

1. Mujeres
2. Salud

Indice

3. Dinamarca

Nº 000000209

25 27
M949

CENTRO DE ESTUDIOS DE LA MUJER
FACULTAD DE PSICOLOGIA
U. N. A. M.

- Capítulo I *Algunos indicativos del nivel sanitario de la población danesa con especial referencia a la mujer*
- 1.1. La población de Dinamarca según el sexo y la edad
 - 1.2. Esperanzas de vida
 - 1.3. Índice anual standard de ciertos tipos de cáncer
 - 1.4. Índices de nacimientos y mortalidad infantil
 - 1.5. Abortos legales
 - 1.6. Número de esterilizaciones

- Capítulo II *Principios sobre los que se asienta el servicio sanitario en Dinamarca*
- 2.1. Asistencia sanitaria básica
 - 2.2. Número de contactos dentro del servicio sanitario
 - 2.3. Recursos sanitarios a nivel primario
 - 2.4. Servicios de hospital
 - 2.5. Recursos hospitalarios
 - 2.6. Los hospitales según tipo y tamaño

- Capítulo III *Planificación del sistema sanitario*

- Capítulo IV *Servicios sanitarios preventivos*
- 4.1. Exámenes prenatales y asesoramiento

- 4.2. El servicio de visitadoras sanitarias infantiles
- 4.3. Exámenes sanitarios preventivos
- 4.4. Vacunación infantil
- 4.5. Servicio sanitario escolar
- 4.6. Los cuidados dentales infantiles
- 4.7. Servicio sanitario profesional
- 4.8. Otras medidas preventivas de salud

- Capítulo V *El servicio sanitario público*

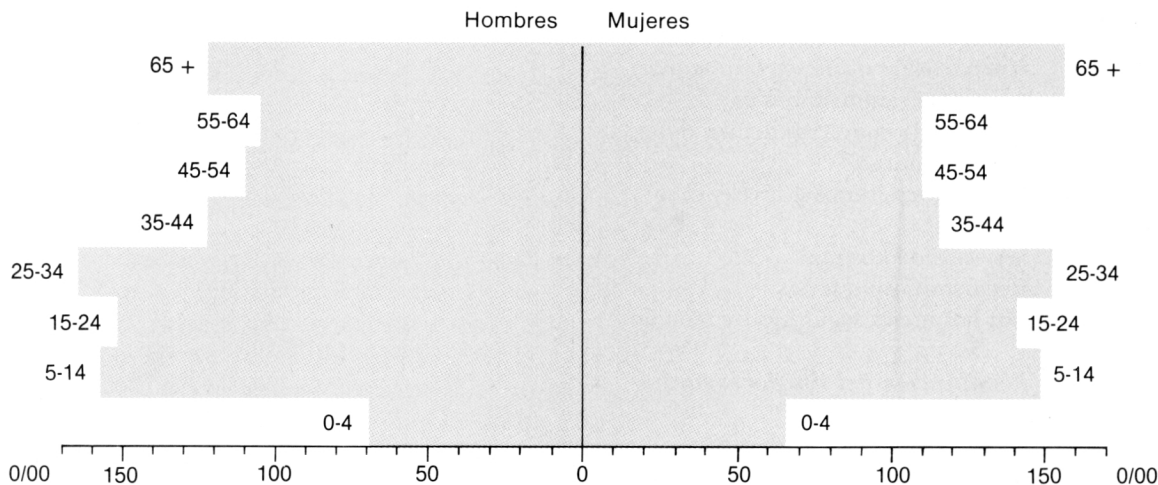
Capítulo I

Algunos indicativos del nivel sanitario de la población danesa con especial referencia a la mujer

El nivel de salud general, las esperanzas de vida, y la incidencia de enfermedades específicamente femeninas en la población danesa, han experimentado una mejora considerable en las últimas décadas. Sin embargo, las mujeres se enfrentan ahora con nuevos riesgos, debido a su mayor participación en todo tipo de trabajo, y a los nuevos sistemas de vida. Hay por ejemplo, un mayor peligro de accidentes de tráfico, y de enfermedades producidas por el tabaco y el consumo de alcohol.

En general, la incidencia de enfermedades es más alta en las mujeres que en los hombres. Son las mujeres las que acuden a las consultas de los médicos familiares más a menudo, mujeres las que con más frecuencia son internadas en los hospitales, y las que tienen un consumo mayor de medicinas. Por otra parte, hay más mujeres ancianas que hombres sufriendo algún tipo de invalidez que reduce sus posibilidades de movimiento.

1.1. La población de Dinamarca según el sexo y la edad. (Figura 1)



El porcentaje de personas de más de 65 años es de 14,1.



1.2. Esperanzas de vida

Tabla 1.

	Hombres		Mujeres	
	1956-60	1976-77	1956-60	1976-79
0 Años	70,4	71,2	73,8	77,1
70 Años	10,7	10,8	11,5	13,7

Las ausencias del trabajo a causa de enfermedad son más numerosas entre mujeres que entre hombres. Ésto se refiere solamente a las más jóvenes, y especialmente a las madres de hijos pequeños, por lo que las estadísticas pueden ser dudosas en este caso.

Las principales causas de mortalidad son hoy en día las enfermedades vasculares y el cáncer. En las mujeres es más común el cáncer de útero o mama, mientras que los hombres mueren de cáncer pulmonar. Las enfermedades más corrientes en las mujeres son perturbaciones relacionadas con la menstruación o el climaterio. A continuación vienen las producidas en los ovarios o el útero, sin ser cáncer.

1.3. Índice anual standard de ciertos tipos de cáncer por cada mil mujeres (O.M.S. 619/78)

Tabla 2.

Países	Mama	Cuerpo del útero	Cuello del útero
	EE.UU.	71,4	17,8
Dinamarca	49,1	11,4	31,6
Colombia	27,8	5,1	62,8
India	20,1	?	23,2
Israel (Judíos)	55,5	10,8	4,5

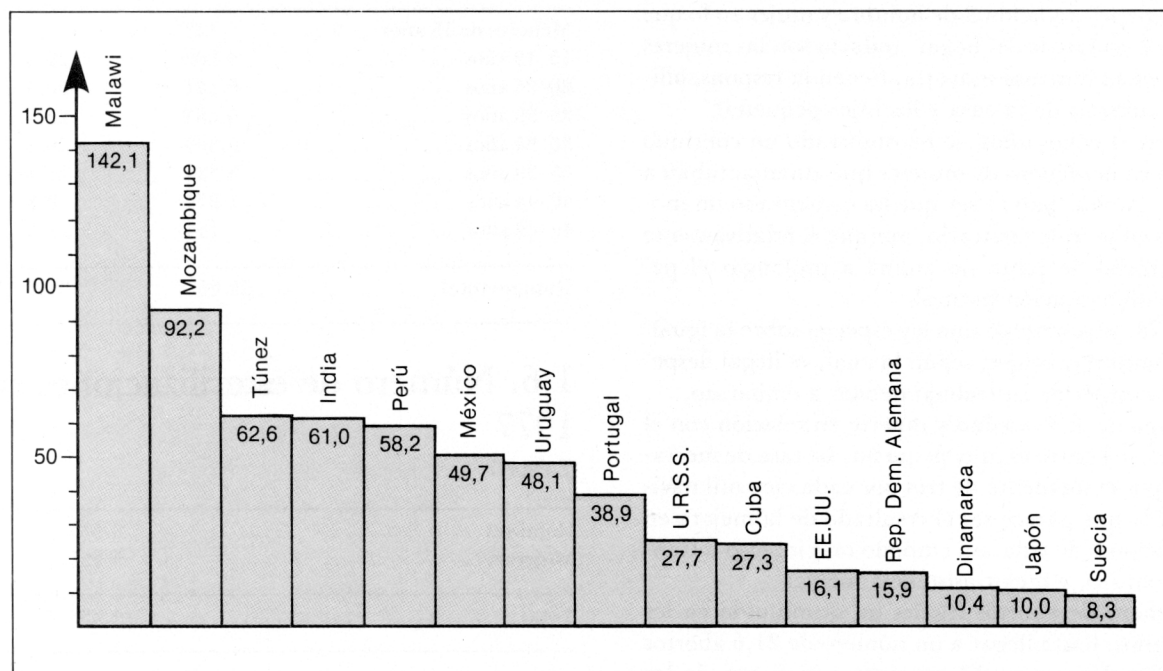
Algunos diagnósticos de pacientes dados de alta en hospitales generales, divididos en edades y sexos, por cada 10.000 habitantes 1972-73

Tabla 3.

Enfermedades	Hombres			Mujeres		
	0-14 años	15-69 años	70 años	0-14 años	15-69 años	70 años
vasculares	4	165	849	3	137	672
Tumores	17	108	574	16	165	346
Número total de altas	1348	1168	2996	1063	1887*	2414

* Cifra que incluye 541 pacientes con estancia en el hospital

Índice comparativo de mortalidad postnatal en 1975 (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)



Las mujeres danesas tienen en la actualidad menos hijos, siendo la media de uno a dos (1,7) solamente. Por otra parte, se ha incrementado la edad de la mujer en su primer embarazo, que tiene lugar actualmente para la mayoría de ellas entre los veinticinco y los veintinueve años. El ochenta por ciento de los embarazos están planeados, y la mayoría de las mujeres utilizan algún tipo de anticonceptivos, principalmente espirales intrauterinas y píldoras. En los últimos años, se ha observado un ligero descenso en el consumo de píldoras, y un incremento del uso de artilugios intrauterinos. La mujer tiene derecho a catorce semanas de permiso, alrededor de la fecha del parto.

1.4. Índices de nacimientos y mortalidad infantil

Tabla 5.

	Nacidos vivos por cada 1000 habitantes	Porcentaje de muertes de 0-1 años en relación con nacidos vivos
1855 .	32,4	13,0
1905 .	28,6	11,1
1950 .	18,6	3,1
1977 .	12,2	0,9

En la actualidad, un setenta por ciento de las mujeres en edad productiva salen a diario de sus hogares para trabajar, lo que trae consigo el nuevo riesgo del agotamiento físico bajo determinadas condiciones. A pesar de la mejora en aparatos domésticos, y un cierto cambio en el papel tradicional de hombre y mujer en lo que respecta a las tareas del hogar, todavía son las mujeres las que, en su inmensa mayoría, tienen la responsabilidad del cuidado de la casa y los hijos pequeños.

Durante muchos años, se ha observado un continuo descenso en el número de mujeres que amamantaban a sus hijos. Ahora, parece ser que ha comenzado un movimiento en sentido contrario, aunque el relativamente corto permiso de parto no anima a prolongar el período de alimentación natural.

En 1978, se promulgó una ley especial sobre la igualdad de hombre y mujer, según la cual, es ilegal despedir a una mujer de su trabajo debido a embarazo.

El riesgo de enfermedad y muerte en relación con el embarazo y el parto es muy pequeño. La tasa de mortalidad es por el momento de tres por cada cien mil nacimientos, lo que parece ser el resultado de la mejora en las condiciones de vida, un cuidado más intenso durante el embarazo, y mejor asistencia médica.

El número de abortos legales ha disminuído en los últimos años, hasta llegar a un número de 21,6 abortos por cada mil mujeres. El cuarenta por ciento de las mujeres que recurrieron al aborto, no habían utilizado métodos anticonceptivos reconocidos.

1.5. Abortos legales en 1977

Tabla 6.

	Número total	Por 1000 mujeres
Menores de 15 años	127	
15-19 años	4.502	25,5
20-24 años	5.541	30,4
25-29 años	5.283	28,0
30-34 años	5.355	26,5
35-39 años	3.331	21,4
40-44 años	1.379	9,8
45-49 años	144	1,0
Número total	25.662	21,6

1.6. Número de esterilizaciones en 1977

Tabla 7.

Hombres	8.538
Mujeres	5.695
Total	14.233

El índice de suicidios ha sido siempre en Dinamarca más alto para las mujeres que para los hombres. Pero en las últimas décadas el índice femenino ha aumentado, de modo que en 1976 fue de 30,2 para los hombres, y 17,7 para las mujeres, calculado por cada cien mil habitantes.

Las enfermedades venéreas, principalmente la gonorrea, han disminuído considerablemente en los últimos años. La incidencia en las mujeres es la mitad que la de los hombres (aproximadamente 5.000 para éstos últimos).

Como se desprende de las tablas de distribución de la población por edades, y las de esperanzas de vida, hay más mujeres que hombres entre las personas más an-



cianas. Esto significa que habrá una mayor proporción de mujeres solteras o viudas en los grupos de edad más altos, y que el porcentaje de ancianas en las residencias (que el municipio tienen la obligación de instituir para toda persona inválida o de edad), es también mayor que el de sus habitantes varones. Aproximadamente un siete por ciento de la población de más de 65 años, vive

en residencias de ancianos, mientras que la mayoría de estas personas permanecen en sus hogares, con el apoyo de los servicios sociales en forma de ayuda sanitaria, y asistencia para las tareas domésticas. Estos servicios deben ser suministrados asimismo por los ayuntamientos locales. Un quince por ciento de las personas de edad tienen asistencia doméstica.

Capítulo II

Principios sobre los que se asienta el servicio sanitario en Dinamarca

CENTRO DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

Como rasgo más importante, se puede citar que los servicios sanitarios, en lo que se refiere a tratamiento y prevención de enfermedades, son totalmente gratis sean cuales sean los ingresos personales, ya que se subvencionan por medio del sistema de impuestos generales. En lo que se refiere a medicinas, servicio de dentista para adultos y fisioterapia, se aplica hasta cierto punto el sistema de pago compartido.

Los servicios sanitarios daneses incluyen tanto las medidas preventivas como el tratamiento de enfermedades. Son las autoridades regionales, a nivel municipal, las que se responsabilizan de los servicios sanitarios primarios y los de hospitalización, estando casi todos ellos administrados por autoridades públicas. El costo del servicio sanitario en conjunto abarca casi el seis por ciento del producto nacional bruto, y el once por ciento del gasto público corresponde al sector sanitario.

El Consejo Nacional de la Salud, órgano del Ministerio del Interior, aconseja en cuestiones sanitarias a todos los demás ministerios, y desarrolla asimismo funciones de planificación en el campo de la salud. El Consejo supervisa también todo el personal médico del país.

2.1. Asistencia sanitaria básica

La figura principal en este servicio, siempre ha sido, y seguirá siendo, el médico de cabecera. En un principio, el médico familiar estaba establecido en la práctica pri-

vada, operando totalmente al margen de los hospitales. Hoy en día, los doctores en medicina general todavía tienen sus consultas independientes de los centros sanitarios. Antes representaban un cincuenta por ciento de la profesión médica, pero con el desarrollo de unos servicios más especializados en los hospitales, el porcentaje actual es de solamente un veinticinco por cien.

En 1973 se promulgó el Decreto de Seguridad Sanitaria Nacional, como consecuencia de que la mayor parte de los gastos en este sector habían tenido que ser cubiertos por fondos públicos.

Sin embargo, se mantiene aún el principio del médico de cabecera o médico familiar, así como la práctica de la medicina general como profesión liberal.

Los profesionales de la medicina general trabajan en sus consultas privadas, pero les paga la seguridad sanitaria, de acuerdo con convenios establecidos entre la asociación de médicos y la asociación de concejos municipales. Aproximadamente la mitad de los doctores en medicina general trabajan de forma independiente, mientras que la otra mitad hacen prácticas en grupo o cualquier otra forma de trabajo en conjunto.

Cuando un doctor obtiene su licencia para trabajar independientemente, después de haber completado sus prácticas de postgraduación, puede hacerse cargo de la consulta de un colega que vaya a retirarse, o bien abrir su propia consulta, previo acuerdo con el comité local de representantes del concejo municipal, y con los doctores locales.

La seguridad sanitaria nacional cubre también una parte de los gastos relativos a tratamiento dental para adultos, fisioterapia, y ciertos medicamentos.

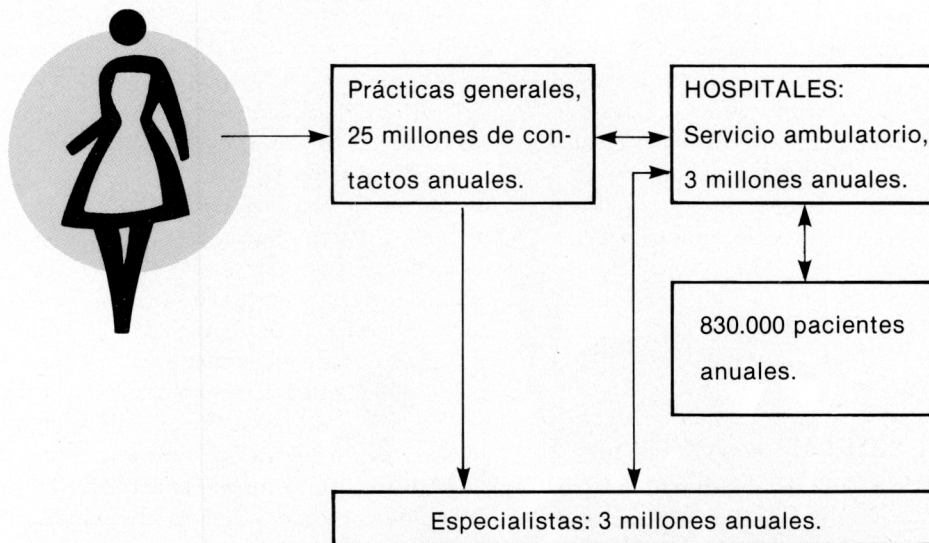
Se ha introducido asimismo una pensión por enfermedad, por la cual los trabajadores de la industria y el comercio perciben un noventa por ciento del sueldo medio semanal en estos sectores.

Los doctores en medicina general, se ocupan tanto de las medidas sanitarias preventivas, como de la medicina curativa.

El médico de cabecera es generalmente el primer contacto entre el paciente y el sistema sanitario. Como norma, es el médico familiar quien primero examina al enfermo, y quien puede enviarle, llegado el caso, a un

especialista para posterior tratamiento, dentro del nivel de cuidados primarios, o bien a un hospital, ya en el nivel secundario. El médico de cabecera debe enviar la ficha completa del paciente al hospital, y los médicos del hospital por su parte, tienen que suministrar al de cabecera una información exhaustiva del resultado de sus análisis, así como del tratamiento seguido con el paciente. Los médicos de los hospitales daneses son empleados con salario de jornada completa, y no reciben pago alguno de los pacientes hospitalizados en sus departamentos. Se ha discutido a este respecto, si el sistema de división total que existe entre el nivel primario y secundario de la asistencia sanitaria, proporciona la mejor colaboración entre ambos niveles.

2.2. Fig. 2. Número de contactos dentro del servicio sanitario a finales de la década de los 70





Recursos sanitarios a nivel primario en el año 1979

Tabla 8.

Número de:	
Doctores en medicina	
general	2.789 (1 por 1835 habitantes)
Especialistas	1.887
Dentistas	3.028 (1 por 1690 habitantes)
Comadronas	661
Enfermeras domésticas	2.354
Visitadoras sanitarias infantiles	1.150
Farmacias con licencia del Estado	330 (mas 14 en hospitales)
Camas en asilos de ancianos	50.000 (aprox.)
Fisioterapeutas	2.771

2.4. Servicios de hospital

El servicio sanitario según el concepto actual, fue instaurado en la segunda mitad del siglo XVIII, construyéndose el primer hospital en la capital Copenhague. En los años siguientes, hasta la segunda guerra mundial, se establecieron otros hospitales en ciudades de provincias y algunos de los nudos ferroviarios más importantes. Después de la segunda gran guerra, la tendencia general se dirigió a una cierta concentración de hospitales en las ciudades más grandes. Algunos de los situados en los centros más pequeños fueron cerrándose, o bien transformándose en hospitales especializados.

El sistema hospitalario normal, ha estado siempre bajo la jurisdicción comunal en Dinamarca, mientras que el Estado se ha ocupado de administrar los hospitales especiales, como por ejemplo los siquiátricos. Hoy en día, tanto estos últimos como otros centros especializados, están administrados por los ayuntamientos locales, formando un eslabón del sistema hospitalario co-

mún. El Estado se ocupa solamente del gran hospital universitario de Copenhague: Rigshospitalet (Hospital Nacional). Los sanatorios privados nunca han tenido un gran auge en Dinamarca, y los pocos existentes, operan de conformidad con acuerdos especiales entre ellos y el municipio correspondiente.

El primero de enero de 1979, había un total de 132 hospitales con 42.955 camas.

En los hospitales comunes, había 6,6 camas por cada mil habitantes.

2.5. Recursos hospitalarios en 1979

Tabla 9.

Número de:	
Hospitales (10 de ellos mentales)	132
Total de camas	42.955
Total de empleados	108.099
Empleados por cama	1,8
Doctores (jornada completa)	6.187
Enfermeras	17.505
Otros empleados	27.698

El número de admisiones par cada cien habitantes en los hospitales comunes fue de 17,7.

El sistema hospitalario danés comprende diversos tipos, que se distribuyen de acuerdo con el tamaño y la finalidad del hospital: Hospitales con un mínimo de tres departamentos clínicos y por lo menos 800 camas; hospitales con al menos tres departamentos clínicos y un número de camas inferior a 800; los llamados hospitales divididos, que disponen de departamentos separados de cirugía y medicina; los hospitales combinados, que no están divididos en departamentos; y finalmente los hospitales destinados a enfermedades somáticas especiales, y los hospitales siquiátricos.

2.6. Los hospitales en 1979, según tipo y tamaño

Tabla 10.

	Número	Total camas
Hospitales con un mínimo de 3 departamentos clínicos y más de 800 camas	9	
Hospitales con 3 departamentos clínicos y menos de 800 camas	30	25.091
Hospitales divididos	30	4.402
Hospitales combinados	24	1.665
Hospitales especiales somáticos	20	2.355
Hospitales especiales siquiátricos	16	9.442
Total	132	42.955

Los hospitales combinados son pequeños sanatorios de distrito que generalmente tienen de 75 a 100 camas, y que carecen de departamentos especializados, estando dirigidos por un cirujano jefe.

La tarea de estos pequeños hospitales se ha concentrado por tradición en el tratamiento quirúrgico, pero también admiten pacientes de otro tipo. A fin de cumplir este cometido, los hospitales reciben generalmente ayuda médica especial de tipo asesor, de otro hospital dentro del departamento provincial (amts-kommunen), en la especialidad de medicina interna. La ayuda asesora médica en otros campos se desarrolla del mismo modo. Algunos de los hospitales de este grupo, se especializan asimismo en la asistencia médica a las comunidades pequeñas de las numerosas islas que componen el país.

Los hospitales divididos tienen generalmente de 100 a 150 camas, con departamentos separados de medicina y cirugía. Disponen además, en diferentes grados, de funciones de rayos equis y anestesia, dirigidas a me-

nudo por un jefe médico de cada una de las especialidades.

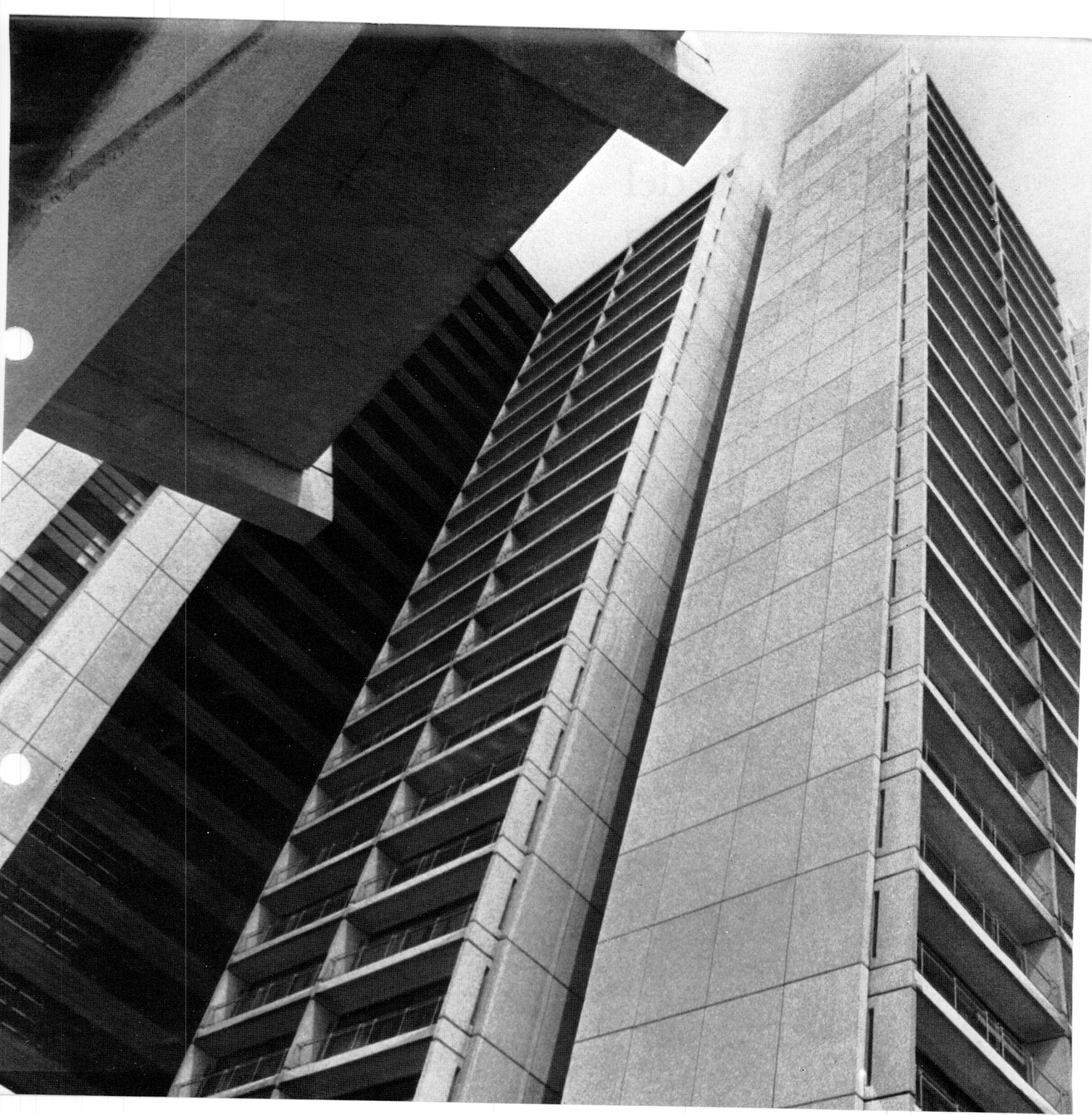
En el grupo de los hospitales mayores, con un mínimo de tres departamentos clínicos, encontramos los hospitales centrales y provinciales. En este apartado se incluyen asimismo los hospitales que desempeñan las funciones sanitarias principales en los municipios regionales, y que han sido destinados en el plan hospitalario de los mismos, a contener todas las categorías de especialistas y expertos, necesarias en un ayuntamiento provincial. Sin embargo, el tipo de hospital más característico, es el de 300 a 500 camas, el cual, además de disponer de departamentos especiales para todo el municipio, actúa también como sanatorio local para los habitantes de la ciudad y sus alrededores.

A ésto hay que añadir los grandes y completos hospitales especializados que existen en unas pocas de las grandes ciudades. Aparte de las funciones sanitarias normales, estos hospitales tienen a su cargo tareas especiales que solo se encuentran en algunos puntos del país, las llamadas funciones territoriales, las cuales ocupan, grosso modo, un ocho por ciento del total de la utilización sanitaria.

Los hospitales especiales somáticos se ocupan solamente del tratamiento de enfermedades determinadas y específicas, como por ejemplo el reumatismo, así como de tratamientos complementarios.

Los hospitales especiales siquiátricos, son los destinados anteriormente a los enfermos mentales, y que están ahora integrados en el sistema ordinario, bajo la jurisdicción de los municipios regionales.

El sistema sanitario provincial se compone pues de un cierto número de hospitales de diferentes tamaños y diversas especialidades. En términos generales, el sistema sanitario debe incluir departamentos para todas las especialidades médicas más comunes.



Capítulo III

Planificación del sistema sanitario

Todos los ayuntamientos y municipios de Dinamarca, tienen la obligación de hacer un plan quinquenal de sus servicios sociales, incluyendo algunos del sistema sanitario. Estos planes son revisados todos los años, y enviados a los respectivos Ministerios para eventuales observaciones o comentarios. La responsabilidad de la mayor parte de los servicios hospitalarios recae en un comité especial, aunque desde 1973, todo el servicio sanitario a nivel primario está bajo la jurisdicción de los municipios provinciales.

La mayoría de los servicios sociales, y algunos de los preventivos, están bajo la responsabilidad de los ayuntamientos.

Capítulo IV

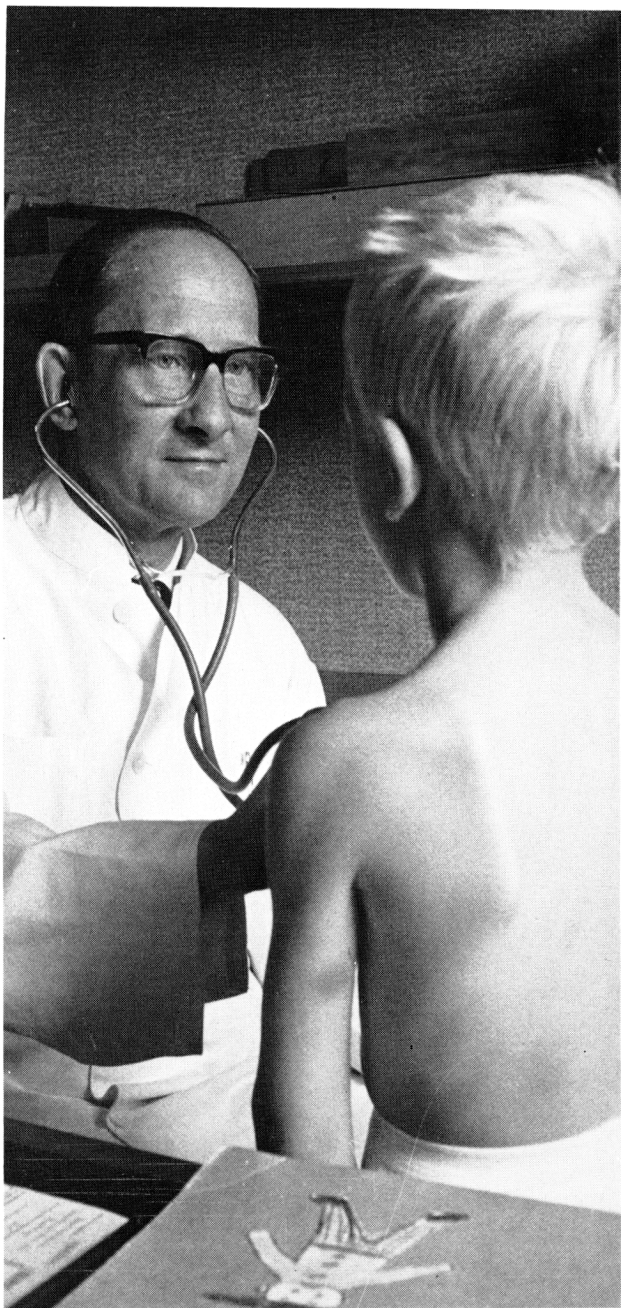
Servicios sanitarios

Los servicios sanitarios preventivos, están a disposición de todos los ciudadanos de forma gratuita, y presentan las modalidades siguientes:

4.1. Exámenes prenatales y asesoramiento

La mujer embarazada puede elegir entre los cuidados de su propio médico de cabecera, o bien de éste junto con los de una comadrona del centro hospitalario local. El número de exámenes a que tiene acceso, antes y después del parto, con la comadrona, es de siete por lo menos, además de otros tres con el médico. En caso de embarazos difíciles, la paciente es generalmente enviada al hospital local para controles adicionales. La mujer puede elegir entre dar a luz en casa o en el hospital. La gran mayoría de los nacimientos se producen en departamentos hospitalarios, mientras que sólo un 0,5 por ciento tiene lugar en casa. Todas las comadronas danesas deben pasar unos estudios de capacitación en seminarios especiales, y obtener un diploma. Todas ellas trabajan en los centros públicos de partos, a menudo en relación directa con el departamento de obstetricia. Al recién nacido se le examina de fenilquetonuria y malformaciones, y se pasa aviso a la visitadora sanitaria local para que continúe los controles en el hogar.





4.2. El servicio de visitadoras sanitarias infantiles

Este servicio se instauró en 1937, y es ahora obligatorio en todos los municipios del país.

La enfermera sanitaria se presenta habitualmente en las familias, inmediatamente después del parto, ofreciendo su ayuda para el cuidado del recién nacido. Prácticamente todas las familias aceptan los servicios de la visitadora sanitaria, quien acude a intervalos regulares durante el primer año de vida del niño, a fin de controlar su estado de salud, y aconsejar a la madre en los distintos problemas que se puedan presentar. A partir del primer año, la enfermera reduce el número de visitas a las familias sin problemas, concentrándose en aquéllas que sufran riesgos o francas complicaciones. Sin embargo, la enfermera puede continuar visitando a la familia y al niño durante todo el período pre-escolar.

La enfermera sanitaria pública, debe enviar al médico general a los pacientes que tengan complicaciones, pudiendo asimismo, como miembro de la profesión, dirigirse directamente a los servicios sociales de la localidad.

4.3. Exámenes sanitarios preventivos

Todo niño tiene derecho a nueve exámenes sanitarios preventivos, en la consulta del médico, a las edades de cinco semanas, cinco meses, diez meses, quince meses, y a partir de este momento, una vez al año hasta la edad escolar. El Consejo Nacional de la Salud, ha establecido unas líneas determinadas, por las que el médico de cabecera recibe instrucciones concretas sobre los aspectos en que tiene que concentrar su examen, en las diferentes edades del niño.

4.4. Vacunación infantil

Todos los niños tienen acceso a tres vacunas, en la propia consulta de su médico, contra la difteria, polio, té-



tano, y tosferina. Algunos se vacunan también contra la tuberculosis, mientras que las inoculaciones contra la viruela están abolidas actualmente.

4.5. Servicio sanitario escolar

Este servicio fue implantado en 1946, y debido a él, las escuelas son el único punto de todo el sistema sanitario del país, donde toda la población sufre un examen médico obligatorio. Toda escuela, privada o pública, debe disponer de un servicio sanitario escolar para los niños desde su ingreso (generalmente a los seis o siete años), hasta que abandonan la escuela, nueve o diez años después.

El médico escolar debe ocuparse del examen rutinario de todos los niños en los niveles siguientes: El primero y segundo año después de su ingreso en la escuela, en el quinto curso, y durante el último curso escolar. Además de esto, el médico escolar examina a los niños con necesidades específicas, por ejemplo en caso de problemas especiales, o de riesgo de propagación de enfermedades, bien sea por causas sociales, psicológicas o somáticas. La enfermera escolar participa también en la educación sanitaria, controlando todos los años el peso, la altura, y la capacidad visual y auditiva de cada niño. Se llevan a cabo asimismo otro tipo de pruebas en momentos determinados. Los médicos escolares no tratan las enfermedades, sino que envían al paciente al doctor de cabecera. El servicio sanitario escolar se ocupa también de controlar si los niños han recibido las vacunas necesarias. En caso de que la prueba de tuberculina resulte negativa, se ofrece a los escolares la vacuna calmette. El doctor escolar supervisa, junto con el director de la escuela, las condiciones del edificio, comprobando si la calefacción, ventilación, iluminación, aulas y aseos son adecuados, así como las condiciones higiénicas en general.

4.6. Los cuidados dentales infantiles

Desde el año 1972, los cuidados sanitarios dentales han sido obligatorios para los niños en período escolar, pero a partir de 1985, la obligatoriedad se extenderá a toda la población infantil, es decir, desde los dos a los dieciséis años aproximadamente.

Todos los niños tienen acceso gratuito a los servicios dentales en las clínicas públicas, incluyendo tanto los exámenes de rutina como los tratamientos. Funciona asimismo un programa preventivo en las escuelas y en las guarderías infantiles.

4.7. Servicio sanitario profesional

Existe una legislación sanitaria profesional desde el año 1913, a partir del cual, se abolió el empleo de niños menores de catorce años.

En la actualidad, se han ampliado las leyes del servicio sanitario laboral, de modo que todo empleado o trabajador está protegido por el mismo. Los comités sanitarios y de seguridad son obligatorios en todas partes.

Antes de comenzar ciertos trabajos, o bien para entrar de aprendiz en los mismos, se requieren exámenes sanitarios especiales. Por lo mismo, son necesarios certificados de salud determinados, para obtener un permiso de conducir.

4.8. Otras medidas preventivas de salud

En todo municipio debe haber una clínica de orientación infantil, administrada por el mismo municipio, donde psicólogos y psiquiatras infantiles puedan examinar a los niños, y aconsejar a las familias con hijos que presentan perturbaciones emocionales o de otro tipo. Muchos ayuntamientos disponen además de exámenes preventivos de cáncer uterino, para todas las mujeres

en ciertos niveles de edad, ampliando este servicio algunos municipios al control de cáncer de mama.

Todas las escuelas incluyen en su plan de estudios la *educación sexual* a distintos niveles. Además, cualquier ciudadano, de acuerdo con el sistema de seguridad sanitaria general, tiene derecho a exámenes gratuitos y consejo en lo que se refiere a *métodos anticonceptivos*, bien sea en la consulta de su propio médico, o en una de las clínicas especiales del municipio.

Cualquier adulto de más de veinticinco años tiene acceso a' la *esterilización*, bajo demanda expresa. La operación debe tener lugar en los hospitales, y es registrada para información del Consejo Nacional de la Salud.

Desde el año 1973, toda mujer puede *abortar* si lo requiere, dentro de las primeras doce semanas de embarazo. La legislación vigente se cuida de que la mujer sea informada previamente de la naturaleza de la intervención, y de la ayuda social a que tiene derecho, en caso de que desee llevar el embarazo a su término. Después de las primeras doce semanas, la mujer tiene todavía posibilidad de abortar si lo desea, previa consideración de su caso por una comisión especial.

En todos los municipios existe uno o más *centros de rehabilitación* para impedidos físicos, en los que, dentro de lo posible, se les entrena para trabajar.

Capítulo V

El servicio sanitario público

El sector sanitario está a cargo de diferentes autoridades y ministerios. Muchas de sus tareas son altamente técnicas y van más allá de lo que un sistema médico puede cubrir. Dentro de este sistema hay un control de incidencia de enfermedades y mortalidad en la población. Además, el sector sanitario tiene relación con medidas preventivas especiales, exámenes protectores, y control de instituciones de diversos tipos. Por su parte, la higiene sanitaria, el agua potable, la polución, el control de alimentos y medicinas, así como del medio ambiente en general, está a cargo de autoridades locales y estatales. Hay una legislación especial que regula las condiciones de trabajo y ambiente en fábricas y otros puestos laborales, así como normas determinadas para viviendas y edificios.

Del mismo modo, existe también la planificación urbana y viaria, ya que unas normas y una legislación especial en este campo, tienen tanta influencia en la salud general del individuo como los exámenes y tratamientos médicos. Sin embargo, queda aún mucho camino por recorrer, y todavía hay muchos problemas sin resolver en el terreno sanitario. No es menos importante la necesidad de una mejora en la educación sanitaria a todos los niveles de edad, cuyo fin último ha de ser que cada uno sea responsable, en una mayor medida, de su propia salud.