera quincena. De todos modos, aún solo para quince días, es una cifra muy baja, que puede deberse no solo al buen estado físico de los pacientes a los que se les concede temporada baja, sino también a que es un mes de ajuste en el que muchas solicitudes que han quedado en lista de espera se movilizan a última hora para completar los turnos.

Desde julio a septiembre las cifras no son especialmente elevadas, con la particularidad de que en agosto, mes veraniego por excelencia, se obtiene uno de los índices más bajos, si exceptuamos diciembre por los motivos anteriormente comentados.

### PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL MES DE ESTANCIA



Es un hecho constatado<sup>127</sup> el grado de desconocimiento por parte gran parte de la profesión médica de los beneficios e indicaciones de la terapia termal, lo cual se traduce muchas veces en la recomendación de este tipo de tratamientos para pacientes con contraindicaciones importantes. Mientras no se instruya suficientemente<sup>128</sup> a los médicos de atención primaria (especialmente a los que vía MIR acceden a una plaza de medicina comunitaria y de familia) en los conocimientos de la indicación y contraindicación hidrológica, estará todavía más justificada la presencia médica permanente, en este tipo de establecimientos para poder comprobar el real estado de salud de los pacientes que desean realizar la cura termal.

#### **4.3. - Urgencias en pacientes sin control médico previo a la cura termal.**

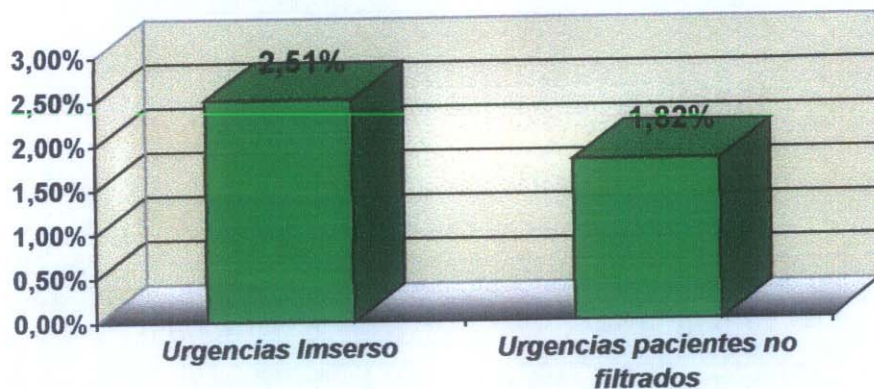
Al definir los objetivos de esta Tesis doctoral se planteó la hipótesis de que es necesaria la existencia de un servicio médico en el Programa de Termalismo Valenciano, pensando sobre todo en que de su ausencia podría derivarse un mayor número de urgencias por mal control de las patologías de base de los usuarios de este servicio y por la existencia de contraindicaciones no debidamente informadas.

Del mismo modo, el acceso a nuestras instalaciones de otro tipo de pacientes, como los particulares estrictos o los enviados a través de agencias de viajes, tampoco está sometido a ningún control médico previo a su entrada en el balneario.

Inicialmente parece lógico pensar que, al no estar seleccionados, el nivel de demanda de asistencia urgente sería más elevado. Vamos a analizar los datos obtenidos para tener un criterio más objetivo.

En total se produjeron 65 llamadas, lo que supone un 20,76% del total de las urgencias. Ello quiere decir que el porcentaje relativo de urgencias en pacientes no filtrados por servicios médicos previos a la cura termal es de un 1,82%. Si lo comparamos con el 2,1% obtenido en pacientes del IMSERSO comprobamos que, a pesar de existir control médico a la hora de estudiar las solicitudes, no se atienden porcentualmente menos urgencias en este tipo de pacientes.

**URGENCIAS SEGÚN CONTROL MÉDICO PREVIO**



No se han tenido en cuenta las 9 urgencias ocurridas en clientes pasantes, entendiendo como tal al que acude solo unas horas a nuestras instalaciones. Son, normalmente, familiares de los residentes que se limitan a comer en el hotel o a pasar el día con ellos. Al no constituir un paciente con estancia y pernoctación y tratarse de unos 3.000 al año, se les excluye para no distorsionar los datos.

Como se puede comprobar hay más urgencias en termalistas del IMSERSO (con informe médico previo a la solicitud) que en el resto de pacientes. No parece lógico y la explicación puede estar, como hemos visto

con anterioridad, en el alto grado de errores y omisiones que contienen dichos informes.

Vamos a estudiar porqué los pacientes que acceden a la cura termal a través del Programa de Termalismo Valenciano, solicitan con menor frecuencia asistencia médica urgente. Inicialmente cabe plantearse el análisis con relación al número de días, ya sus estancias son algo más cortas.

Teniendo en cuenta que los datos obtenidos para los pacientes del IMSERSO fueron de 2.1% de urgencias sobre 10.000 pacientes y para los pacientes de Termalismo Valenciano fueron de 0.83% urgencias sobre 1.792 termalistas, podemos estudiar la auténtica relación que guardan todos estos datos:

#### **IMSERSO**

2.11% 14 días  $2.11/14 = 0,15\%$  de urgencias/estancia.

#### **TERMALISMO VALENCIANO**

0,83% 9 días  $0,83/9 = 0.09\%$  de urgencias/estancia.

Tras observar los porcentajes podemos casi afirmar que el nivel de urgencias es algo más similar, con cifras entorno al 0,1% de urgencias por día de estancia.

Por lo tanto la actual existencia de servicio médico en el IMSERSO no parece conseguir índices más bajos en los niveles de asistencias urgentes respecto al Programa de Termalismo Valenciano. Aún así estos datos no justifican su ausencia, ya que a pesar de los bajos porcentajes obtenidos tuvimos que atender a algunos pacientes con muy precaria salud procedentes de este último programa.

#### **4.4. - Criterios de no admisión a la cura termal.**

Con ánimo de prevenir problemas de salud en algunos de nuestros pacientes, establecemos unos criterios de no admisión de índole médica. Obedecen a un único fin: el bienestar del paciente y el intento de que su nivel de salud sea máximo. Todos ellos se aplican a cualquier tipo de termalistas, independientemente de que accedan a nuestras instalaciones como particulares o como pacientes de un servicio público. El primero de ellos es parcialmente compartido por el IMSERSO, de modo que admite en su Programa de Termalismo tanto a los balnearios que los aplican como a los que no lo hacen. De hecho, cuando se solicita plaza, para un paciente con alguna de estas patologías en balnearios que las tienen como criterios excluyentes, se derivan hacia centros que sí admiten a estos pacientes.



#### **4.4.1. -Criterios de exclusión a la cura termal.**

- 1) Necesidad de recibir oxigenoterapia ambulatoria (excepto para los síndromes de apnea del sueño).

A lo largo de una temporada cualquiera hemos de facilitar transporte a sus domicilios, incluso el primer día de estancia, a tres o cuatro pacientes que fueron enviados erróneamente por otros médicos o que omitieron en el informe anexo a la solicitud el mencionado dato.

Los siguientes son criterios médicos comunes y excluyentes<sup>55</sup>,  
<sup>129</sup> compartidos tanto por el IMSERSO como el servicio médico de nuestro balneario.

- 2) Pacientes que no puedan valerse por si mismos para las actividades de la vida diaria, puesto que el programa no prevé la ayuda de una tercera persona.
- 3) Pacientes con trastornos psíquicos graves que puedan alterar la convivencia en un centro residencial colectivo.
- 4) Pacientes con enfermedad infecto-contagiosa.

Los criterios de no admisión se fundamentan también en cuestiones orográficas y de comunicación vial, así como en la seguridad del resto de termalistas, con el único fin de que el estado de salud de todos ellos sea el máximo posible. Nos encontramos en una zona de interior relativamente próxima al hospital de Requena: 40 km. Pero dada la gran cantidad de curvas existentes en la carretera que nos une con él, el transporte de un paciente en estado grave puede hacerse muy prolongado en el tiempo. Si nuestro centro termal estuviese situado en las proximidades de un hospital, no habría ningún inconveniente para tratar a los insuficientes renales o respiratorios.

Aplicando esta norma podría pensarse que cualquier paciente susceptible de sufrir una descompensación en sus patologías de base,

debería quedar excluido del acceso a nuestras instalaciones. No es así porque consideramos que, con nuestros medios, es más factible controlar a un paciente con una insuficiencia cardiaca que a otro que presente una insuficiencia respiratoria. Además la mayoría de pacientes con oxigenoterapia domiciliaria nos refieren en consulta no administrarse el oxígeno en los flujos y tiempos marcados por su neumólogo. Creemos que es más posible tratar en un paciente una descompensación cardiológica mientras acude a un centro hospitalario que una acidosis respiratoria sin tener posibilidades de conocer los valores gasométricos.

Además podríamos incurrir en responsabilidad médica si admitiésemos a un paciente con oxigenoterapia o con diálisis. Suponiendo que una descompensación en los mismos fuese inicialmente tratada correctamente por los médicos del balneario y posteriormente evacuada, pero con resultado fatal, se podría cuestionar la eficacia de la consulta médica previa al inicio de la cura termal. Entendemos que ambas situaciones clínicas no son cuadros leves y, aunque existiesen problemas reumáticos asociados, las consecuencias derivadas del tratamiento balneoterápico podrían ser contraproducentes para su estado general.

Igualmente podríamos incurrir en responsabilidad admitiendo a un paciente con enfermedad infecto-contagiosa o con patología mental capaz de alterar la convivencia en grupo. Siempre seríamos los responsables de un brote infeccioso o de las lesiones producidas en otro termalista por una agresión, que tenga lugar, por ejemplo, durante un delirium tremens.

Hemos de diferenciar los criterios de no admisión de lo que son contraindicaciones médicas, ya que estas no impiden la estancia en el establecimiento, aunque sí la realización de los tratamientos. La existencia de uno de los anteriores criterios impide ambas actividades, dejando claro que no se impide la estancia en los casos de clientes que se limitan a dormir una noche porque van de viaje hacia otro lugar.

Cuando el problema de salud no es excluyente en cuanto a estancia, pero sí en cuanto a tratamientos termales, hablamos de contraindicación médica.

#### **4.4.2. – Contraindicaciones<sup>55,129</sup> y limitaciones a la cura termal.**

Las contraindicaciones y limitaciones que establece el IMSERSO para realizar tratamientos balneoterápicos son las siguientes:

1. Todo proceso neoplásico en tanto no se conozcan, mediante informe médico, los siguientes datos:
  - Tipo de lesión diagnosticada (clasificación TNM si es posible)
  - Tiempo de evolución.
  - Pauta de tratamiento aplicada (con fecha de finalización en caso de haber sido aplicada radioterapia o quimioterapia).
  - Estado clínico y resultados obtenidos en la última revisión y data en que se realizó.

En general, se considera apto un T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> en remisión completa a los tres años de evolución. Excepcionalmente puede bastar con el conocimiento de antecedentes termales previos con buena tolerancia al tratamiento con las técnicas concertadas. Se deberá contar con el consentimiento del servicio médico del balneario donde estén comprobados los antecedentes para aceptar al paciente en otro estadio de enfermedad.

También se incluyen aquí los cuadros hematológicos como leucemias, linfomas, mielomas, síndromes mielodisplásicos y mieloproliferativos

2. Todo proceso infeccioso grave en curso o sospecha del mismo, teniendo derecho a plaza los pacientes VIH + o que padezcan

otras enfermedades transmisibles por vía parenteral. Este criterio se establece por dos motivos:

- Las pocas probabilidades de que se produzca un contagio con otro terminalista, siempre que se tomen las medidas oportunas.
- El interés social de un programa sanitario de no marginar a un tipo de enfermos bastante separados, también psicológicamente de los demás

No se considerará causa excluyente ningún proceso agudo reflejado en el informe inicial, dado el tiempo que transcurre desde la finalización del plazo de admisión de solicitudes hasta la adjudicación de plazas, por lo que este apartado solo se valora con relación a la patología crónica declarada en el apartado de diagnósticos.

3. Toda acumulación de factores de riesgo cardiovascular, episodios recientes de accidentes vasculares tipo angor, infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral, angina inestable en evolución, elevado número de reingresos o ingreso reciente por descompensación cardiovascular, presencia de signos o síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia circulatoria sintomática...
4. Toda patología comicial no bien controlada o no suficientemente explicada, hasta conocer el periodo libre de crisis, los antecedentes de intervención quirúrgica neurológica, aunque fueran por procesos benignos (meningioma, estenosis de canal...), los casos de esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, procesos degenerativos, miopáticos, distrofias musculares..., para los que se reclaman informes específicos.
5. Todo proceso endocrino no bien controlado.

6. Toda insuficiencia grave de órgano, como la hepática con hipertensión portal, la renal con restricción hídrica, proteica o en programa de diálisis, la respiratoria con alteraciones gasométricas graves u oxigenodependiente...
7. Todo estado caquético o de extrema debilidad.
8. Todo antecedente quirúrgico no suficientemente explicado o que pueda sugerir alguna de las causas excluyentes.
9. Todo proceso en estudio en el momento de ser confeccionado el informe, en tanto no se aporte el resultado del mismo.
10. Todo cuadro demencial o psiquiátrico grave y los cuadros psicóticos estables en su medio con medicación, por el hecho de acudir sin compañía, ya que no se puede garantizar la administración del tratamiento antipsicótico durante la realización de la cura termal.

Todos estos criterios se aplican sistemáticamente en la criba inicial de solicitudes previa a la adjudicación de las dos convocatorias anuales y pueden considerarse absolutos, siendo admitidos tanto por el IMSERSO como por el resto de estaciones termales. Se relativizan cuando algunas de estas personas reclaman y aportan informes de antecedentes termales previos o el consentimiento de admisión por el servicio médico del balneario.

Posiblemente uno de los motivos de mayor número de comentarios y discusiones en hidrología sea el primero de los criterios médicos excluyentes para el IMSERSO: la patología neoplásica.

La adopción de este criterio como excluyente por parte del IMSERSO se fundamenta en la consulta realizada a las clásicas contraindicaciones admitidas desde antaño. Incluso las últimas publicaciones<sup>129,130,131</sup> siguen sin aportar novedades de interés. Cuando inicialmente se contraindicó a los pacientes afectos de patología neoplásica

para la realización de las curas termales el avance de la oncología estaba aún por llegar. Casi por definición se consideraba a este paciente como altamente debilitado, incapaz de poder resistir actividades físicas elementales, caquético, asténico, depresivo y terminal. Afortunadamente, y dentro de las limitaciones que todavía tenemos en el tratamiento del cáncer, muchos enfermos neoplásicos pueden realizar una vida casi normal.

En nuestra experiencia comprobamos repetidamente que la aplicación de tratamientos termales a estos pacientes, lejos de aumentar sus padecimientos, los mejora. Son pacientes ya tratados de sus procesos tumorales, con buen estado general y no necesariamente en el tercer año de remisión completa. Pensamos que el termalista con proceso oncológico tratado se beneficia de los tratamientos balneoterápicos psicológica y físicamente. En el primero de los aspectos por volvérselo a considerar como un paciente normal y a nivel físico por conseguir mejorías importantes en sus padecimientos reumáticos.

Igualmente se añade un tercer factor, que es la aplicación de tratamientos termales muy poco agresivos y bajo constante supervisión médica.

En cuanto a los procesos infecciosos transmisibles, patología cardiovascular y comicial, también coincidimos con el IMSERSO, pero no así en cuanto a las intervenciones quirúrgicas neurológicas incluso por procesos benignos. Nos parece demasiado severa la exclusión sistemática de cualquier paciente que haya sido sometido, por ejemplo, a una descompresión del canal lumbar por osteofitos importantes en dicha zona.

Respecto a las insuficiencias de órgano, endocrinas, caquexia importante o intervenciones poco informadas y con sospecha de alguno de los anteriores criterios, la coincidencia es absoluta.

#### **4.5. - Urgencias traumáticas.**

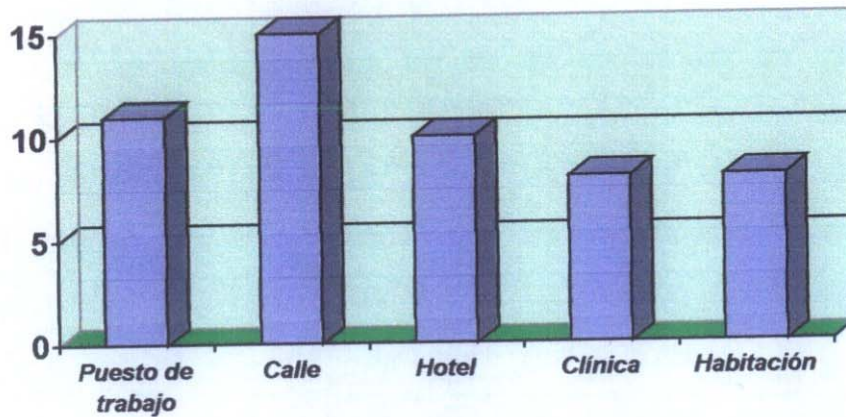
Tras el estudio de los datos encontramos un total de 52 urgencias traumáticas, lo cual supone un 16,61% del total frente al 83,38% que representan las urgencias médicas. De las primeras, 11 casos correspondieron a trabajadores (3.51% del total de asistencias) y 41 al resto de pacientes (13.09% del total).

La distribución de las mismas puede verse en la siguiente tabla:

***Tabla n°13.- Localización de las urgencias traumáticas.***

PTO. DE TRABAJO	HOTEL	CLÍNICA	HABITACIÓN	CALLE
11	10	8	8	15

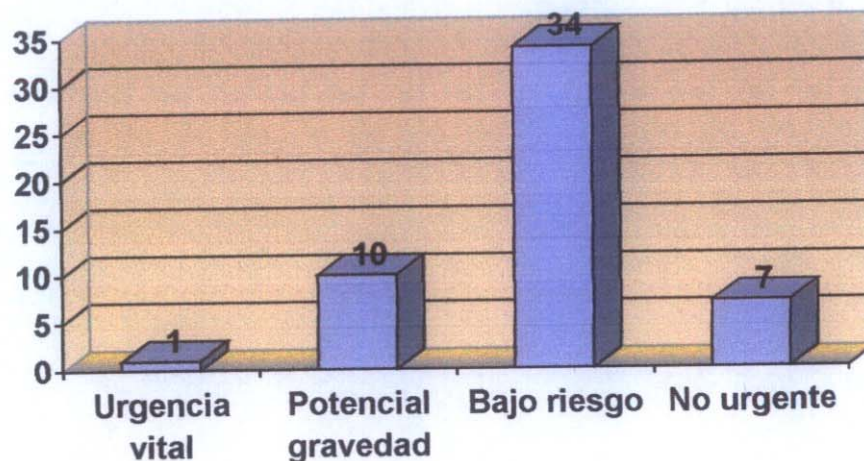
### LOCALIZACIÓN COMPARADA DE LAS URGENCIAS TRAUMÁTICAS



De todas ellas, una fue tipificada como urgencia vital por sospecha de hipertensión intracraneal (se incluye en el grupo de las traumáticas por establecerse la sospecha de dicho cuadro tras una caída), 10 lo fueron como potencialmente graves, 34 como urgencias de bajo riesgo y solo 7 no podían considerarse como urgencias.

Se evacuaron 32, lo que supone un 61.53% de todas las traumáticas y un 10.22% del total.

### DISTINTA GRAVEDAD DE LAS URGENCIAS TRAUMÁTICAS



Por lo que respecta al lugar donde se producen los accidentes podemos comprobar que, salvo las urgencias derivadas de trabajadores (nueve de cocina y dos de mantenimiento), donde más traumatismos



se han producido ha sido en la calle, duplicando casi a las caídas en la clínica y en las habitaciones, refiriéndose a éstas últimas, aunque por poco, el número de caídas mas bajo, con solo ocho.

Tras concluir, a principios del año 1.997, la instalación del ya mencionado sistema de deshumidificación se registraron cuatro caídas en el centro termal, exactamente las mismas que en 1.996, antes de su puesta en funcionamiento, por lo que no parece ser que los pacientes se caigan más o menos en función de esta mejora realizada.

Son, posiblemente, la edad avanzada y la inherente limitación de movilidad que se le asocia, las principales responsables de esas caídas.

Porcentualmente los datos quedan del siguiente modo:



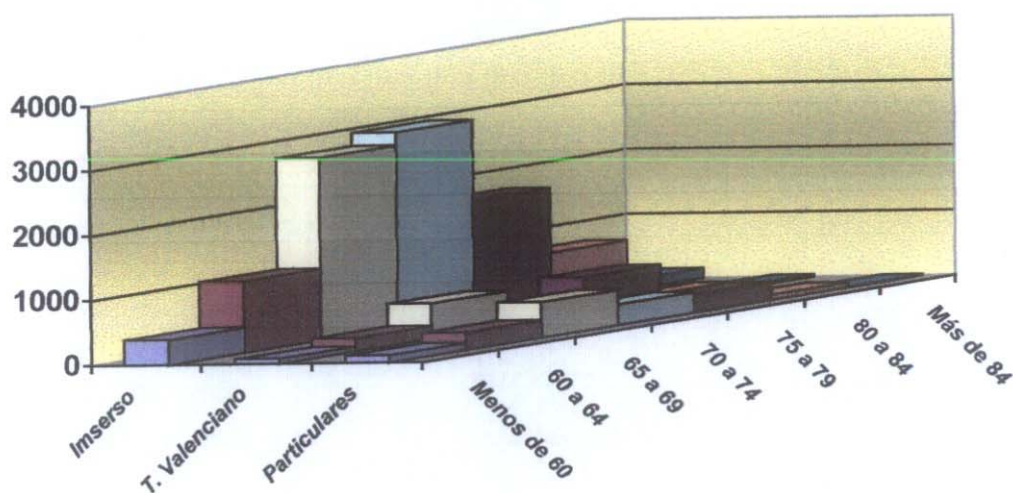
Sin contar el grupo de trabajadores, debido a que son personas relativamente jóvenes y que suelen consultar por urgencias distintas a las caídas, vamos a comprobar si existe relación directa entre la frecuencia de caídas y la edad.

Antes separaremos por grupos de edad los termalistas que acudieron a nuestro balneario en los años 1.996 y 1.997.

*Tabla nº14.- Distribución por grupos de edad de todos los pacientes atendidos.*

EDAD	IMSERSO	T. VALENCIANO	PARTICULARES
Menos de 60	380	72	104
60 a 64	1100	192	264
65 a 69	2816	540	547
70 a 74	3010	290	313
75 a 79	1776	560	280
80 a 84	770	110	80
Más de 84	148	28	10

**NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL BALNEARIO SEGÚN AGENCIA**



Podemos comprobar que los grupos de 65 a 69 años y de 70 a 74 años son los que constituyen, en cuanto a número, el principal tipo de pacientes que atendemos.

Sin embargo vemos que, a pesar de ser los termalistas de estos grupos de edad la gran mayoría, se obtienen cifras bajas de urgencias traumáticas, siendo el grupo de mayor accidentalidad el comprendido entre los 65 y 69 años.

**Tabla n°15.- Importancia de las caídas según grupos de edad.**

EDAD	PERSONAS ACCIDENTADAS	Nº TOTAL DE PERSONAS
Menos de 60	2	556 (3.59 ‰)
De 60 a 64	8	1556 (5.14 ‰)
De 65 a 69	10	3903 (2.56 ‰)
De 70 a 74	0	3613 (0 ‰)
De 75 a 79	8	2616 (3.05 ‰)
De 80 a 84	0	960 (0 ‰)
Más de 84	0	186 (0 ‰)

Estos resultados hay que analizarlos pensando que, posiblemente, se cae mas gente de 65 a 69 años porque coexisten dos circunstancias: son personas de una edad en la que todavía tiende a moverse bastante, y el avance de sus limitaciones físicas aún no es, por lo general, demasiado incapacitante. Puede avalar esta teoría el hecho de que a partir de los 80 años no está registrada ninguna caída por tratarse de personas, habitualmente, con poco margen de movilidad.

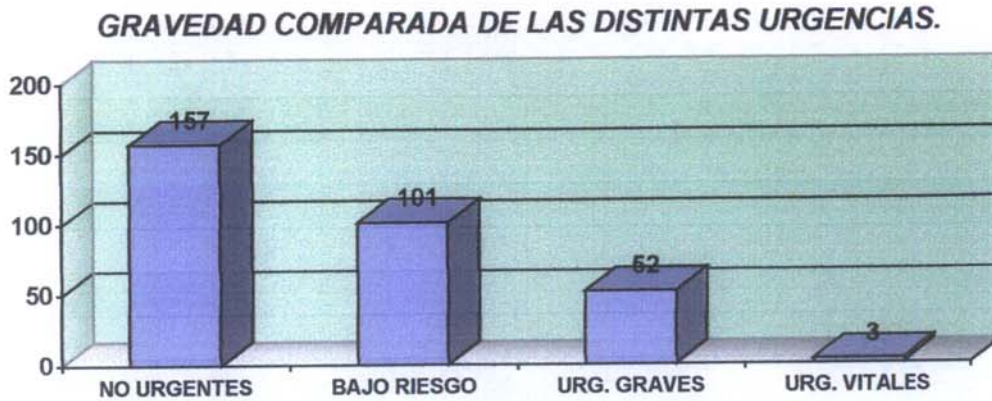
#### **4.6.- Urgencias según su gravedad.**

Hemos podido comprobar que realmente se produce un importante número de llamadas urgentes a lo largo de una temporada. Lo que ahora hemos de discriminar es si realmente los pacientes llamaron por problemas importantes o sospechosos de serlo o si, conocedores de la disponibilidad en todo momento de poder realizar una consulta, confunden la urgencia con la asistencia ambulatoria por pequeños problemas.

Para ello vamos a empezar por cuantificar los distintos tipos de las urgencias que se recogieron en las temporadas 1.996 y 1.997.

*Tabla n°16.- Tipos de urgencias según gravedad*

NO URGENTES	BAJO RIESGO	URG. GRAVES	URG. VITALES
157 (50.15%)	101 (32.26%)	52 (16.61%)	3 (0.95%)



Una primera aproximación a los datos obtenidos podría plantear una duda sobre la necesidad de la existencia de médico permanente en este tipo de establecimientos. Es cierto que 157 llamadas por problemas tan dispares como picaduras de insectos, por las que consultan dentro de los márgenes horarios establecidos como urgencias en esta Tesis Doctoral, discusiones matrimoniales, conductas agresivas por problemas de celos y cuadros asténicos derivados del déficit de actividad sexual, entre otros, podrían pasar perfectamente sin médico hasta el inicio de la consulta al día siguiente.

En efecto, solo las llamadas provocadas por estados de ansiedad supusieron un total de 40, lo cual equivale al 12,77% del volumen total de asistencias prestadas. Estudios sobre el estado psíquico como el realizado por Codina<sup>132</sup> muestran que en este grupo de población los problemas depresivos tienen una incidencia cercana al 35%, al coincidir en muchos casos la pérdida de facultades físicas y mentales con problemas familiares asociados.

Pero debemos tener en cuenta que la ansiedad puede presentar unas manifestaciones físicas como<sup>133</sup> inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño que nos obligarán a realizar un diagnóstico diferencial con patologías de base orgánica. Es entonces cuando el hecho de prestar asistencia médica de 24 horas deja más claro que no se trata de un simple apoyo psicoterápico hacia las personas mayores. En muchas ocasiones la sospecha clínica de patología orgánica en pacientes con reconocido fondo ansioso o depresivo ha recomendado su traslado al hospital, con el resultado de haber podido comprobar la existencia de cuadros isquémicos miocárdicos o auténticas arritmias cardíacas, en las que la ansiedad es solo un factor coadyuvante.

Incluso en los casos comentados y aunque solo sea para calmar la ansiedad es una importante ayuda para el individuo la entrada del médico en su habitación. No olvidemos el enorme miedo que, por lo general, tiene el paciente anciano a morir, lo cual hace que en ocasiones consulten urgentemente por nimiedades. Puede justificar esta actitud<sup>134</sup> el hecho de que las pérdidas personales y sociales que han ido experimentando a lo largo de su vida hagan que cada nueva muerte de otra persona signifique para el anciano una nueva experiencia acerca de la finitud de la vida, lo cual exacerba el miedo. Esto es así hasta el punto de obtener respuestas negativas o evasivas<sup>134</sup> cuando se les comenta alguno de los aspectos relacionados con el fin de nuestras vidas.

A pesar de esta doble justificación también es cierto que hay muchos pacientes que al ser preguntados sin acritud: ¿cuándo le pasa esto en su casa también llama al médico? contestan sin titubeos negativamente, lo cual es motivo, al menos, para la reflexión.

Respecto al resto de los datos no son nada desdeñables: 101 casos de urgencia moderada, 52 de cierta gravedad y 3 emergencias médicas.

#### **4.7.- Urgencias por edades.**

Haciendo una separación general por grupos de edad se observa que la mayor demanda de asistencia médica es la que corresponde al grupo de los 65 a 69 años, siguiéndole los menores de 60 años.

Sin embargo si los transformamos porcentualmente respecto al numero de pacientes de cada uno de esos grupos, observamos que quienes más llaman en términos absolutos obtienen uno de los índices más bajos, así como el resto de pacientes de avanzada edad, si exceptuamos los mayores de 84 años que duplican en porcentajes a toda la muestra mayor de 60 años.

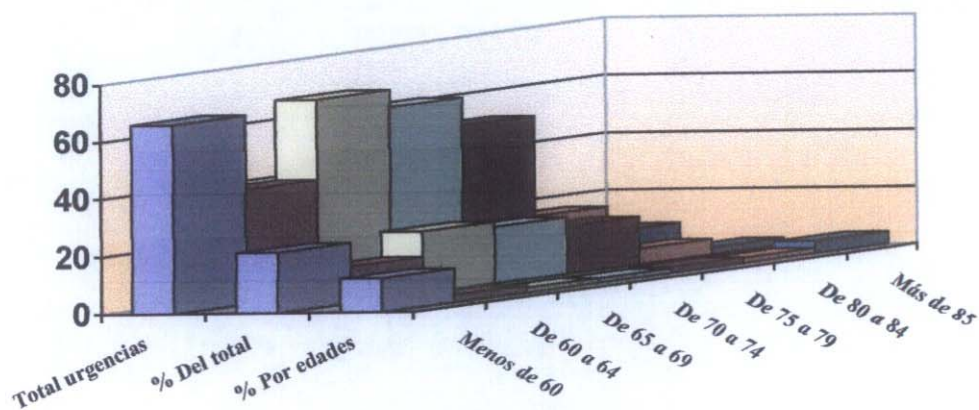
*Tabla n°17.- Urgencias según grupos de edad.*

EDAD	Nº. PACIENTES	Nº. LLAMADAS	% PACIENTES	% LLAMADAS
Menos de 60	556	66	11,87	21,08
De 60 a 64	1556	40	2,57	12,77
De 65 a 69	3903	68	1,74	21,72
De 70 a 74	3613	62	1,71	19,8
De 75 a 79	2616	52	1,98	16,61
De 80 a 84	960	17	1,77	5,43
Mas de 84	186	8	4,3	2,55

Lo que queda claro es que los que más llaman son los más jóvenes, que a su vez son los que menos patologías importantes suelen tener. Ello sin contar en estos datos a los trabajadores, los cuales hemos visto ya que son los que con mayor frecuencia solicitan asistencia.

Si los porcentajes se realizan respecto al número bruto de urgencias destaca el grupo entre 60 y 64 años, seguido por los menores de 60, lo cual vuelve a apoyar el dato de que cuanto menor sea la patología, mayor será el índice de llamadas.

#### URGENCIAS POR EDADES



Posiblemente aquellos termalistas con enfermedades ya establecidas y por lo tanto de mayor edad, saben llevar mejor sus problemas de salud y



no se alteran por sintomatologías poco graves o ya conocidas en cuanto al tratamiento inmediato y a la trascendencia que suponen.

#### **4.8.- Urgencias según el tipo de paciente.**

Ya se pudo comprobar como los índices brutos de urgencias entre los pacientes del IMSERSO eran superiores a los del resto de termalistas. Vamos ahora a estudiar porcentualmente los datos según el número de pacientes que acuden a través de los distintos programas.

Los datos iniciales que se obtienen son los siguientes:

*Tabla n°18.- Número de urgencias según tipo de paciente.*

IMSERSO	T. VALENCIANO	TRABAJADORES	PASANTES	PARTICULARES
210	15	29	9	50

En un primer vistazo, da la impresión de que sean los pacientes del IMSERSO los grandes demandantes de atención médica urgente.

### SEGMENTACIÓN DEL NÚMERO BRUTO DE URGENCIAS

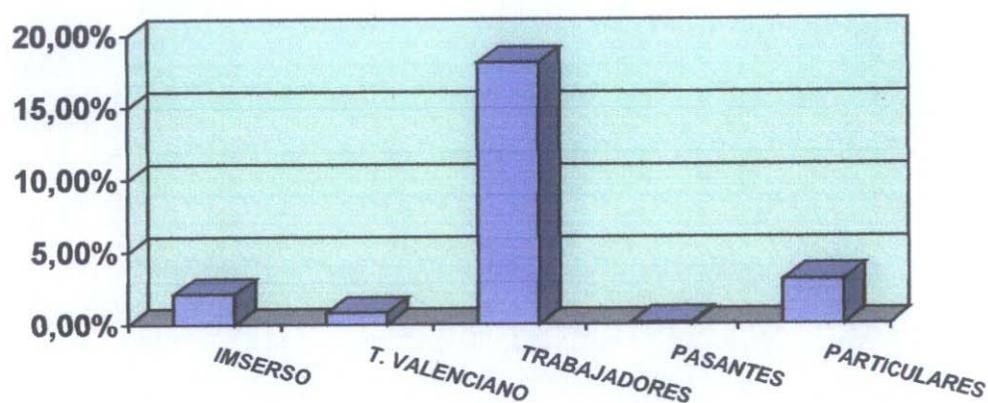


Sin embargo, si relacionamos cada una de estas cifras con su parte respectiva de la muestra total de pacientes (10.000 pacientes del IMERSO, 1.792 del Servicio de Termalismo Valenciano, 1.600 particulares y 80 trabajadores por año), comprobamos que el mayor demandante de asistencia médica urgente lo constituye la plantilla de trabajadores.

Tabla nº19.- Porcentajes de urgencias según tipo de paciente.

IMERSO	T. VALENCIANO	TRABAJADORES	PASANTES	PARTICULARES
$210/10000 = 2.1\%$	$15/1792 = 0.83\%$	$29/160 = 18.12\%$	$9/6000 = 0.15\%$	$50/1600 = 3.12\%$

### AJUSTE PORCENTUAL DEL NÚMERO DE URGENCIAS



Se trató en la mayor parte de los casos de accidentes en cocina con los útiles propios o de traumatismos en el personal del equipo de mantenimiento. No hubo ninguna caída ni accidente de personas jóvenes en el centro termal. Por este motivo la idea de que la condensación del vapor sea un factor altamente determinante en la génesis de las caídas dentro del centro termal da paso ampliamente a que sean los problemas de movilidad limitada del paciente anciano los más directamente implicados.

Como ya se vio con anterioridad, el nivel de asistencias es muy similar entre los termalistas del IMSERSO y los que no pasan control médico previo a la cura termal (particulares o del Servicio de Termalismo Valenciano), con cifras en torno al 0,1% de urgencias por día de estancia.

Respecto a los datos del IMSERSO, con una moderada mayor tendencia a consultar (0,15 % urgencias/estancia frente al 0,09% de Termalismo Valenciano), quizás influya en buena medida el hecho que la mayoría de estos pacientes hayan venido ya varias veces y, por tanto, saben que en cualquier momento pueden realizar con facilidad una consulta de este tipo.

#### **4.9.- Análisis de las evacuaciones.**

Solamente fueron evacuados 62 pacientes, lo que supone un 19.8 % del total de urgencias, mientras que los otros 251 pudieron ser atendidos por los médicos del balneario, lo cual representa un 80.2 % de las mismas. De ellos 33 pertenecían al IMSERSO y 29 a otros programas o agencias de viajes.

*Tabla n°20.- Evacuaciones realizadas.*

PACIENTES EVACUADOS	PACIENTES NO EVACUADOS
62 (19.8 %)	251 (80.2 %)

Cuando un paciente se encuentra mal no solicita ayuda directamente al médico, sino al portero de noche o la recepcionista. Hay dos hechos

importantes que se derivan de esta peculiaridad de nuestro trabajo. El primero de ellos, aunque se comentará con detenimiento más adelante, es el que hace referencia al secreto profesional. Aún no siendo personal sanitario, los trabajadores llegan a conocer datos sobre la salud de los termalistas. Los médicos del balneario deberán instruirles en la obligatoriedad de guardar secreto sobre los datos que conozcan. El segundo hecho digno de mención se refiere al ahorro sanitario que se puede producir por la existencia de médico permanente. Pueden sacarse datos muy interesantes. Vamos a verlo a continuación, para lo cual partiremos de dos premisas bastante claras:

- 1) Un empleado del balneario no perteneciente al grupo médico no puede decidir si una llamada urgente puede esperar al médico de seguridad social, ni si puede precisar asistencia hospitalaria. Por lo tanto y ante la duda todas las urgencias se derivarían al hospital de Requena.
- 2) El mismo empleado que habría de solicitar el transporte, tampoco podría decidir sobre la idoneidad o contraindicación del mismo en un taxi. Por lo tanto toda evacuación debería hacerse en ambulancia.

Para cuantificar lo más exactamente posible estos datos nos pusimos en contacto con el proveedor habitual de ambulancias de esta zona. Los precios varían según el tipo de paciente:

- 1) Transporte urgente en ambulancia para paciente de Seguridad Social: 8.500 pts.
- 2) Transporte urgente en ambulancia para paciente movilizad por cuenta de la compañía de seguros del IMSERSO: 9.500 pts.

Si tenemos en cuenta que se produjeron 103 llamadas urgentes en pacientes de la Seguridad Social que hubieran de haber sido trasladados al hospital por esta vía, obtenemos un gasto para sus arcas en dos años

de  $(103 \times 8.500 \text{ pts}) : 875.500 \text{ pts}$ . El resto, es decir 210 casos de la muestra, hubieran supuesto un total de  $(210 \times 9.500 \text{ pts}) : 1.995.000 \text{ pts}$ .

Por lo tanto en dos temporadas se hubiera producido un gasto de casi tres millones de pesetas en transporte de enfermos, lo cual justifica aún más la existencia de médico permanente en este tipo de establecimiento.

Como los anteriores datos incluyen tanto transportes que se hubieran realizado como transportes realizados, vamos a descontar las evacuaciones que realmente se produjeron.

En relación con los pacientes del IMSERSO se realizaron 33 transportes a hospital  $(33 \times 9.500) = 313.500 \text{ pts}$ .

Respecto a los pacientes que se acogieron a transporte vía Seguridad Social  $(29 \times 8.500) = 246.500 \text{ pts}$ .

Por lo tanto el ahorro total en ambos casos es el siguiente:

**IMSERSO**

$$1.995.000 \text{ pts} - 313.500 \text{ pts} = 1.681.500 \text{ pts.}$$

**SEGURIDAD SOCIAL**

$$875.500 \text{ pts} - 246.500 \text{ pts} = 629.000 \text{ pts.}$$

$$\text{Total} = 2.310.500 \text{ pts.}$$



Este hecho es de gran importancia, no solo hablando en términos de salud y atención médica, sino que apoya<sup>17</sup> todas las bases y teorías de la economía de salud al racionalizar el empleo de recursos para la prestación de servicios sanitarios eficaces que respondan a la demanda, utilizando para ello procedimientos modernos de gestión.

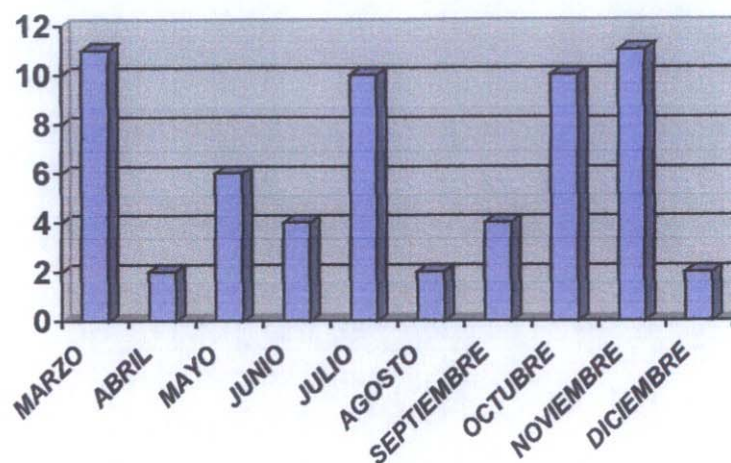
Separando por meses las evacuaciones que se produjeron se obtiene la siguiente tabla:

*Tabla n°21.- Número de evacuaciones según mes de estancia.*

MAR	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
11	2	6	4	10	2	4	10	11	2

Tras una primera aproximación a los datos parecen existir más traslados a hospital en los meses fríos, aunque se obtenga una cifra elevada en el mes de julio. Este hecho puede explicarse porque el nivel de salud de la muestra de pacientes objeto de este estudio, empeora debido a los ancianos procedentes de las residencias anteriormente citados o los discapacitados que suelen acudir en esas fechas.

*Análisis de las evacuaciones por meses.*





El tiempo medio de espera cuando los motivos fueron fracturas, luxaciones y patologías no calificadas como urgencia vital fue de treinta minutos, con un mínimo de diez minutos y un máximo de una hora.

En los casos extremadamente graves se recurrió a solicitar la ambulancia municipal, que acudió entre los cinco minutos y los ocho minutos. Esto sucedió en dos ocasiones durante la temporada 1.996 y en ninguna ocasión en la temporada 1.997.

#### **4.10.- Ingresos hospitalarios.**

Fueron ingresados en el Hospital Comarcal de Requena once pacientes del grupo de los evacuados, cinco de los cuales fueron inmediatamente derivados e ingresados en el Hospital General de Valencia.

***Tabla n°22.- Pacientes ingresados en hospitales***

HOSP. DE REQUENA	HOSP. DE VALENCIA	NO INGRESADOS
6	5	302

Entendemos también como no ingresado al paciente que permanece menos de 24 horas en observación en un box de urgencias.



Teniendo en cuenta que se tipificaron como pacientes de riesgo un total de 180, vamos a comprobar si existe relación clara entre este dato y el número de urgencias que requirieron ingreso hospitalario:

*Tabla n°23.- Ingresos hospitalarios.*

PACIENT. INGRESADOS	PACIENT. NO INGRESADOS
4	176

De los once ingresos, siete se produjeron en pacientes sin un solo criterio de los citados, por lo que la variable “criterio de riesgo” no es solo un factor pronóstico de gravedad, sino que contribuye a determinar cuales son las otras patologías de menor importancia por las que se consulta con frecuencia.

Su existencia parece mas ser más un criterio predictivo de llamada urgente y no presenta una estricta relación directa con la gravedad de la urgencia.

#### **4.11.- Urgencias nocturnas.**

Recordemos que una de las hipótesis que se ha planteado en este estudio es la necesidad o no de que exista servicio médico permanente. Ante la dificultad para definir el criterio de nocturnidad, consideraremos incluidos en este concepto las urgencias que se produzcan fuera del margen horario comprendido entre las 08.00h. y las 23.00h. Se ha establecido el anterior intervalo horario como calificador de urgencia nocturna porque en el mismo suele localizarse el médico ya en su habitación.

Los datos obtenidos son los siguientes:

*Tabla n°24.- Urgencias nocturnas vs diurnas*

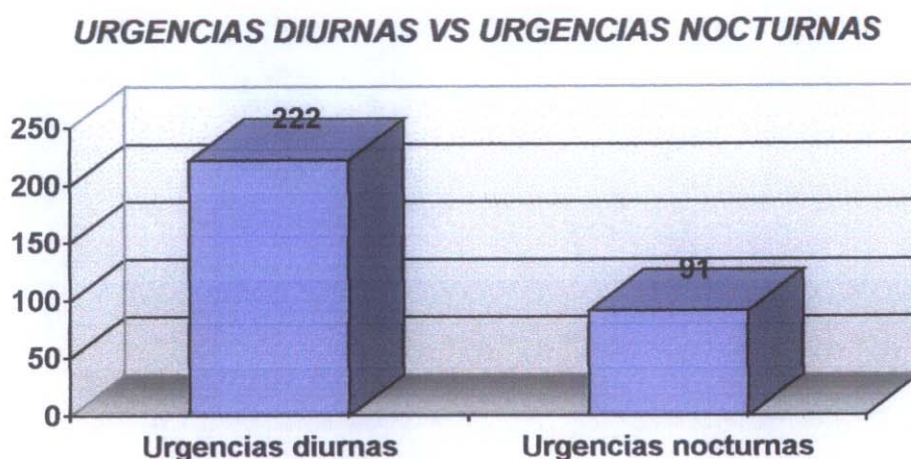
URGENCIA NOCTURNA	URGENCIA DIURNA
91	222

Se observa que casi un tercio de las veces que acudimos a una urgencia lo hicimos dentro del horario predefinido anteriormente.

En efecto, si bien los resultados son claros a favor de la predominancia de las urgencias diurnas, con un 70.92% de los casos, no es nada desdeñable el que el 29.07% de las asistencias prestadas fuesen en horario nocturno. Estos resultados refuerzan la hipótesis planteada en esta Tesis doctoral sobre la necesidad de servicio médico permanente.

En centros balneoterápicos sin médico de guardia es difícil, incluso para urgencias diurnas, llegar a establecer la conducta a seguir por trabajadores no sanitarios. La ansiedad, la indecisión y el dramatismo de estas situaciones se multiplica cuando se producen por la noche, ya que no suele haber más que uno o dos trabajadores en el hotel ajenos a la medicina y a los que se les exige actuar en temas para los que no están debidamente cualificados.

Gráficamente los resultados quedan del siguiente modo



Las 91 asistencias nocturnas han sido clasificadas según su gravedad para comprobar si se producen más llamadas motivadas por cuadros de ansiedad o por problemas de importancia. Los resultados obtenidos se reflejan a continuación.

**Tabla n° 26.- Distinta gravedad de las urgencias nocturnas.**

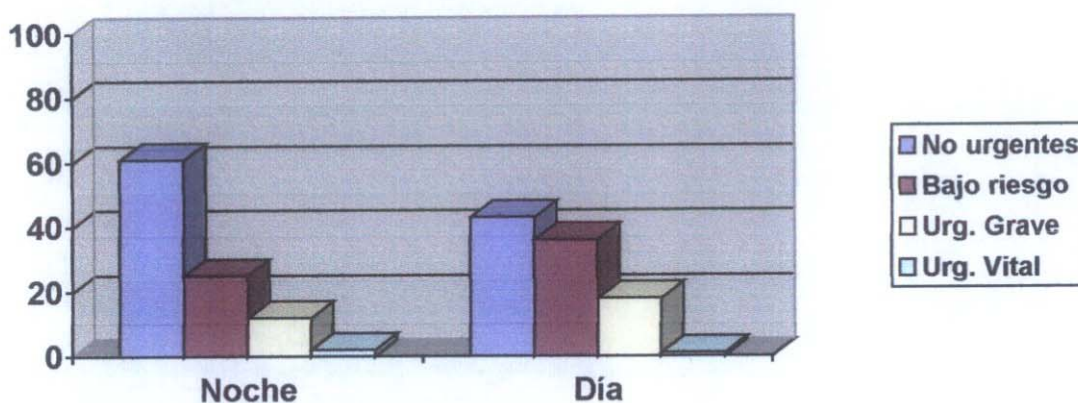
NO URGENTES	BAJO RIESGO	URG. GRAVES	URG. VITALES
56 (61.53%)	23 (25.27%)	11 (12.08%)	1 (1.09%)

Igualmente las 222 urgencias diurnas han sido separadas del mismo modo.

**Tabla n° 27.- Distinta gravedad de las urgencias diurnas.**

NO URGENTES	BAJO RIESGO	URG. GRAVES	URG. VITALES
97 (43.69%)	82 (36.93%)	41 (18.46%)	2 (0.9%)

**Gravedad comparada entre urgencias nocturnas y diurnas**



Se observa que hay una disminución porcentual de 17.84 puntos respecto a las asistencias del mismo tipo prestadas en horario diurno. Es más, aumentan las urgencias de bajo riesgo y las potencialmente graves en 11.66 puntos y en 6.38 puntos respectivamente.

Parece ser que por la noche se producen más demanda de asistencia urgente por cuadros de poca importancia, lo cual apoya la idea de que la ansiedad el termalista se exagera en esta franja horaria.

#### **4.12.- Pacientes definidos como de riesgo.**

Como ya se citó, un paciente de riesgo no es necesariamente el que presenta una patología grave, sino también el que, según nuestra experiencia, presenta determinadas afecciones que suelen provocar mayor número de asistencias.

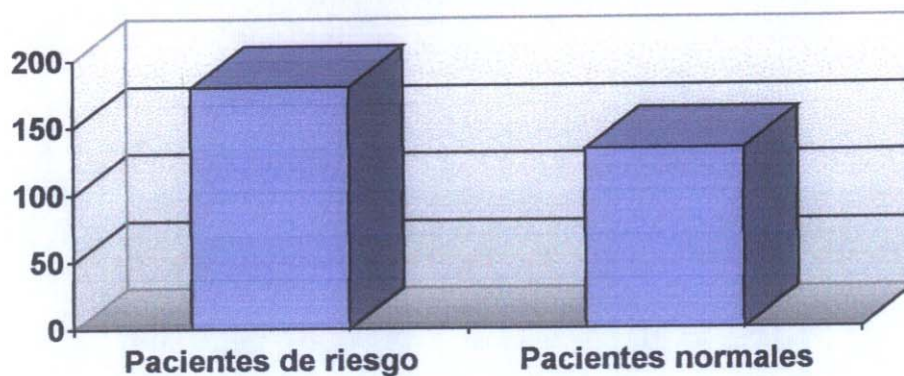
Las urgencias atendidas en pacientes de riesgo fueron 180, lo cual supone un 57,5%, mientras que de los pacientes que no cumplen estos criterios fueron atendidos 133, lo que equivale a un 42.5%.

***Tabla nº 28.- Pacientes de riesgo***

<b>PACIENTES DE RIESGO</b>	<b><i>PACIENTES NO DE RIESGO</i></b>
180	133



### Comparación entre urgencias en pacientes de riesgo y en pacientes normales



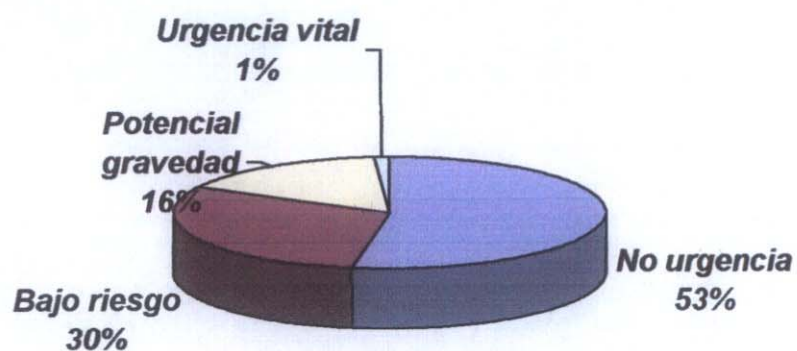
Parece ser, por tanto, un dato predictivo para este tipo de asistencias urgentes.

Puede apoyar mas todavía la idea del criterio de riesgo como determinante predictivo de llamada, los datos obtenidos al cruzar el campo "criterios de riesgo" con "tipo de urgencia":

*Tabla n° 29.- Gravedad de las urgencias atendidas.*

NO URGENTE	BAJO RIESGO	POTENC. GRAVE	URGENCIA VITAL
95	54	29	2

### GRAVEDAD DE LA LLAMADA EN PACIENTES DE RIESGO



Podemos comprobar que la mayoría fueron atendidos por patología que se podía haber atendido a través de la cita previa en consulta y que solo 85 de los pacientes tenían motivos para realizar una llamada urgente.

Este dato es similar a algunos estudios<sup>135</sup> realizados en servicios de urgencias hospitalarias obteniéndose que entre un 50 a 70 % de los enfermos que acuden a urgencias de un hospital no presentan en realidad una verdadera emergencia clínica y podrían haber sido atendidos en otros lugares y momentos. Igualmente se cita que los individuos ancianos consumen por término medio de 5 a 10 veces más recursos sanitarios que los de menor edad.

#### **4.13.- Necesidad de asistencia médica permanente.**

Tras haber analizado cuantitativamente los datos según la gravedad de las distintas urgencias, a pesar de que el 50,15% no podían ser calificadas como tales, podemos hablar de la conveniencia de la asistencia médica permanente por los siguientes motivos:

- 1) El 49,85% de las llamadas fueron por patología importante, aunque en distintos grados. En muchos de esos casos la actuación correcta del médico ha podido evitar que urgencias de bajo riesgo pasen a ser de gravedad elevada.
- 2) Incluso en las consultas realizadas por patología no urgente hay que tener en cuenta que los ancianos, y también pacientes más jóvenes, viven como cuadros graves pequeñas patologías que los

médicos conocemos como poco trascendentes. En relación con ello cabe señalar que es labor del médico solucionar, no solo los problemas de salud, sino aquello que parezca serlo y que genere miedo en su paciente.

- 3) En términos económicos, y siempre bajo la perspectiva de la gestión empresarial, se consigue con un solo producto la máxima satisfacción del termalista y un aumento de ingresos para la empresa, ya que siempre dispondrá de más clientes que otro centro balneoterápico de similares características que no esté dotado de este servicio.

Todo ello se consigue con un mínimo gasto en comparación con los beneficios derivados de dicha inversión.

**4.14.- Existencia de varios puntos de asistencia urgente.**

Dado que el alojamiento de los pacientes ocupa una superficie urbanizada de 30 hectáreas, es bastante claro que disponer de tres puntos intermedios para poder acceder al equipo de urgencias, tiene una enorme importancia.

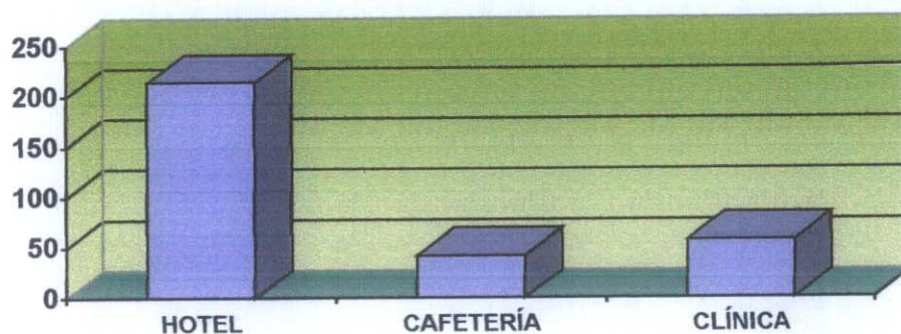
La mayoría de las asistencias se prestaron desde el punto central situado en el hotel, pero en las otras dos localizaciones también se realizó un importante número de actuaciones.

*Tabla n° 28.- Punto de asistencia urgente utilizado.*

HOTEL	CLÍNICA	CAFETERÍA
214 (68.37%)	57 (18.21%)	42 (13.41%)

Vemos que los porcentajes de los dos puntos que complementan al central sito en el hotel son inferiores al 20%, pero a pesar de ello consideramos que son muy importantes para no demorar el inicio de una asistencia mientras se busca en otro lugar el mínimo equipo necesario.

**IMPORTANCIA CUANTITATIVA DE LOS DISTINTOS PUNTOS DE ASISTENCIA**



#### **4.15.- Importancia del plan de evacuaciones.**

Actualmente, la atención sanitaria urgente<sup>136</sup> se ha desplazado hacia los servicios de urgencias hospitalarios en detrimento de las urgencias de atención primaria. Pues bien, hemos podido comprobar que, en la mayoría de los casos, los médicos del balneario pueden controlar las urgencias que se les presentan en proporción casi de 4:1. Pero aquellos pacientes que deben ser remitidos al hospital precisan una evacuación adecuada al tipo de patología que presentan.

Ya vimos que en nuestro centro se establecen dos criterios de urgencias radicalmente distintos: la emergencia médica, que exige la máxima rapidez y la urgencia médica, que puede ser evacuada de distinto

modo según su importancia. Por ello es necesaria la existencia de un plan de evacuaciones específico para cada tipo de paciente ya que no se puede:

- 1) disponer de una ambulancia para evacuar un simple esguince de tobillo o cualquier otra patología que requiera atención hospitalaria menor.
- 2) evacuar a un paciente, con un infarto agudo de miocardio o con una crisis asmática severa, en un taxi que tarde una hora en llegar al balneario.

Por lo tanto la vía de salida del paciente hacia el hospital será dirigida por el médico del centro, para evitar problemas de salud por demoras excesivas y gastos innecesarios para la empresa que se podrían producir si el medio de la misma fuese decidido por otra persona no cualificada.



#### **4.16. -Problemas médico-legales mas frecuentes en los balnearios.**

##### **4.16.1.- Responsabilidad médica.**

##### **4.16.1.1.- Aspectos generales.**

Ya hemos visto algunas de las causas posiblemente implicadas en el aumento de las demandas contra los médicos. Una de ellas contemplaba los *progresos de la medicina* y el aumento de las posibilidades técnicas en cuanto al diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

Pues bien, a pesar de que en el campo de la hidrología médica y de la medicina balnearia en general, no se han producido espectaculares avances, ya se está empezando a entrar en esa tendencia general de la demanda contra los profesionales de este sector.

Estamos hablando de centros muy bien dotados, en la mayoría de los casos, en lo que se refiere a sus instalaciones hidroterápicas, pero poco tecnificados en cuanto a modernos medios diagnósticos. También por ello los empresarios del sector y los médicos contratados tienen que recurrir a suscribir seguros de responsabilidad civil como cualquier otro profesional de la medicina.

En el aumento de las demandas en este sector también influye el hecho de que hasta hace pocos años no habían médicos en muchos balnearios. Por tanto, el aumento de la actividad médica que se establecía como potencial causa a nivel general, es también aquí determinante.

Hemos citado con anterioridad el hecho de que el paciente anciano magnifica en muchas ocasiones el resultado de las curas termales. No olvidemos que las múltiples dolencias que suelen sufrir, hacen que pequeñas mejorías algícas sean vividas como auténticas curaciones, al tener aun en mente el recuerdo de los fuertes dolores que habían sufrido con anterioridad. Este hecho suele ser comentado con pacientes de edad avanzada que nunca han realizado tratamientos termales, lo cual afianza aún más el fuerte *hedonismo* que domina nuestra sociedad. Cuando alguno de estos nuevos termalistas llega con falsas esperanzas de encontrar una fulminante mejoría y no lo consigue, engrosa el grupo de los candidatos a iniciar algún tipo de acción legal.

La mayoría de ellas no van dirigidas a exigir la responsabilidad penal del médico por una supuesta malpraxis. En casi todos los casos se busca una indemnización económica y nada más. En general, las reclamaciones se basan en la posible existencia de contraindicaciones a algunas técnicas termales prescritas en la consulta médica. Estas pueden denunciarse como probables agentes causales de un efecto contraproducente para el termalista.

Hasta ahora en nuestro balneario, toda la problemática derivada de estos hechos tiene un denominador común: las caídas. En la temporada 1.996 una de nuestras pacientes se cayó en el comedor del hotel, sin tropezar en ningún escalón. Sufrió un traumatismo en el codo y, tras explorarla, fue enviada con rapidez al hospital de zona. Reclama una pensión vitalicia.

Igualmente, a finales del mismo año, se produjo otra caída en la puerta de salida de la sala de relax. La paciente se fracturó la tibia y quedó tendida en el mismo punto en el que se produjo el accidente hasta que acudimos en su ayuda. Se le trató con todo cuidado en el plano personal y con toda rapidez en el plano médico mientras se organizaba la evacuación hasta el hospital de Requena. Incluso, al querer que la interviniese su cirujano de siempre, se le facilitó transporte en ambulancia hasta su residencia en Alicante. Meses después inicia acciones legales reclamando una indemnización por haber patinado a causa del agua que había en el suelo.

Posiblemente sea la salida del relax, una de las pocas zonas del centro termal donde la condensación del vapor es mínima. La demandante declaró haberse caído en la salida de las duchas y chorros, que es la zona diametralmente opuesta en el plano al punto donde realmente se cayó. Tras nuestro informe y las pertinentes fotografías de las zonas implicadas, el expediente se archivó.

Igualmente, hace unos meses que una enferma afecta de secuelas poliomiélicas en ambas piernas sufrió una caída en la planta superior de nuestro centro termal. La paciente fue evacuada al hospital por haber sufrido una fractura de rodilla. Días después inicia las maniobras previas a la demanda actual porque, según ella, nadie le dijo que quitándose el tutor perdería estabilidad. Tras más de treinta años de llevarlo puesto alude que el médico no le dijo que tendría más posibilidades de caerse sin él. Dos

semanas antes de la presentación efectiva de dicha demanda nos llama diciendo que nos la interpondrá por haberse caído debido a la humedad existente en el suelo de la zona. Nuevamente queda claro el interés de la paciente porque, como ya se citó en la introducción, la estructuración general de un centro termal es de zona húmeda en la planta inferior y zona seca en la planta superior. Esta paciente nos denuncia porque se cayó debido a la humedad existente en la planta seca, siendo que en principio lo iba a hacer por un motivo totalmente distinto. No es de esperar un resultado distinto al anteriormente citado.

Es cierto que<sup>137</sup> el derecho a la información sanitaria, y, en concreto, el derecho del enfermo a recibir información sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento, se ha desarrollado en el presente siglo.

En este contexto, el artículo 5 de la Ley General de Sanidad<sup>138</sup> reconoce el derecho del paciente *“a que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal o escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”*. Es claro que ante todo proceso patológico se debe informar con absoluta claridad al paciente y su entorno de todos los datos médicos que precisen saber.

Ahora bien, ante un cuadro crónico como el recientemente citado, con importantes limitaciones físicas conocidas perfectamente por la paciente desde hacía más de 30 años, a causa de las secuelas de una poliomielitis, queda claro el interés únicamente económico de su reclamación.

Tanto si se trata de responsabilidad penal como de responsabilidad civil pura, para que pueda hablarse de responsabilidad médica deben coincidir ciertos requisitos, que deben ser demostrados en las causas de ésta naturaleza. Son los siguientes:

1. La obligación preexistente (si bien ya conocemos lo incierto de las responsabilidades determinadas por un contrato).

2. La existencia de falta médica, que puede clasificarse en leve (la cometida cuando ponemos en nuestra actuación profesional idéntica diligencia que en nuestras cosas particulares), grave (causadas por imprudencia e impericia y como resultado de la inatención, imprevisión e inobservancia de las reglas fundamentales del arte médico) y gravísima (errores graves que se pueden cometer como consecuencia de carecer de los conocimientos fundamentales que de la medicina debe tener todo médico). Tras la entrada en vigor del nuevo Código penal<sup>139</sup> serán las lesiones por imprudencia las que, más frecuentemente, considere el jurista a efectos de calificación.
3. La aparición de un perjuicio apreciable en el enfermo, sus deudos o en un tercero.
4. La existencia de relación de causalidad entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado, aunque en ocasiones es extraordinariamente difícil de establecer.

En general las querellas contra los médicos que llegan a los tribunales son variadas<sup>140</sup>, pero la gran mayoría se pueden encuadrar en los siguientes grupos:

1. Las negativas consecuencias de un tratamiento farmacológico realizado.
2. La desatención del enfermo o el deterioro de la relación médico-enfermo.

Al respecto de la importancia de una buena relación médico-enfermo las mujeres médicos<sup>141</sup> tienen muchas menos denuncias que los varones, es de suponer que sea porque practican mejor este tipo de relación.

3. Los errores de diagnóstico.

4. Agravios producidos durante el cumplimiento de una técnica de exploración.
5. Los tratamientos quirúrgicos con efectos negativos.

Es necesario mencionar otro aspecto del trabajo diario que puede ser fuente de responsabilidad médica: las alergias medicamentosas y la difusión de datos sujetos a secreto profesional.

En cuanto al manejo de las alergias y sus posibles repercusiones médico-legales suelen plantearse tres tipos de situaciones:

1. La mayoría de los pacientes nos las comunican mediante el correspondiente informe médico. Desde el momento en que se reflejan en la historia clínica estaremos en la obligación legal y moral de consultarlas como cualquier otro antecedente médico o quirúrgico. Por lo tanto, en caso de no proceder de este modo, se nos podrá exigir algún tipo de responsabilidad ya que el termalista comunico un problema médico que hemos pasado por alto.
2. En otras ocasiones son incorrectamente comunicadas, al no presentar el correspondiente informe alergológico o referir verbalmente la intolerancia a unos tipos de medicamentos que no recuerdan. Si entonces fuese necesaria la prescripción de algún fármaco, posiblemente no tolerado por el termalista ante la instauración de una emergencia médica ¿cuál sería la actitud terapéutica a tomar? ¿no tratar quizás? ¿seríamos responsables de un desenlace fatal?

En una situación de este tipo la obligación del médico es la de tratar a su paciente, lo cual no le exime de responsabilidad si su actuación es incorrecta. Ahora bien, casi siempre que se presenta un cuadro clínico así, algún familiar comunica la buena tolerancia a unos pocos fármacos, que se convierten en la herramienta de trabajo del médico de guardia, como medida de sostén, mientras se realiza el traslado al hospital.

Tras resolver la urgencia será obligación del médico reflejar con todo detalle en la historia clínica cada uno de los hechos acaecidos, anotando incluso la identidad del familiar o amigo que ha comunicado la tolerancia a algún tipo de sustancia farmacológica, así como la presencia de testigos que puedan informar como correctos los términos redactados por el médico.

Nuestro modo de proceder cuando no se presenta una situación de urgencia en estos pacientes es:

- Informarle verbalmente de la absoluta trascendencia que tiene el poder conocer los fármacos no tolerados.
  - Reflejar en el informe médico de salida esta circunstancia. De este modo estas solicitudes suelen ser puestas en lista de espera y, si no aportan el informe correcto dentro de los plazos establecidos, se rechazan.
  - Informar telefónicamente al servicio médico del IMSERSO si esta circunstancia se repite, al entender que somos responsables (no solo en el plano legal) del mantenimiento de la seguridad y de la salud de nuestros pacientes.
3. Por último puede darse el caso de que un paciente sea alérgico a unos fármacos y desconozca este hecho. Solo la realización de una correcta anamnesis y la no sospecha de este tipo de patología podrá hacer que no exista responsabilidad por parte del servicio médico del centro termal, ya que ha sido un hecho imprevisto y ajeno a negligencia o impericia profesional.

En lo referente a la obligatoriedad de que no trasciendan a personas ajenas datos sobre la salud de los pacientes, el médico del balneario será el encargado de informar a los trabajadores, sanitarios o no, sobre qué es y a quienes atañe el secreto profesional. Se les comunicará, verbalmente y por escrito, de la necesidad de preservar la intimidad de los termalistas

mediante la no difusión de aquellos datos que pudieran llegar a conocer, siendo responsable el servicio médico si no se realizan estas aclaraciones.

Vemos que son diversas las formas en las que los profesionales médicos pueden ser demandados por sus pacientes. En cualquier tipo de actividad sanitaria, y por supuesto en medicina balnearia, la intención principal de los profesionales debe ser la de atender al paciente con los conocimientos adecuados para el problema por el que consulta y, al mismo tiempo, dar un trato lo más humano y personal que sea posible. Ello no excluye el hecho de que se nos pueda exigir responsabilidad de cualquier tipo por nuestros actos. Distingamos los aspectos penales y civiles de la misma.

#### 4.16.1.2.- Aspectos penales.

En general la circunstancia jurídica más habitual con que nos podemos encontrar son las lesiones por imprudencia y, con menor incidencia, el homicidio imprudente.

Están tipificadas en los artículos 142 (en el caso de homicidio imprudente), 147 al 150 (caso de lesiones por imprudencia), 152.3 (caso de imprudencia profesional) y 621 del Código penal<sup>139</sup>.

En el terreno de la medicina balnearia pueden producirse mas demandas contra el servicio médico por unos determinados motivos y muchas menos por otros. A continuación scitan las causas más directamente relacionadas con nuestro trabajo en cuanto a posibilidades de incurrir en responsabilidad penal.

- 1) Dado el tipo de paciente que manejamos y particularmente dada su edad, el consumo de benzodicepinas y en algunos casos de barbitúricos nos obliga a prestar mucha atención a la hora prescribirles estos fármacos.



En efecto, tras analizar en nuestro balneario durante el año 1.996 una muestra de 300 pacientes, pudimos observar que casi el 40% consumían algún tipo de medicación psicotropa. En el trabajo diario comprobamos como en muchas ocasiones el termalista exige la prescripción de alguna sustancia de este tipo. Antes de nada habremos de valorar su estado clínico y la idoneidad o no de dicha prescripción. Todo ello porque, si el médico del balneario no tiene en cuenta el estado psíquico del paciente, su entorno familiar, el tiempo que lleva consumiendo dicha medicación u otras alternativas de tratamiento, se nos podría exigir responsabilidad por haber prescrito éste tipo de sustancias sin una adecuada exploración. Se nos podría acusar, de producirse este caso, de homicidio imprudente.

Además podríamos ser responsables, en virtud del artículo 143.2 del Código penal<sup>139</sup>, por cooperar con actos necesarios al suicidio de otra persona si hubiesen signos de sospecha, incorrectamente explorados, de que el paciente pudiese realizar un intento de suicidio por ingestión masiva de cualquiera de estos fármacos.

- 2) También podría ocurrir que tras la aplicación de una determinada técnica hidrotermal se produjesen lesiones en un paciente. La finalidad del control médico de la cura termal es precisamente evitar este tipo de incidentes. Por ejemplo, si aplicásemos un chorro a presión a un paciente con grave osteoporosis con resultado de fractura vertebral se nos podría demandar por imprudencia profesional.

Este apartado de la cura termal es muy frecuente y de enorme importancia, ya que muchas veces el termalista insiste en que se le prescriba el chorro a presión por comentarios oídos a otros pacientes que experimentaron mejoría con el mismo. Si por imprudencia se produjese una grave lesión medular con secuelas neurológicas

importantes se nos podría exigir responsabilidad médica en base a la existencia de un delito de lesiones por imprudencia.

A continuación se exponen los artículos que más importancia tienen de cara a nuestro trabajo tomados del nuevo Código penal<sup>139</sup>:

*Art. 142.1.- El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.*

*Art. 147.1.- El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo de delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.*

*2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana o multa de tres a doce meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido.*

*Art. 149.- El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.*

*Art. 150.- El que causare a otro la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años.*

*Art. 152.3.- Cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de uno a cuatro años.*

*Art. 621.1.- Los que por imprudencia grave causaren alguna de las lesiones previstas en el apartado 2 del artículo 147, serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses.*

*2. Los que por imprudencia leve causaren la muerte de otra persona, serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses.*

*3. Los que por imprudencia leve causaren lesión constitutiva de delito, serán castigados con pena de multa de quince a treinta días.*

Hay un aspecto delicado en el campo de la responsabilidad penal del médico: las posibilidades de exención de la misma. En cuanto a dicha exención, y con las debidas reservas, no actúa antijurídicamente<sup>142</sup> un facultativo que obra en el ejercicio legítimo de su oficio o cargo. Así se deduce de la eximente número 7 del artículo 20 del Código penal<sup>139</sup>, comprendiendo a los médicos, tanto si ejercen su profesión privadamente como si actúan al servicio de una entidad o persona de Derecho Público. Un tratamiento balneoterápico puede afectar a la salud del enfermo o a su integridad corporal. La alteración que dicho tratamiento termal puede producir en un paciente en ciertos casos, no ha de estimarse delictiva por estar justificado y excluir la antijuridicidad que en otro caso existiría.

El fundamento de la impunidad de estos actos ejecutados por los médicos y equivalentes a lesión corporal se ha buscado en que la voluntad de curar excluye la intención de causar lesiones corporales, o bien que el tratamiento médico depende del consentimiento del paciente, entendiendo por tal<sup>142</sup> “la declaración de la conformidad de la voluntad de la persona consentidora con el acto voluntario de otro”.

Al respecto de este punto es necesario comentar que, si bien la obligación del médico es la de curar a su paciente, no por ello podrá realizar un acto médico arriesgado, negligente o en contra de las normas básicas de la medicina. Ante una situación clínica grave podemos tomar unilateralmente la decisión aplicar un tratamiento, pero si posteriormente se comprueba la aparición de lesiones importantes o se demuestra una

conducta médica errónea la exigente a la que he hecho referencia no podría aplicarse.

En todo caso, el deber profesional del médico excluye toda intención nociva y ello justifica todo tratamiento médico-quirúrgico<sup>143</sup>. Pero aún en casos de extrema gravedad, la exigente a la que hemos hecho referencia es muy discutible y habrá que constatar la pericia, diligencia y conocimientos del facultativo del balneario que realizó el acto en cuestión.

De todos modos, y con las debidas precauciones en su interpretación, se ha dicho<sup>144</sup> que al médico se le exige adecuar su comportamiento de acuerdo con la denominada *lex artis* de la medicina. La misma viene determinada por el ejercicio de la práctica médica de conformidad con los conocimientos medios que facilita hoy la ciencia médica.

Junto a éstos delitos la ley nos impone una serie de obligaciones directamente relacionadas con nuestra profesión. Son relativas a las condiciones para el ejercicio profesional, prescripción de drogas tóxicas y estupefacientes, al aborto, a la obligación de denuncia y al falso testimonio del médico que actúa como perito. Todos estos supuestos corresponderán a delitos cualificados por la condición profesional de su autor.

También se regirán por las disposiciones del Código penal<sup>139</sup> las obligaciones civiles que nazcan de los delitos o faltas (Art. 1.902 del Código civil<sup>145</sup>). Por ello y, aunque es un caso harto improbable, si médico se vale de su condición profesional para delinquir, podrá haber producido daños personales y económicos que no quedarán saldados con el cumplimiento por el autor de la penalidad impuesta por los tribunales. Será necesaria entonces, además de la sentencia penal, una indemnización a la víctima o a la familia por los daños causados.

#### 4.16.1.3.- Aspectos civiles.

Cuando lo que se cuestiona es si el médico ha podido incumplir una determinada obligación derivada de un contrato o de una norma extracontractual de lógica absoluta, entraremos en el campo de la responsabilidad civil.

Por ejemplo, podría darse el caso de que un paciente iniciase acciones legales contra un médico por entender que aquel le había prestado una incorrecta o negligente asistencia en las horas en las que nuestro contrato nos vincula a pasar consulta. Entonces, y por ser la responsabilidad civil del médico de balnearios esencialmente contractual, se debería indemnizar (si la sentencia así lo reflejase) por haber incumplido las obligaciones existentes en el citado contrato de prestación de servicios.

Pero muchas veces es difícil establecer la frontera entre lo que es obligatorio en base a un determinado contrato y lo que no lo es.

También se podría exigir responsabilidad penal cuando, tras atender urgentemente a un termalista fuera de los márgenes horarios contractualmente establecidos, entendiésemos nuestra actuación como errónea, lenta o inadecuada.

Si bien es cierto que el acto médico se habrá realizado fuera de los términos recogidos en su contrato, la sentencia podría declarar la responsabilidad civil del médico (en su faceta extracontractual) y la no limitación de la misma a la reposición o indemnización por los daños causados, entrando en el terreno penal si:

- 1) existe intencionalidad o malicia, es decir, dolo, del que surge directamente la condición de delito.
- 2) no acudimos a la urgencia para la que se nos requiere, incurriendo en el delito de omisión del deber de socorro según el artículo 195 del Código penal<sup>139</sup>.

- 3) nos negamos a prestar asistencia o abandonamos los servicios sanitarios. Se podría establecer la responsabilidad penal en base al artículo 196 del Código penal<sup>139</sup>.

En estos casos los tribunales se apoyan en la última parte del artículo 1.089 del Código civil<sup>145</sup>: *“las obligaciones nacen de la ley, de los contratos y cuasi contratos y de los actos y omisiones ilícitos o en que intervenga cualquier género de culpa o negligencia”*.

El médico directamente demandado (caso poco probable) o la empresa para la que trabaje (caso más factible) estarán obligados a responder en estos casos según lo previsto en el artículo 1.902 del Código civil<sup>145</sup>: *“el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”*. Evidentemente la responsabilidad civil de este caso, aunque sea extracontractual, exige que el daño haya sido causado por negligencia o imprudencia.

Pero no solo esto es así, sino que la responsabilidad se extiende a aquellas personas, naturales o jurídicas, de quienes depende el responsable directo según el artículo 1.903: *“la obligación que impone el artículo anterior es exigible no solo por los actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas de quienes se debe responder”*:

- 1) Los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto de los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio de los ramos en que los tuvieran empleados, o con ocasión de sus funciones.
- 2) El Estado es responsable en este concepto cuando obra por mediación de un agente especial, pero no cuando el daño hubiese sido causado por el funcionario a quien propiamente corresponda la gestión practicada, en cuyo caso será aplicable lo dispuesto en el artículo anterior.

En cualquier caso podrá declararse al Estado como responsable civil subsidiario si el médico incurre en responsabilidad civil de origen delictivo o criminal, la cual está regulada en los artículos 109 a 122 del Código penal<sup>139</sup>. La misma va unida, aunque de modo independiente, a la sanción penal que corresponda al delito o falta.

Del mismo modo que comentábamos en el anterior apartado las posibilidades de exención de la responsabilidad penal y, aunque con terminología paternalista, el Código civil<sup>145</sup> excluye la responsabilidad de que trata este artículo de un modo algo ambiguo: *“cesará cuando las personas en él mencionadas prueben que emplearon toda la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el daño”*.

De cualquier forma ninguno de los supuestos anteriores podrá fundamentarse en que la relación del médico del balneario con el termalista suponga la existencia de un contrato de resultados, sino porque hayamos obrado en contra de la “lex artis” o nuestra actuación haya sido lenta, dolosa, imprudente o negligente. Este hecho podría plantearse si uno de nuestros pacientes no consiguiera la ansiada mejoría tras una cura termal. Siempre y cuando no se demostrase dolo o negligencia la no mejoría en su estado de salud no debería considerarse como incumplimiento de sus deberes contractuales.

#### 4.16.1.4.- Mecanismos de prevención.

Existen unos comportamientos<sup>146</sup> que tienden a disminuir la posibilidad de reclamación. Es difícil elaborar un “decálogo” útil para todos los casos, pero, de un modo general, se recomiendan los siguientes “consejos prácticos”, recogidos a partir de la experiencia de distintos autores<sup>147, 148, 149</sup>.

1. Tener conciencia clara del cambio cultural experimentado en la sociedad respecto al mundo sanitario, lo que obliga a considerar la

- voluntad del paciente y de los familiares del mismo respecto a las decisiones clínicas.
2. Dar la máxima información posible al paciente y/o a los familiares más allegados porque es uno de sus derechos, porque ayuda a establecer una buena relación personal y para que conozcan las principales características de la enfermedad y cómo puede evolucionar (pronóstico). Es también necesario informar de los riesgos y efectos secundarios posibles tras una técnica exploratoria o tratamiento determinado.
  3. Evitar las críticas destructivas, en presencia de los pacientes, hacia otros médicos o centros hospitalarios, reservando la obligación deontológica de denunciar a instancias profesionales.
  4. Tratar a todas las personas de modo humano, personalizado y profesional.
  5. Seguir protocolos consensuados por la comunidad científica de la disciplina o especialidad que se ejerce, aceptando unos márgenes de acción según criterio y experiencia del profesional.
  6. Solicitar todas las exploraciones clínicas necesarias para establecer el diagnóstico del paciente, procurando no usar aquellas que puedan provocar efectos indeseables.
  7. Solicitar el consentimiento ante cualquier exploración del paciente y, en caso de menores o deficientes psíquicos, a sus padres o tutores. Poseer documentos médico-legales de consentimiento informado correctos y completos.
  8. Emplear, ante medicaciones teóricamente válidas, la de más garantías, mayor eficacia y menor riesgo. Solicitar consentimiento por escrito cuando se realicen tratamientos con efectos secundarios potencialmente graves y, también, si fuera el caso, ante la realización de actos quirúrgicos.



9. Tener la prueba objetiva, documental, de que se ha procedido correctamente. La historia o ficha clínica es un elemento fundamental en la valoración de una posible malpraxis teniendo en cuenta lo que en ellas está escrito ya que<sup>150</sup>, legalmente, lo que no está escrito en la historia clínica, no ha ocurrido. En los casos judiciales no se valora lo que sucedió en realidad, sino lo que está escrito en la misma.
- 10.No aceptar la “consulta médica por teléfono” que requiere tomar decisiones a distancia, y mucho menos cuando comporta la prescripción de un tratamiento.
- 11.Establecer controles de calidad tanto a nivel individual como de equipo.
- 12.Comunicar, en caso de que deba ausentarse y con la debida antelación, el nombre de los responsables de la sustitución y los datos necesarios para su localización.
- 13.Dar parte por escrito al jefe del centro o a las autoridades sanitarias, si fuera conveniente, de todas las deficiencias que se produzcan por defectos de organización o deficiencia de medios. No asumir responsabilidades profesionales sin estar técnicamente actualizados y debidamente equipados.
- 14.A nivel judicial será recomendable la demostración de la formación correcta del médico mediante la titulación suficiente y una formación continuada que acredite su interés por poseer unos conocimientos técnicos actualizados.

#### **4.16.2.- Consentimiento informado.**

Es un hecho constatado el que en muchos campos de la medicina se solicite el consentimiento del paciente o de sus allegados ante determinadas exploraciones o tratamientos. Sin embargo, dadas las especiales características de la relación médico-enfermo que puede llegar a establecerse en los balnearios, no es uno de los trámites que en la práctica sea de uso frecuente.

Los cambios sociales que han ocurrido en las últimas décadas han afectado antes a otros profesionales médicos, pero el sector termal empieza ya a tener que responder ante la justicia por temas en los que ya no sirve la empatía, el trato o, incluso, un tratamiento correcto.

Quizá por ello sea este el momento de hacernos la siguiente pregunta: ¿por qué no nos planteamos pedir el consentimiento del paciente o de sus familiares antes del inicio de un tratamiento termal?

La Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de Abril, en su artículo 10 apartado 6, recoge<sup>137</sup> el derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, a excepción de los casos en que:

- 1) la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- 2) no esté capacitado para tomar decisiones, caso en que el derecho corresponderá a sus familiares o personal a él allegado.
- 3) la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Por lo tanto cuando se presente, por ejemplo, una hemorragia grave en el balneario no estaremos obligados a solicitar el consentimiento del paciente. Si se produjese una crisis de ansiedad en un termalista con disminución de sus facultades mentales habremos de solicitar la oportuna autorización a sus familiares o allegados.

En cualquier caso<sup>151</sup>, las medidas adoptadas deben vulnerar lo menos posible los derechos de la personalidad del enfermo, evitando siempre lesionar la integridad física o producir daños irreparables.

Cuando desarrollamos la faceta de nuestro trabajo consistente en pasar primeras visitas no nos encontramos en ninguno de los tres supuestos anteriores, por lo que deberíamos solicitar el consentimiento del paciente previa información al mismo del tipo de técnica termal prescrita. Lo mejor sería que el consentimiento informado del paciente no se quedara en una simple prueba documental que nos exima o exculpe de una responsabilidad profesional. Debería plantearse<sup>151</sup> como el corolario de una relación médico-paciente basada en la mutua confianza.

El mismo deberá reunir<sup>151</sup> los siguientes requisitos:

- **Personalidad** (por afectar la integridad del paciente). Deben ponerse las máximas restricciones a la actuación de los representantes legales. Es decir, si el médico cree que una decisión adoptada por padres, o tutores, va en contra de lo que comúnmente se entendería como bueno, el consentimiento de éstos no debe prevalecer.
- **Validez** (basada en la competencia legal del paciente). Será necesario que reúna los requisitos psicobiológicos para contratar y obligarse que exige el Código civil<sup>145</sup>.
- **Explicitud** (sobre todo en los procesos no curativos). Los médicos deberíamos acostumbrarnos a exigir un documento donde se recojan los hechos más relevantes del acto médico para el que se consiente.

#### **4.16.3.- Historia clínica.**

La historia clínica<sup>152</sup> resulta de la existencia de una relación médico-enfermo y los elementos que intervienen en su realización son los siguientes:

- El médico.
- El enfermo.
- El centro médico.

El médico tiene el deber legal y deontológico de hacerla, custodiando los datos y garantizando el secreto. De hecho el Código Deontológico<sup>153</sup> en su artículo 15 dice: “el acto médico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha clínica”. El médico tiene el deber, y también del derecho, de redactarla.

El centro médico donde se desarrolla la relación entre ambos facilita los medios técnicos para el diagnóstico y, en muchos casos, el propio tratamiento. Dicho centro hará todo lo necesario para custodiar de la historia.

Existe una cierta discrepancia en cuanto a quién corresponde la propiedad de la historia clínica, como consecuencia de la doble participación del enfermo y del médico en su realización, ya que, si bien el médico es el que la realiza, su contenido corresponde a la intimidad personal del paciente y, en consecuencia, es también de su propiedad. Además hay que tener en cuenta que cuando se trata de un paciente que está ingresado en un centro sanitario, la asistencia se presta a través de una organización (pública o privada), la historia se encuentra físicamente depositada en los archivos del centro, lo que aún complica más la situación.

La solución a este problema parte de la existencia de un dilema entre dos derechos: el de propiedad y el de intimidad.

El derecho de propiedad es claramente favorable al médico, ya que la historia clínica no es una mera transcripción de datos o noticias suministrados por el paciente, sino el resultado del proceso intelectual de su recogida, ordenación y elaboración; es una verdadera construcción intelectual basada en los conocimientos científicos del médico, que concluye con la formulación de un juicio diagnóstico y pronóstico. En consecuencia, toda esta parte puede asimilarse al “derecho de autor” y, como tal, queda protegida por la Ley de Propiedad Intelectual<sup>154</sup>.

Sin embargo, este derecho de propiedad viene limitado y condicionado por el derecho a la intimidad del paciente, que exige mantener secreta la información que encierra la historia clínica, derecho que va unido, además, al derecho que el enfermo tiene a proteger su salud, lo que le confiere la potestad de reclamar cuantos datos, pruebas y juicios clínicos existan en

aquella, para valerse e informar de ellos a otro médico que se haga cargo de la asistencia.

En nuestra opinión, y para facilitar el trabajo diario, es necesario mantener los datos de las historias clínicas en archivos informáticos protegidos con contraseña. Si se desvelasen los datos en ellas contenidas incurriríamos en los artículos 197, 198 y 199 del Código penal<sup>139</sup>.

De todos modos<sup>155</sup> el grado de eficacia de la informática ha hecho crecer el temor, justificado en ocasiones, pero en otras no muy racional e incluso demagógico, de que el ordenador, con su enorme capacidad de almacenamiento, su recuerdo prácticamente indefinido y su facilidad de recuperación de los datos, supone un inminente peligro para la libertad del hombre, el cual se ve amenazado en su derecho inalienable de *“decidir por sí mismo en qué medida quiere compartir con otros sus pensamientos, sus sentimientos y los hechos de su vida personal”*. No es exactamente igual a nivel de los trabajadores del centro termal. Dadas las peculiaridades del trabajo en equipo es necesario que, en ciertas ocasiones, entren en determinadas páginas de las historias clínicas algunas de nuestras auxiliares con el fin de agilizar las consultas. Ello sucede cuando hay un alto nivel de modificaciones de tratamientos, supresión total del mismo por motivos diversos, control de la presión arterial y anotaciones de los tratamientos farmacológicos olvidados por el paciente en la primera consulta, por poner algunos ejemplos.

#### **4.16.4.- Secreto médico.**

Siempre que el médico de guardia tiene que atender una llamada urgente hay, por lo menos, otra persona que trabaja en la misma empresa que conoce el motivo por el que se le requiere. Si por la noche un paciente tiene un fuerte dolor en el pecho avisa al conserje de noche, si se produce una caída en la calle puede avisarnos un empleado de mantenimiento o limpieza y si se produce una crisis hipotensiva en el centro termal lo hará cualquiera de las auxiliares o supervisoras. ¿Cómo deben protegerse los datos confidenciales y, como se ha dicho antes, manejar los ordenadores? ¿Cómo debe actuar el trabajador que llegue a conocer datos sobre la salud de los demás?



El secreto médico absoluto, fuente de grandes comentarios y difícil de defender sin matizaciones hoy en día, ya era cuestionado en textos de principios de siglo. En efecto, como ya decía Royo-Villanova<sup>156</sup>, “*no existe pueblo alguno moderno que conciba el secreto médico profesional de un modo intangible*”.

El deber de guardar secreto se ha ido difuminando con el ejercicio de la medicina actual. La existencia de equipos<sup>157</sup> altera profundamente el aspecto tradicional del acto médico y la fisonomía de su encuadre jurídico. Esta circunstancia ha sido valorada por Gisbert Calabuig<sup>158</sup>, que diferencia:

1. *Secreto médico compartido*.- Este se refiere a la comunidad de conocimientos e información que sobre un paciente tienen todos los componentes del equipo asistencial y que se justifica por la búsqueda de una atención integrada más moderna y eficaz.
2. *Secreto médico derivado*.- Este surge con la medicina institucional y la compleja organización administrativa de los hospitales actuales. La obligatoriedad de emisión de informes diversos sobre los pacientes, la organización de archivos, bancos de datos, informatización progresiva, etc. ha obligado al acceso a datos sanitarios a personal ajeno al equipo sanitario, tales como administrativos, documentalistas, informáticos, etc., los cuales deberán ser instruidos de su deber de confidencialidad. No solo ya el personal auxiliar conoce datos sujetos a secreto, sino que cuando concluye cada turno hemos de enviar una copia de los informes de salida al servicio médico del IMSERSO, cuyos datos serán analizados por estadísticos, administrativos, informáticos, etc.

La confidencialidad de las patologías de nuestros pacientes debe garantizarse, en primer lugar, por la responsabilidad propia de cada profesional y también por el uso correcto de los avances técnicos. Los datos

que se han de proteger pueden provenir de simples comentarios tras la aparición de un cuadro clínico repentino en presencia de un auxiliar o de los contenidos en la historia clínica. El médico debe responsabilizar a su personal de la obligación del secreto compartido; las reclamaciones por perjuicios producidos, si trasciende el secreto incluye al médico, aunque no haya sido el autor.

Un caso particular de secreto médico se refiere a los archivos informatizados de historias clínicas. Solo puede hacerse uso de los datos contenidos en dichos archivos<sup>159</sup> en el curso de investigaciones científicas (estudios sobre epidemiología, análisis de casuísticas, etc.) siempre conservando el anonimato de las personas a que corresponden las historias. La tendencia actual a la utilización de sistemas informáticos en la elaboración y archivo de las historias plantea nuevos problemas debidos a la facilidad con que pueden ser desvelados sus contenidos. En consecuencia, el médico no debe participar en la creación y mantenimiento de tales sistemas sin la garantía de que se respetará el derecho a la intimidad, exponiéndose en caso contrario a reclamaciones que serían extensivas a la dirección del centro, responsable último de su correcto funcionamiento.

Sabemos que debe excluirse radicalmente que un banco de datos médicos quede conectado a una red no médica ya que pueden producirse graves conflictos al trascender ampliamente las circunstancias personales de los enfermos asistidos.

Actualmente en el Balneario Hervideros de Cofrentes hay muchos empleados que realizan sus funciones desde una terminal informática conectada a una red local. El jefe de mantenimiento, por ejemplo, puede poner en funcionamiento un ordenador de las consultas médicas, pero deberá identificarse adecuadamente, lo cual solo podrá hacerlo con su nombre y clave personal. Por ello, una vez conectado dicho ordenador a la

red, no tendrá acceso a datos médicos, sino a los propios de su cargo. Es más, si teclea su nombre y la contraseña errónea en una terminal distinta de la suya, quedará reflejado quién, desde donde y a qué hora intentó acceder a datos para los que no estaba autorizado. Por lo tanto las posibilidades de que personal no sanitario, salvo en el ejemplo anteriormente citado de llamadas urgentes, conozcan las patologías de determinados pacientes es escasa. A pesar de ello cada jefe de área está debidamente informado por el servicio médico de la obligatoriedad de preservar la intimidad de cada uno de los termalistas.

No es exactamente igual a nivel de los trabajadores del centro termal, quienes deberán basar en su profesionalidad la necesidad de guardar secreto sobre los datos de sus pacientes.

Dadas las características de nuestro balneario podemos decir que todo el personal está sujeto a algún tipo de secreto médico. Por ello el servicio médico es el responsable de comunicar a cada persona de cualquier sección de trabajo la obligatoriedad de que guarde el secreto sobre los datos médicos que pueda llegar a conocer, salvo que justificadamente la autoridad le requiera para ello.

El personal sanitario debe proteger los datos médicos que conozca en virtud al secreto médico compartido. Es decir, hay un “pool” de datos sobre el que deben trabajar varias personas del mismo sector, por lo que se comparte el manejo de los mismos para intervenir positivamente sobre la salud del pacientes.

Sin embargo todos aquellos que ocupen el resto de áreas de trabajo deben garantizar la confidencialidad de los datos que conozcan ateniéndose al secreto médico derivado. Ello quiere decir que hay trabajadores que pueden saber con bastante aproximación los problemas de un limitado número de personas pero, aun no siendo médicos ni ATS o auxiliares, se deriva de dicho conocimiento la obligatoriedad de su custodia.

La actual regulación del secreto médico en nuestro país se recoge<sup>158</sup> en leyes de carácter administrativo, en el Código penal<sup>139</sup> y en el Código Español de Ética y Deontología Médica.

Respecto a las primeras diremos que la constitución española de 1.978 dice:

*Art. 18.- Se garantizará el derecho al honor, la intimidad familiar y a la propia imagen. En el apartado 4 del mismo artículo dice: ...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. 20.- La Ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades.*

*Art. 24.- La Ley regulará los casos en que, por razones de parestesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre presuntos actos delictivos.*

Este principio constitucional fue introducido en numerosa legislación sanitaria posterior, de la que destaca la Ley 30/79, de 27 de octubre, y el Real Decreto 426/80, de 22 de febrero, de Extracción y Trasplante de Órganos; en ellos se impone como garantía para el anonimato del donante y del receptor la salvaguarda del secreto médico.

Por otra parte, la Ley Orgánica 25/80, de 20 de diciembre, del Medicamento, recoge en su artículo 98 que... “la información resultante de las recetas médicas del Sistema Nacional de Salud es de dominio público, salvando siempre la confidencialidad de la asistencia sanitaria...”

También la Ley Orgánica 1/82, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad y a la propia Imagen considera “intromisión ilegítima ... la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quién la revela”.

La Ley Orgánica 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 10.3, refleja el derecho de los pacientes a "... la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias, públicas o privadas que colaboren con el sistema público". La misma Ley en su artículo 61 establece que deben "...quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica".

Esta misma obligación queda recogida en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social para los Centros dependientes de la Seguridad Social y en el Estatuto del Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.

Asimismo, en el Real Decreto 2.409/86, de 21 de noviembre, sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo se exige que se mantendrá la confidencialidad de esta información conforme al artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad.

También tiene interés la Ley Orgánica 5/92, de 29 de octubre, sobre Protección de Datos de Salud Informatizados. El texto de la misma señala en su artículo 7.3: "Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual solo podrán ser recabados, tratados automatizadamente y cedidos cuando por razones de interés general así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente. Estos son los llamados datos sensibles, por hacer referencia a la intimidad de la persona.

Finalmente, el Real Decreto 561/93, de 16 de abril, sobre Ensayos Clínicos obliga a que "todas las partes implicadas en un ensayo clínico guardarán la mas estricta confidencialidad... Asimismo deberán tomarse las medidas apropiadas para evitar el acceso de personas no autorizadas a los datos del ensayo".

Ante este panorama normativo, en el que el secreto médico aparece solo en leyes administrativas, se publica la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código penal<sup>139</sup>, cuyo capítulo I del Título X trata “Del descubrimiento y revelación de secretos”.

El articulado correspondiente es el que se muestra a continuación:

*Art. 197.1.- El que para descubrir los secretos o vulnerar la intimidad de otro, sin su consentimiento, se apodere de sus papeles, cartas, mensajes de correo electrónico o cualesquiera otros documentos o efectos personales, o intercepte sus telecomunicaciones o utilice artificios electrónicos de escucha, transmisión, grabación o reproducción del sonido o de la imagen, o de cualquier otra señal de comunicación, será castigado con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses.*

*2. Las mismas penas se impondrán al que, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Iguales penas se impondrán a quien, sin estar autorizado, acceda por cualquier medio a los mismos y a quién los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero.*

*3. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años si se difunden, revelan o ceden a terceros los datos o hechos descubiertos o las imágenes captadas a que se refieren los números anteriores. Será castigado con las penas de prisión de uno a tres años y multa de doce a veinticuatro meses, el que, con conocimiento de su origen ilícito y sin haber tomado parte en su descubrimiento, realizare la conducta descrita en el párrafo anterior.*

*4. Si los hechos descritos en los párrafos 1 y 2 de este artículo se realizan por las personas encargadas o responsables de los ficheros, soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, archivos o registros, se impondrá la pena de prisión de tres a cinco años, y si se difunden,*

*ceden o revelan los datos reservados, se impondrá la pena en su mitad superior.*

*5. Igualmente, cuando los hechos descritos en los apartados anteriores afecten a datos de carácter personal que revelen la ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida sexual o la víctima fuere un menor de edad o un incapaz, se impondrán las penas previstas en su mitad superior.*

*6. Si los hechos se realizan con fines lucrativos, se impondrán las penas respectivamente previstas en los apartados 1 al 4 de este artículo en su mitad superior. Si además afectan a datos de los mencionados en el apartado 5, la pena a imponer será la de prisión de cuatro a siete años.*

*Art. 198.- La autoridad o funcionario público que, fuera de los casos permitidos por la ley, sin mediar causa legal por delito, y prevaliéndose de su cargo, realizare cualquiera de las conductas descritas en el apartado anterior, será castigado con las penas respectivamente previstas en el mismo, en su mitad superior y, además, con la de inhabilitación absoluta por tiempo de seis a doce años.*

*Art. 199.1.- El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o cargo o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.*

*2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro meses, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.*

*Art. 200.- Lo dispuesto en este Capítulo será aplicable al que descubriere, revelare o cediere datos reservados de personas jurídicas, sin el consentimiento de sus representantes, salvo lo dispuesto en otros preceptos de este Código.*

*Art. 201.1.- Para proceder por los delitos previstos en este Capítulo será necesaria denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando aquella sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, también podrá denunciar el Ministerio Fiscal.*

2. *No será precisa la denuncia exigida en el apartado anterior para proceder por los hechos descritos en el artículo 198 de este Código, ni cuando la comisión del delito afecte a los intereses generales o a una pluralidad de personas.*

3. *El perdón del ofendido o de su representante legal, en su caso, extingue la acción penal o la pena impuesta, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del número 4º del artículo 130.*

Otro capítulo estrechamente relacionado con el secreto profesional médico es el Capítulo IV “De la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos”.

*Art. 413.- La autoridad o funcionario público que, a sabiendas, sustrajere, destruyere, inutilizare u ocultare, total o parcialmente, documentos cuya custodia le esté encomendada por razón de su cargo, incurrirá en las penas de prisión de uno a cuatro años, multa de siete a veinticuatro meses, e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años.*

*Art. 414.1.- La autoridad o funcionario público que, por razón de su cargo, tenga encomendada la custodia de documentos respecto de los que la autoridad competente haya restringido el acceso, y que a sabiendas destruya o inutilice los medios puestos para impedir ese acceso o consienta su destrucción o inutilización, incurrirá en la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro fines de meses y, en cualquier caso, inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años.*

2. *El particular que destruyere o inutilizare los medios a que se refiere el apartado anterior será castigado con la pena de multa de seis a dieciocho meses.*

*Art. 415.- La autoridad o funcionario público no comprendido en el artículo anterior que, a sabiendas y sin la debida autorización accediere o permitiere acceder a documentos secretos cuya custodia le esté confiada por razón de su cargo, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses, e inhabilitación especial para empleo de cargo público por tiempo de uno a tres años.*



*Art. 416.- Serán castigados con las penas de prisión o multa inmediatamente inferior a las respectivamente señaladas en los tres artículos anteriores los particulares encargados accidentalmente del despacho o custodia de documentos, por comisión del Gobierno o de las autoridades o funcionarios públicos a quienes hayan sido confiados por razón de su cargo, que incurran en las conductas descritas en los mismos.*

*Art. 417. 1.- La autoridad o funcionario público que revelare secretos o informaciones de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o cargo y que no deban ser divulgados incurrirá en la pena de multa de doce a dieciocho meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años.*

*Si de la revelación a que se refiere el párrafo anterior resultara grave daño para la causa pública o para tercero, la pena será de prisión de uno a tres años, e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de tres a cinco años.*

*2. Si se tratara de secretos de un particular, las penas serán las de prisión de dos a cuatro años, multa de doce a dieciocho meses, y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años.*

*Art. 418.- El particular que aprovechar para sí o para un tercero el secreto o la información privilegiada que obtuviere un funcionario público o autoridad, será castigado con multa del tanto al triplo del beneficio obtenido o facilitado. Si resultara grave daño para la causa pública o para tercero, la pena será de prisión de uno a seis años.*

En el ámbito deontológico encontramos referencias<sup>158</sup> al secreto médico en las siguientes normativas:

1. Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.
2. Código Internacional de Ética Médica.
3. Carta Médico-Social de Nuremberg.
4. Código Español de Ética y Deontología Médica.
5. Estatutos Generales de la Organización Médica Mundial.

El Código Español de Ética y Deontología Médica, aprobado el 31 de marzo de 1.990, titula su Capítulo IV “Secreto profesional del médico” y los artículos del mismo dicen:

*Art. 16. 1.- El secreto del médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente para su seguridad.*

*2. El secreto profesional obliga a todos los médicos, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio.*

*3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que haya conocido en su ejercicio profesional.*

*4. La muerte del enfermo no exime al médico del deber del secreto.*

*Art. 17. 1.- El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.*

*Art. 18.- Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y en sus justos y restringidos límites, el médico revelará el secreto en los siguientes casos:*

*1. Por imperativo legal. Si bien en sus declaraciones ante los Tribunales de Justicia deberá apreciar si, a pesar de todo, el secreto profesional le obliga a reservar ciertos datos. Si fuera necesario, pedirá asesoramiento al Colegio.*

*2. Cuando el médico se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste sea el autor voluntario del perjuicio.*

*3. Si con el silencio se diera lugar a un perjuicio al propio paciente u otras personas; o un peligro colectivo.*

*4. En las enfermedades de declaración obligatoria.*

*5. Cuando el médico comparezca como acusado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria. No obstante, tendrá derecho a no revelar las confidencias del paciente.*

*Art. 19. 1.- Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.*

*2. Todo banco de datos que ha sido extraído de historias clínicas estará bajo la responsabilidad de un médico.*

*3. Un banco de datos médicos no debe conectarse a una red informática no médica.*

*Art. 20.- Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión el archivo deberá ser destruido, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16.2 de este Código.*

#### **4.16.5.- Documentos médico-legales<sup>160</sup>.**

Se designan con este nombre todas las actuaciones escritas empleadas por el médico en sus relaciones con las autoridades, los organismos oficiales, el público y aún los particulares.

Dentro de todas sus posibles modalidades son de uso frecuente en la práctica balnearia, además de la historia clínica ya referida con detalle, los informes, las certificaciones, los partos y las recetas, siendo infrecuentes las tasaciones, los oficios, las declaraciones y las consultas.

##### **4.16.5.1.- Informe**

El más importante en cuanto a número es el que se emite al finalizar la cura termal y en el cual hemos de reflejar todos los datos relativos a los

antecedentes generales del paciente, motivo de consulta, tratamiento prescrito, incidencias hospitalarias, seguimiento terapéutico, urgencias acaecidas y recomendaciones médicas. Son, por término medio, 300 en cada quincena y, aunque se van acumulando los datos durante la estancia de modo automático, deben ser revisados antes de su emisión. Principalmente porque de cada paciente se hacen dos informes, uno para el interesado y otro que se envía al servicio médico del IMSERSO. Si se detectara a posteriori algún fallo en cualquiera de ellos, avisaremos telefónicamente al interesado para comunicarle el envío por correo del informe correcto, mientras que copia del mismo, detallando donde estaba el error, se envía por fax o correo urgente al IMSERSO.

También en ocasiones se cumplimenta el informe previo a la solicitud de plaza en turnos de Termalismo Social. Habremos de reflejar con esmero las patologías que indican la cura termal y, mas aún, las que las contraindican. Esto es particularmente importante según se comprueba a diario en nuestro trabajo, ya que son muchos los pacientes que acuden con una clara limitación o contraindicación que no fue debidamente informada en los trámites previos a la concesión de la plaza.

Por último, es de uso común el informe de urgencia, si bien realmente es un parte que acompaña a los pacientes que son enviados al hospital.

#### 4.16.5.2.- Certificación

Es un documento mediante el cual se da constancia de un hecho o hechos ciertos. Extendido por el médico toma el nombre de certificación médica o facultativa y se refiere a hechos de su actuación profesional. El rasgo que más lo caracteriza es el de no ir dirigido a nadie en particular, pudiendo ser exhibido y utilizado en cualquier sitio. Se extiende siempre a petición de la parte interesada, que así releva al médico de la obligación del secreto profesional.

Es el documento médico-legal<sup>160</sup> del cual se abusa más, tanto por el número de veces que a él se recurre para eximirse de obligaciones, obtener permisos u otras ventajas como por la errónea creencia de muchos al suponer que su carácter de amigos o clientes del médico les autoriza para abusar de la benevolencia de éste, proponiéndole que haga constar hechos falsos que redunden en beneficio del interesado.

No olvidemos el hecho ya citado de que muchas personas acceden a la cura termal gracias a certificados médicos ordinarios, cuanto menos erróneos.

Menos frecuentemente hemos de realizar un certificado de defunción. En estos casos, a pesar de ser en pacientes conocidos, deberemos realizar una cuidadosa exploración post-mortem del cadáver. Existen pocas posibilidades de cometer una falta o infracción por no dar parte a la autoridad si detectamos o sospechamos señales de envenenamiento u otro delito sobre el mismo. Afortunadamente, en nuestro medio, tenemos menos de un fallecimiento por cada 8.000 pacientes y año, por lo que es difícil que se produzca aquí un error. No solo por lo escaso de la muestra, sino porque conocemos habitualmente suficientes datos sobre las dolencias de los pacientes. De todos modos la exploración correcta del fallecido debe ser la norma a pesar de que pudiera tratarse de un termalista que lleve acudiendo 10 años a nuestro centro balneoterápico.

Algunos pacientes, sobre todo particulares, solicitan que se les certifiquen sus enfermedades y los días de estancia (más aún que los tratamientos recibidos). Su mayor interés suele ser el de poder acreditar su ausencia del trabajo ante sus empresas. Por lo tanto, dado que en cada quincena se preparan más de 300 informes médicos, deberemos extremar el cuidado para no incurrir en la expedición de certificación falsa de enfermedad, recogido en el Código penal<sup>139</sup> en el artículo 397: “el

*facultativo que librare certificado falso será castigado con la pena de multa de tres a doce meses”.*

En menor medida, principalmente trabajadores y pacientes jóvenes, se solicita un certificado médico previo a su inscripción en academias, centros deportivos o de ocio y viajes. Dentro de los certificados que se emiten es, sin duda, el menos frecuente.

#### 4.16.5.3.- Parte

Es un documento breve mediante el cual se comunica un hecho a una autoridad o al público. En su forma más simple suele redactarse en una cuartilla apaisada y en él se hace constar de forma clara y concisa el hecho que lo motiva, seguido de la fecha y firma.

Cuando en la práctica de la medicina termal hablamos de la redacción de un informe de urgencia estamos refiriéndonos realmente a un parte que, según la gravedad del cuadro clínico, será más o menos amplio en cuanto a texto. En él se hacen constar los datos del médico y del paciente, el motivo de la asistencia, antecedentes médicos de interés, fecha y hora, sospecha diagnóstica y tratamiento inicialmente aplicado en el balneario.

El médico de guardia del hospital, tras atender a nuestro termalista y consultar los datos que, para nosotros, motivan la asistencia, emite un documento similar en el que consta, además de sus datos de identificación y la data de la asistencia, la firma, el tratamiento aplicado, si hay o no ingreso, derivación a otro hospital y el resultado final.

Cuando el paciente atendido es un trabajador de la empresa, y una vez la urgencia ha sido resuelta en el hospital, acudirá a la mutua de accidentes contratada por el balneario y al médico de cabecera, quien se encargará de emitir los partes de incapacidad temporal que sean necesarios.

#### 4.16.5.4.- Receta

La receta médica es el documento por medio del cual el médico da a conocer la prescripción terapéutica hecha, así como las vías, pautas y formas de administración de los medicamentos.

En cuanto a su aspecto deseable<sup>160</sup>, la receta médica no tiene más exigencias que la claridad.

La mayoría de las recetas que se realizan en la consulta del balneario lo son sobre prescripciones ya hechas por los médicos habituales de los termalistas, si bien en muchas ocasiones se instauran tratamientos nuevos para problemas desconocidos hasta entonces por ellos.

Llegado el final de esta Tesis Doctoral cabe plantearse algunas de las cuestiones que hemos estado debatiendo. Quizás tras el análisis de los siguientes puntos queden más patentes las posibles soluciones que propongo aplicar al sector de la medicina balnearia. Y ello no solo por los resultados obtenidos, sino también por el hecho de encontrarnos con un sector médico y empresarial en auténtica expansión. A esto se añade el claro y rápido envejecimiento a que los bajos índices de natalidad de nuestra sociedad nos abocarán en un futuro no muy lejano.

¿Qué pasaría en los centros balneoterápicos si no hubiese servicio médico?  
¿Qué pasa cuando no hay asistencia permanente? Referente a los pacientes lo primero que obtendríamos sería inseguridad, tanto en su aspecto psíquico y emocional como el en directamente relacionado con sus patologías. También hemos visto que el gasto para las arcas de la Seguridad Social es mayor si se carece de personal médico capaz de decidir sobre la necesidad de una determinada evacuación y, sobre todo, el medio de transporte para hacerlo. El número de urgencias de gravedad leve o moderada que no evolucionan a graves es muy importante si se dispone de médico de guardia. También el control que se realiza en la primera consulta es



determinante para conseguir la mejoría post-cura termal y para identificar los pacientes con contraindicaciones importantes.

Derivado de todo ello, en referencia hacia la empresa que gestione las instalaciones, se obtiene una elevada satisfacción emocional y física de su cliente, una menor incidencia de problemas de todo tipo (incluyendo demandas de responsabilidad civil o penal), un afianzamiento del cliente y la creación de una elevada demanda como la que actualmente tiene el Balneario Hervideros de Cofrentes. Actualmente las reservas para poder conseguir una estancia deben realizarse con dos o tres meses de antelación.

En definitiva, para la empresa los beneficios de todo tipo derivados de este hecho son tan claros como para casi no plantearse su modificación. Además el coste de esta atención médica es despreciable dentro del volumen de facturación.

Otro punto digno de comentario antes de finalizar esta exposición es pensar en qué sucedería si no existiesen varios puntos de asistencia urgente. La verdad es que es un requisito de elevada importancia para que el funcionamiento de las urgencias sea correcto. Es así porque hace que el tiempo existente entre el inicio de la urgencia y el inicio de la atención médica disminuya en unos minutos. Hasta ahora no se ha dado el caso de que se requiera una oxigenoterapia urgente en un lugar distinto al centro termal, pero cuando sea así esos pocos minutos de ganancia de los que hemos hablado quizás puedan llegar a ser determinantes en el desenlace de la misma. Además hay patologías de elevada gravedad que podrán verse beneficiadas de la disponibilidad de material de urgencia en estos puntos.

Pero no sólo he planteado el tema de la atención médica permanente. Hemos visto que, dado el grado de desconocimiento existente entre la profesión médica sobre las indicaciones y contraindicaciones de la hidrología e hidroterapia, el control médico en la primera consulta es de un valor sanitario enorme.

En efecto, si ya se presenta un elevado número de urgencias entre los pacientes utilizados como muestra, la ausencia de asistencia médica urgente y en consulta podría hacer que:

1. No se adecuara el tratamiento termal a las necesidades derivadas de las patologías de cada paciente.
2. Disminuyeran, por tanto, los porcentajes de mejoría actuales.
3. Aumentaran las llamadas solicitando asistencia urgente por:
  - Existencia de contraindicaciones previas a la cura termal no descartadas por personal sanitario.
  - Existencia de patologías de base no conocidas por el termalista.
4. Aumentase el tiempo de espera entre la realización de la llamada y la llegada del médico de guardia de la Seguridad Social.
5. Disminuyera la satisfacción en el paciente, y por ello el número de clientes en años posteriores.
6. Aumentase el gasto, tanto para la empresa como para el Estado, por no disponer de personal cualificado para decidir la conducta a tomar en cada tipo de urgencia.

Por último, y como resultado del análisis de los datos recogidos en esta Tesis Doctoral, quisiera expresar mi deseo de que, tanto los médicos dedicados al sector de la medicina hidrotermal, como el resto de especialistas y colegas, tengamos en cuenta que cualquiera de los tratamientos que se realizan en los balnearios puede producir efectos indeseables como cualquier fármaco. Es por ello que apoyo el concepto de “hidrovigilancia”, término recién acuñado por la escuela hidrológica francesa que viene a corroborar la no absoluta inocuidad de la cura termal y la necesidad de un correcto control médico.

Igualmente animo a los empresarios que dirigen los balnearios españoles a que modernicen, no solo sus instalaciones y medios materiales, sino a su personal sanitario, del cual depende en gran medida el éxito de los tratamientos aplicados, la resolución favorable de sus urgencias médicas y, al mismo tiempo, la sostenibilidad de sus empresas.

Finalizo insistiendo en la obligatoriedad, ética de momento, que como médicos debemos tener cuando, tras realizar las consultas diarias en cada uno de los centros balneoterápicos de nuestro país, abandonamos a una población principalmente geriátrica en zonas recónditas, deprimidas y de difícil acceso. La experiencia adquirida, en el que ha sido mi trabajo durante muchos años, me empuja a invitar también al Ministerio de Asuntos Sociales y al Servicio de Termalismo Valenciano a que realicen un replanteamiento de las necesidades médicas de sus respectivos programas para conseguir una mayor calidad asistencial y una auténtica consolidación de los mismos entre nuestros mayores.

***5.- Conclusiones.***

## **5.- CONCLUSIONES**

1.- En toda actividad balnearia es preciso disponer de atención médica permanente, tanto desde el punto de vista sanitario como desde la perspectiva de la empresa privada.

2.- Es necesaria la existencia de varios puntos de asistencia urgente debidamente dotados.

3.- Es necesaria la existencia de un plan de evacuaciones, adecuado para cada tipo de urgencia, que deberá ser siempre dirigido directamente por el médico de guardia.

4.- A pesar de que no se ha demostrado relación entre la ausencia de control médico previo en el Servicio de Termalismo Valenciano y un posible mayor número de urgencias, sí pensamos que es recomendable la instauración del mismo para mejorar aún más los resultados.

5.- Es imprescindible la existencia de unos criterios de no admisión en base a motivos de salud y de comunicación vial.

6.- Es deseable para todos, médicos y empresarios del sector, el conseguir que el ejercicio de la medicina balnearia sea de mayor profesionalidad y calidad socio-sanitaria, lo que la hará mas rentable para las empresas y para el Estado y de mayor eficacia.

**6.- Bibliografija.**

1. Boletín Oficial del Estado número 81 de 5 de abril de 1989. Págs. 9776-9778.
2. Garay J. Historia de la Geriatria. *Geriátrika* 1996; 12: 23.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Guía para la Elaboración del Programa del Anciano en Atención Primaria de Salud. 3ª ed. Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.
4. Culyer AJ, Cooper MH. *Health Economics*. 1ª ed. Londres: Penguin Books; 1973.
5. Perkins ER. Screening elderly people: a review of the literature in the light of the new general practitioner contract. *BJ Gen Pract* 1991; 41: 382-385.
6. Freer GB. Screening the elderly. *BMJ* 1990; 300: 1447-1448.
7. Hay WI, Brownw G, Roberts J, Jamieson E. Prospective care of elderly patients in family practice. Part 3: prevalence of unrecognized treatable health concerns. *Can Fam Physician* 1995; 1695-1710.
8. Ortún V. Economía y medicina. *Med Clin* 1987; 88: 411.
9. Williams A. An Economist's view of Social Medicine. *Epidemiol Community Health* 1979; 33: 3-7.

10. Cabasés JM. Economía, salud y economía de la salud. Rev Enf ROL 1987; 10: 14.
11. Colomer J, Verdaguer A. La gestión clínica en la nueva era de la información. Cuad Gestión 1997; 3: 158.
12. Ginzberg E. Perspective on the economics of medical care. Am Econ Rev 1951; 41: 617-625.
13. Arrow KJ. Uncertainty ant the welfare economics of medical care. Am Econ Rev 1963; 53: 941-973.
14. Hernanz C, Ordoñez A. El precio de la salud. Med Clin 1991; 97: 99.
15. Alfonso JL. El sí a la economía de la salud. Med Clin 1989; 92: 776.
16. Baréa J. Prólogo a la edición española. En: Abel-Smith B. ¿cuánto cuesta la salud? Madrid: Mapfre ed; 1982.
17. Pardell H. El médico, la salud y la economía. Med Clin 1984; 82: 110.
18. Tamames S. Concepto e historia de la cirugía. En: Tamames S, Martínez C. Fisiopatología general, Aspectos básicos. Manejo del paciente quirúrgico. Ed. Medica panamericana. Madrid 1997.
19. Rang HP. Farmacología. 1ª ed. Madrid: Churchill Livingstone 1995.



20. Esplugues JV. *Terapéutica farmacológica de las enfermedades del aparato digestivo*. 1ª ed. Pamplona: Ed. Universidad de Navarra, S.A.; 1996.
21. Berkow R, Fletcher AJ. *Medicina geriátrica. Manual Merck de diagnóstico y terapéutica*. 9ª ed. Madrid. Doyma libros S.A.; 1994.
22. Levy E, Bungener M, Dumenil G, Fagnani F. *La croissance des dépenses de santé*. Paris: Editions du CNRS, 1979.
23. Forestier F. *Especificaciones de la rehabilitación médica en balnearios en enfermedades crónicas, especialmente en artritis, en Europa Continental*. *Bol Soc Esp Hidrol Med* 1990; 5: 126-127.
24. Ministerio de Asuntos Sociales. *Memorias del IMSERSO*. Madrid 1989.
25. *Diccionario médico*. 3 ed. Barcelona: Masson S.A.; 1997. *Crenoterapia*; 139.
26. Ministerio de Asuntos Sociales. *Memorias del IMSERSO*. Madrid 1990.
27. *Boletín Oficial del Estado* número 10 de 11 de enero de 1991. Pag. 966.
28. *Boletín Oficial del Estado* número 297 de 12 de diciembre de 1997. Pags. 36432-36444.
29. *La vanguardia*. 1 de octubre de 1983. Pag. 3. En prensa 1983.

30. Ministerio de Asuntos Sociales. IMSERSO. Impacto del Programa de Termalismo Social en la reducción del gasto farmacéutico. Madrid. En prensa 1994.
31. Ministerio de Asuntos Sociales. Estudio sobre la incidencia socio-económica del Programa de Termalismo Social. Madrid 1983.
32. Seminario interregional de la OMS. Economía aplicada a la sanidad. Cuad Salud Pública nº 64, OMS Ginebra, 1976.
33. Abel-Smith B, Leiserson A. Pobreza, desarrollo y política de salud. Cuadernos de salud pública, nº 69. OMS Ginebra, 1978.
34. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. N Engl J Med 1977; 296: 716-721.
35. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1991.
36. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1992.
37. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1993.
38. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1994.

39. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1995.
40. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1996.
41. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1997.
42. Ministerio de Asuntos Sociales. Memorias del IMSERSO. Madrid 1998.
43. Ministerio de Asuntos Sociales. Evaluación de la calidad de los Servicios del Programa de Termalismo Social. Madrid: Ed. Ministerio de Asuntos Sociales; 1992.
44. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuad Gestión 1997; 3: 90.
45. Bartlett EG, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Librer S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction. Recall an adherence. J Chron Dis 1984; 37: 755-764.
46. Winefield HR, Murrell TG, Clifford J. Process and outcome in general practice consultations: problems in defining high quality care. Soc Sci Med 1995; 41: 969-975.

47. Armijo M, San Martín J: "Introducción". En "Curas Balnearias y Climáticas. Talasoterapia y Helioterapia". 1ª ed. Madrid: Editorial Complutense; 1994.
48. Del Pozo A: "Termalismo y Seguridad Social". En "El Termalismo en Galicia en la década de los ochenta". 1ª ed. Pontevedra: Gráficas Portela, S.L.; 1988.
49. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11ª ed. Barcelona: Mascaró & Porcar, 1982. Tratamiento; 1002.
50. Bert JM. Thérapeutique Thermale et Climatique. 1ª ed. Paris: Masso Et Cie. Editeurs; 1972.
51. Gualtierotti R. Medicina Termale. 1ª ed. Milano: Lucisano Editore; 1981.
52. San Martín J. Influencia psicoterápica del médico en las curas balnearias. Bol Soc Esp Hidrol Med 1996; 11: 111-116.
53. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. Br Med J 1991; 303: 1385-1387.
54. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27: 110-127.

55. Bartlett EG, Grayson M, Barker R, Levine DM, Goñden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction: recall and adherence. *J Chron Dis* 1984; 37: 755-764.
56. Armijo M, Sanmartin J. Curas balnearias y climáticas. Talasoterapia y Helioterapia. 1ª ed. Madrid: Editorial Complutense; 1994.
57. San Martín J. Consideraciones en torno a las psicalgias y curas balnearias. *Bol Soc Esp Hidrol Med* 1996; 11: 9-16.
58. Arévalo JM, Abecia LC. Integración de la Balneoterapia en la Salud Pública. *Bol Soc Esp Hidrol Med* 1996; 11: 119-126.
59. Ministerio de Comercio y Turismo-Turespaña: Guía de Balnearios. Ed. EGRAF, S.A. Madrid 1994.
60. Rubio A, Moldenhauer F, Parron T, Carralero F. Hidroterapia (I). Introducción y métodos de aplicación. *SEMERGEN* 1990; 16: 280-284
61. Zauner A. Departamento de hidroterapia en distintos centros de rehabilitación y equipamiento de los mismos. *Rehabilitación* 1975; 5: 351-364.
62. Rubio A, Moldenhauer F, Parron T, Carralero F. Hidroterapia (II). Técnicas de aplicación e indicaciones. *SEMERGEN* 1990; 16 :775-780.
63. Plas F, Hagron E. *Kinésithérapie Active*. 3ªed. Paris: Masson Ed; 1979.

64. La méthode de Kabat. Facilitation neuromusculaire par la proprioception. 1<sup>a</sup> ed. Paris: Ed. Viel; 1978.
65. Besançon, F. Le rôle des stations thermales dans l'éducation sanitaire. 1976. Presse therm clim; 113: 217.
66. Ulianova LA. Terapia sanatorial de las formas persistentes de neurastenia con trastornos vegetativos viscerales. En: San Martín J. Influencia psicoterápica del médico en las curas balnearias. Bol Soc Esp Hidrol Med 1996; 11: 111-116.
67. Vidart, L. Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel. Presse therm clim 1972; 110: 64.
68. Digiesi V, Donati D. "Inmersión hasta el cuello en agua termoneutra en el síndrome premenstrual: cambios psicológicos y somáticos". XXXI Congreso Internacional de Hidrología y Climatología. Madrid; 1.990.
69. Prado R. Estudio termográfico en personas tratadas con parapeloides en región cervico-dorsal. Bol Soc Esp Hidrol Med 1990; 5: 17-18.
70. Esteban L. Valoración clínica de la utilidad de la hidroterapia y crenoterapia en rehabilitación. Bol Soc Esp Hidrol Med 1990; 5: 28.
71. Boulange M, Collin JF, Guillemin F, Constant F. Evaluación de la eficacia de la cura termal de Bains-les-Bains sobre las lumbalgias degenerativas crónicas. Bol Soc Esp Hidrol Med 1990; 5: 126.

72. San Martín J, Roldán A. Hidroterapia en las cervicalgias psicogenas. *Rehabilitación* 1980; 14: 301-306.
73. Barr DA. The Effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Am Coll Phys* 1995; 122: 353-359.
74. Morrell DC, Roland MO. How can good general practitioners care be achieved? *BMJ* 1987; 294: 161-162.
75. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 654-659.
76. Dubois, J. Cl. Le rapport médecin-malade en station hydroclimatique psychiatrique. *Presse therm clim* 1974; 111: 56.
77. Pratzel HG, Schnizer W. *Handbuch der Medizinischen Bäder*. Karl F. Haug Verlag. Heidelberg 1992.
78. Boulangé M. *Les Vertus des Cures Thermales*. 3<sup>a</sup> ed. Montpellier: Ed. Espaces 34; 1997.
79. San José C. *Hidrología médica y terapias complementarias*. 2<sup>a</sup> ed. Sevilla: Ed. Universidad de Sevilla; 1998.
80. San José JC. La hidrología médica en el B.O.E. Protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. *Bol Soc Esp Hidrol Med* 1992; 7: 109-110.

81. Barnatski V. Radon therapy in the patients with reactive arthritis. 1ª ed. Prague: Ed. Galén; 1998.
82. Legler B, Baumann K, Pratzel HG, Franke TH. Wirksamkeitsnachweis von Radonbädern im Rahmen einer kurortmedizinischen Behandlung des zervikalen Schmerzsyndroms. En: Pratzel HG (Ed.): Health Resort Medicine. 4ª ed. München; 1995.
83. Tasic I, Lovic B, Milavanovic I, Djordjevic D. The influence of the application of radon's baths on haemodynamic state on hypertensive patients. 1ª ed. Prague: Ed. Galén; 1998.
84. Baeza J. Análisis y coordinación entre la Ley de Minas y la Reglamentación Técnico Sanitaria de las aguas de bebida envasadas. En: I.T.G.E. (Ed.): Jornadas de aguas Minerales y Mineromedicinales en España. Madrid: Repro Market; 1992.
85. Legislación de Aguas (edición preparada por Antonio Reverte Navarro y Emilio Pérez Pérez). 4ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1990.
86. Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo: Libro del agua. Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo. Madrid 1985.
87. Constitución española (edición preparada por Luis López Guerra). 9ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1997.
88. Legislación de Minas e Hidrocarburos (edición preparada por Agustín E. De Asis Roig). 1ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1987.



89. Real Decreto-Ley 743/1928, de 25 de abril, Estatuto sobre la explotación de manantiales de aguas minero-medicinales. Gaceta de Madrid núm. 117, de 26 de abril, 473-483.
90. Real Decreto-Ley 2857/1978, de 25 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General para el Régimen de la Minería.
91. Real Decreto 1164/ 1991, de 22 de julio, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de aguas de bebida envasadas. B.O.E. núm. 178, de 26 de julio, 24818-24825.
92. San José JC. La hidrología médica en el B.O.E. Bol Soc Esp Hidrol Med 1995;10: 115-116.
93. San José JC. La hidrología médica en el BOE. Ensayos clínicos. Bol Soc Esp Hidrol Med 1994; 9: 51. y 104
94. San José JC. Hidrología médica y Legislación. Ley Gallega de aguas minerales y termales. Bol Soc Esp Hidrol Med 1995; 10: 163-164.
95. Gisbert JA, Gisbert MS. Responsabilidad médica. En: Gisbert JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1998.
96. La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada. Actas de la Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud: 18 de octubre de 1993. Madrid, España. Ediciones Doce Calles S.L. Madrid: 1993.

97. Lledó C. Causas del aumento de reclamaciones y nuevas fuentes de responsabilidad. Cuad Med For 1996; 4: 37-39.
98. Jornet, J. La jurisdicción social I. ¿Una solución para las demandas de los pacientes? Barcelona: Laboratorios Morrith; 1995.
99. Saez R. El miedo a la responsabilidad: el médico ante la justicia penal. Cuad Med For 1996; 4: 9-15.
100. San José JC. La hidrología médica en el B.O.E. Bol Soc Esp Hidrol Med 1994; 9: 51.
101. Ley del medicamento (edición preparada por Eduardo Cobreros Mendazona). 2ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1998.
102. Garcia-Andrade J. Problemas medicolegales de la tercera edad. Rev Esp Med Legal 1984; 11: 91-105.
103. Fernandez MA, Mari X. Balneario Hervideros de Cofrentes. Bol Soc Esp Hidrol Med 1988; 3: 93-96.
104. Messina B, Fraioli A, Mignani E, Gori R, Ciappei GC, Scalabrino et al. Ipercolesterolemia: effetti di terapia idropínica. Studio sulle variazioni di parametri a seguito di terapia con acque salso-solfato-alcaline. Arg Gerontol 1992; 4, 36-42.
105. Alland A, Adi G, Lechevalier D, Picard JM. Magnésémie et efficacité de la ure thermale en diabétologie à Vals-les-Bains. Presse therm clim 1995; 132: 152-159.

106. Harrison TR. Principios de Medicina Interna. 13<sup>a</sup> ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994.
107. Garatti G, Molinari S, Pecunia C. Cinesi colecistica ed acque solfato-calciche. Med Clin e Term 1998; 42: 17-22.
108. Beneit J. Farmacología y terapéutica clínica. 1<sup>a</sup> ed. Madrid: Luzán 5, S.A. de Ediciones; 1993.
109. Kaneva TZ. Determination de l'Effect Cholecystokinétique et l'eau Minérale d'Ilyantzi par l'Ultrasonographie. En: Pratzel HG (Ed.) "Health Resort Medicine". München, I.S.M.H. Verlag Geretsried, 1995, 243-246.
110. Rodney A. Fisiología Médica. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Masson; 1997.
111. Guyton A. Tratado de fisiología médica. 9<sup>a</sup> ed. Madrid; Editorial Interamericana: 1996.
112. West J. Bases fisiológicas de la práctica médica. 12<sup>a</sup> ed. Madrid: Editorial Panamericana; 1993.
113. Nappi G, Calcaterra P, Masciocchi MM, De Luca S. Traitement des syndromes dyspeptiques d'origine gastrique par l'eau bicarbonatée-calcique Sangemini: contribution expérimentale. Presse therm clim 1996; 133: 128-133.

114. Fabry R, Schaff G, Normand B. Effets de la Carbothérapie Thermale sur l'Evolution des Gradients de Pression Artérielle Systolique et de la Pression Transcutanée de l'Oxigène chez l'Artériopathie en Ischémie Sévère. En: Pratzel, H.G. (Ed) "Health Resort Medicine". München, I.S.M.H. Verlag Geretsried 1995, 415-418.
115. Kasprzak WP, Straburzynska-Lupa A, Straburzynski G. The Effets os Repeated Health Resorts Treatment of Patients with Obstructive Atherosclerotic Disease of Peripheral Arteries. En: Pratzel, H.G. (Ed.) "Health Resort Medicine". München, I.S.M.H. Verlag Geretsried, 1995, 431-435.
116. Knyssohova V. Carbonate mineral water impact on peroxidate process activity under the experimental associative gastroduodenal pathology. 1<sup>a</sup> ed. Prague: Ed. Galén; 1998.
117. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. Aten Primaria 1996; 17: 348-352.
118. Messini M y cols. Trattato di Idroclimatologia Clinica. 1<sup>a</sup> ed. Bologna: Cappelli Editore; 1950.
119. Messina B, Grossi F. Elementi di Idrologia Medica. 3<sup>a</sup> ed. Roma: Società Editrice Universo; 1988.
120. Rovensky J, Dolezal D, Zimanova T, Koska J, Vigas M. Effect of Balneotherapy on neuroendodrine function. 1<sup>a</sup> ed. Prague: Ed. Galén; 1998.

121. Dutkiewicz R, Llau-Bousquet-Melou ME, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL. Effets indésirables des cures thermales: à propos d'une étude prospective systématique à Bagnères-de-Bigorre. *Presse therm clim* 1999; 136: 9-13.
122. Loisy C, Monteil J C. Considérations sur la crise thermale au cours de la cure de Vichy. Étude épidémiologique et critique sur 200 sujets. *Presse therm clim* 1996; 133: 242-245.
123. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Vol. I. O.M.S. Ginebra; 1995.
124. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Vol. II. O.M.S. Ginebra; 1995.
125. Gisbert JA, Verdú FA. Moral médica, Bioética y Deontología. En: Gisbert JA. *Medicina Legal y Toxicología*. 5ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1998.
126. Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. 1ª ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA); 1.992.
127. Peréa MA. Encuesta médico-laboral sobre el conocimiento del termalismo en un grupo de empleados públicos. *Bol Soc Esp Hidrol Méd* 1995; 10: 149-153.

128. Garcia J. Hacia el futuro de la hidrología médica. Teoría y práctica de la prestación balnearia en el S.O.E. *Gac Med Esp* 1972; 16: 74-78.
129. Brückle, W: Indikationen und Kontraindikationen der Schwefelbäder für die Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. En: Pratzel HG (Ed.) "Sulphur in Health Resort Medicine". München, I.S.M.H. Verlag Geretsried, 1995, 81-84.
130. Geryk E, Witnerová M. Importance of balneotherapy based on the Czech National Cancer Register. 1ª ed. Prague: Ed. Galén; 1998.
131. Witnerová M, Geryk E. Prospects of balneotherapy in supporting health status of cancer patients. 1ª ed. Prague: Ed. Galén; 1998.
132. Codina M. E. Características psicosociales y de salud mental de una muestra de ancianos que acuden a un balneario. *Rev Psiquiatría Fac Med Barc* 1995; 22: 65-71.
133. Pichot P, López-Ibor JJ, Aliño G. DSMR-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 1995.
134. Barcia D. Antropología y vejez. 1ª ed. Murcia: Laboratorios Menarini; 1992.
135. López C, Villalba M, Garcia J, Pinilla B, Muiño A. Perfil de la asistencia en urgencias entre mayores y menores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 355-359.

136. Mengual L. La atención sanitaria urgente. Factores relacionados con la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. Cuad Gestión 1998; 4: 63.
137. Luna A. El derecho a la información en la Ley General de Sanidad. En: Gisbert JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1998.
138. Ley General de Sanidad (edición preparada por Ignacio Arroyo). 2ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1996.
139. El Código penal de 1995. (Edición preparada por Francisco Javier Álvarez Garcia). 2ª ed. anotada y concordada. Valencia: Editorial tirant lo blanch; 1998.
140. Jornet J, Jornet M. Malpraxis IV: Soluciones. 1ª ed. Barcelona: Laboratorios Morrith, S.A.; 1995.
141. Jornet J. Malpraxis III: Causas. 1ª ed. Barcelona. Laboratorios Morrith, S.A; 1994.
142. Martínez L. Derecho médico general y especial. 1ª ed. Madrid: Editorial Tecnos S.A.; 1986.
143. Bueno F. Límites del consentimiento en la disposición del propio cuerpo desde la perspectiva del derecho penal. En: Luna Maldonado. El Derecho en las Fronteras de la Medicina. 1ª ed. Córdoba: Ed. Universidad de Córdoba. Cátedra de Medicina Legal; 1985.

144. J. M<sup>a</sup>. Rodríguez Devesa, Derecho Penal español, Parte general. 4<sup>a</sup> ed. Madrid: Editorial Editores José M<sup>a</sup> Rodríguez Devesa; 1971.
145. Código civil. (Edición preparada por Francisco Blasco Gascó). 2<sup>a</sup> ed. anotada y concordada. Valencia: Editorial tirant lo blanch; 1998.
146. Gené M, Medallo J, Huguet E, Corbella J. La responsabilidad profesional del médico de atención primaria. Cuad Gestión 1996; 2: 213.
147. Col·legi de Metges de Barcelona. Informe anual 1995. Barcelona: Col·legi oficial de Metges de Barcelona, 1996.
148. Fornés J. La responsabilidad civil médica. En: Consejo General Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo. Responsabilidad del personal sanitario. Madrid: CGPJ y M. Sanidad y Consumo, 1995; 140-141.
149. Arimany J, Pujol A. Aspectos médico-legales de la malpraxis en dermatología. Piel 1994; 9: 16-22.
150. Jornet J. Malpraxis II: Consecuencias. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Ancora S.A; 1993.
151. Villanueva E. El consentimiento. En: Gisbert JA. Medicina Legal y Toxicología. 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1998. p. 68-75.



152. Gisbert Grifo M. La Historia Clínica: Lección dictada para consolidar el título de académico correspondiente. Real Academia de Medicina de Valencia. 2 de mayo de 1996.
153. Código de Deontología Médica. Consejo General de los Colegios Médicos, Madrid 1.979.
154. Texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual. (Edición preparada por Nazareth Pérez de Castro). 1ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1998.
155. Ministerio de Sanidad y Consumo. Generalitat Valenciana: Confidencialidad y derecho a la intimidad en la investigación sanitaria. Bases de datos y secreto estadístico. Valencia 1988.
156. Royo-Villanova R. El Secreto Médico Profesional. 1ª ed. Zaragoza: Imprenta del Hospicio Provincial; 1924.
157. Gisbert JA. Nuevos aspectos de la responsabilidad médica: el ejercicio de la medicina en grupo o en equipo. Real Academia de Medicina de Valencia. Valencia 1979.
158. Gisbert JA, Castellano M. El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. En: Gisbert JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1998..
159. Boletín Oficial del Estado número 262 de 29 de octubre de 1992. Pags. 37037-37045.

160. Gisbert JA, Gisbert MS. Documentos médico-legales. En: Gisbert JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1998.