

# XI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Las Palmas de Gran Canaria, 1-5 de noviembre de 2005

## COMITÉ CIENTÍFICO

**José Ramón Repullo Labrador**

*Departamento de Planificación y Economía de la Salud  
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III*

**Ildelfonso Hernández Aguado**

*Departamento de Salud Pública.  
Historia de la Ciencia y Ginecología  
Universidad Miguel Hernández*

**Beatriz González-López Valcárcel**

*Departamento de Métodos Cuantitativos  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

**Lucía Artazcoz Lazcano**

*Institut de Serveis a la Comunitat  
Agència de Salut Pública de Barcelona*

**Lluís Serra Majem**

*Departamento de Ciencias Clínicas  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

---

---

# Presentación del XI Congreso de SESPAS

---

---

Queridos amigos y amigas de SESPAS:

Este año nuestro Congreso tiene algo muy especial: es el centro de referencia de una gran convocatoria del mundo científico y profesional de la Salud Pública y la Administración Sanitaria, que hemos impulsado bajo el nombre genérico de "Encuentro" (ESPAS).

Desde el Consejo Directivo de SESPAS hemos querido ser facilitadores de una reunión donde el protagonismo esté en la gente, en los grupos de trabajo y de investigación, en las sociedades científicas, en el deseo de encontrarse, de debatir, de buscar nuevas perspectivas a viejos y nuevos problemas.

Y por eso hemos promovido un gran lema, en torno al cual pudiera darse una confluencia amplia y dinamizadora: la salud sin fronteras y la sanidad sin barreras.

Y dentro de este gran Encuentro, nuestro propio espacio como Congreso de SESPAS, lo hemos querido abrir también a la iniciativa de algunas sociedades de SESPAS que nos han ayudado a montar mesas de debate sobre temas muy importantes, así como a los grupos de trabajo y las iniciativas y líneas de actividad de nuestra sociedad, que han puesto mucha ilusión en hacer bien las cosas, y proponer un programa estimulante para todos.

El viernes 4 de noviembre es el día SESPAS dentro del Encuentro, y en él se ofrecen mesas para debatir problemas organizativos del Sistema Nacional de Salud, tales como la atención farmacéutica, los modelos de integración asistencial, los problemas de la atención al inmigrante, o los riesgos químicos en su doble vertiente de salud laboral y ambiental. Paralelamente se desarrollan una serie de reuniones donde los asistentes pueden entrar en contacto con líneas de trabajo de SESPAS: así, el grupo de políticas y planes promueve con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo una revisión del tema de planes integrados y estrategias de salud, el grupo de género y salud pública va a desarrollar con el Observatorio de la Mujer una puesta al día de las iniciativas que se están desarrollando de forma colaborativa; los editores del In-

forme SESPAS 2006 van a hacer una presentación de los trabajos en marcha y adelantar los contenidos e ideas fundamentales del informe; y el equipo editorial de *Gaceta Sanitaria* promueve un encuentro para acercar nuestra revista a todos los que la elaboran y la utilizan, en el cual se hablará también de la difusión de la literatura científica. Este amplio menú se complementa con dos mesas específicas de debate relacionadas con el desarrollo profesional; por una parte, la profesión de salud pública en el contexto del espacio europeo de educación superior (el llamado acuerdo de Bolonia), y por otra parte, el debate sobre la profesionalización de la gestión y el buen gobierno de los centros y servicios sanitarios.

Junto a estas convocatorias en forma de mesas o reuniones, el Congreso SESPAS acoge la participación de 106 profesionales que nos traen sus experiencias y reflexiones en forma de 81 comunicaciones orales y 25 carteles. Es una espléndida participación que permite identificar aportaciones muy valiosas en los ámbitos de desigualdades sociales en salud, mejora de la asistencia sanitaria, información sanitaria, salud reproductiva, planificación y políticas sanitarias, salud comunitaria, salud ambiental, salud laboral e higiene alimentaria.

Por lo tanto, me toca dar la bienvenida a todos y todas a esta convocatoria, invitando a participar en este amplio elenco de actividades que con seguridad van a cubrir sobradamente el espectro de intereses de cada uno de nosotros. Esta es la idea de SESPAS que queremos hacer avanzar: la casa común de la salud pública y la administración sanitaria; el lugar de encuentro donde las distintas disciplinas y perspectivas se juntan para reflexionar sobre los principales problemas y retos; el ámbito donde los profesionales intentamos pasar de la investigación a la acción a través del compromiso con nuestro conocimiento y con nuestros conciudadanos.

Bienvenidos a SESPAS, bienvenidos al XI Congreso de nuestra sociedad.

**José R. Repullo**  
*Presidente de SESPAS*

# Evaluación de las Comunicaciones presentadas al XI Congreso de SESPAS

## Introducción

A continuación se describe, junto con el Programa Científico de la XI Reunión de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, el proceso de evaluación de las comunicaciones.

## Métodos

### *Información y recepción de comunicaciones*

Las normas de presentación y criterios de valoración se dieron a conocer mediante la página WEB de la ESPAS. Se estableció como única vía de envío de las comunicaciones la página web de la reunión. El sistema ha funcionado bien. Sólo se han detectado algunos problemas puntuales que fueron resueltos a través de llamadas telefónicas o por correo electrónico.

### *Evaluación*

Este año se contó con un comité científico (CC) reducido, de sólo cinco personas, dada la previsión de un número de comunicaciones que estaría alrededor del centenar, en un congreso en el que participan muchas otras sociedades científicas. Las comunicaciones fueron agrupadas en áreas temáticas y distribuidas por correo electrónico a los miembros del CC de modo que cada resumen anonimizado fue evaluado por dos personas.

Cada evaluador revisó alrededor de 40 resúmenes. Para la evaluación se emplearon los criterios especificados en la tabla 1. A cada resumen se le asignó una puntuación entre 0 y 30.

Las comunicaciones se remitieron a los evaluadores a través de correo electrónico. Cada evaluador dispuso de quince días para su revisión. Inicialmente se rechazaron las comunicaciones en que los dos evaluadores adjudicaban una puntuación igual o inferior a 15, punto medio del intervalo. Se consideraron como evaluaciones discrepantes aquellas en las que uno de los evaluadores otorgaba 15 puntos o menos y el otro una puntuación superior. Las discrepancias se resolvieron por correo electrónico.

## Resultados

### *Evaluación*

Se recibieron 122 comunicaciones. En trece (10,7%) hubo discrepancias entre los evaluadores. Estos casos se resolvieron satisfactoriamente con una segunda lectura por parte de los revisores. Finalmente se aceptaron 82 comunicaciones orales (67,2%), 25 carteles (20,5%) y se rechazaron 16 (13,1%).

En la tabla 2 se presentan los resultados definitivos de la evaluación. La valoración media fue 19,1 puntos, el 5% de las comunicaciones obtuvieron 26 puntos o más y, en el otro extremo, el 5%, tuvieron 12 puntos o menos. La diferencia media entre evaluadores fue de 4,2 puntos.

**Tabla 1. Criterios de evaluación**

Resumen estructurado, presentación (tamaño, letra, márgenes), redacción, claridad	0-5
Objetivos descritos	0-3
Diseño adecuado para los objetivos	0-3
Metodología descrita y adecuada a los objetivos	0-5
Presentación de resultados	0-3
Conclusiones basadas en los resultados	0-3
Relevancia	0-5
Originalidad	0-3
Total	0-30

**Tabla 2. Resultados de la evaluación**

Puntuación media	
Media	19,1
Mediana	19,5
Desv. típica	4,9
Percentil 5	12,0
Percentil 95	26
Diferencia media entre evaluadores	4,2

**Tabla 3. Comunicaciones según comunidad autónoma de procedencia**

Comunidad Autónoma	n	%
Catalunya	48	39,3
P. Valenciano	19	15,6
Madrid	17	13,9
Andalucía	9	7,4
Canarias	9	7,4
Aragón	6	4,9
Euskadi	4	3,3
Extremadura	3	2,5
Navarra	2	1,6
Galicia	1	0,8
Asturias	1	0,8
Murcia	1	0,8
Baleares	1	0,8
Extranjero	1	0,8

**Tabla 4 Comunicaciones enviadas según tipo de institución.**

Tipo de institución	n	%
Servicios de Salud Pública de la Administración	37	30,3
Hospitales/Centros de Atención Primaria	25	20,5
Agencias/Institutos de Salud Pública	24	19,7
Universidades	14	11,5
Escuelas de Salud Pública	7	5,7
Otras/no consta	15	12,3

Entre las comunicaciones orales, planificación y políticas sanitarias ha sido el tema del que se ha enviado el mayor número (23), seguido asistencia sanitaria

(11 comunicaciones), salud comunitaria, desigualdades e información sanitaria (10 cada uno), salud reproductiva (9) y, finalmente, salud ambiental y laboral (8). El tema más frecuente entre los carteles ha sido la asistencia sanitaria (12), seguido por planificación y políticas sanitarias (8), salud ambiental e higiene alimentaria (3), desigualdades (2) y salud reproductiva (1).

#### *Origen geográfico y organismos de procedencia*

Más de la tercera parte de las comunicaciones proceden de Catalunya, sobre todo de Barcelona. El País Valenciano con el 15% de las comunicaciones y Madrid con el 14% ocupan el segundo y tercer puesto respectivamente (tabla 3).

En la tabla 4 se presenta la distribución de las comunicaciones enviadas según la institución de procedencia. Casi la tercera parte proceden de servicios de salud pública de la administración. Los hospitales y centros de atención primaria ocupan el segundo lugar, seguidos por las agencias y los institutos de salud pública.

Evaluar y organizar las comunicaciones de una reunión de SESPAS es un trabajo muy gratificante que nos ha permitido comprobar el interés y la calidad científica de los trabajos de salud pública. Agradecemos a los autores que nos han remitido sus resúmenes su participación y su colaboración. Como CC desde aquí les enviamos nuestro reconocimiento y esperamos que se vean recompensados con una reunión que responda a sus expectativas, tanto científicas como lúdicas.

## COMUNICACIONES ORALES

### MESA 1 Desigualdades

Moderadora:  
Maica Rodríguez  
Agencia de Salud Pública de Barcelona

### PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE MALTRATADORES DE MUJERES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Carrasco Portiño  
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Dpto. de E.C. Medicina Preventiva y Salud Pública e Hta de la Ciencia. Universidad de Alicante.

**Antecedentes y objetivos:** La violencia contra las mujeres es uno de los problemas de salud pública más importante, por su creciente incidencia y mortalidad. Pese a las publicaciones científicas de violencia contra la mujer se sigue percibiendo un vacío en investigaciones que tomen al maltratador como sujeto de estudio. **Objetivo:** Identificar y describir la producción científica durante el período de 2000-2005 respecto a violencia del compañero íntimo cuyo objeto de estudio sea el maltratador.

**Métodos:** Revisión Sistemática desde enero 2000 a marzo 2005. **Bases de datos:** Medline, Psycinfo, EconLit, Francis, Sociological Abstracts, Eric e ISI Web of Knowledge. **Palabras clave:** "battered women" o "battered female" o "domestic violence" o "partner abuse" o "spousal abuse" o "battered women and perpetrator o aggressor o offender" o "battered female and perpetrator o aggressor o offender" o "domestic violence and perpetrator o aggressor o offender" o "partner abuse and perpetrator o aggressor o offender" o "spousal abuse and perpetrator o aggressor o offender". Se identificaron 999 artículos. **Criterios de exclusión:** artículos sobre víctimas, intervenciones, screening, artículos sin resumen, etiología de violencia y editorial. **Variables estudiadas:** sexo del/a primer/a autor/a, año de publicación, tipo de revista, país donde se origina la investigación y país que es investigado, disciplina del/a primer/a autor/a, institución responsable de la investigación, tipo de estudio (cuantitativo/cualitativo) y objeto de estudio. **Análisis estadístico:** SPSS 11.5.

**Resultados:** Se seleccionaron 59 artículos. 66% tienen a hombres como primer autor y el 34% a mujeres. 67% están publicados en Revistas Especializadas de Violencia. 61% son de profesionales de EE.UU. y el resto se distribuyen entre Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda e de Israel. 64% son estudios empíricos y 31% teóricos. 42% de los empíricos son estudios transversales y 6% estudios cualitativos. 66% estudian la rehabilitación o tratamiento de maltratadores. Las mujeres tienen 3,5 veces más posibilidad de publicar estudios de rehabilitación o tratamiento de maltratadores que los varones.

**Conclusiones:** A pesar de que la Violencia contra la Mujer es un problema de Salud Pública no se observan estudios publicados en revistas de esta especialidad. Existe mayor presencia de autores/as anglosajones/as en estudios de maltratadores. Los estudios se centran en el problema de los maltratadores desde un punto de vista curativo y no preventivo. Las mujeres tienen mayor probabilidad de publicar investigaciones que estudien la rehabilitación de maltratadores respecto de sus homólogos hombres.

002

001

### ALCOHOL Y VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO: ¿EXISTE SUFICIENTE INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN?

D. Gil-González, C. Vives-Cases, C. Álvarez-Dardet y J. Latour-Pérez  
Área Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; Red de Investigación en Salud y Género.

**Antecedentes y objetivos.** Analizar la magnitud de la asociación entre consumo de alcohol del varón y violencia del compañero íntimo contra las mujeres. Analizar la calidad de la evidencia de los artículos publicados que exploran empíricamente esta relación.

**Métodos:** Revisión sistemática y meta-análisis de estudios cuantitativos (1966-2004). Fueron consultadas ocho bases de datos vinculadas a las ciencias sociales y del comportamiento, medicina clínica y ciencias de la vida. Los estudios con datos disponibles de odds ratio y tablas 2 x 2 fueron incluidos en el meta-análisis.

**Resultados:** Solamente 22 estudios cumplieron los criterios de inclusión para la revisión sistemática. 14 (63,6%) fueron estudios transversales, 6 (27,3%) series de casos y 2 (9,1%) fueron casos y controles. Diez estudios analizaron la relación entre alcohol y violencia como primera hipótesis y sólo dos usaron una medida directa de alcohol en el agresor. Once estudios fueron incluidos en el meta-análisis. La media de las odds ratio de estos estudios fue 4,57, IC 95% [3,30-6,35], aunque se observó un alto grado de heterogeneidad entre los mismos. La magnitud del efecto está inversamente asociada con el año de publicación. Las odds ratio más altas fueron obtenidas en los estudios con los tamaños muestrales más bajos, lo que puede sugerir la existencia de sesgo de publicación.

**Conclusiones:** La evidencia acerca de la relación entre consumo de alcohol y violencia del compañero íntimo es de baja calidad, y puede estar sesgada por la publicación de resultados positivos. Actualmente no existe suficiente evidencia empírica para apoyar políticas preventivas basadas en el consumo de alcohol del agresor como factor de riesgo en el caso particular de violencia del compañero íntimo. **Financiación.** Beca Instituto de la Mujer I+D+I 106/02.

### DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

E. Martínez Morante, M.M. García Calvente, I. Mateo Rodríguez, G. Maroto Navarro y E. Gil García  
Escuela Andaluza de Salud Pública; Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada; Escuela de Enfermería Universidad de Jaén.

**Antecedentes y objetivos:** El análisis de desigualdades de género en salud a partir de la Encuesta de Salud Andaluza 1999 planteó la necesidad de un abordaje cualitativo para analizar diferencias de género en: valoración de conceptos relacionados con salud; valoración del estado de salud; y cómo perciben las condiciones de vida cotidiana que afectan a la salud.

**Métodos:** Diseño cualitativo. Dos ejes de análisis: temporal (ciclo de vida) y contexto multinivel individual, familiar, barrio (enfoque Epidemiología Ecosocial). En el nivel individual participaron 20 mujeres y 20 varones mayores de 25 años de Granada. **Criterios segmentación:** edad, clase social ocupacional, situación laboral, condición crónica. Entrevista semiestructurada. Muestreo intencional con informantes clave. Análisis de contenido (NudistVivo).

**Resultados:** Salud como ausencia o aceptación de enfermedad, bienestar, sentimiento o actitud, recurso, derecho, equilibrio, cuidarse. Las mujeres se perciben con menos salud y se expresan en términos de "agotamiento"; los varones la sobrevaloran y hablan de "exceso" en trabajo y comportamientos de riesgo. Para posicionarse entre salud y enfermedad ellas contemplan más áreas de su vida; ellos se ciñen a lo laboral y les pesa el estereotipo de "ser fuertes", de ahí que comiencen declarando su salud como buena aunque no la perciban así. Las personas participantes entienden que la vida cotidiana de mujeres y varones es diferente y que eso influye en la salud. Las entrevistadas se sienten vulnerables a enfermar por biología y por vivir situaciones diferentes (papel en la familia con gran carga de responsabilidad, falta de reconocimiento social, dificultades para compaginar familia, trabajo y tiempo personal). Ellos no ven que su papel familiar influya, salvo los cuidadores, si les afecta no trabajar y los comportamientos de riesgo en su vida social; también les cuesta más afrontar los problemas de salud y acudir a los servicios sanitarios. Ambos aluden al papel del Estado para velar por la salud y en la retribución de pensiones.

**Conclusiones:** Las personas participantes tienen un concepto similar de salud pero para situarse entre salud o enfermedad contemplan de distinta forma las áreas de su vida cotidiana, en gran medida, condicionadas por los roles masculinos y femeninos que desempeñan. Este abordaje da claves para conocer el por qué de las diferencias y profundizar en cómo influyen las condiciones de vida sobre la salud. Los resultados podrán aportar mejoras a la definición de variables en encuestas de salud, especialmente salud percibida.

**Financiación.** RISG. RCEPS. Consejería de Salud de Andalucía. Fondo de Investigación Sanitaria.

003

004

**IMPORTANCIA DEL PROCESO MIGRATORIO Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

N. Tamayo Fonseca

*Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.*

**Antecedentes y objetivos:** Los fenómenos migratorios han sido descritos como importantes condicionantes del proceso salud-enfermedad (S-E). El objetivo fue describir la influencia del proceso migratorio en las representaciones sociales y en las prácticas del proceso S-E de los inmigrantes latinoamericanos en España.

**Métodos:** Se utilizó metodología de investigación cualitativa. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad a inmigrantes latinoamericanos en Alicante, con guión semi-estructurado y muestreo intencional. Se realizó análisis del discurso teniendo en cuenta la teoría de las representaciones sociales (RS).

**Resultados:** La mayoría de entrevistados hacen referencia a un cambio importante en su forma de gestionar y solucionar diversos aspectos de su proceso S-E debido en gran parte a la trayectoria migratoria y al posterior establecimiento en España. En los discursos de los inmigrantes entrevistados, aparecen conceptos multidimensionales acerca de su proceso S-E, con pluralidad de significados, de nociones, e interrelaciones con otros campos (relaciones sociales y familiares, situación laboral, situación legal, etc.) condicionando sus representaciones y prácticas sobre S-E. La mayoría de información obtenida confirma que los inmigrantes tienen amplias posibilidades de acceder a las prestaciones sanitarias; pero indican que las preocupaciones laborales, hábitos, RS y culturales interfieren en el modo como se relacionan con los servicios de salud.

**Conclusiones:** La metodología utilizada fue pertinente para el estudio de éste complejo fenómeno ya que arroja información sobre las experiencias vitales en el nuevo país. Es necesario estar atentos a las diversas tramas que componen y van apareciendo y construyendo en el discurso sobre la S-E de los inmigrantes, particularmente en relación con los conocimientos y prácticas saludables, prevención de las nuevas enfermedades, prácticas de autocuidados, patrones de utilización y acceso a los servicios sanitarios, ya que, como ha sido descrito el proceso S-E aunque se expresa en lo individual, se refiere a procesos colectivos que responden a su vez a fenómenos históricos y contextuales. El acercamiento a los inmigrantes nos permitió ver cómo la cultura, la tradición, la fe religiosa, los elementos emotivos siguen orientando las RS sobre el proceso S-E. Dentro de nuestros hallazgos, no se distingue una idea unánime del concepto de salud, sino que su significado cambia con la edad, la procedencia, el contexto, el sexo, la educación, las experiencias vitales y las trayectorias de vida, evidenciándose por tanto las limitaciones conceptuales y prácticas de salud pública, siendo necesario repensar diferentes aspectos como: la prevención, promoción y atención a diversos colectivos de inmigrantes en España.

006

**UTILIZACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

F. Cots, O. García, A. Felipe, M. Riu, X. Castells y O. Vall

*Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica; Servicio de Pediatría; Hospital del Mar.*

**Antecedentes y objetivos:** La población inmigrante del área de influencia del hospital del Mar supone alrededor del 30% del total de dicha área. En el año 2004, el 23% de las urgencias atendidas eran de personas inmigrantes de países con renta baja, los paciente ingresados representan el 13,4% y en el otro extremo, la consulta externa programada apenas llega al 6%. La hipótesis de trabajo es que la población inmigrante usa más los recursos de urgencias en detrimento de la consulta externa programada para superar barreras de acceso. El objetivo es valorar el coste variable de las urgencias atendidas como indicador de severidad de las mismas y estudiar las diferencias entre población inmigrante y autóctona.

**Métodos:** Se dispone del registro de las 244.078 urgencias atendidas en el hospital del Mar en el periodo 2002 y 2003. Conocemos para cada una la especialidad, la edad y sexo, el coste variable unitario y el país de origen. Al no disponer de una codificación de las urgencias, su complejidad la aproximaremos por el coste variable que generan (consumo de exploraciones complementarias). Se comparan las urgencias entre inmigrantes y no inmigrantes conjuntamente y por especialidad. Se calcula el coste variable medio y se determina si las diferencias son estadísticamente significativas. Se valora también el porcentaje de atenciones que no implican coste variable comparando entre los dos grupos de pacientes y también por especialidades. Por último se ajusta un modelo multivariante para cada especialidad en el que el coste variable se explica por la edad, el sexo y el origen del paciente.

**Resultados:** Las urgencias de inmigrantes resuelven un coste medio significativamente menor al de la población autóctona (-54%) tanto en la relación bivalente como multivariante. Estas diferencias se mantienen para las especialidades de cirugía, traumatología y medicina. Para el resto de especialidades (básicamente materno-infantil) las diferencias no son significativas en ninguno de los análisis. Hay una diferencia de 13 puntos entre el porcentaje de casos inmigrantes (80%) sin coste variable imputado y autóctonos (67%).

**Conclusiones:** Para las urgencias de adultos la diferencia de coste es importante, de manera que apoyaría la idea que la complejidad atendida en urgencias para población inmigrante es menor y podría responder a consultas que podrían haberse resuelto en consultas externas. Para las urgencias materno-infantiles no se aprecia diferencia alguna con relación a la procedencia del paciente.

005

**DESIGUALDADES EN LA SITUACIÓN SOCIOLABORAL ENTRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y LA AUTÓCTONA**

L. Artazcoz, I. Cortès y J.M. Jansà

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades sociolaborales entre la población nacida en el extranjero residente en Catalunya que llegó a España después de 1989 y la residente en Catalunya nacida en cualquier punto de España.

**Métodos:** Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2002. La población analizada son las personas de 16 a 64 años. Se comparan las desigualdades en la situación sociolaboral entre emigrantes que llegaron a España después de 1989 y la población autóctona.

**Resultados:** El paro es superior entre los inmigrantes (18% de la población activa frente a 9% en los hombres y 24% frente a 14% en las mujeres). Hay una bipolarización en el nivel de estudios: entre los inmigrantes en ambos sexos la proporción con estudios universitarios es superior a la de las personas autóctonas pero también lo es la de personas sin estudios (14% frente a 6% en los hombres y 19% frente al 9% en las mujeres). No se observan diferencias en el estado civil. En la población inmigrante el 35% de los hombres y el 25% de las mujeres ocupados son de clase ocupacional V, la clase más desfavorecida, mientras los porcentajes correspondientes en la población autóctona son 10% y 12% respectivamente. También la situación contractual es más desfavorable para los inmigrantes: sólo el 30% de los hombres y el 33% de las mujeres tienen un contrato indefinido mientras en los trabajadores del país las proporciones son 79% y 69% respectivamente. Hay una clara concentración de la población inmigrante en algunas ocupaciones. El 24% de los hombres inmigrantes trabajan como peones de la construcción (2% en los hombres no inmigrantes) y el 14% en la restauración (4% en los no inmigrantes). El 29% de las mujeres inmigrantes trabaja como empleada doméstica (9% en las no inmigrantes) y el 25% lo hace en la restauración (6% en las no inmigrantes).

**Conclusiones:** La inmigración es un claro determinante de desigualdades sociales con potencial impacto en la salud. La situación laboral de los inmigrantes es más desfavorable que la de la población activa nacida en España lo que no se explica totalmente por su menor nivel de estudios.

007

**LA POBLACIÓN DE LOS ASENTAMIENTOS MARGINALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID: SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

N. Aerny, C. García Riobobos, M. Ruiz Cubero, E. Gómez González, S. Garabato, M.L. Martínez Blanco, L. Martínez Méndez, H. Ortiz y L. Seoane

*DG Salud Pública y Alimentación Comunidad de Madrid; Equipo de Investigación Sociológica (Edis).*

**Antecedentes y objetivos:** El desarrollo socio-económico de la Comunidad de Madrid (CM) se acompaña de la persistencia y emergencia de colectivos excluidos del desarrollo y la riqueza, especialmente vulnerables frente a la enfermedad. Las acciones contra la exclusión social se ven condicionadas por la falta de información sobre los destinatarios. La finalidad del estudio es dar información que facilite intervenciones para mejorar el acceso de los colectivos que viven en asentamientos marginales de la CM al sistema sanitario.

**Métodos:** Análisis de fuentes secundarias del Instituto de Realojamiento e Integración Social y del Servicio de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo, para 9 de los 18 asentamientos marginales de la CM Entrevistas en profundidad a informantes clave relacionados con 6 de los 9 asentamientos.

**Resultados:** Los 9 asentamientos albergan unas 4.500 personas, con un aumento poblacional de 9% entre 2003 y 2004. Los colectivos son heterogéneos en relación a su procedencia, costumbres e historia. El 40% es menor de 16 años; la tasa de analfabetismo absoluto en adultos es 45%. La vivienda y el entorno son fuentes de riesgo para la salud y barreras de acceso a otros ámbitos. El acceso a los servicios sanitarios se ve dificultado por barreras culturales: las concepciones sobre la salud y la enfermedad y su relación con el tiempo como proceso que las modula (demanda de curación con carácter inmediato...); por barreras educativas; por obstáculos institucionales: la frecuente falta de tiempo, de formación, y de sensibilización de los profesionales; además, por media, se tarda el doble de tiempo para ir al centro de salud y el triple para acudir al hospital en transporte público que la población de la zona. Las intervenciones sanitarias son escasas o esporádicas. La continuidad de los mensajes fomenta su eficacia; el conocimiento directo del asentamiento permite entender mejor la multicausalidad y dimensionalidad del proceso de exclusión. La formación de mujeres gitanas como agentes de salud es muy positiva, pero no hay que olvidar la necesidad de fomentar la participación de los hombres: son los que sustentan los códigos de conducta de cada familia.

**Conclusiones:** Del estudio se desprende la necesidad de: mejorar la información relativa a estos colectivos; impulsar un modelo de trabajo coordinado y multidisciplinario, para actuar sobre un amplio abanico de determinantes de salud, garantizando un entorno más saludable; territorializar las actuaciones; fomentar el empoderamiento de los grupos vulnerables, dentro de una estrategia integrada y continuada, coherente con la normalización de su atención.

008

**CONTROL DE UN BROTE DE HEPATITIS A EN UN POBLADO MARGINAL**

E. Córdoba, N. García, E. Gil, E. Rodríguez y M. Cisneros  
*Instituto de Salud Pública; DG Salud Pública y Consumo.*

**Antecedentes y objetivos:** Está demostrada la eficacia de la vacuna de la hepatitis A en el control de brotes comunitarios. El objetivo de este estudio fue describir la investigación y el control de un brote comunitario de hepatitis A que afectó a un poblado de etnia gitana del distrito de Vicalvaro en Madrid.

**Métodos:** En el mes de julio de 2003 se notificaron 4 casos de hepatitis A que afectaba a niños con un rango de edad entre 3 y 9 años, todos ellos de etnia gitana y pertenecientes al poblado. Se inició una investigación epidemiológica para confirmar la existencia del brote, describir las características de los casos y decidir las medidas de control. Se consideró caso: paciente con clínica compatible y positividad de anticuerpos IgM contra el virus de la hepatitis A (VHA), o asociación epidemiológica con caso confirmado. Se contactó con los trabajadores sociales que atienden las necesidades de esta población, para recoger información de cada caso. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, residencia en el poblado, fecha de inicio de síntomas, contacto con caso confirmado de hepatitis A, asistencia habitual a escuela, contactos candidatos a vacunar. Se realizó estudio descriptivo calculándose media y rango de edad de los casos, la curva epidémica y la tasa de ataque. El control del brote se describió mediante el cálculo de la cobertura vacunal.

**Resultados:** Se detectaron 19 casos de hepatitis A, con una tasa de ataque global de 3,8%. Las edades estaban comprendidas entre 2-19 años, media de 7 (DE 4,38). El 52,6% (10/19) se confirmaron mediante IgM del VHA. El 10% (2/19) de los casos residían en otro barrio, pero tenían vínculo familiar. Los casos acudían a tres colegios públicos de la zona, en ninguno de los cuales se detectó caso asociado que no perteneciera al poblado. La curva epidémica correspondía con una transmisión persona a persona, apareciendo casos a lo largo de cuatro meses, con mayor agregación de casos en el mes de agosto y un pico de incidencia superior en la semana previa a la vacunación. Dado que el 89,5% de los casos eran menores de 13 años y difícil acceder a toda la población, se decidió vacunar en una primera etapa a los menores de dicha edad. La cobertura vacunal fue del 77,4%. Al mes apareció un caso en un niño de 12 años, el cual no había sido vacunado. No fue notificado ningún caso más a partir de entonces, considerándose finalizado el brote.

**Conclusiones:** Se confirmó el brote de hepatitis A y su localización en el poblado. Se consiguió una alta cobertura de vacunación gracias a la colaboración de los trabajadores sociales. El control del brote confirmó una vez más la eficacia de la vacuna de la hepatitis A en brotes comunitarios y plantea la cuestión de si es necesaria la vacunación masiva en colectivos de estas características.

010

**TENDENCIA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA DIETA EN COLOMBIA Y SU IMPACTO SOCIOECONÓMICO**

R. Ortiz Moncada<sup>1-2,3</sup>, C. Álvarez-Dardet<sup>1,2</sup>, M.T. Ruiz Cantero<sup>1-2</sup> y R. Bula<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Dpto. de E.C. Medicina Preventiva y Salud Pública e Hta de la Ciencia. Universidad de Alicante; <sup>2</sup>Observatorio de Políticas Públicas y Salud-OPPS; <sup>3</sup>GRIINPA.*

**Antecedentes y objetivos:** Describir las tendencias en el consumo de alimentos y nutrientes de la población colombiana en el periodo 1961-2001, y analizar en qué medida los indicadores socioeconómicos han contribuido en su impacto sobre la seguridad alimentaria de la población colombiana.

**Métodos:** Estudio descriptivo ecológico: explotación-datos-secundarios derivados de fuentes nacionales (Minagricultura, Departamento-Nacional-Planeación (DNP) y Departamento-Nacional-Estadística(DANE), e internacionales (FAO/OPS/OMS/FMI/BM) para analizar la evolución de variables de disponibilidad de alimentos como producción, importación, exportación, ingesta calórica, e indicadores macroeconómicos (PIB-per-cápita, tipo-cambio-real, desempleo, agricultura-%PIB), para cotejarlos con la canasta de alimentos y situación nutricional-salud de la población colombiana para el periodo 1961-2001.

**Resultados:** La ingesta calórica total y de macronutrientes ha aumentado a los largo del periodo analizado, siendo el crecimiento mayor en los años 70, continua en los 80 hasta mediados de los 90, con un máximo de 2.800 Kcal/día en 1996. Presenta una disminución notoria en 1997 al 2001 (2.580 Kcal/día). La contribución de las proteínas a la ingesta calórica total se ha mantenido entre 8,5 y 10%; mientras que la contribución de los lípidos se ha elevado y la de los carbohidratos ha descendido con una tendencia marcada desde 1981. Colombia ha reducido su dependencia del sector agropecuario (19,5% en 1995 a 14,2% en 2002) y reducción en el ritmo de crecimiento agrícola (2,7% en 1995 a 0,5% en 2000), provocando incremento en las importaciones de alimentos (6,8% en 1995; 8,3% en 1998 y 7,8% en 2000 de la oferta total de alimentos). Por tanto, el problema básicamente es de acceso: distribución del ingreso inequitativo (coeficiente-Gini: 0,49 en 1996 a 0,53 en 1999 y desempleo alto (17,5%-marzo/2003). Según la FAO el 13% de la población-colombiana presenta estado de subnutrición y déficit alimentario de 220-Kcal/día, considerada en un nivel medio.

**Conclusiones:** La inseguridad alimentaria del país es producto de la accesibilidad más que de disponibilidad de alimentos. La disminución en la producción nacional, el alto desempleo y la mayor inequidad en la distribución del ingreso unido a las mayores importaciones, desagriculturización de la economía y al poco incentivo a la producción de alimentos tradicionales colombianos han imposibilitado la mayor accesibilidad. Esto obedece a la incongruencia en las políticas internacionales de liberalización y desregulación de mercados, que poco han contribuido a mejorar la seguridad alimentaria.

009

**EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN CATALUNYA**

C. Borrell, L. Rajmil y G. Pérez

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** Los objetivos de este trabajo son describir las desigualdades en la cobertura sanitaria, la realización de prácticas preventivas y la utilización de servicios sanitarios en Catalunya según la clase social y el género, el año 2002, y también la evolución de estas desigualdades entre 1994 y 2002.

**Métodos:** Estudio que analiza los datos transversales de la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) del año 2002 (n = 8.400) y los datos de la ESCA de 1994 (n = 15.000). Las variables dependientes son: la cobertura sanitaria; el haber realizado, el año anterior a la entrevista, como mínimo una visita al médico/a de atención primaria, a algún especialista, al dentista y el haber estado hospitalizado; la realización de mamografía periódica en mujeres de 50 a 64 años. Las variables independientes son la edad, la clase social (agrupada en I-II, III, IV-V), el estado de salud percibido y el hecho de tener doble cobertura sanitaria (pública y privada) o sólo cobertura pública. Se presentan porcentajes estandarizados por edad de las variables dependientes según clase social. Los análisis se estratifican por estado de salud percibido y por tipo de cobertura sanitaria y se presentan separadamente para hombres y mujeres y para los años 1994 y 2002.

**Resultados:** En el año 2002, las personas de clases sociales I-II declaran tener más frecuentemente doble cobertura sanitaria (40,9%) que las de las clases IV-V (18,5%) (resultados similares a 1994). La utilización de servicios sanitarios de atención primaria y hospitalaria no presenta desigualdades según la clase social ni en 2002 ni en 1994. Las visitas al especialista son menos frecuentes por parte de las personas de clases desfavorecidas, diferencias que no existían el año 1994. Tanto en 1994 como en 2002 existen variaciones según la clase social y tipo de cobertura sanitaria en la visita al dentista, siendo las personas de clases I-II y las que tienen doble cobertura las que utilizan más este servicio. En el año 2002, 75% de las mujeres de 50 a 64 años se hacen mamografía periódica (en 1994 eran un 30%). Estas cifras cambian por clase social (87% de las mujeres de clases I-II, 81,9% de la clase III y 71,9% de las clases IV-V), desigualdades menores a las de 1994.

**Conclusiones:** Siguen existiendo desigualdades según clase social en la utilización de servicios no ofrecidos por el sistema público de salud y en la realización de prácticas preventivas. Las desigualdades según clase social en la realización de mamografía periódica han disminuido entre 1994 y 2002 probablemente por la extensión progresiva del programa de cribado poblacional.

*Financiación. CAPS - Fundació J. Bofill.*

## COMUNICACIONES ORALES

### MESA 2 Asistencia Sanitaria

*Moderador:*

José Manuel Sánchez

Director Médico Hospital Universitario de Gran Canaria  
Doctor Negrín

#### ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

C. Natal Ramos, E. Muslera Canclini y C. Fernández Pol

Unidad de Análisis y Programas. SESPA; Programa de Atención Psicosocial a Mujeres. SESPA.

**Antecedentes y objetivos:** El programa de atención psicosocial a mujeres que sufren violencia se inicia en Septiembre de 2003 como programa piloto bajo la dependencia de los Servicios de Salud Mental. El programa está destinado a mujeres residentes en la Comunidad Autónoma que sufren maltrato en el ámbito familiar y que necesitan ayuda profesional para romper el círculo de la violencia de manera que puedan reconstruir su vida autónoma y superar las lesiones psicológicas que les ha provocado el maltrato continuado. Cuenta con una psicóloga clínica y una trabajadora social en jornada completa. Recibe mujeres derivadas de los servicios sanitarios, centros asesores de la mujer y asociaciones. Se presenta la evaluación de los primeros 18 meses de actividad del programa.

**Métodos:** Evaluación mediante criterios de actividad y de resultados. Como criterio de resultados se utiliza la ganancia en calidad de vida con respecto al inicio del programa, evaluada mediante el cuestionario WHO-QOL versión reducida, en las mujeres que reciben el alta del programa por cumplimiento de objetivos.

**Resultados:** Entre agosto de 2003 y marzo de 2005 se solicitó la atención de 135 mujeres, de las cuales acudieron a la primera consulta el 82%, cumplían criterios de tratamiento el 77% y finalizaron el plan terapéutico con cumplimiento de objetivos, en el momento de realizarse la evaluación, el 20%. Todas las mujeres que se incorporaron al programa realizan psicoterapia individual, el 35% Psicoterapia de grupo y el 48% cualquier tipo de intervención social. Se dispone de cuestionario de calidad de vida al alta en 23 de ellas. La media de ganancia en una escala de 0 a 100 para las distintas dimensiones evaluadas fue: Calidad de vida 28, Salud General 24, Salud Física 23, Salud Psicológica 22, Relaciones 18 y Ambiente 16. Todas estas diferencias resultaron estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** En relación con la información aportada por otras fuentes sobre el número de mujeres que sufren violencia en el ámbito de actuación del programa se considera que la derivación es baja, teniendo la oportunidad de recibir el efecto beneficioso del programa sólo algunas mujeres afectadas. Los rechazos a participar o la derivación de mujeres que no cumplen criterios aumentan las pérdidas del programa. En las mujeres que finalizan la intervención se observa una mejora importante en la calidad de vida, en todas las dimensiones evaluadas. Es preciso evaluar si esta ganancia se mantiene a lo largo del tiempo. Una proporción importante de mujeres requiere intervención social, deberá estudiarse la posibilidad de que esta intervención social suponga una duplicidad de servicios con otros dispositivos.

#### DETECCIÓN PRECOZ DE LA VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO EN EL SECTOR SANITARIO. ¿UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA?

C. Vives-Cases, D. Gil-González, M. Carrasco-Portiño y C. Álvarez-Dardet

Área Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; Red Investigación Género y Salud; Observatorio Políticas Públicas y Salud.

**Antecedentes y objetivos:** Determinar si la realización de una prueba para la detección precoz de la violencia del compañero íntimo (V.C.I.) a todas las mujeres que acudan a los servicios sanitarios es adecuada en términos de exactitud, efectividad y aceptabilidad. Estimar posibles resultados de la prueba extrapolando la información disponible a la población de mujeres españolas.

**Métodos:** Revisión sistemática de la literatura científica. Búsqueda y análisis de estudios indexados hasta febrero de 2005. *Palabras clave:* "screening and battered women" o "screening and violence against women" o "screening and domestic violence". Estimación sumaria de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de detección precoz evaluados. Cálculo de falsos positivos y negativos según la prevalencia de V.C.I. de la macroencuesta del Instituto de la Mujer (2002).

**Resultados:** Se encontraron 897 estudios, de los que 5 revisiones sistemáticas y 13 artículos originales tratan la exactitud, efectividad y aceptabilidad de la prueba. No hay ensayos aleatorios controlados que permitan evaluar la exactitud de las pruebas de detección precoz de la V.C.I. Se obtuvo una sensibilidad sumaria del 47,2%, una especificidad del 92,6%. En España, la prueba etiquetaría como maltratadas a 160.530 mujeres que en realidad no lo son y no detectaría 1.362.076 a casos reales. No hay información empírica sobre las consecuencias de la detección precoz de V.C.I. Según los estudios, entre un 43% y 85% de las mujeres, y un 33% y 80% de los médicos aceptan la medida.

**Conclusiones:** No existe suficiente evidencia para afirmar que las mujeres se benefician de las pruebas de detección precoz del maltrato. Es urgente la realización de ensayos aleatorios controlados sobre esta cuestión. La aplicación masiva de estas pruebas en España proporcionaría resultados poco útiles. La aceptación de la medida por parte de las mujeres y los profesionales sanitarios es necesaria para legitimar su aplicación.

#### IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE LAS TROPONINAS CARDIACAS EN LOS DIAGNOSTICOS DEL CMDB Y EN LA INCIDENCIA DE INFARTO DE MIOCARDIO. NAVARRA 2003

C. Moreno Iribas, P. Marín Palacios, J. Turumbay Ranz y E. Los Arcos Lage

Instituto de Salud Pública de Navarra; Hospital de Navarra; Hospital Reina Sofía de Tudela.

**Antecedentes y objetivos:** En el año 2000 la European Society of Cardiology en colaboración con la American College of Cardiology establecieron nuevos criterios de diagnóstico del infarto agudo de miocardio para incorporar los nuevos de marcadores de necrosis miocárdica más sensibles y específicos (troponina y CK-MB masa) y para responder a la necesidad derivada de la multitud de criterios diagnósticos utilizados hasta ese momento. Se estudia el impacto de la utilización de la troponina como indicador de necrosis en los diagnósticos realizados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMDB) y en los indicadores de incidencia de infarto de miocardio.

**Métodos:** Se investigaron los ingresos hospitalarios que presentaban un diagnóstico de enfermedad cardíaca isquémica como diagnóstico principal o secundario. Se utilizó la historia clínica para obtener información sobre: motivo de ingreso, síntomas, electrocardiograma y enzimas de necrosis miocárdica. Los casos de infarto de miocardio se clasificaron según la definición del MONICA y la nueva definición que incluye las troponinas.

**Resultados:** Se produjeron 1413 altas por cardiopatía isquémica en Navarra en el año 2003. La investigación encontró que 596 cumplían el criterio de infarto según MONICA; hubo además otros 172 que sólo cumplían los criterios de la nueva definición pero no los criterios del MONICA. Además se encontraron 18 aumentos de troponina relacionados con procedimientos tipo by-pass y angioplastia. La incidencia del infarto de miocardio de acuerdo con la nueva definición se incrementa en un 28,8%. Los IAM según criterio MONICA presentaban un diagnóstico de infarto agudo de miocardio como diagnóstico principal en el 88,7% de los casos y en el resto el infarto de miocardio se reflejaba en algunos de los 5 diagnósticos secundarios. En cambio los IAM que sólo cumplían la nueva definición no se codificaron como infarto en las altas siendo los diagnósticos encontrados los siguientes: otras formas de enfermedad isquémica en el 46%, angina de pecho en el 42,4% y otras formas agudas y subagudas de enfermedad cardíaca en el 8%.

**Conclusiones:** La nueva definición de infarto de miocardio no se refleja en los diagnósticos del alta del CMDB de los hospitales de Navarra por lo su vigilancia requiere la investigación de las altas por cualquier forma de enfermedad isquémica del corazón. La nueva definición comporta un incremento de la incidencia del 28,8% en el estudio de Navarra, que se encuentra en el rango de otros estudios que lo cifran entre 25-30%.

014

**INCORPORACIÓN DE LOS AVANCES RECIENTES AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN NAVARRA. PERÍODO 1997-2003**

P. Marín Palacios, C. Moreno Iribas y J. Turumbay Ranz  
*Instituto de Salud Pública de Navarra; Hospital Reina Sofía de Tudela.*

**Antecedentes y objetivos:** El Registro de infarto agudo de miocardio de Navarra se diseñó para conocer la incidencia y pronóstico del infarto agudo de miocardio (IAM) y describir los métodos diagnósticos y tratamientos aplicados durante el ingreso y al alta. Presentamos los datos de los años 1997 y 2003.

**Métodos:** El registro, de carácter poblacional, incluye los pacientes atendidos en cualquier servicio hospitalario así como los fallecidos fuera del hospital. Se han utilizado las definiciones del estudio MONICA.

**Resultados:** Durante el año 2003 se registraron 964 episodios de IAM en Navarra: 575 hospitalarios y 389 extrahospitalarios fatales (IAM en personas que fallecieron de manera súbita fuera de los hospitales o en el traslado). La letalidad a los 28 días de los pacientes que llegaron vivos al hospital fue del 3,1% en los menores de 65 años, 12,1% en el grupo de 65 a 74 años y 40% en los mayores de 75 años. En el año 2003, el 82,3% de los pacientes estuvieron ingresados en un hospital terciario y el 17,7% en hospitales comarcales, observándose un mayor porcentaje de pacientes jóvenes en los hospitales terciarios. Ha aumentado el porcentaje de pacientes tratados en hospitales terciarios, en servicios tipo UCIC y UCI y el uso de la coronariografía que, de utilizarse en un 41,9% y un 5,4% en los menores y mayores de 75 años en el año 1997 ha pasado a ser realizada en el 73,3% y 36,4%, respectivamente, en 2003. En el año 2003, se realizó reperfusión en fase aguda, trombolisis o angioplastia (ACTP), en el 41,1% de los menores de 75 años y en el 18,9% de los mayores de 75 años; en ambos grupos de edad la ACTP fue el tratamiento más utilizado, a diferencia de 1997 donde la trombolisis fue el método fundamental de reperfusión. Entre los pacientes que presentaron elevación del ST al ingreso el porcentaje de reperfusión en fase aguda fue de 53,2%. Se realizó ACTP primaria, electiva o de rescate al 54,2% de los menores de 75 años y al 22,6% de los mayores de 75. Respecto al período 1997 se ha observado un incremento muy significativo del uso de antiagregantes, betabloqueantes e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).

**Conclusiones:** Mejora del manejo hospitalario de los pacientes con IAM en el año 2003 respecto a 1997 con incrementos en el porcentaje de pacientes ingresados en hospitales terciarios y UCI's, derivaciones de hospitales comarcales, uso de coronariografía y uso de antiagregantes, betabloqueantes e IECAS tanto al ingreso como al alta. No se tienen datos del uso de hipolipemiantes en el año 1997 aunque se puede observar una elevada utilización de los mismos en el año 2003, en 3 de cada 4 pacientes.

016

**EVALUACIÓN DE LA BRAQUITERAPIA INTRACORONARIA EN ESPAÑA: REGISTRO BRAQUICOR**

G. Oliva, M. Mias, C. Tebé y M. Espallargues  
*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** La rápida difusión de la braquiterapia intracoronaria para tratar la reestenosis postangioplastia junto con las grandes expectativas desbertadas y la falta de conocimiento científico disponible llevaron a la realización de un registro de esta tecnología en España. El objetivo principal del estudio fue determinar la efectividad y seguridad de la braquiterapia intracoronaria en pacientes con reestenosis coronaria.

**Métodos:** Estudio evaluativo antes-después con valoración basal de los pacientes y seguimiento a los 6 y 12 meses postintervención. Se incluyeron todos los pacientes tratados desde el inicio de su aplicación en España (diciembre de 2001) hasta mayo de 2004 en 4 hospitales. La efectividad fue evaluada analizando la incidencia de eventos cardíacos mayores (ECM) o resultado combinado de muerte, infarto agudo de miocardio (IAM) y necesidad de revascularización hasta los 12 meses postintervención. La seguridad se estudió analizando la aparición de otros efectos secundarios adversos en el mismo período de tiempo. Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas y un análisis de supervivencia para estimar la aparición de ECM midiendo el tiempo en días desde la intervención.

**Resultados:** Se incluyeron 319 pacientes en total (78% hombres y edad media 61,6 años). Las características clínicas basales fueron: 38,5% diabéticos, 58% hipertensos, 40% con IAM previo, 51% con enfermedad multivascular y un 70% con reestenosis difusa intrastent. Los resultados preliminares muestran una tasa de éxito de la técnica del 100% y una tasa de ECM del 14,4% al año de la intervención (de éstos, el más frecuente fue la necesidad de revascularización en un 10,8%). A los 3 meses postintervención, la tasa libre de ECM fue del 99,1%, a los 6 meses del 93,7% y a los 12 meses del 85,6%. Durante la hospitalización un 4,5% de pacientes presentaron otras complicaciones, principalmente disección y fibrilación ventricular.

**Conclusiones:** Los resultados observados en el registro son similares a los publicados en ensayos clínicos previos y sugieren que la braquiterapia intracoronaria es efectiva en la prevención de reestenosis en el subgrupo de pacientes con reestenosis intrastent. Cabe destacar la notable disminución del empleo de braquiterapia en el último año debido a la introducción de los nuevos stents farmacológicos que han disminuido la incidencia de reestenosis.

*Financiación. Financiado parcialmente por el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.*

015

**IMPACTO DE RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS**

M.P. Gagnon, E. Sánchez y J.M. Pons  
*University of Calgary; Agència Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM).*

**Antecedentes y objetivos:** Los conocimientos sobre el impacto de la investigación científica y las herramientas que facilitan la utilización de evidencia en la toma de decisiones sobre nuevas tecnologías en salud son todavía limitados. Los objetivos del estudio eran de valorar el impacto de recomendaciones basadas en la evaluación de tecnologías médicas para sostener la toma de decisión y de definir los factores que facilitan o dificultan la utilización de estas recomendaciones por parte de los médicos. Las recomendaciones trataban de los sistemas de priorización de pacientes en listas de espera para cirugía de catarata y para artroplastia de rodilla o cadera.

**Métodos:** Se analizaron los determinantes de la intención de utilizar las recomendaciones para apoyar la toma de decisiones clínicas por parte de los médicos por medio de un cuestionario basado en la teoría de los comportamientos interpersonales. Un total de 96 médicos, 35 oftalmólogos y 61 traumatólogos, contestaron al cuestionario (tasa de respuesta de 44%). Se efectuó un análisis de varianza múltiple para investigar diferencias entre las variables teóricas de cada grupo de especialistas. Seguidamente, se efectuó una regresión lineal múltiple de la intención de utilizar las recomendaciones en cada grupo de especialistas.

**Resultados:** Los factores que influyen en la decisión de utilizar las recomendaciones basadas en la evaluación de tecnologías difieren según la tecnología considerada. Así, la intención de utilizar el sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata depende de la percepción de ventajas en su aplicación y de las normas profesionales y personales que rigen el trabajo clínico. Por otro lado, la intención de utilizar el sistema de priorización de pacientes en lista de espera para artroplastia de rodilla o de cadera se basa en la presencia de factores que facilitan el comportamiento profesional, las normas personales y el hábito de utilizar la evidencia científica.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren herramientas para aumentar la utilización de la evidencia científica en la toma de decisiones sobre tecnologías médicas. Así, los resultados de este estudio podrían apoyar el desarrollo de estrategias para promover la difusión de las recomendaciones de las entidades encargadas de la evaluación de tecnologías médicas en diferentes jurisdicciones. No obstante, la realización de estudios equivalentes sobre las mismas tecnologías o tecnologías diferentes sería necesaria con el objetivo de verificar las hipótesis explicativas que genera este estudio y aumentar el potencial de generalización del marco teórico propuesto.

017

**CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES PROCEDENTES DE AMÉRICA LATINA**

C.M. Bran Toledo, J.A. Caylá Buqueras, A. Orcau Palau y M. Casals Toquero  
*Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En Barcelona se ha observado un incremento de casos de TB en el colectivo de inmigrantes procedentes de América Latina, con el agravante de que algunos casos presentan una resistencia ó multi-resistencia muy importante. También se ha observado un incremento muy considerable de estos colectivos desde hace uno cuantos años y sobre todo son originarios en su mayoría de países que comparten como característica común, estar considerados de renta baja; Ecuador, Perú, Colombia, Argentina, Bolivia y República Dominicana. El objetivo es analizar las características epidemiológicas de la tuberculosis (TB) en la población inmigrante procedente de América Latina, durante el período de 2000 al 2004.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes inmigrantes que han presentado TB originarios de América Latina durante el período de 2000 al 2004. Se define caso de TB a todos los pacientes diagnosticados como enfermos de TB y registrados por el programa de TB de BCN. Se recogen las variables de edad, sexo, país de origen, tipo de tuberculosis, realización de prueba de tuberculina, vacunación con BCG, radiología, microscopía, bacteriología, serología HIV y como también hábitos al tabaco, alcohol y drogadicción. Se realiza un análisis descriptivo de las variables estudiadas, como medida de asociación se utiliza el chi-cuadrado en las variables categóricas.

**Resultados:** Se han estudiado un total de 278 casos de TB, 145 (52,16%) que afectó a mujeres y 133 (47,84%) a hombres, presentándose como TB pulmonar 211 (75,90%), 12 (4,31%) TB extra-pulmonar y 55 (19,79%) TB Mixta. En el estudio radiológico se encontraron 85 casos de TB cavitaria, 166 no cavitaria, 22 normales y en 5 no consta; la bacteriología fue 224 (80,57%) pruebas positivas, 37 (13,30%) negativa, y 17 (6,12%) no consta diagnóstico bacteriológico; 46 presentaban la vacuna de BCG y 232 no. La incidencia anual ha sido de 39 casos en el 2000, 61 en 2001, 49 en 2002, 63 en 2003 y 64 en el 2004. Con respecto a la edad de los casos 54 estaban comprendidos entre la edad de 0-15 años, 37 en el de 16-25, 117 en el de 26-40 y por último 40 en el grupo del 41-99 años.

**Conclusiones:** La tuberculosis en individuos inmigrantes de América latina, representa un problema para la Salud Pública que va en aumento a consecuencia del fenómeno de la inmigración y que trae consigo algunos problemas muy importantes relacionados con la adherencia, el abandono y la resistencia ó multi-resistencia al tratamiento de la TB, por lo que deberán realizarse estrategias especiales de parte de los servicios sanitarios para su control y vigilancia epidemiológica adecuada.

*Financiación. Red de Centros de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (RCESP) y de DURSÍ (expd. 2001 SGR 00413).*

018

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOSANITARIAS Y USO DE SERVICIOS DE PERSONAS INMIGRANTES ATENDIDAS POR MÉDICOS DEL MUNDO**

M.A. Rodríguez Arenas, I. La Hoz, C. Zamora, B. Nogués, T. Maura, C. González, C. Martínez, P. Traspas y Grupo de trabajo en inmigración de Médicos del Mundo

*Médicos del Mundo; Universidad Miguel Hernández.*

**Antecedentes y objetivos:** En España viven 3,7 millones de extranjeros, un 8,5% de la población (Padrón 2005). La salud de estas personas se ve afectada por su precariedad y riesgo de exclusión social, especialmente quienes tienen barreras de acceso al sistema socio-sanitario público. Describimos aquí su situación sanitaria y uso de servicios.

**Métodos:** Estudio multicéntrico con datos de siete centros de atención socio-sanitaria a inmigrantes de Médicos del Mundo en cinco comunidades autónomas (Andalucía, Canarias, Madrid, Valencia y País Vasco). Análisis descriptivo de los cuestionarios recogidos hasta mayo 2005.

**Resultados:** De las 303 personas que incluye el análisis, 40% son mujeres. La mediana de edad es 31 años. Proceden de Latinoamérica (50%), Europa del este (20%), África subsahariana (15%) y África del norte (11%) y llevan en España una mediana de 12 meses. El 12% tiene regularizada su situación administrativa. El 18% tiene estudios universitarios y 42% secundarios. El 44% están trabajando. El 20,5% vive en habitaciones que alquila por horas, 4% en la calle y el resto en otras situaciones precarias. La percepción que tienen de su salud en los últimos 12 meses es muy buena o buena en el 61% de los casos, regular para el 33% y mala o muy mala para el 6%, habiéndose encontrado diferencias en los porcentajes según la edad. El 6% está actualmente diagnosticado de depresión, el 6% de alergia y el 5% de hipercolesterolemia. El 10% han sufrido un accidente/agresión en el último año y un 22% ha tenido que reducir su actividad diaria en las dos últimas semanas por problemas gripales (7%), digestivos (6%), cefaleas (6%) y osteomusculares (5%). No poseen ningún tipo de seguro sanitario ni público ni privado el 56% de estas personas y un 30% no sabría a dónde acudir si se encontrara enfermo. El 49% ha utilizado algún tipo de servicio sanitario en los últimos 12 meses, principalmente ONGs médicas (41%), centros de salud (33%) y urgencias hospitalarias (27%). Un 44% ha utilizado en el último año algún servicio social, principalmente asociaciones de inmigrantes (14%) y ONGs (12%). El uso de servicios sanitarios es mayor en mujeres y en personas con menos estudios, pero no está relacionado con la auto-percepción de salud.

**Conclusiones:** Se trata de una población sana, cuya morbilidad podría ser debida al malestar psicológico por el proceso migratorio y la precariedad laboral y ambiental que afrontan. Pese a su mala percepción de salud, el uso de servicios es escaso y es necesario identificar las barreras que impiden un mayor acceso a los mismos.

*Financiación. Estudio financiado por FIPSE 24442/03.*

020

**ESTUDIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO Y PROFESIÓN DE ENFERMERÍA**

C. Lacasa, L. Sampietro-Colom, A. Busqué, C. Caja y M.L. de la Puente

*CatSalut. Generalitat de Catalunya; Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** El Plan Estratégico de enfermería de Atención Primaria (AP) del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya tiene el objetivo de potenciar el trabajo de enfermería en los equipos de atención primaria (EAP) de acuerdo a las necesidades de la población, durante el período 2004-2007. El estudio presenta la descripción del estado de situación de la profesión de enfermería en los EAP de Catalunya 2004 y completa la información disponible. En esta comunicación se presenta la parte de atención a domiciliaria del estudio. El objetivo del estudio es describir las variables organizativas y socio-demográficas relacionadas con la actividad y la realización de los diferentes campos de intervención de la profesión de enfermería de los EAP, con el fin de identificar aquellas que influyen en acercar a la excelencia su ejercicio profesional.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio transversal *Ámbito:* Atención Primaria *Población de estudio:* Universo de profesionales enfermeros de los 346 EAP de Catalunya con criterios de selección. *Instrumento:* Cuestionario auto administrado. Niveles: adjunta y enfermera. *Período:* Segunda semana noviembre 2004. *Fuentes de información:* Datos procedentes del cuestionario, actividad y recursos humanos del EAP. *Análisis estadístico:* Univariate, bivariate y multivariate.

**Resultados:** De los 346 EAP que hay en Cataluña, han participado 343. Se han estudiado los datos de 3371 enfermeras, el 83,5% de las que cumplen los criterios de inclusión. En atención a domicilio (ATDOM), el 91% realizan continuidad de curas y atención a la personas frágiles, el 81% cuidados paliativos. La media de visitas en ATDOM es de 1692 anual y la de personas atendidas 190. El % de personas que los EAP atienden a domicilio mayor de 64 años y mayores de 75 años es del 6% y del 12% respectivamente. En el 8% de los equipos hay una enfermera dedicada exclusivamente a ATDOM. El 35% de los EAP realizan ATDOM un día a la semana y el 40% cada día. La media de horas semanales por enfermera es de 6,47 horas. Las características que influyen en la variable "horas semanales dedicadas a atención domiciliaria" es el número de instrumentos utilizados y el mayor porcentaje de personas mayores de 75 años que viven solas (OR = 1,017), y las que tienen más influencia en el "número de visitas en ATDOM" es un mayor porcentaje de personas mayores que viven solas (p = 0,002) y un menor porcentaje de personas mayores que viven en hogares acompañados por personas de su misma edad (OR = -7,253).

**Conclusiones:** Hay un buen nivel en la realización de las actividades de atención a domicilio. Es necesario incrementar la atención a las personas que viven en hogares donde todos son mayores de 75 años. Debería adaptarse el horario semanal de atención domiciliaria a las necesidades de la población y no a aspectos organizativos del centro.

019

**LA TUBERCULOSIS COMO FACTOR PREDICTOR DE LA MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE INFECTADOS POR HIV**

G. Flores Mateo, P. García de Olalla, D. Ochoa, M. Casals, H. Knobel y J.A. Caylà

*Agencia de Salud Pública de Barcelona; 2 Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-IMIM-UPF-ASPB de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** El inicio de terapia antiretroviral combinada, especialmente del Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA), desde mediados de los 90 se ha asociado con una reducción de la morbilidad y mortalidad por el HIV. El objetivo del siguiente estudio es evaluar si la TB acelera el curso de la infección por HIV en una cohorte dinámica tratada con TARGA, ajustando por riesgos competitivos.

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva de individuos HIV y seguidos hasta el 31-12-2003, que iniciaron TARGA entre 1996 y 1999. Usando un modelo de riesgos competitivos, examinamos el efecto de la TB en la progresión del HIV, la TB fue introducida como covariable dependiente del tiempo, se ajustó por edad, sexo, adherencia al TARGA, distrito de residencia, niveles de CD4 y coinfección con el Virus de la Hepatitis C (VHC) al inicio de la TARGA. Se usó un modelo de riesgos proporcionales de Cox, permitiendo la entrada tardía. Se realizaron 3 modelos, en el Modelo 1 se estimó el riesgo de muerte en individuos que no llegaron a desarrollar SIDA y el riesgo de los que se diagnosticaron de SIDA por enfermedades diferentes de la TB, comparado con los diagnosticados de SIDA por una TB. En el Modelo 2 se censuraron los enfermos diagnosticados por SIDA por una causa distinta a la TB y en el Modelo 3 los casos con otras enfermedades diagnósticas de SIDA diferentes a la TB no se incluyeron en el análisis.

**Resultados:** Se analizaron 455 pacientes, con una mediana de edad de 35 años (rango: 46), el 68% eran hombres, con una mediana de CD4 de 285 (rango: 1.523), eran adherentes un 62% de los casos, un 3,6% de los casos la TB fue la enfermedad diagnóstica de SIDA, en el riesgo de muerte (Hazard Ratio: HR) en los individuos sin SIDA comparado con los que presentaron TB como enfermedad diagnóstica de SIDA en el modelo 1 fue de HR = 0,10 (IC95 0,04-0,27), y el HR de los pacientes que presentaron una enfermedad diagnóstica de SIDA diferente a la TB fue de 1,92 (IC95 0,68-5,44). No se evidenciaron diferencias significativas entre los 3 modelos.

**Conclusiones:** Las enfermedades diagnósticas de SIDA diferentes a la TB predicen una mayor letalidad que la TB en esta cohorte, aunque las diferencias nos son significativas. La TB presenta de forma significativa un mayor riesgo de muerte respecto a los individuos que nunca desarrollaron SIDA. El riesgo se mantiene tras ajustar por un modelo de riesgos competitivos.

021

**TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA Y UNA NUEVA FORMULACIÓN COMO TECNOLOGÍA SANITARIA**

J.V. Virués Ortega, J.P. de Pedro Cuesta y J.B. del Barrio

*Instituto de Salud Carlos III; Centro Nacional de Epidemiología.*

**Antecedentes y objetivos:** Durante los últimos años se ha observado un creciente interés en la investigación, aplicación y diseminación de intervenciones basadas en terapia asistida por animales (TAA). Hasta la fecha esta forma de tecnología sanitaria ha venido implementándose por profesionales procedentes de diversas disciplinas (fisioterapeutas, psicólogos, neurólogos, rehabilitadores) con propósitos y patologías muy diferentes. En el presente trabajo planteamos una revisión de la literatura sobre TAA identificando: 1) evidencias sobre efectividad, 2) marco profesional de pertenencia de esta modalidad terapéutica, 3) marcos teóricos que fundamentan esta modalidad de intervención, 4) características de los programas de intervención y 5) patologías. El propósito de este trabajo es integrar la literatura existente alcanzando conclusiones preliminares sobre el tipo de intervención (rehabilitación, instauración de funciones, aprendizaje motor, etc.), su filiación profesional preferente y las patologías para las que la TAA está indicada.

**Método:** Se realizaron las siguientes búsquedas bibliográficas: (1) PsycINFO (1872-2004) mediante WebSPIRS (SilverPlatter). Se usó el operador booleano "AND" para realizar combinaciones binarias de los descriptores: animal, dog, human-animal, human-pet, interaction, ownership, pet, psychotherapy, therapy (se excluyó "dog AND animal"). (2) Medline (1950-2004) mediante Pub Med con la estrategia de búsqueda: bonding, human-pet [MESH] AND stress, psychological [MESH] OR horse back riding [TI] OR hipotherapy [TI] OR pet-facilitated [TI] OR pet-assisted [TI] OR animal-assisted [TI]. Se incluyeron todas las referencias que describiesen intervenciones con animales sobre uno o más pacientes con una patología identificada. La escasez de literatura y el carácter exploratorio de este trabajo sugirieron un criterio laxo de inclusión. Las referencias fueron sometidas a un análisis de contenido referente a los apartados previamente enumerados.

**Resultados:** Los resultados de esta revisión indican que la TAA (1) carece de una filiación profesional y una indicación para patologías específicas, (2) carece de estudios aleatorizados y a largo plazo sobre efectividad clínica, (3) carece de un marco teórico unitario de referencia. Un número de trabajos indican que el contacto con animales puede tener un efecto vía (1) incremento de la atención, (2) valor de estímulo del animal, y (3) incremento del atractivo social del paciente.

**Conclusiones:** Las evidencias obtenidas se integran en un modelo teórico y de implementación clínica propuesto por los autores.

*Financiación. Beca Instituto de Salud Carlos III (financiada por la Fundación Pfizer).*

## COMUNICACIONES ORALES

### MESA 3 Información sanitaria

*Moderadora:*  
Antonia Pérez

*Gerente de Primaria, área de Gran Canaria*

#### DESARROLLO DEL CATÁLOGO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA DE BALEARES

E. Castaño, E. Cabeza, C. Campillo, J. Ferrer, A. Muñoz, D. Medina, M.A. Crespi, F.J. Calderón y J. de Pablo  
*Conselleria de Salut i Consum; Servei Balear de Salut; Conselleria d'Economia.*

**Antecedentes y objetivos:** Para desempeñar adecuadamente las funciones de salud pública y gestionar los servicios de salud, es preciso tener un sistema de información (SI) integrado por registros de las áreas administrativas, recursos humanos, economía, epidemiología, gestión de servicios de salud y clínicos. Tras la transferencia de competencias sanitarias a la CCAA de las Islas Baleares se ha puesto de manifiesto, entre otras necesidades, la de disponer de SI sanitarias integrales, fiables, integrados, actualizados y fácilmente accesibles. Tanto en los procesos de transferencia de competencias sanitarias como en los de transformación de los modelos de gestión de los servicios de salud, a menudo se observan ausencias o deficiencias notables en la información disponible para tomar decisiones. Nuestro objetivo es hacer un inventario de los SI para conocer los registros y sistemas de información sanitarios existentes en Baleares, su naturaleza, contenido y funcionamiento y la calidad de los datos. Elaborar un catálogo informatizado y accesible de éstos con el fin ulterior de estructurar la información que contengan y definir con exactitud sus deficiencias y las medidas dirigidas a subsanarlas, así como desarrollar la infraestructura necesaria para integrarlos.

**Métodos:** Se constituyó un grupo de expertos en las áreas cubiertas por los distintos SI sanitaria, encargado de buscar activamente todos los registros de datos sanitarios existentes, con independencia de su naturaleza. La búsqueda se realizó por medio de entrevistas a los responsables de los SI sanitarios y a todas aquellas personas que pudiesen conocer la existencia de registros internos de servicios asistenciales y gerencias. La información recabada sobre cada registro se utilizó para completar las fichas estructuradas en 5 apartados (identificación del responsable del SI, objetivos y contenido, ámbito y nivel de desarrollo, relación con otros SI o registros y difusión de la información que genera) que, en una segunda etapa y tras ser depurados, conformarán el catálogo de sistemas de información. La aplicación informática permite buscar información por palabras clave, responsable del SI o unidad de quien dependa.

**Resultados:** Hasta la fecha se han identificado y catalogado fichas estructuradas de 41 registros de las áreas de economía y salud (salud pública y servicios asistenciales). Al valorar su calidad, se ha detectado duplicidad de SI por unidades distintas y heterogeneidad de sus estructuras.

**Conclusiones:** Aunque la identificación y depuración de los registros y SI encontrados son lentas, permiten subsanar las deficiencias encontradas, lo cual constituye un paso decisivo para la elaboración del catálogo de SI.

#### ¿INFORMACIÓN PARA HACER O PARA DECIR QUE HACER? ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LA CM

J. Segura del Pozo, R. Castañeda López, M. Moran Arribas, S. Belmonte Cortes, S. Fernández Rodríguez y M. Martínez Cortés  
*Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** En el marco de la elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública (SP), se analizan los sistemas de información en Salud Pública (SISP) existentes y se proponen cambios.

**Métodos:** Se hace un inventario de los SISP mediante fichas de la arquitectura del sistema (entrada de datos, fuentes, notificadoros, variables, salidas de información, destinatarios, aprovechamiento, recursos, evaluaciones, etc.) Se entrevista a los responsables de cada sistema y se hacen dos grupos de discusión a responsables y usuarios. Se describen los puntos fuertes y débiles, específicos y comunes, y se recogen recomendaciones de modificación.

**Resultados:** Los puntos fuertes son los importantes avances en los sistemas de vigilancia epidemiológica, de salud de carácter sociocultural, de sanidad ambiental e higiene alimentaria, y en los próximos desarrollos de los sistemas de información geográfica (SIG), de riesgos ambientales y de información vacunal nominal. Los problemas detectados se ordenan en: 1. Problemas de concepción sobre la información pertinente: ¿Información para hacer o información para decir (qué hacer)? 2. Problemas de diseño: A) la definición del modelo de salud. B) La integración de la información. C) Qué información tenemos? ¿Qué información nos falta?, algunas variables clave (clase social, ocupación, etnia, territorio). D) La integración de lo cuantitativo y lo cualitativo. Obstáculos epistemológicos E) la incompatibilidad del control de actividades con la evaluación de riesgos. 3. El análisis de la información: falta de orientación a la toma de decisiones. 4. La difusión (externa e interna) y utilización de la información: 5. Dificultades para utilizar la información generada por el sistema sanitario asistencial. 6. Necesidad de incorporar la información generada fuera del sistema sanitario.

**Conclusiones:** 1. Hacer converger los diferentes subsistemas en un SISP integrado en sus fines, independientemente de su gestión. 2. Incorporar variables sociales (clase social, ocupación, etnia, territorio). 3. Cuidar al máximo la difusión de la información y su accesibilidad para la población y los decisores de políticas públicas. 4. Convertir el informe anual del estado de salud de la población en un instrumento de comunicación con la sociedad. 5. Realizar un informe bianual sobre desigualdades sociales en salud. Avanzar en la elaboración de un sistema de vigilancia de riesgos ambientales y en SIG Incorporar la información de Salud Laboral y Salud mental. 6. Revisar el actual sistema de registro hospitalario de tumores, y el de vigilancia de higiene alimentaria, 7. Realizar evaluaciones periódicas de los sistemas.

#### ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS EN ORGANIZACIONES DE SALUD PÚBLICA: LA EXPERIENCIA DE LA DIRECCIÓN XERAL DE SAUDE PÚBLICA DE GALICIA

J.L. Aboal Viñas, M.E. Lado Lema, M. Amigo Quintana, C. Fernández Abreu y X. Hervada Vidal  
*Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia; Aplica Asociados.*

**Antecedentes y objetivos:** La Dirección General de Salud Pública (DXSP) decidió iniciar un plan de acción que contextualiza y da respuesta al modelo de calidad de la EFQM. Durante el análisis de la situación se identificó como oportunidad de mejora, la necesidad de implantar una gestión por procesos, al detectar problemas en su desarrollo, que originaban diferencias en la forma de gestionar un mismo proceso en distintos programas, e incluso en la elección de actuaciones diferentes para tratar problemas similares. El objetivo de este trabajo es presentar el mapa de procesos, que confiera una visión global y completa de todos los procesos que la DXSP de Galicia ejecuta para desarrollar su actividad.

**Métodos:** Se seleccionó un grupo de trabajo formado por personal de la DXSP y de una empresa externa de consultoría. Inicialmente, el personal de la empresa se reunió con todos los directivos y técnicos de la Dirección, para obtener un primer listado que identificase los procesos de la organización. Este listado se revisó y discutió para elaborar un primer borrador. A continuación, se entrevistó a los responsables de los programas de la DXSP para comprobar que todos los procesos identificados estaban incluidos en el borrador, obteniéndose así el mapa de procesos definitivo.

**Resultados:** La elaboración del mapa de procesos se inició en enero de 2005, y se identificaron un total de 12 procesos de nivel 1 y 95 de nivel 2 que se agruparon en tres grandes tipos: estratégicos, de la cadena de valor y de apoyo. Los estratégicos se clasificaron, a su vez, en procesos de gestión de sistema de calidad, de gestión de alianzas y proveedores, de planificación estratégica, de control de gestión y de comunicación externa; los de apoyo en procesos de gestión económica, de personal, del conocimiento y logística; y los clave en definición de nuevos problemas de salud, elaboración de programas de salud pública y gestión del plan anual.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran que todos los procesos identificados se utilizan en los programas que se desarrollan en la DXSP. El tiempo consumido para la elaboración del mapa ha sido de 3 meses y este ha permitido identificar incoherencias e incongruencias organizativas de la institución. Además, será el documento de partida para una propuesta nueva de funcionamiento y organigrama de la DXSP basada en procesos, y será la herramienta básica para iniciar la gestión por procesos dentro de la Dirección.

025

**REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA**

F.J. García León, F. Oliver, I. Escalona, E. Puerto, J. Moreno Moreno, H. Pereda y L. Jiménez

*Junta de Andalucía. Consejería de Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** Las Voluntades Vitales Anticipadas son un instrumento de ayuda a la toma de decisiones sanitarias en las situaciones en las que el paciente no puede expresar su consentimiento informado. Nuestro objetivo es dar a conocer los resultados obtenidos en el primer año de funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

**Métodos:** Se analiza la distribución mensual de las solicitudes de información sobre voluntades vitales anticipadas realizadas entre mayo de 2004 y mayo de 2005 al portal web de la Consejería de Salud y al servicio telefónico de Salud Responde. Se hace un estudio descriptivo de las inscripciones en el registro realizadas entre junio del 2004 y mayo de 2005, según su distribución mensual, características demográficas, distribución territorial y características específicas de la declaración tales como designación de representante o donación de órganos.

**Resultados:** Se han realizado 39.498 accesos al portal web, y 2.421 consultas telefónicas a Salud Responde; en ambos medios se produjo un pico inicial en junio del 2004 con un descenso posterior, observándose a continuación un aumento hasta alcanzar los valores máximos en abril del 2005. El 70% de las consultas telefónicas correspondieron a preguntas sobre qué es la declaración de voluntad vital anticipada y el lugar donde se inscriben estas. El Registro cuenta con 2.472 declaraciones inscritas, observándose un pico inicial en junio de 2004 cuando se inscribieron 257, con un descenso progresivo en los meses posteriores hasta diciembre cuando cambió la tendencia, desde entonces creciente, con un máximo de 428 inscripciones en abril del 2005, estabilizándose en mayo con 417. En cuanto a la distribución provincial, la mayor tasa de inscripciones por 100.000 habitantes corresponde a las provincias de Córdoba, Málaga y Granada (53, 41 y 33 respectivamente) y la menor a Huelva, Almería y Sevilla (22, 22 y 26 respectivamente), siendo el valor de Andalucía de 32; las tasas por distritos sanitarios presentan un rango entre 95 en Córdoba y 4 en El Condado de Huelva. La tasa de inscripción por 100.000 es mayor en mujeres (37) que en varones (27); la mayor tasa de inscripción correspondiente al grupo de 51 a 70 años seguido de 71 a 90, aunque el mayor porcentaje corresponde a los grupos de edad de 31 a 50 y de 51 a 70. En el 60% de las declaraciones se designa a un representante y de estas, en la mitad, un sustituto de este. El 50% expresa su deseo de donar sus órganos y el 40% expresa comentarios adicionales en el texto libre "Consideraciones finales".

**Conclusiones:** Se ha confirmado una demanda social de la declaración de voluntad vital anticipada, que se ha visto fuertemente influenciada por la presencia de los temas bioéticos en los medios de comunicación.

027

**ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN INDIVIDUALIZADO EN UNA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN**

J. Astray, P. Martín-Carrillo, J. Hernández del Castillo, M. Cameno, D. Iniesta, L. Barranco, H. Ortiz, I. García y A. Gutiérrez

*Grupo de Coordinación de la Campaña de Vacunación de Meningitis C (DG Salud Pública y Alimentación - Sermas), Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Los sistemas de información individualizados en campañas de vacunación permiten, una evaluación nominal de las coberturas vacunales y la utilización de nuevas tecnologías (Mailing, Mensajes de voz y SMS) para una captura y recaptura más eficiente. Los objetivos de la campaña fueron desarrollar un sistema de información automatizado de población objetivo (a partir del cruce individualizado de padrón y tarjeta sanitaria (TIS)); evaluar de forma automatizada las coberturas individualizadas de personas vacunadas; y facilitar la captura y recaptura de la población objetivo en los Centros de Salud de una forma eficiente. Se describe la estrategia desarrollada como consecuencia de la Campaña de Vacunación de la Meningitis C en la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Se creó un fichero con los datos nominales de la población diana (residentes en la Comunidad de Madrid nacidos entre Enero de 1985 y Octubre de 1994) mediante el cruce de la base de datos (BD) actualizada de TIS y padrón, incorporando las personas que no estaban en TIS a la BD objetivo. Esto supuso un incremento de 89.377 (14,4%) individuos a la población objetivo. Se enviaron 622.000 cartas-cita en su Centro de Salud. Se enviaron 166.000 mensajes de voz y 36.000 SMS. Se diseñó un circuito de captura automática de datos nominales de vacunados a partir de OMI-AP. Un código de barras en la carta permitía incorporar datos nominales mediante un lector óptico, para centros no automatizados y privados. Se calcularon coberturas vacunales a nivel individual desagregadas por Unidad Funcional cruzando los registros capturados y la base de datos de población diana. Se elaboraron listados de datos nominales de personas no vacunadas para su posterior recaptura. Se diseñó un cuadro de mandos en Web para difundir los resultados.

**Resultados:** Se vacunaron 444.994 personas de la población diana, alcanzando una cobertura global del 70% y TIS de Españoles del 78,01%. La cobertura en ciudadanos no Españoles con TIS fue del 58,38%. Del total de vacunados 383.394 (86%) acudieron como consecuencia de la campaña de medios y la carta individualizada, y 61.600 (16%), después de recibir un mensaje de voz o SMS.

**Conclusiones:** Un sistema de información nominal permite analizar coberturas reales de vacunados y facilita la recaptura de no vacunados permitiendo la integración de una campaña en el trabajo diario.

026

**LA ACTUALIZACIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL REGISTRO DE CASOS DE SIDA: "UN VALOR AÑADIDO"**

G. Andérica Frías, V. Gallardo García, J.C. Fernández Merino, M. Ruiz Ramos, D. Gay Dávila, C. Petit Gancedo y J. García León

*Dirección General de Salud Pública de la Junta de Andalucía; Instituto de Estadística de Andalucía.*

**Antecedentes y objetivos:** Desde que se puso en marcha el Registro de casos de sida en el año 1983 en Andalucía, la mortalidad se recoge de manera no sistemática ni homogénea, variando según la provincia, por lo que la prevalencia de casos en nuestro registro no nos permitía estimar la prevalencia de esta enfermedad en nuestra Comunidad. El objetivo de este trabajo es actualizar periódicamente la información sobre mortalidad en nuestro registro y aproximarnos a la prevalencia poblacional.

**Métodos:** Como fuente de información se ha utilizado el Registro de mortalidad de Andalucía, informatizado desde 1992 y el Registro de casos de sida de Andalucía. Este trabajo se ha realizado en los años 2001, 2003, 2004 y 2005, de purándose los criterios de cruce hasta tener en la actualidad cuatro criterios para la búsqueda de casos comunes en ambos registros, de más a menos restrictivos. En el proceso se distinguen dos fases: una automatizada en la que a partir de los criterios de cruce se identifican los posibles candidatos, y otra manual en la que se confirma o discrimina entre varios candidatos. Las variables utilizadas en fase automatizada son: nombre, apellido I, apellido II, sexo, fecha de nacimiento, municipio de residencia y provincia de residencia. En la fase manual se utilizan otras variables de ambos registros como son causa de muerte, fecha de diagnóstico de la enfermedad indicadora de sida y dirección postal. Por último los candidatos seleccionados se envían a cada Registro provincial de casos de sida dónde cada responsable del registro da el visto bueno para la incorporación de ésta información en el Registro provincial.

**Resultados:** Desde el año 1982 hasta 2005 se han registrado 9699 casos de sida residentes en Andalucía. Constan como fallecidos el 58,4% de los casos. De éstos en el 44,9% (2546 casos) la información se ha obtenido a través de los distintos cruces con el Registro de mortalidad. En el primer año se encontraron 1318 casos; en el 2003, 460 casos; en el 2004, 182; y en 2005, 586. La prevalencia estimada en Andalucía de casos de sida es de 548 por millón hab.

**Conclusiones:** 1. Se ha mejorado la calidad de la información del Registro. 2. Este trabajo ha supuesto un aliciente para mejorar la cumplimentación de las variables que se necesitan para el cruce, haciéndose éste cada vez más rápido y efectivo. 3. La incorporación sistemática de la mortalidad en el Registro de casos de sida está permitiendo la realización de estudios de supervivencia.

028

**EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS ¿ES ÚTIL EN LA ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE TESTÍCULO?**

D. Ibarz, M.C. Martos, C. Feja, M. Esteban, I. Bailón y M.J. Iglesias

*Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón; Universidad de Zaragoza.*

**Antecedentes y objetivos:** El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), además de contribuir a la gestión hospitalaria, puede ser una herramienta útil para la estimación de la frecuencia de patologías que requieren hospitalización. Dado que es un sistema de información disponible en todas las Comunidades Autónomas, podría ser útil para la estimación de la incidencia de cáncer en aquellas zonas donde no existan registros poblacionales. Este estudio se ha realizado en el marco de la Red Epidemiológica para el Estudio de Enfermedades Raras (REpER) y el objetivo ha sido valorar la utilidad del CMBD en la estimación de la incidencia del cáncer de testículo (tumor raro).

**Métodos:** A partir del CMBD de Aragón, se han extraído para el periodo 1999-2002, las altas hospitalarias de los residentes en Zaragoza en las que alguno de los diagnósticos estaba codificado como cáncer de testículo. Con objeto de eliminar duplicados, se creó una nueva variable por alta registrada utilizando la fecha de nacimiento y residencia. En caso de existir más de un alta, se seleccionó la primera registrada y se consideró ésta como fecha de incidencia. Los casos prevalentes del año 1999 fueron identificados utilizando los datos del Registro de Cáncer de Zaragoza (RCZ) del periodo 1979-98 (últimos datos disponibles). Para este periodo, se analizó la tendencia de incidencia del cáncer de testículo, considerando que la variable dependiente (número de casos) sigue una distribución de Poisson y se estimó el número de casos esperados y su intervalo de confianza al 95% para el periodo 1999-2002. Se compararon los casos "incidentes" del CMBD con los obtenidos por este modelo y con las estimaciones calculadas considerando la razón mortalidad/incidencia.

**Resultados:** Durante el periodo 1999-2002 se identificaron 170 altas hospitalarias. Una vez excluidos los duplicados quedaron el 43,5% de las iniciales, de las cuales el cáncer de testículo estaba como diagnóstico principal en 63 altas (85%) y se incrementaba al 95% al incluir el segundo diagnóstico. Se consideraron como incidentes los 63 casos. Para el año 1999, de las 17 altas consideradas como incidentes, 3 eran prevalentes de acuerdo a los datos del RCZ. La incidencia obtenida a partir del CMBD es mayor que los límites de confianza superior obtenidos tanto a partir del modelo de Poisson como de las razones de mortalidad/incidencia. Este aumento no es explicado solamente por los casos prevalentes identificados.

**Conclusiones:** Se ha obtenido una sobreestimación de la incidencia de cáncer de testículo al utilizar los datos procedentes del CMBD para el periodo 1999-2002. Sin embargo, dado que este cáncer es un tumor raro, la ampliación del periodo de estudio podría mejorar la estimación.

*Financiación. Red Epidemiológica de Investigación en Enfermedades Raras (REpER). Financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria. (RTIC). Exp: G03/123.*

029

**GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CLINICOADMINISTRATIVA EN UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS CENTRALIZADO**

M.C. Guindeo, G. Muelas, F. Morera, E. Lemes y J.M. Sánchez  
*Equipo Directivo. Unidad Central de Laboratorios. Servicio de Informática. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

**Antecedentes y objetivos:** El hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín dispone de un laboratorio de Análisis Clínicos centralizado, que da soporte asistencial al área norte sanitaria de la isla de Gran Canaria. La estructura organizativa, fruto de una planificación desarrollada a lo largo de 20 años, permite que las exploraciones analíticas además de rentabilizarse en el contexto clínico preciso que motivó su realización, se pueda acceder al histórico analítico, lo que facilita la reconstrucción de la historia natural de la enfermedad. La adecuada explotación de las bases de datos relacionales proporciona información de gran valor epidemiológico.

**Métodos:** *Seguridad:* identificación por código de barras de todo el proceso. La identificación del paciente se captura a través de los datos del CMBD. En Atención Primaria (AP) la identificación se realiza en función de pares: nº de tarjeta sanitaria-nº de historia clínica hospitalaria. *Agilidad:* petición electrónica desde AP y por tarjeta de marcas ópticas. Múltiples protocolos pactados. *Accesibilidad:* vía web en todos los niveles asistenciales (AP, CAE, consultas externas hospitalarias, hospitalización, urgencias y otros centros dependientes de otras áreas sanitarias).

**Resultados:** En el año 2004 las peticiones atendidas fueron 110.000 urgentes y 374.019 programadas, de los cuales el 6% procedían de los CAEs, el 51% de AP del área norte y el 15% AP del área sur, el resto de las peticiones proceden de estructuras hospitalarias. Disponemos de 41 centros de extracción periférica. La petición informatizada de pruebas analíticas tiene una cobertura del 35% de los centros de AP y el número de usuarios de alta en la web es de 1500.

**Conclusiones:** El sistema ha permitido el acceso a la información on-line en todos los niveles asistenciales. La gestión centralizada con idéntico tratamiento para todos los pacientes proporciona un histórico potente. Soporte para la investigación: posibilidad de extracción de datos configurable y facilidad para cruzarlos con el CMBD debido a su codificación por número de historia clínica en todos los niveles asistenciales. Seroteca informatizada en patología tumoral. Base de datos relacional con el Registro de Tumores (en desarrollo).

031

**EVOLUCIÓN RECIENTE DEL FACTOR DE IMPACTO BIBLIOMÉTRICO DE GACETA SANITARIA**

E. Fernández, M. Badía, y el Comité Editorial de Gaceta Sanitaria.  
*Comité Editorial de Gaceta Sanitaria; Ediciones DOYMA.*

**Antecedentes y objetivos:** Gaceta Sanitaria es la revista científica de SESPAS, utiliza revisión por pares y publica artículos originales (y otros formatos) en todos los campos de la Salud Pública y la Administración Sanitaria. Uno de los índices bibliométricos más utilizados es el Factor de Impacto Bibliográfico (FIB), calculado por el Institute for Scientific Information (ISI) a partir de la base de datos Science Citation Index (SCI) Expanded. El FIB resulta del cociente entre el número de citas que reciben durante un año determinado los trabajos publicados en la revista a lo largo de los dos años anteriores y el número total de artículos citables publicados en esos mismos dos años. El objetivo fue estimar el FIB de Gaceta Sanitaria el año 2004 y su evolución reciente.

**Métodos:** Para calcular el FIB de 2004, se han contabilizado las citas (a partir del SCI-Expanded) que han recibido durante el año 2004 los artículos publicados en Gaceta Sanitaria en los años 2002 y 2003 y se han dividido por los artículos citables publicados en Gaceta Sanitaria durante los años 2002 y 2003. Las "autocitas" son las citas en la misma revista, y en el caso de revistas indexadas en el SCI se computan automáticamente. Dado que Gaceta Sanitaria no está todavía indexada en SCI, se han contado manualmente a partir de los artículos publicados. Este mismo procedimiento se aplicó para los años 2000-2003.

**Resultados:** El año 2004, Gaceta Sanitaria recibió un total de 73 citas a los artículos publicados en los años 2002 y 2003. El número de documentos citables publicados fue de 103. Así, el FIB de 2004 fue de 0,785. Según la procedencia, 27 citas provinieron de revistas extranjeras, 19 de revistas nacionales, y 27 fueron autocitas. Las citas provienen en primer lugar (15 citas) de revistas de salud pública y administración sanitaria (sin contar las autocitas) y en segundo lugar (10 citas) de revistas de medicina general e interna. Los años anteriores el FIB fue de 0,500 (año 2000); 0,619 (año 2001); 0,558 (año 2002) y 0,750 (año 2003). Gaceta Sanitaria se sitúa en el 66º lugar del grupo de revistas Public, Environmental & Occupational Health del SCI (con un total de 90 revista) y en 32º lugar del grupo con el mismo nombre del Social-SCI (de un total de 57 revistas). En estas categorías, Gaceta Sanitaria es la primera revista en lengua no inglesa, por delante de revistas internacionales o "nacionales" (editadas éstas parcial o enteramente en inglés o en otras lenguas).

**Conclusiones:** El FIB de Gaceta Sanitaria muestra una tendencia creciente desde el año 2000. Es aconsejable aumentar la citación en revistas indexadas en el SCI y las autocitas para mejorar la tendencia observada, que puede ser decisiva de cara a la inclusión de la revista en el SCI y obtener el FIB "oficial".

030

**PESO Y PERFIL DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE CATALUÑA**

E. Sèculi, A. Medina, P. Brugulat, C. Castell y J. March  
*Departamento de Salud; Universidad de Lérida.*

**Antecedentes y objetivos:** La obesidad es un problema de salud creciente en los países desarrollados que comporta una importante carga de morbilidad y alteraciones en la calidad de vida de las personas. *Objetivo:* Determinar si existen diferencias en las características sociodemográficas y de estado de salud en la población con sobrepeso (IMC entre 25 y < 30), con obesidad (IMC ≥ 30) y la que no presenta este problema (IMC < 25).

**Métodos:** Datos del Examen de salud 2002 de 1.376 individuos entre 18 y 74 años y de la Encuesta de salud de Cataluña 2002. Se analizan las variables: edad, sexo, clase social, autopercepción del estado de salud, enfermedades crónicas, estilos de vida y actividades preventivas. Se aplica un modelo de análisis multivariable de regresión logística multinomial.

**Resultados:** El 38,9% de la población entre 18 y 74 años presenta sobrepeso y un 17% obesidad. El sobrepeso y obesidad aumentan en los grupos de mayor edad en ambos sexos. El sobrepeso es más frecuente en varones y la obesidad en mujeres. La población con normopeso se caracteriza por el predominio femenino (65,4%), según clase social pertenecer a: 23,6% a las clases I-II, 22,4% a la III, 32,7% a la IVa y el resto a la más desfavorecidas (IV-V). Hacen una valoración positiva de su estado de salud (81,5%). Los trastornos crónicos más declarados son el dolor cervical (28,7%) y lumbar (25,3%). El 35,5% son fumadores diarios, el 44,6% abstemios y el 33,4% sedentarios. Realizan controles periódicos de tensión arterial y colesterol, el 36,7% y 33,7% respectivamente. La población con sobrepeso tiene predominio masculino (56,5%), pertenece clases más desfavorecidas (59%, clases IV-V) y valora positivamente su estado de salud (75%). Los trastornos crónicos más declarados son el dolor cervical (31,2%) y lumbar (32,4%). El 25,8% son fumadores diarios, el 42,2%, abstemios y el 30,8% sedentarios. Realizan controles periódicos de tensión arterial y colesterol, el 51,6% y 45,9% respectivamente. La población con obesidad tiene predominio femenino (59,8%), pertenece a clases más desfavorecidas (55,8%, clases IV-V) y valora positivamente su estado de salud (60,5%). Los trastornos crónicos declarados con más frecuencia son la artrosis (45%), dolor cervical (40,2%) y lumbar (42,8%). El 20,3% son fumadores diarios, el 54,2 abstemios y el 39,9% sedentarios. Realizan controles periódicos de tensión arterial y colesterol, el 61,3% y 50,9% respectivamente. Se presenta el modelo de regresión con el subconjunto de variables que mejor definen el perfil de la población con obesidad y sobrepeso.

**Conclusiones:** Se observan perfiles diferenciados en los grupos estudiados en relación a características sociodemográficas, percepción y estado de salud, y estilos de vida. El conocimiento del perfil de la población en relación al peso es de gran relevancia para el establecimiento de políticas de salud y servicios.

## COMUNICACIONES ORALES

### MESA 4 Salud reproductiva

*Moderadora:*  
Carmen Barrios

*Subdirectora Médico Hospital Materno Infantil  
de Gran Canaria*

#### ESTUDIO CUALITATIVO DE DETERMINANTES DE SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES LATINOAMERICANAS EN BARCELONA

M. Cabanas Ruiz-Carrillo, V. Vadillo Vicente y E. Díez David  
*Agència Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra.*

**Antecedentes y objetivos:** El incremento de mujeres inmigrantes contribuye al cambio del patrón reproductivo de la ciudad de Barcelona. Se han explorado creencias, actitudes, valores y conductas en salud reproductiva en mujeres latinoamericanas inmigrantes en la ciudad de Barcelona con la finalidad de diseñar una intervención preventiva dirigida a disminuir los embarazos no deseados.

**Métodos:** Estudio cualitativo de tipo etnográfico, exploratorio y descriptivo. Muestra de conveniencia de 45 mujeres latinoamericanas residentes en Barcelona. Los datos se recogieron a través de 4 entrevistas a informantes clave y de 4 grupos focales. Se exploraron los siguientes aspectos: maternidad, relaciones y sexualidad, métodos anticonceptivos, embarazo adolescente, aborto e influencia de la religión en ellos. Los grupos focales se realizaron, transcribieron y analizaron por tres investigadoras de abril a junio de 2005.

**Resultados:** La maternidad es una gran responsabilidad y tiene gran valor personal y social. Requiere estabilidad económica y emocional. Las mujeres asumen el cuidado de sus hijos con o sin pareja. El embarazo adolescente se considera una irresponsabilidad, aunque no tiene siempre connotaciones negativas dependiendo de la madurez de la madre y de la normalidad del fenómeno en la zona. Parte de las mujeres considera un crimen los abortos, otras lo aceptan bajo ciertas circunstancias y una minoría lo ve como un derecho de la mujer. Hablar de sexualidad provoca vergüenza y es un tema tabú. Las mujeres tienen más hijos en las zonas rurales por falta de acceso a la educación, a los recursos sanitarios y por considerar a sus hijos una riqueza y una ayuda para su vejez. La religión puede influir en el uso de anticonceptivos especialmente en zonas socioeconómicas deprimidas y más entre practicantes evangélicas que entre católicas.

**Conclusiones:** La maternidad es clave en la realización personal de las mujeres. La mujer asume el cuidado de sus hijos con o sin pareja. El embarazo adolescente se percibe como un error. Hablar de sexualidad es un tema tabú. Los abortos son considerados un crimen por parte de las mujeres, aunque muchas lo aceptan bajo determinadas condiciones. En general, valoran positivamente la anticoncepción como método preventivo de los abortos y de los embarazos no deseados. Los resultados serán de gran utilidad para el diseño de una intervención preventiva del embarazo no deseado en mujeres latinoamericanas en Barcelona.

#### ESTUDIO CUALITATIVO DE LAS PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES SENEGALESAS EN BARCELONA

V. Vadillo, D. Malmusi y E. Díez  
*Agencia de Salud Pública de Barcelona; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En Barcelona, en el último quinquenio, ha cambiado el patrón reproductivo debido al aumento de población inmigrante. La identificación de actitudes, creencias y factores culturales que determinan estos patrones son la base para una intervención en la mejora de la salud reproductiva. Esta investigación pretende explorar la percepción de mujeres senegalesas en cuanto a la maternidad, la contracepción, los embarazos adolescentes y el aborto.

**Métodos:** Investigación cualitativa. Entrevista en profundidad a una informante clave y un grupo focal de 9 mujeres senegalesas. Muestreo de conveniencia. Captación por medio de carteles, marketing directo e internet. Incentivo de 15 euros. Las conversaciones fueron grabadas y transcritas. Análisis del texto por tres investigadores.

**Resultados:** Para todas las participantes el matrimonio y tener hijos dentro del matrimonio es primordial. En los casos de familias poligámicas los hijos mejoran el estatus de la mujer. Los hombres son más valorados que las mujeres en la comunidad senegalesa. A pesar de que los hijos son fuente de felicidad y satisfacción, las participantes señalan la responsabilidad y preparación que comporta la maternidad. Consideran que en Barcelona la maternidad debe estar más planificada y que deben tenerse en mayor consideración las condiciones económicas que en Senegal. Allí, en las zonas rurales las madres son muy jóvenes y tienen más hijos que en la ciudad. Las relaciones sexuales prematrimoniales no son aceptadas por la comunidad por motivos religiosos aunque esto está cambiando. Un embarazo prematrimonial es considerado un riesgo, puesto que puede conllevar el rechazo de la propia familia, y, en Senegal, el apoyo familiar es muy importante. La interrupción voluntaria del embarazo se considera equivalente a quitar una vida. Sólo se acepta por problemas de salud y en las primeras semanas de gestación. Creen que el aborto apenas se practica entre senegalesas.

**Conclusiones:** Las mujeres senegalesas otorgan gran valor a la maternidad aunque sólo dentro del matrimonio. Están a favor de la planificación familiar por motivos económicos, especialmente en Barcelona. En general el aborto es rechazado. Los resultados permitirán elaborar una intervención preventiva adaptada a estas opiniones y creencias.

#### PARTICIPACIÓN DE MUJERES INMIGRANTES EN UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

M. Casamitjana, C. Hernández, C. Alférez, I. Collet y F. Macià  
*Unitat de Prevenció i Registre de Càncer; Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica; Institut Municipal d'Assistència Sanitària; Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Obtener una alta participación de las mujeres, en los programas poblacionales de detección precoz de cáncer de mama, es uno de los objetivos intermedios más utilizados para medir su impacto. El aumento de población inmigrante coincidiendo con una disminución de la participación en un distrito de Barcelona ha inducido a analizar la participación de los tres colectivos de mujeres inmigrantes más numerosos: marroquíes, filipinas y latinoamericanas, así como determinar el efecto de acciones comunicativas realizadas.

**Métodos:** Se han incluido todas las mujeres de 50 a 69 residentes en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona en cuatro vueltas (1996-2003), que han sido invitadas cada dos años a hacerse una mamografía, recibiendo todas ellas en su domicilio una carta de personalización. Las acciones comunicativas específicas con los tres colectivos, se realizaron al empezar la segunda vuelta. Se informó de la nacionalidad, de la participación y de las razones de no participación.

**Resultados:** Se han analizado 9.370 mujeres, los tres colectivos estudiados suponen más de un 75% de las mujeres inmigrantes, en la primera vuelta eran un 4,9% de la población diana y en la cuarta eran un 13,7%. Las mujeres marroquíes participaron un 51,1% en la primera vuelta (4 puntos por debajo del global), un 60,0% en la segunda y un 49,8% en la cuarta (14 puntos por debajo del global), las filipinas participaron un 60,5% en la primera vuelta (6 puntos por encima del global), un 64,3% en la segunda y un 48,5% en la cuarta (15 puntos por debajo del global), las latinoamericanas pasaron de un 66,4% en la primera vuelta a un 57,6% en la cuarta. La razón de no participación en la población inmigrante era desconocida en un 63,3% en la primera vuelta y un 90,2% en la cuarta.

**Conclusiones:** Existe un claro aumento de la población inmigrante invitada en Ciutat Vella desde el inicio del programa año 1996 hasta el final de la cuarta vuelta año 2003, en consonancia con el aumento general. La participación de los tres colectivos estudiados fue similar a la global en la primera vuelta y mayor que la global en la segunda vuelta, demostrando así que las acciones comunicativas que se realizaron de manera específica fueron exitosas. La disminución significativa de la participación en la cuarta vuelta, especialmente de las mujeres marroquíes y filipinas, y que la mayoría sea por causa desconocida, podría atribuirse a un bajo asentamiento de esta población. Ampliar el conocimiento sobre el comportamiento de las mujeres inmigrantes en programas de salud y hacerlo visible nos puede ayudar a incorporar estrategias de sensibilización a fin de progresar hacia resultados más igualitarios.

035

**EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONTROL DE LA GESTACIÓN EN BARCELONA**

J. Salvador, G. Cano-Serral, M. Rodríguez-Sanz y C. Borrell  
 Agencia de Salud Pública de Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** Existen desigualdades sociales en el control del embarazo en Barcelona. Las clases menos favorecidas presentan proporciones más elevadas de gestantes con situaciones alejadas del óptimo para la mayoría de las variables analizadas. El objetivo de este estudio es describir la evolución de las desigualdades en el control del embarazo de las gestantes de Barcelona en el período 1994-2003.

**Métodos:** La población de estudio son las gestantes residentes en Barcelona y la muestra los controles del Registro de Defectos Congénitos de Barcelona, que corresponde a un 2% de las gestantes. Se comparan dos cuatrienios: 1994-1997 (N = 906) y 2000-2003 (N = 927). Las variables dependientes son: número de visitas al obstetra, trimestre de la primera visita, número de ecografías, ecografía del quinto mes, prueba invasiva, ingesta de ácido fólico antes del embarazo, planificación del embarazo, consumo de tabaco y abandono del tabaco. Las variables independientes son la edad y la clase social. En cada cuatrienio se ajustaron modelos de regresión logística controlando el efecto de la edad para cada una de las variables dependientes según la clase social y se compararon los resultados entre ambos cuatrienios.

**Resultados:** Las gestantes de clases de ocupación manual presentan mejoras en el segundo cuatrienio en 7 de los 10 indicadores analizados y en los 3 restantes registran peores resultados (menos de 6 visitas, primera visita después del primer trimestre y no abandono del tabaco). Las gestantes de clases de ocupación no manual presentan mejoras en el segundo cuatrienio también en 7 de los 10 indicadores analizados. De los 3 restantes, en 1 tienen peores resultados (más de 3 ecografías) y en 2 no se observan variaciones (menos de 6 visitas y no abandono del tabaco). Cuando comparamos las variaciones interclase entre los 2 cuatrienios se registran diferencias en 8 de los 10 indicadores, 7 de las cuales son a favor de las clases más favorecidas (menos de 6 visitas, primera visita después del primer trimestre, no ecografía en quinto mes, no prueba invasiva, no ácido fólico, consumo de tabaco y no abandono del mismo) y sólo 1 a favor de las de ocupaciones manuales (más de 3 ecografías).

**Conclusiones:** Se registran desigualdades sociales en la evolución del control del embarazo. Excepto para 1 de las situaciones analizadas, las clases menos favorecidas presentan peores resultados en la tendencia de los indicadores que las clases más favorecidas. Si no se actúa, la distancia entre clases en el control de la gestación se acentúa con el tiempo.

Financiación. FIS PI021514, REPIER RTIC G03/123 y RCESP C03/09. Ministerio de Sanidad.

037

**SENSIBILIDAD DE GÉNERO DE LOS PROGRAMAS DEL EMBARAZO Y PUERPERIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

M.I. Blázquez Rodríguez  
 Departamento de Programas de Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes y objetivos:** Los subprogramas de atención sanitaria al embarazo y puerperio, aunque forman parte del programa de la mujer y estén centrados en la salud de las mujeres, esto no implica que tenga en cuenta la perspectiva de género, promoviendo aspectos como la autonomía de las mujeres para el disfrute de su salud y la corresponsabilidad de sus parejas. El objetivo de este estudio es analizar la sensibilidad de género que tienen estos subprogramas de atención al embarazo y puerperio de las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Para valorar la sensibilidad de género de estos subprogramas se ha utilizado un cuestionario abierto, de elaboración propia, que consta de 75 preguntas. Las preguntas del cuestionario recogen información sobre ocho indicadores que valoran la sensibilidad de género y que son: enfoque integral, accesibilidad, adecuación, participación de las mujeres, participación de sus parejas, toma de decisiones de las mujeres, desmedicalización y lenguaje inclusivo de género. Las respuestas son dicotómicas, de modo que el mayor número de respuestas afirmativas se considera como indicativo de sensibilidad de género.

**Resultados:** Se analizaron sólo 7 programas completos de las 11 áreas sanitarias, más uno dirigido sólo a la educación posparto. Los indicadores que menos están integrados en la atención sanitaria son: la toma de decisiones de las mujeres, la accesibilidad y la participación de las mujeres. Los indicadores que se van integrando son el enfoque integral, la adecuación, la participación de sus parejas y la desmedicalización. El indicador que está más integrado en los programas es el uso de un lenguaje inclusivo de género. Aunque el cuestionario nos ofrece información sobre la incorporación del indicador en la atención sanitaria, esta información debería ampliarse con un análisis cualitativo de los programas que permita valorar cómo esta incluida la perspectiva de género en estos programas.

**Conclusiones:** Con la información que el cuestionario nos proporciona, se deduce que estos programas tienen una baja sensibilidad de género. El cuestionario sobre sensibilidad de género indaga en numerosos aspectos relacionados con la perspectiva de género, al no ser considerados estos aspectos en los programas se concluye que promueven poco la autonomía de las mujeres y la corresponsabilidad de sus parejas en el proceso del embarazo y puerperio.

036

**EVOLUCIÓN DE DIVERSOS INDICADORES DE LA ACTIVIDAD OBSTÉTRICA EN CATALUÑA. PERÍODO 1998-2004**

T. Salas Ibáñez, X. Salvador Vilalta, R. Martínez Abella, E. Agustí y M. Bustins Poblet  
 Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña.

**Antecedentes y objetivos:** El análisis de las variaciones en la práctica médica es importante para la política sanitaria por las considerables implicaciones sobre el coste y los resultados de los servicios sanitarios, en términos de calidad. El objetivo de este estudio es describir la evolución de diversos indicadores de la actividad obstétrica (partos) en los hospitales catalanes y conocer las diferencias entre los hospitales públicos y privados.

**Métodos:** Los datos se han obtenido del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de los hospitales de agudos del período 1998-2004. Se han seleccionado los partos a partir de un algoritmo que integra toda la información clínica detallada del episodio (tanto diagnósticos como procedimientos). Se han calculado las estancias medias, las medias de edad de la madre, así como las proporciones de cesáreas y de partos múltiples. Los datos correspondientes a los hospitales públicos son exhaustivos, mientras que la información de los hospitales privados corresponde al 70% de los centros.

**Resultados:** Se observa un crecimiento sostenido del 5,6% anual en los partos asistidos en los hospitales públicos (de 39.127 en 1998 a 54.327 en 2004). Este crecimiento viene acompañado de una reducción de la estancia media (de 4,2 a 3,5 días). El perfil por edad se sitúa entre los 30,2 y los 29,8 años de media, correspondiendo el valor menor precisamente a 2004. A pesar de un moderado rejuvenecimiento, crecen tanto la proporción de cesáreas (de 19,1% a 22,5%) como la de partos múltiples (de 1,5% a 1,9%). Los perfiles de cesáreas y partos múltiples se asocian a estancias significativamente superiores (5,6 y 6,9 días en 2004, respectivamente) y a edades algo superiores (30,8 y 32,0 años en 2004, respectivamente). El perfil de los hospitales privados corresponde a una población ligeramente más envejecida (32,0 en 1998 a 32,6 en 2004), con mayor proporción de partos múltiples, probablemente asociados a tratamientos de infertilidad (hasta un 2,3% en 2002) y de cesáreas (30,1 % en 1998 a 34,5% en 2004). Aunque estas características están asociadas a estancias medias elevadas, en cesáreas (5,1 días) y partos múltiples (6,1 días), son inferiores a las de la red pública.

**Conclusiones:** A pesar de que en los hospitales públicos el porcentaje de cesáreas es menor que en los privados, los incrementos anuales son similares. Es importante conocer la evolución de los indicadores más críticos, como el porcentaje de cesáreas, para evitar que se produzcan desigualdades. La sobre utilización o infrutilización de este procedimiento puede reflejar una ausencia de idoneidad o un procedimiento innecesario.

038

**TUMORES PRIMARIOS MÚLTIPLES EN UNA COHORTE DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, ZARAGOZA 1978-1998**

G. García-Carpinteo, M.C. Martos, M.P. Marco y E. Sánchez  
 Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

**Antecedentes y objetivos:** El estudio de tumores primarios múltiples es importante no sólo desde el punto de vista etiológico sino también clínico, ya que permite la identificación de factores de riesgo comunes, la valoración de la contribución de nuevas terapias en la ocurrencia de estos tumores y el establecimiento de protocolos para el seguimiento de cohortes de mayor riesgo de cáncer. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer en los países desarrollados, tanto en términos de incidencia como de mortalidad. El objetivo de este estudio es identificar el riesgo de incidencia de un segundo tumor primario en una cohorte de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama durante el período 1978-1998 residentes en la provincia de Zaragoza.

**Métodos:** Del Registro poblacional de Cáncer de Zaragoza (RCZ) se han extraído los casos incidentes de cáncer de mama correspondientes al período 1978-1998. Las mujeres-año a riesgo se han obtenido considerando la fecha de incidencia del cáncer de mama como entrada en el estudio y como salida la fecha de defunción o finalización del período de observación (31/12/1998). Se han calculado las razones de incidencia estandarizadas (RIE) y sus intervalos de confianza (IC) al 95% para el total de tumores y para las localizaciones más frecuentes identificadas en la cohorte de estudio. Las tasas de referencia utilizadas han sido las obtenidas del RCZ.

**Resultados:** Se han identificado 6.035 tumores malignos de mama para el período 1978-1998, lo que representan 32.584 mujeres-año a riesgo. En la cohorte de estudio se han diagnosticado, sincrónica o posteriormente al cáncer de mama, un total de 181 tumores malignos primarios. Se ha observado un mayor riesgo de cáncer en esta cohorte en relación con las mujeres sin cáncer (RIE = 1,38; IC95% 1,18-1,59). También se ha obtenido un riesgo más elevado para los tumores malignos de piel (RIE = 1,86; IC95% 1,34-2,52), endometrio (RIE = 3,4; IC95% 2,39-4,72), ovario (RIE = 2,17; IC95% 1,21-3,57) y riñón (RIE = 1,38; IC95% 1,18-1,59).

**Conclusiones:** La mujer con cáncer de mama tiene 38% más de riesgo de desarrollar un nuevo tumor maligno, diferente del de mama, que las mujeres sin cáncer. Posiblemente, la mayor frecuentación de los servicios de salud por estas pacientes (revisiones periódicas) podría explicar, al menos en parte, el mayor riesgo de tumores malignos de piel (mayor oportunidad de diagnóstico). El exceso de riesgo para el cáncer de ovario, riñón y endometrio apuntaría hacia la necesidad de una mayor vigilancia de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con objeto de prevenir y minimizar las consecuencias de la aparición de un segundo tumor primario.

039

**EXPOSICIÓN PASIVA AL HUMO DEL TABACO EN MUJERES EMBARAZADAS: ¿HAN CAMBIADO LAS COSAS EN 15 AÑOS?**

M. Rebagliato, F. García, E. Crehuá, F. Ballester, A. Esplugues, M. Estarlich, R. Ramón, S. Pérez y J. Vioque

*Dpto. Salud Pública. Universidad Miguel Hernández; Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; Hospital Universitario la Fe de Valencia.*

**Antecedentes y objetivos:** 1) Describir el patrón de exposición pasiva al humo del tabaco en las mujeres embarazadas participantes en la cohorte INMA Valencia (2004-2005); 2) comparar dicho patrón con el observado en un estudio realizado en embarazadas de la misma área en el periodo 1989-1991.

**Métodos:** Estudio descriptivo de una submuestra de embarazadas no fumadoras de la cohorte INMA Valencia. Población de estudio: embarazadas que realizan el seguimiento de su gestación desde el primer trimestre hasta el parto en el Hospital La Fe de Valencia durante los años 2004-2005. Mediante cuestionario administrado por entrevistador en la semana 32 de gestación se obtuvo la información de exposición pasiva al tabaco consumido por la pareja u otros fumadores en la casa, en el trabajo, y en lugares de ocio. Los resultados se comparan con los obtenidos en un estudio sobre tabaquismo pasivo realizado en embarazadas asistentes al curso de preparación al parto en el Hospital La Fe durante el periodo 1989-91 (Rebagliato et al. AJE 1995;142:525-30), donde se utilizó un cuestionario similar entre la semana 24 y 39 de gestación. Se describen las proporciones e intervalos de confianza en ambos periodos.

**Resultados:** La submuestra analizada en el estudio INMA está formada por 109 embarazadas no fumadoras durante la gestación, de las cuales el 53,2% no habían fumado nunca y el 46,8% eran exfumadoras. El 39,4% de las encuestadas refieren exposición al consumo del tabaco de la pareja y el 13,8% al de otras personas en la casa. Un 40,5% de las mujeres trabajadoras percibe alguna exposición al humo del tabaco en el trabajo. El 45,0% ha estado expuesta, con una frecuencia 2+ veces a la semana, en lugares fuera de su casa o el trabajo, bien de restauración (31,2%), o en otros lugares de ocio (22,0%). En el estudio realizado en el periodo 1989-91, sobre una muestra de 710 embarazadas no fumadoras, el 44,1% referían exposición a la pareja y el 13,7% a otros fumadores en la casa, el 73,6% de las trabajadoras estuvieron expuestas en el trabajo, y el 66,1% en lugares de ocio con una frecuencia mínima de 1 vez a la semana.

**Conclusiones:** La exposición pasiva al tabaco en mujeres embarazadas sigue siendo elevada en los diferentes lugares de la vida diaria. Su prevalencia no ha sufrido prácticamente modificaciones en los últimos 15 años, a excepción del lugar de trabajo donde las medidas de protección desarrolladas durante este periodo pueden haber tenido un mayor impacto. Esto pone de relieve la necesidad de seguir desarrollando medidas dirigidas a disminuir la exposición al tabaco en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana. *Financiado por ISCIII (Red INMA G 03/176; RCESP C03/09).*

**COMUNICACIONES ORALES**

**MESA 5  
Planificación y políticas sanitarias (1)**

*Moderador:*  
Joan Ramón Villalbí

040

**EXISTE SUFICIENTE INFORMACIÓN CIENTÍFICA SOBRE FACTORES ESTRUCTURALES DE LA MORTALIDAD MATERNA**

M. Carrasco Portiño, D. Gil González y M.T. Ruiz Cantero

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Dpto. de E.C. Medicina Preventiva y Salud Pública e Hta de la Ciencia. Universidad de Alicante.*

**Antecedentes y objetivos:** La Mortalidad Materna (MM) es uno de los objetivos del Milenio de Naciones Unidas y tema prioritario en el informe de la salud en el mundo 2005 de la OMS. Por ello se justifica la pertinencia de analizar como se ha investigado el tema y qué soluciones se han venido aportando.

**Objetivos:** 1. Explorar el conocimiento científico sobre los determinantes socioeconómicos, sociopolíticos y culturales, y 2. Analizar la calidad de la producción científica respecto a la coherencia en la estructura de los artículos.

**Métodos:** Revisión sistemática de artículos originales en: Medline, CINAHL, Psycinfo, EconLit, Francis, Sociological Abstracts, Eric e ISI Web of Knowledge (2000:2004). Se identificaron 1.813 artículos. Palabras clave Maternal Mortality. *Criterios de exclusión:* guías y ensayos clínicos, artículos teóricos, de opinión y sin resumen, de enfermedades relacionadas con el embarazo, cartas y editoriales. *Variables estudiadas:* sociales, económicas, políticas y culturales, país de origen de las investigaciones y países estudiados. Análisis de contenido sobre la coherencia en la estructura de los artículos: presencia (o no) en apartados de: introducción, métodos y resultados de datos socio-demográficos, variables de derechos humanos, acciones preventivas en anti-concepción, cuidados perinatales y atención al parto. *Análisis estadístico:* SPSS 11.5.

**Resultados:** 24 artículos fueron seleccionados. 66,7% de ellos eran encuestas transversales, 12,5% casos-control, 4,2% cohortes, 8,3% ecológicos, 8,3% cualitativos. 71% se realizaron desde países desarrollados (EE.UU.: 42%; R.U.: 13%; Japón: 8%; Países Bajos: 4%; Dinamarca: 4%). 83% investigaron la MM en países en desarrollo (Nigeria: 13%; Zambia: 8,3%; Uganda: 8,3%; México: 8,3%). Las variables socioeconómicas aparecieron en un 83% en la Introducción (I), 63% en Métodos (M) y el 58% en Resultados (R). Y las acciones preventivas en: (I: 20%, M: 12,5%, R: 20,8%), cuidados perinatales (I: 50%, M: 41,7%, R: 45,8%) y parto (I: 37,5%, M: 33,3%, R: 48,8%).

**Conclusiones:** A pesar del gran número de artículos publicados sobre MM, no parece existir nuevo conocimiento sobre determinantes estructurales. La calidad de las investigaciones originales tiene que mejorar en el diseño y en el análisis de los datos. Carecen de suficiente poder inferencial para generalizar sus resultados. Los artículos que analizan la asociación entre variables socioeconómicas y MM no presentan coherencia científica en el planteamiento del tema en la introducción, propuesta de análisis y en la presentación de los resultados. Aquellos países en que la MM presenta cifras más elevadas no están originando investigaciones que analicen sus determinantes.

041

**PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN DE UNIDADES FUNCIONALES DE SALUD INTERNACIONAL EN CATALUNYA**

E. Alonso Mayo, J. Batalla Clavell, A. García Parellada, J.L. Taberner Zaragoza, A. Plasencia Taradach, Ll. Urbitzondo Perdices, M.L. de la Puente Martorell, J. Gascón y M. Corachan

*Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En Catalunya hay unidades de consejo al viajero y vacunación internacional, así como de atención a la patología importada, pertenecientes a diversos proveedores y niveles, y que han tenido una escasa coordinación, y no han sido objeto de una planificación sanitaria en función de necesidades poblacionales. El fenómeno creciente de la inmigración extranjera, y el aumento constante e importante del número de viajeros a países tropicales han hecho aumentar la demanda de estos servicios, englobados dentro del concepto de la salud internacional. El Departament de Salut se ha propuesto planificar las unidades funcionales de salud internacional necesarias para Catalunya y establecer una red coordinada de las mismas. Y lo ha hecho en el marco del Plan director de Inmigración y Cooperación en el ámbito de la salud, que, entre otros objetivos, tiene el de coordinar una red de referencia especializada para la patología importada.

**Métodos:** El año 2004, se establecieron dos grupos de trabajo coordinados, dependientes de las respectivas Direcciones generales de Planificación y Evaluación y de Salud Pública. Se ha considerado la inmigración como un fenómeno relacionado con la patología importada, pero que no presenta demandas ni patologías significativamente diferentes de la población autóctona. Se han planificado las unidades bajo el prisma de la normalización, entendida como el uso común de servicios y circuitos que se inicia en la atención primaria y que puede precisar servicios especializados.

**Resultados:** Durante nueve meses, dichos grupos han trabajado, respectivamente, propuestas para la planificación de las unidades y el modelo de funcionamiento, y el consenso de los contenidos del consejo al viajero y aspectos preventivos clave en estas materias. Se ha definido el modelo ideal de unidades funcionales de salud internacional, que combinen el consejo al viajero y la atención a la patología importada, aunque se ubiquen en centros distintos, y que actúen coordinada e integralmente en cada región sanitaria. Se han definido los contenidos y requisitos que han de cumplir, en la atención a la patología importada, los diferentes niveles: la atención primaria, los hospitales, y el hospital de referencia de Catalunya. Se han consensuado los contenidos preventivos y referentes para el consejo al viajero.

**Conclusiones:** Se ha iniciado un proceso que ha de permitir la mejora y la coordinación estable, así como la formación de los profesionales de estas unidades. Éstas ven definido su rol y referencia territorial en el conjunto de la red asistencial pública.

042

**GOBIERNO E INTEGRACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS: UN ESTUDIO DE CASOS EN CATALUÑA**

I. Vargas, M.L. Vázquez, R. Ruíz y J. Berenguer  
*Consorci Hospitalari de Catalunya; Consorci Sanitari de Terrassa; Consorci Sanitari del Maresme.*

**Antecedentes y objetivos:** Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), que han aparecido en entornos diferentes incluyendo a Cataluña, son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a una población determinada, con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia. El proceso de integración que realizan depende de diversos factores, entre los que se encuentra el buen gobierno de la organización. Se han definido tres atributos de buen gobierno: una perspectiva de sistema en la toma de decisiones estratégicas, la responsabilidad con la población que atiende y la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de la OSI. El objetivo de esta comunicación es analizar el modelo de gobierno de dos OSIs en Cataluña y la presencia de atributos que favorezcan la integración del sistema.

**Métodos:** Se realizó un estudio de casos. Se seleccionaron dos casos, - el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) y el Consorci Sanitari de Terrassa (CSdT)-, de acuerdo con los siguientes criterios: ser proveedor integrado verticalmente, ofrecer servicios de atención primaria y especializada y prestar atención a una población definida. Se realizó un análisis de documentos, para lo que se seleccionaron planes estratégicos, estatutos y actas. El análisis de contenido se llevó a cabo generando categorías de forma mixta a partir de cuatro dimensiones: control, estructura, funcionamiento y composición del gobierno. En base a estas dimensiones se establecieron los tipos de gobierno de las OSIs y sus atributos.

**Resultados:** Ambas organizaciones poseen un único gobierno centralizado, con mayoría de la Generalitat y presencia de políticos locales. Los estatutos les atribuyen una función estratégica, pero en la práctica se concentran en el seguimiento presupuestario y de la actividad asistencial. Reciben información para evaluar la gestión que se presenta organizada por línea asistencial y basada principalmente en productos intermedios.

**Conclusiones:** Entre las barreras que impiden el fortalecimiento de la visión global del gobierno en ambos casos destacan la falta de participación en la formulación de las políticas globales para organización y la ausencia de una evaluación global del desempeño de la OSI. Así mismo, la presencia de políticos locales permite canalizar las demandas de la población desde una perspectiva de municipio y no del conjunto del territorio.

*Financiación. FIS (PI042688).*

**LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM): ORIENTACIONES, REALIZACIONES Y DÉFICITS**

M. Martínez Cortés, V. Civantos Cantero, N. Aerny Perreten, R. Aguirre Martín-Gil, M. Cameno Heras, J. Segura del Pozo, M. Ramasco Gutiérrez, M.A. Gil Nebot Y F. Conde Gutiérrez del Alamo  
*Dir. Gral de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid; CIMOP.*

**Antecedentes y objetivos:** Este trabajo forma parte del Libro Blanco de Salud Pública (SP) de la CM, que surge de una necesidad de reflexionar sobre la práctica y proponer un replanteamiento del lugar que la SP debe ocupar en la sociedad del siglo XXI, con una intención clara de formular propuestas y reorientaciones. Como trabajo introductorio, se llevó a cabo una revisión de lo que ha sido el desarrollo de la SP en Madrid en los últimos 20 años.

**Métodos:** Para la elaboración del Libro Blanco se optó, por un proceso participativo en fases, con más de 150 profesionales de diferentes ámbitos. La información sobre la metodología utilizada y los documentos producidos puede ser consultada en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/indice.htm>. Para la revisión histórica se realizó una revisión documental de los cambios organizativos, desarrollo legislativo, iniciativas técnicas y situaciones de alerta y crisis; así como de la evolución del gasto en salud pública. A partir de esta información y de la memoria histórica de los participantes se realizó una discusión, sobre cuales eran los ámbitos de trabajo de la salud pública en Madrid y una evaluación cualitativa sobre su nivel de desarrollo.

**Resultados:** Se revisan lo que consideramos los pilares básicos del trabajo: posicionamiento en la sociedad, desarrollo territorial, sistemas de información, sanidad ambiental, nutrición e higiene de los alimentos, promoción y protección de la salud, políticas de inspección, participación ciudadana, profesionalización de la SP y algunos ámbitos que han quedado fuera de la estructura de SP, como la salud mental. Para cada uno de ellos se presentan las orientaciones que han guiado su desarrollo, las realizaciones alcanzadas, y las consideradas insuficientes o parciales.

**Conclusiones:** Para orientar el futuro es necesario reflexionar sobre la propia historia. Este trabajo, basado en gran parte en la memoria de los propios protagonistas, ha permitido tomar conciencia del camino recorrido hasta este momento, identificando áreas de trabajo consolidadas e innovadoras, como la investigación cualitativa en salud o la vigilancia de la enfermedades no transmisibles, junto con déficits, como la integración y difusión de la información y la comunicación con la sociedad, que suponen un desafío de cara al futuro. Aunque en su origen y desarrollo se trata de un proceso muy ligado a la experiencia y al territorio de la CM, está muy condicionado por lo ocurrido en estos años en el entorno español y europeo. Por otra parte la preocupación por el lugar de la SP es una inquietud general, que trasciende el ámbito de la CM.

044

043

**LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL EN DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS DE CATALUÑA**

I. Vargas, M.L. Vázquez, R. Ruíz y J. Berenguer  
*Consorci Hospitalari de Catalunya; Consorci Sanitari de Terrassa; Consorci Sanitari del Maresme.*

**Antecedentes y objetivos:** La coordinación de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para la atención de problemas de salud crónicos con intervención de múltiples servicios. Ésta se ve afectada por la estructura organizativa de los proveedores involucrados. Actualmente se observa un esfuerzo por romper con la compartimentación en niveles asistenciales de las organizaciones, introduciendo mecanismos de coordinación que favorecen la comunicación. En esta línea se encuentran las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs)-, redes de servicios que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población. El objetivo de esta comunicación es analizar la estructura organizativa que han adoptado dos OSIs en Cataluña para mejorar la integración de los servicios.

**Métodos:** Se realizó un estudio de casos. Se seleccionaron dos casos - el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) y el Consorci Sanitari de Terrassa (CSdT)- de acuerdo con los siguientes criterios: ser proveedor integrado verticalmente, ofrecer servicios de atención primaria y especializada y prestar atención a una población definida. Para la recogida de los datos se utilizaron dos técnicas cualitativas: el análisis de documentos y la entrevista individual semiestructurada. Se seleccionaron los siguientes documentos: planes, organigramas, guías y manuales. Se entrevistaron informantes del staff de dirección de las OSIs. Se realizó un análisis de contenido de los datos generando categorías de forma mixta en relación a las dimensiones principales: tipo de estructura organizativa y mecanismos de coordinación.

**Resultados:** Ambas organizaciones presentan una estructura de tipo funcional con integración de las direcciones médicas y de enfermería, así como las funciones de apoyo. El CSdT posee una estructura más descentralizada con numerosos comités permanentes para la coordinación de las funciones de dirección. Ha puesto especial énfasis en las fórmulas de coordinación con otros proveedores y en los mecanismos de coordinación basados en la comunicación entre profesionales. El CSdM, por su parte, ha desarrollado más los mecanismos de coordinación intraorganizativos basados en la normalización de los procesos. En las dos organizaciones predomina la agrupación por niveles asistenciales.

**Conclusiones:** Ambas OSIs han orientado sus estructuras hacia la integración de las funciones de dirección y apoyo, para facilitar su coordinación. No obstante, debido al predominio de la agrupación por niveles asistenciales, deberán buscar mecanismos adicionales que garanticen la coordinación de los procesos asistenciales.

*Financiación. FIS (PI042688).*

**VALORACIÓN DEL IMPACTO DEL CAMBIO DE UBICACIÓN DE UN HOSPITAL DE BARCELONA SOBRE LA RED HOSPITALARIA METROPOLITANA**

E. Torné, J. Benet, A. Guarga y M. Sualdea  
*Consorci Sanitari de Barcelona; Regió Sanitaria de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** El cambio de ubicación de un hospital de Barcelona con una población de influencia de 100.000 habitantes y 256 camas es importante, sobretudo cuando la futura localización es fuera de la ciudad. Se estima que las repercusiones, a nivel de carga asistencial sobre el resto de hospitales, especialmente los lindantes, será de gran cuantía. *Objetivo:* Describir la actividad realizada por el hospital a estudio y analizar el impacto que puede ocasionar el cambio de localización, en especial sobre los centros lindantes que comparten zonas de influencia, y globalmente sobre el resto de hospitales de la ciudad.

**Métodos:** Detallar la ubicación, estructura, recursos y población de influencia del hospital en estudio. A partir del C.M.B.D.A.H. se describen las características sociodemográficas, la actividad asistencial y la procedencia territorial de la población atendida. Se analiza la actividad de urgencias mediante el aplicativo P.I.U.C. Este mismo análisis se realiza para toda la red hospitalaria de la ciudad. Con los resultados obtenidos se calcula el impacto que comportaría el cierre del centro sobre los hospitales lindantes y sobre el resto de centros. *Medición del impacto:* número de camas y quirófanos necesarios para poder asumir el incremento esperable de actividad y el aumento de urgencias.

**Resultados:** El hospital realiza 10.337 altas anuales, 53% quirúrgicas, 2.189 procesos de lista de espera y 38.086 urgencias. Atiende un 65% de población >64 años i un 8% de las altas tienen pesos superiores a >1,5 (GRD). Impacto local: 5.328 altas, un 50% de la actividad hospitalaria, recaerá sobre el hospital más próximo que necesitaría aumentar entre 120-133 camas para poderla asumir, 4 quirófanos (30% act. en procedimientos-lista de espera) y un 24,5% más de urgencias. Impacto global: 2.500 altas, un 24% sobre el resto de hospitales de la ciudad y 2.752 altas, un 26% sobre centros del área metropolitana, con un incremento de 60 y 66 camas, respectivamente. El incremento de actividad quirúrgica global, es poco valorable, ya que supone un aumento de 10 quirófanos repartidos por todos los centros de la ciudad.

**Conclusiones:** El cambio de ubicación de un hospital como el descrito representa un impacto local importante, puesto que el hospital lindante precisa incrementar en 125 y en 4, el número de camas y de quirófanos respectivamente para poder realizar la actividad. Considerar el impacto de las nuevas acciones es fundamental en la planificación sanitaria, puesto que sus repercusiones pueden ser difícilmente asumibles a nivel de recursos, tanto profesionales como estructurales.

045

046

**DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN LA CIUDAD DE BARCELONA: ACTIVIDAD ANUAL Y RESULTADOS DE PRIMERA Y CUARTA RONDA EN FUNCIÓN DEL TERRITORIO**

R. Puigpinós, F. Macià, E. Camprubí, M.T. Puig, A. Benavides, M.T. Quintana, E. Cores, J.J. Otal y C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; Institut Municipal d'Assistència Sanitària; Hospital Vall d'Hebrón; Hospital Sant Pau; Hospital Clínic.

**Antecedentes y objetivos:** El año 1995 se inició el Programa piloto de Detección Precoz de cáncer de mama de Barcelona y el 2004 todas las mujeres de 50 a 69 años fueron invitadas como mínimo una vez a participar, dibujando un complejo mapa en el que hay zonas de la ciudad que ya están en quinta ronda de cribado y otras iniciando la segunda. El 2001, se establece una oficina técnica para toda la ciudad, teniendo asignadas entre otras funciones, la evaluación anual del programa a partir de los datos suministrados por los distintos hospitales proveedores. El objetivo es describir la actividad anual del programa de Barcelona, así como los principales indicadores de distritos con una ronda de cribado acabada, comparando cuarta y primera ronda.

**Métodos:** Corte transversal en la actividad realizada por el programa durante los años 2002 y 2003 en las mujeres residentes en la ciudad de 50 a 69 años. Se calculan los principales indicadores de rendimiento, participación, cobertura, exclusiones, reconvocatoria, pruebas invasivas y detección de cáncer del 2003 en Barcelona. Se calculan los mismos indicadores en los distritos de la ciudad que entre 2002 y 2003 completaron una ronda. Se estudia la detección de cáncer según nivel de estudios.

**Resultados:** La participación durante el 2003 fue del 52,7%. La cobertura 79,4% y la tasa de cáncer diagnosticado 4,9 x 1000. El 5,4% de las participantes fueron reconvocadas, realizando pruebas invasivas al 1,6%. Respecto años anteriores, han disminuido reconvocatoria y pruebas invasivas y se han diagnosticado más casos de cáncer. La mayoría de casos diagnosticados en el programa son en mujeres con niveles de estudios bajos, con una razón de porcentajes de 3,2 sobre las de nivel de estudios más altos, mientras que en las mujeres empadronadas de 50 a 69 años la razón es de 1,7. Entre 2002 y 2003, se completó la ronda en 5 distritos de la ciudad, observando mejores indicadores de rendimiento en los territorios en cuarta ronda.

**Conclusiones:** Han mejorado algunos de los indicadores indirectos de calidad del programa y se observa una clara implementación con el tiempo, llegando a participaciones cercanas al 70%. La presencia del programa en el territorio contribuye a la mejora en el nivel de control de las mujeres, principalmente en las zonas de nivel socioeconómico más desfavorables, lo cual contribuye a explicar la elevada razón observada en el nivel de estudios bajos/altos en las mujeres con cáncer y que sugiere que las mujeres de nivel socioeconómico más elevado se controlan a través de servicios de salud privados.

048

**LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA AGENDA DEL PARLAMENTO ESPAÑOL (1979-2004)**

C. Vives-Cases, D. Gil-González, M. Carrasco-Portiño y C. Álvarez-Dardet

Área Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; Red de Investigación en Género y Salud; Observatorio de Políticas Públicas y Salud.

**Antecedentes y objetivos:** Describir la magnitud y examinar sistemáticamente las características de los procesos de formulación y toma de decisiones vinculadas al poder legislativo del Estado español en violencia de género.

**Métodos:** Búsqueda y análisis de contenido cuantitativo de todas las iniciativas parlamentarias registradas en la base de datos del Congreso de los Diputados sobre violencia de género desde enero 1979 hasta diciembre de 2004. Cálculo de tasas de iniciativas de violencia de género por años y legislaturas, frecuencias absolutas y relativas, y odds ratios (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95% y significación estadística (método de Mantel-Haenszel).

**Resultados:** En los 26 años estudiados, se produjeron 322187 iniciativas parlamentarias, de las que 569 fueron de violencia de género. Destacan las tasas de iniciativas sobre el tema de 1998 (4,12 x 103), 2001 (4,49) y 2004 (9,19). El valor máximo se observó en la VII Legislatura (12,85). El 93% de las iniciativas corresponden a la función de control parlamentario. El 67% fueron preguntas al gobierno. Las solicitudes de informes (3,5%), proposiciones no de ley (2,3%) y proposiciones de ley (2,1%) fueron menos frecuentes. La mayoría fueron tramitadas sin acuerdo o decisión (81%). Los hombres tuvieron una probabilidad de hacer preguntas mayor que sus compañeras (OR = 17,08 [5,91-55,62]), pero ellas promovieron el 60% de las iniciativas sobre el tema. Se observó que la probabilidad de realizar preguntas era mayor entre los grupos parlamentarios en el gobierno (OR = 2,63 [1,32-5,31]), aunque los grupos en oposición lideraron el 88% de las iniciativas parlamentarias sobre violencia de género.

**Conclusiones:** En España, se ha producido una incipiente construcción política de la violencia de género que puede llevar al desarrollo de verdaderas políticas. La actividad parlamentaria sobre el tema debe mantenerse a largo plazo, puesto que, el problema persiste. La evaluación de las respuestas políticas desarrolladas sigue pendiente.

**Financiación.** Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Madrid) por la financiación concedida al proyecto titulado "Violencia contra las mujeres: Desarrollo de herramientas para políticas basadas en la evidencia (Resolución I+D+I Exp. N° 106/02 a fecha 18/12/02).

047

**PLAN ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA 2005-2008: LA EXPERIENCIA DE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO**

M.M. Cueto Serrano, P. Carrillo Ojeda, M.A. Hernández Rodríguez, M.D. Izquierdo Mora, J.F. Ferraz Jerónimo, E. Fraga Hernández, F. Gutiérrez Riquelme, B. Macías Gutiérrez y J.R. Medina Santana

Servicio A Primaria SCS; Gerencias S Sanitarios La Palma y Lanzarote; Gerencias A Primaria Tenerife y Gran Canaria.

**Antecedentes y objetivos:** Tras 20 años de funcionamiento de la Atención Primaria (AP) en Canarias, es necesario reorientar los servicios y adaptarlos al entorno social y científico del siglo XXI. La planificación estratégica permite definir este proceso de cambio, orientando las acciones hacia la mejora, con el fin de alcanzar una futura situación de excelencia. El objetivo es describir las potenciales ventajas del enfoque participativo en la elaboración de un plan estratégico.

**Métodos:** Se realizó un análisis interno y del entorno a partir de: 1) análisis de la situación actual de la AP, 2) resultados de encuestas a profesionales (adaptación al EFQM de la encuesta Organizational Assessment Guide), ciudadanos y representantes sociales, 3) grupos focales con usuarios e 4) informe de necesidades y expectativas de grupos de interés. La matriz DAFO de la información obtenida, permitió constituir ocho grupos de trabajo con profesionales que establecieron propuestas de estrategias y líneas de actuación, posteriormente revisadas y priorizadas por el Comité de Planificación, en base a criterios de factibilidad e impacto en los usuarios y SCS. Se desarrolló un plan de comunicación y acciones para la evaluación del plan. Por último, el plan es evaluado y aprobado por la Dirección del Servicio Canario de la Salud.

**Resultados:** La tasa de respuesta de la encuesta a profesionales y representantes sociales fue del 74,7% y 36%, respectivamente. Se encuestó telefónicamente al 1,03% de la población canaria. La fase de análisis identifica como áreas de mejora: la accesibilidad, resolutiveidad, coordinación entre niveles, el uso racional del medicamento, las urgencias, gestión de personas y sistemas de información. Destaca el interés de los profesionales por participar en los grupos de trabajo. Se formularon 34 estrategias y 130 acciones agrupadas en 7 áreas: ciudadano, continuidad, resolutiveidad, eficiencia, desarrollo profesional y corporativo, y sistemas de información. Las acciones relacionadas con la accesibilidad, mejora de la resolutiveidad y sistemas de información alcanzan las máximas puntuaciones en la priorización final.

**Conclusiones:** El nivel de participación de los profesionales ha sido alto. Para el éxito del plan son elementos clave: la incorporación de la visión de los ciudadanos, pues permite dar una mejor respuesta a sus expectativas y necesidades; la participación de los profesionales, por ser los actores principales del cambio y, el compromiso de la Consejería de Sanidad para el desarrollo de las acciones que necesitan financiación o cambios normativos.

049

**INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: COMUNICACIÓN POLÍTICA Y REPERCUSIONES EN SALUD (1985-2004)**

B. Cambroner-Saiz, C. Vives-Cases y M.T. Ruiz Cantero

Universidad de Alicante.

**Antecedentes y objetivos:** Describir la frecuencia de aparición de la IVE en el contexto parlamentario español e identificar y analizar tipos de argumentos y posicionamientos en torno a este asunto según sexo y partido político de los parlamentarios.

**Métodos:** Búsqueda y análisis de las iniciativas y actas de sesiones parlamentarias del Congreso de los Diputados sobre IVE (1985-2004). Análisis de contenido cualitativo para la identificación de argumentos y posicionamientos en torno a la IVE. Cálculo de tasas de iniciativas del tema, frecuencias y odds ratios (OR) e intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** En los 26 años estudiados, se produjeron 322187 iniciativas parlamentarias, de las que 229 fueron sobre IVE. Las mujeres promovieron el 59,6% de las iniciativas sobre el tema. Ellas se posicionan más veces a favor de los derechos de los médicos (OR = 19,33), del asesoramiento (OR = 5,31) y de un cambio en la legislación sobre IVE (OR = 3,19). Sus compañeros, por el contrario, se posicionan con mayor probabilidad a favor de los derechos del nasciturus (OR = 14,77), los derechos del progenitor (OR = 24,00), la supervisión (OR = 4,33), y la penalización de la IVE (OR = 2,92). Los partidos políticos en el gobierno se posicionan con mayor probabilidad a favor del asesoramiento (OR = 9,86), y en la oposición en contra de la penalización del aborto (OR = 2,66).

**Conclusiones:** Los parlamentarios parecen más conservadores con respecto a la despenalización de la IVE, mientras que las parlamentarias lideran iniciativas a favor de un cambio legislativo. Las posiciones que adoptan los partidos políticos difieren según estén en el gobierno o en la oposición.

050

**EL DEBATE PARLAMENTARIO SOBRE LOS ACUERDOS GENERALES DE BIENES Y SERVICIOS EN ESPAÑA (1979-2004)**

R. Umaña-Peña, C. Álvarez-Dardet y C. Vives-Cases  
*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante.*

**Antecedentes y objetivos:** En 1995 entró en vigor el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio (OMC), cuyos objetivos son liberalizar el comercio de servicios y establecer sus normas y disciplinas. En el AGCS "servicio" se puede entender como al producto, no tangible, de una actividad humana que busca satisfacer una necesidad. El sector servicios incorpora entre otros a los servicios médicos y dentales, servicios de seguros, educativos, de comunicaciones, sociales, de veterinaria, de investigación, de desarrollo, etc. Debido a que estos acuerdos no tienen en cuenta los beneficios demostrados para la salud, que suponen tanto la redistribución de la riqueza como la existencia de una red pública de servicios sanitarios, es necesaria una participación en los procesos de negociación del sector salud, y la existencia de un amplio debate en las instituciones de representación ciudadana, sobre las implicaciones del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios. *Objetivo:* Explorar la intensidad del debate en el Parlamento Español entorno al AGCS, en comparación con el del GATT.

**Métodos:** Búsqueda sistemática de las iniciativas parlamentarias sobre los AGCS y GATT tramitadas en el periodo democrático español (1979-2004), registradas en la base de datos del Congreso de los Diputados (véase en [www.congreso.es](http://www.congreso.es)). Estudio descriptivo basado en frecuencias y comparación de porcentajes. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda de iniciativas fueron: "acuerdo general sobre aranceles aduaneros y comercio" o "GATT"; "acuerdo" y "comercio de servicios"; "OMC" o "organización mundial del comercio", y "ronda" no "GATT". Análisis estadístico: SPSS 11.5.

**Resultados:** En los 26 años de democracia española se presentaron 185 iniciativas parlamentarias sobre los AGCS y/o GATT de la Organización Mundial del Comercio, de las que 120 se referían exclusivamente a GATT, y 8 a AGCS. Las iniciativas parlamentarias generadas, en torno a estos acuerdos, en los años y meses previos a la finalización de la Ronda Uruguay (1986-1994), presentaron una tendencia superior a la que se observa en los meses previos a la finalización de la Ronda Doha, prevista inicialmente para el periodo 2000-2005. La mayoría de iniciativas no generaron decisiones políticas consensuadas (GATT 96%; AGCS 91%).

**Conclusiones:** Los compromisos en los acuerdos multilaterales de bienes y servicios se han asumido con escaso debate político previo en España. Resulta aún más pobre el debate político en torno al AGCS. Se requiere por lo tanto una mayor implicación de los grupos representativos en el Parlamento en la toma de decisiones políticas en torno a estos temas.

**COMUNICACIONES ORALES**

**MESA 6**

**Planificación y políticas sanitarias (2)**

*Moderador:*

**Conrado Domínguez**  
*Servicio Canario de Salud*

051

**REGULACIÓN DE LAS TERAPIAS NATURALES**

J.M. Pons, R. Manzanera, A. Vinyals, J.M. Martínez y LL. Torralba  
*Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** En el año 1999 el Parlament de Catalunya indico al Departament de Sanitat que debía iniciar la regulación de las terapias naturales (TN). En el año 2000, el Conseller de Sanitat creó el grupo de trabajo de TN. Este grupo inició un proceso de análisis de la situación de las mismas en Catalunya, en el año 2002, este grupo hacía un énfasis especial en la necesidad de regular la formación de las TN como paso previo a regular su práctica. El 22 de marzo del año 2004 el Departament de Salut tomó el acuerdo de iniciar el proceso de regulación de la formación y la práctica de la TN en 4 disciplinas: Criterios Homeopáticos; Criterios Naturistas; Medicina Tradicional China y Acupuntura y Terapias Manuales.

**Métodos:** Se elabora una estrategia basada en las fases siguientes: Selección de las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes); Elaboración del programa de formación; Establecimiento de los criterios para ser formador; Determinación del sistema de acreditación de los centros de formación; Establecimiento de los criterios para ser centro de formación; Elaboración del sistema de evaluación de las competencias; Establecimiento de los sistemas de acreditación de los profesionales; Establecimiento del sistema de reciclaje, reevaluación y recertificación; Definición de la Normativa para la homologación / autorización; Autorización de centros asistenciales; Registro de profesionales. Para su consecución se llevaron a cabo los siguientes pasos: 1. Presentación pública de la estrategia de regulación, julio 2004. 2. Inicio de trabajo con los colegios profesionales y sectores de las TN, octubre-diciembre 2004. 3. En diciembre 2004 se constituyeron los Grupos de Trabajo - expertos en terapias naturales y técnicos del Departament de Salut - para definir la regulación de la formación y la acreditación de los profesionales de las TN. 4. Realización de estudios pilotos en ámbito hospitalario sobre paciente oncológico y dolor de espalda.

**Resultados:** 1. Definición de competencias en julio del 2005. 2. Definición del currículo de formación en septiembre del 2005. 3. Regulación normativa diciembre del 2005. 4. Inicio de la regulación profesional enero del 2006.

**Conclusiones:** La regulación de estas disciplinas tal y como se ha propuesto, va a permitir conocer: Las limitaciones competenciales de los profesionales que no disponen de formación sanitaria oficial, los llamados Prácticos en TN. Además deberán dotarse de un código de buena praxis y tendrán que incorporar en su acto asistencial un documento explicativo de sus limitaciones. Todo ello con la finalidad de aumentar la protección de la salud de los ciudadanos, de una mejor información de los usuarios, garantizando el derecho a la libre elección y a la evitación y control de acciones incorrectas que puedan acontecer.

**CARGA DE ENFERMEDAD Y MORTALIDAD: DOS PERSPECTIVAS COMPLEMENTARIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

R. Gènova Maleras, E. Álvarez Martín, C. Morant Ginestar y J. Astray Mochales

*Instituto de Salud Pública. DG de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid; Dpto. de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad.*

**Antecedentes y objetivos:** El descenso de las tasas de mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y el incremento de enfermedades crónicas ha provocado una pérdida de la sensibilidad de los indicadores basados únicamente en la mortalidad para medir el estado de salud de las poblaciones. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) estimados en los estudios de Carga de Enfermedad (CdE) evalúan las pérdidas de salud que representan las consecuencias mortales y también no mortales de las enfermedades. *Objetivo:* Comparar las principales causas de mortalidad y de AVAD en la Comunidad de Madrid (CM) en 2002.

**Métodos:** Datos de mortalidad procedentes del Instituto de Estadística de la CM (año 2002). Los AVAD resultan de sumar los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) y los Años Vividos con Discapacidad (AVD). Para el cálculo de los AVAD se utiliza el método abreviado propuesto por la Organización Mundial de la Salud, con tasa de descuento (3%) y ponderación por edad (K = 1). Se utiliza la Clasificación de causas de Carga de Enfermedad. Cálculos realizados con el programa GesMor.

**Resultados:** Las principales causas de muerte en CM 2002 son: 1. Isquemia Cardíaca (10,4% del total de muertes), 2. Enfermedad Cerebrovascular (7,5%), 3. Cáncer de Pulmón (5,9%), 4. EPOC (4,6%), 5. Demencia (4,5%). Las principales causas de AVAD son: 1. Depresión (9,9%), 2. Demencia (7,9%), 3. Osteoarticulares (5,3%), 4. Abuso de Alcohol (4,9%), 5. Enf de Órganos de los Sentidos (4,9%). En mujeres, las tres primeras causas de mortalidad son: 1. Isquemia Cardíaca (9,8%), 2. Enf Cerebrovascular (9,4%), y Demencia (6,6%); y de AVAD: Depresión (13,8%), Demencia (11,5%) y Osteoarticulares (6,9%). En hombres, las primeras causas de mortalidad son: Isquemia Cardíaca (11,0%), Cáncer de Pulmón, (9,7%) y EPOC (6,7%); y de AVAD: Abuso de Alcohol (7,3%), Depresión (6,5%) y Cáncer de Pulmón (5,1%).

**Conclusiones:** 1. Al analizar los AVAD se evidencia la importancia de enfermedades que causan baja mortalidad pero provocan pérdidas en salud por discapacidad durante tiempo prolongado (cronicidad). 2. Entre las enfermedades de la CM que en la lista de AVAD toman mayor importancia que la mortalidad destacan las Neuropsiquiátricas (Depresión, Abuso de Alcohol, Demencia), los problemas Osteoarticulares (Artritis, Artrosis) y de los Sentidos (Cataratas, Glaucoma). 3. Los estudios de CdE aportan información complementaria al análisis de mortalidad, contribuyen a una descripción más real de la situación epidemiológica y pueden ser muy útiles en la Gestión y Planificación Sanitaria para la definición de prioridades y la asignación de recursos.

052

053

**LOS CONTRATOS-PROGRAMA: COMPROMISOS ENTRE LA AGENCIA DE SALUD PÚBLICA Y LOS DISTRITOS DE BARCELONA PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA LOCAL**

M.I. Pasarín, J.M. Jansà, J. Guix, L. Egea y L. Artazcoz  
*Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La creación de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) el año 2003 planteó la necesidad de formalizar mediante un documento los compromisos de la ASPB y cada una de las gerencias de los diez distritos de la ciudad. El objetivo de esta comunicación es presentar el proceso de generación de los contratos-programa (CP) y su contenido.

**Métodos:** Barcelona está dividida en diez distritos, con poder ejecutivo en su territorio. Desde la ASPB se definieron y priorizaron las áreas de compromisos y se definieron objetivos operativos e indicadores de evaluación en base a: 1) las acciones que la ASPB debe ejercer como autoridad sanitaria delegada por el Ayuntamiento de Barcelona, 2) las necesidades de intervención detectadas por cada uno de los distritos correspondientes, y 3) las necesidades detectadas desde la ASPB, en base al Plan de Salud así como a la información generada por la propia ASPB en su función de observatorio de las necesidades en salud de la población. Se determinó la necesidad de acordar los compromisos en un contrato-programa entre la ASPB y cada distrito.

**Resultados:** El año 2002, se constituyó un grupo de expertos representantes de diferentes áreas de salud pública (información sanitaria, epidemiología, protección de la salud y salud comunitaria) y los servicios personales de los 10 Distritos Municipales de Barcelona, que determinó las principales áreas genéricas de los CP: 1) Información sanitaria, 2) Vigilancia epidemiológica, 3) Promoción de la salud, 4) Drogodependencias, 5) Protección de la salud y 6) Coordinación. Para la redacción específica de cada uno de los apartados se discutió bilateralmente ASPB y cada uno de los diez distritos. Los CP contienen objetivos específicos y las acciones concretas a realizar (alrededor de 25 áreas de trabajo) y los indicadores requeridos para su evaluación (unos 100). La duración establecida del CP es de 2 años, con monitorización anual. Los CP son firmados por la gerencia de la ASPB y el distrito. El Servicio de Salud Comunitaria de la ASPB y el técnico de salud de los Servicios Personales del distrito, son los responsables del seguimiento de los CP.

**Conclusiones:** Clarificar los compromisos mediante la discusión y la elaboración de un documento escrito, determinado en el mínimo nivel de gestión local, facilita que: 1) las acciones de salud pública se adecuen mejor a las necesidades reales de la población, 2) tanto los gestores y profesionales de la salud pública local como los gestores y profesionales municipales, adquieran compromisos claros y evaluables, hecho que favorece una mejor intervención.

055

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE COMPRA DE BASE POBLACIONAL EN CATALUÑA**

F.B. Brosa Llinares, C.C. Casas Puig, X.S. Salvador Vilalta, M.L. Llavayol Giralt, L.P. Padró Pitarch y E.A. Agustí Fabrè  
*Àrea de Serveis i Qualitat. Servei Català de la Salut.*

**Antecedentes y objetivos:** El Servicio Catalán de la Salud (Cat-Salut) pretende superar los problemas que genera la actual compra de actividad fraccionada por líneas de servicios y evolucionar hacia una compra integral de servicios de salud. Definir un modelo asistencial integral mediante la coordinación entre niveles y favoreciendo las alianzas entre proveedores.

**Métodos:** Se definieron 5 ámbitos geográficos, calculando el coste por capita de Cataluña a partir de la asignación media del gasto sanitario catalán procedente del presupuesto del Departamento de Salud. Se hizo un cálculo capítativo de cada zona piloto basado en el gasto medio sanitario de Cataluña modulado por un factor corrector de cada ámbito y por la población de estas zonas. Conocido el presupuesto de la zona, se identifica su población residente. También se identifica la población residente atendida fuera de la zona piloto así como la población no residente y atendida dentro de la zona piloto. El impacto económico de estos movimientos se incorpora al presupuesto inicial de capita de la zona.

**Resultados:** Se ha formalizado un convenio para cada zona capítativa, con la consecuente creación de alianzas y pactos entre los diferentes proveedores de cada zona. Se han elaborado indicadores de evaluación de la capita y periódicamente se coordina el seguimiento de los mismos.

**Conclusiones:** El sistema de compra en base poblacional favorece las alianzas entre diversos proveedores fomentando la coordinación entre niveles y aumentando la satisfacción de los usuarios.

054

**¿EN QUÉ SE GASTO EL DINERO? ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID 1986-2003**

J. Segura del Pozo, I. Moreno García, B. Gómez Mayor y M. Martínez Cortés

*Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** En el marco de la elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública (SP), el estudio plantea tres preguntas: ¿Cuál ha sido la evolución histórica del gasto en SP (GSP) desde la creación de la Comunidad de Madrid? ¿Cómo se ha distribuido este gasto? ¿Cómo han sido estos incrementos respecto al resto del gasto sanitario?.

**Métodos:** Gasto ejecutado anual clasificado por capítulos y partidas seleccionadas, en Euros constantes (base 2001). Fuente: SIEF (sistema de información económico-financiero) y registro de contabilidad del Instituto de SP. Ámbito "SP": administración autonómica de SP (vigilancia epidemiológica, promoción y educación para la salud, sanidad ambiental, higiene alimentaria, etc.). Se estiman las tasas de variación interanual y las de variación media anual (TVMA) y el peso que tiene cada partida respecto al total anual.

**Resultados:** Se reconstruyen series completas desde 1996, completas sin capítulo I desde 1992 y parciales (partidas comparables) desde 1986. Antes de las transferencias del INSALUD (1996-2001), el GSP ha oscilado entre el 6,1 y el 8,8% del gasto total de la Consejería de Sanidad. Después (2002 y 2003) entre el 0,9 y 1,1%. La TVMA 1996-2001 es 7,6% para el GSP y 10% para el gasto total de la Consejería. El gasto en vacunas pasa de representar 40-60% del gasto de capítulo II (1992-1999) al 60-80% (2000-2003) Los gastos corrientes sin vacunas han tenido el mayor incremento en el periodo 2000-2003 (TVMA 92,7%). Más de un tercio de estos gastos se "externalizan". El mayor esfuerzo en inversiones se dio en los años 1993, 1994 y 2003.

**Conclusiones:** 1. El gasto en SP ha tenido dos periodos de mayor incremento relativo: 1992-1995 (Dirección General específica y expansión de los Servicios de Área) y 2000-2003 (campañas de vacunaciones y creación del Instituto de SP). 2. El gasto en vacunas tiene un gran peso en el GSP total. 3. Hay una importante "externalización" por servicios prestados por instituciones públicas, organizaciones sin ánimo de lucro o empresas privadas (estudios técnicos). 4. En el periodo 1992-2003, se ha incrementado el peso del gasto en vacunas y arrendamientos. Ha disminuido el peso de las transferencias a ayuntamientos (vía convenios o subvenciones), del gasto por divulgación y publicaciones, de las inversiones y, en menor medida, de las subvenciones a ONG y centros escolares. Se ha mantenido igual el peso del gasto en otros convenios y trabajos con empresas externas. 5. El peso del gasto en SP respecto al gasto total de la Consejería ha quedado reducido a aproximadamente un 1% tras las transferencias.

056

**PERFILES DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN CATALUÑA**

J. Fusté Sugranyes y V. Martínez Beneyto

*Departament de Salut (Mapa Sanitariu); Departament de Salut (Pla de Salut).*

**Antecedentes y objetivos:** La utilización de servicios sanitarios es un indicador de patrón de salud que muestra diferencias importantes en relación al sexo o la edad. La identificación de los principales perfiles de usuarios de los recursos sanitarios es una información fundamental de cara a implementar mejoras en la atención sanitaria y en la distribución y asignación de recursos. El objetivo es describir y analizar la frecuencia y distribución de diversas variables de utilización de los servicios sanitarios en Cataluña según la edad y sexo de la población estudiada.

**Métodos:** Los principales datos analizados se obtuvieron a partir de la Encuesta de Salud de Cataluña 2002. Este es un instrumento que recoge información por entrevista personal a una muestra representativa de la población no institucionalizada de Cataluña. La muestra es de 8400 individuos y es representativa para todos los grupos de edad, sexo y región sanitaria.

**Resultados:** Según los principales datos obtenidos, un 88,6% de la población manifiesta que en el último año ha visitado a un profesional de la salud (92,3% las mujeres y 84,9% los hombres). Las visitas al médico general son las más frecuentes con 67,1% de toda la población (70,3% las mujeres, 63,7% los hombres). Para ambos sexos, la frecuencia de las visitas aumenta en los grupos de más edad, llegando a 90,2% entre los mayores de 74%. La visita al pediatra en el último año es cercana al total de la población en el grupo de edad de 0 a 4 años, aunque disminuye a medida que aumenta la edad siendo en el grupo de 14 a 16 años próximo a 0,3% del total. La población manifiesta haber sido hospitalizado el último año en un 9% del total, se incrementa la hospitalización a medida que aumenta la edad llegando aproximadamente a un 20% (21,6 en hombres, 18,9% en mujeres).

**Conclusiones:** Sintetizando los datos más relevantes, se observa: Las mujeres tienen una frecuencia mayor de utilización de casi todos los servicios. La utilización de servicios se incrementa con la edad, con una disminución en los grupos de mediana edad (forma de U), excepto en la visita a especialistas donde la frecuentación es más elevada en los grupos de mediana edad. En relación al consumo de medicamentos, este se incrementa con la edad. Los analgésicos, medicamentos contra el colesterol, tranquilizantes y antihipertensivos se consumen más en mujeres, mientras los medicamentos para el corazón y contra la diabetes en hombres. La hospitalización se incrementa con la edad, sobretodo en hombres.

057

**UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE HOSPITALIZACIÓN POR TRASPLANTE HEPÁTICO. CATALUÑA 2003**

R. Martínez Abella, A. Bosch Gras, T. Salas Ibáñez, E. Vela Vallespín, M. Clèries Escayola, R. Deulofeu, M. Bustins Poblet y E. Agustí Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña.

**Antecedentes y objetivos:** Dada la creciente utilización del trasplante hepático (TH) es necesario disponer de información útil para la evaluación de consumo de recursos que genera esta técnica compleja y de coste elevado. El objetivo de este estudio es describir las características de la actividad de hospitalización convencional (HC) de los pacientes que han recibido un TH.

**Métodos:** Se ha analizado la actividad de hospitalización convencional correspondiente a los pacientes que recibieron un TH en Cataluña durante el año 2003, tanto del ingreso del trasplante como de los ingresos generados durante el año posterior al trasplante. Los datos se han obtenido del Registro del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de los hospitales de agudos y del Registro de trasplante hepático de Cataluña. Se han excluido los pacientes pediátricos y los residentes fuera de Cataluña. Los datos se han analizado con el paquete estadístico SPSS 12.0S para Windows.

**Resultados:** Se han identificado 157 pacientes que han generado 474 ingresos de los cuales 317 son reingresos (2,02 reingresos por paciente). El 67,5% son hombres. La edad media es de 54,4 ± 7,9 años. Las indicaciones de trasplante más frecuentes, para ambos sexos, son las cirrosis (52,2%), mayoritariamente por virus C o alcoholismo, y el hepatocarcinoma (35,7%). En el 54,7% de los hombres y en el 47,1% de las mujeres, la indicación del trasplante fue una cirrosis, mientras que el hepatocarcinoma representó el 40,6% y el 25,5%, respectivamente (p < 0,0001). Los 474 ingresos han causado 5.969 días de estancia, que suponen 38,02 días de estancia por paciente. La estancia media correspondiente al ingreso del trasplante es de 23,9 ± 17,6 días, siendo estadísticamente significativas las diferencias entre los tres centros que practican TH (p = 0,03). En las mujeres, este indicador es de 27,9 días mientras que en los hombres es de 21,9 (p = 0,04). No se observan diferencias de la estancia media de los ingresos del trasplante, ni de los reingresos, según la indicación. En los reingresos, la estancia media es de 7,0 ± 9,1 días y el 52,1% son debidos a exámenes de seguimiento o a complicaciones derivadas del trasplante o de la enfermedad de base.

**Conclusiones:** El análisis de la actividad hospitalaria a partir de las distintas fuentes de datos disponibles puede contribuir a un mejor conocimiento del consumo de recursos y de la variabilidad entre centros, para disminuir las desigualdades y aumentar la calidad asistencial.

059

**COSTE SANITARIO DEL PROCESO ATAQUE CEREBROVASCULAR EN ANDALUCÍA**

G. Carmona López, C. Pérez Romero, M.D. Jiménez Hernández, Y. Fornieles García, J.M. Aguilera Navarro y J.M. López Chozas

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla.

**Antecedentes y objetivos:** En los países desarrollados, entre las enfermedades con mayor repercusión sanitaria se encuentra el ataque cerebrovascular o Ictus, que constituye la tercera causa de mortalidad, la primera de invalidez y el principal motivo de ingreso en los Servicios de Neurología de los centros hospitalarios. En el marco de la Gestión por Procesos, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha priorizado esta enfermedad para que el conjunto de actuaciones que conllevan su atención pueda estructurarse como Proceso Asistencial Integrado. Se espera que en u futuro próximo este proceso esté implantado en sus centros sanitarios. El conocer el coste que para el SSPA supondrá la atención a estos pacientes, constituye un primer paso para valorar el esfuerzo que se realizará en términos económicos para la prestación de un servicio de mayor calidad, tanto en términos de resultados en salud como de satisfacción. Estimar el coste sanitario por paciente del Proceso FCA en los cuatro grupos de hospitales del SAS, utilizando la metodología de costes por actividades (Activity-Based-Costing, ABC) y los instrumentos propios del Análisis de Decisión.

**Métodos:** La estimación de costes se desarrolla en tres fases: 1) Definición del mapa de actividades; 2) Estandarización, mediante un grupo de expertos, del consumo de recursos por actividad, estancia media por tipología de paciente (según altas hospitalarias registradas en el CMBD de Andalucía) y probabilidades contempladas en el flujoograma; y 3) Estimación del coste del proceso, para cada tipo de hospital, en tres pasos: coste de las actividades, coste del proceso (método fold-back) e imputación de costes estructurales. Finalmente se realiza un análisis de sensibilidad de los resultados haciendo variar la estancia hospitalaria.

**Resultados:** Se han identificado y definido 6 subprocesos en el mapa de actividades y 7 flujos asistenciales alternativos en función del tipo de accidente cerebrovascular y la gravedad del paciente. El coste total estimado del Proceso varía entre 1 711,31 euros y 2 519,82 euros por paciente en función del tipo de hospital, pudiéndose identificar los costes por actividades y por subprocesos.

**Conclusiones:** 1) La hospitalización representa la mayor parte del consumo de recursos en la fase aguda del Proceso. 2) Este coste no es muy diferente de los estimados por otros estudios referentes a la práctica asistencial actual. 3) El análisis de sensibilidad de los resultados muestra una dependencia del coste del proceso a la duración de la estancia.

Financiación. Proyecto patrocinado por Merck, Sharp & Dohme de España.

058

**ESTIMACIÓN DEL CONSUMO DE TIRAS REACTIVAS EN DIABÉTICOS EN BARCELONA CIUDAD**

J.M. Elorza, P. Manchón, L. Alemany, F. Fina, J. Bayo, J.M. Verdú y S. Romea

Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona ciutat. Institut Català de la Salut.

**Antecedentes y objetivos:** El registro del diagnóstico de DM1 y 2 en la historia clínica informatizada presenta defectos que dificultan el cálculo de su prevalencia real y el cálculo del presupuesto de tiras reactivas. El objetivo de este estudio fue estimar el consumo de tiras reactivas en la población de Barcelona ciudad.

**Métodos:** Estudio transversal. Se obtuvieron los datos de los pacientes con registro CIE-10 de DM (1,2, inespecífica) en la historia clínica informatizada de 44 equipos de atención primaria con una población asignada de 1.175.242 personas. Debido a defectos de registro del diagnóstico de DM, para estimar el número de diabéticos se reclasificaron algunos de los pacientes: como DM2 se categorizaron aquellos pacientes registrados como DM1 o inespecíficos sin tratamiento farmacológico o que tomaban ADO y aquellos DM1 cuyo tratamiento constaba únicamente de insulina retardada; y como DM1, los pacientes con diagnóstico inespecífico y que únicamente tomaban insulina. Al final del proceso los pacientes se clasificaban en DM1 o DM2. Se calculó el consumo anual de tiras reactivas mediante el número estimado de diabéticos y las recomendaciones de la Sociedad Catalana de Diabetes según tipo de DM y tratamiento.

**Resultados:** De los 51.829 pacientes con registro de DM, tras la reclasificación, 3,5% constaban como DM1, 25,6% como DM2 con tratamiento de ADO secretagogos, 7,1% como DM2 con insulina y 53,8% como DM2 con no secretagogos o sólo dieta. El consumo anual previsto de tiras reactivas obtenido mediante esta estimación fue de 9.228.076 (184.562 envases).

**Conclusiones:** La estimación de la prevalencia de DM1 y DM2 permite obtener una aproximación del consumo de tiras reactivas.

060

**VARIABLES ASOCIADAS A LA FRECUENTACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO**

M.I. Cano, C. Feja, M.J. Rabanaque, C. Martos, J. Mozota, J.I. Barrasa, J.M. Abad y F. Arribas

061 Aragón; Dpto. de Salud Pública. Universidad de Zaragoza; Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Dpto. de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Antecedentes y objetivos:** Conocer la utilización del Servicio de urgencias y emergencias sanitarias extrahospitalarias 061 Aragón, analizando la frecuentación en función de la edad, sexo, estacionalidad y motivo de la demanda. También se ha estudiado la variabilidad entre zonas básicas de salud.

**Métodos:** En el estudio se incluyeron los pacientes que solicitaron asistencia al servicio de urgencias 061 Aragón durante el año 2003. Se utilizó, como fuente de información, la base de datos del 061 Aragón, en la que se registran las variables demográficas y las relacionadas con el episodio para el que se solicita atención. Se calculan las tasas de frecuentación por género, provincia y zona básica de salud. Las tasas por zona se ajustaron por el método directo, utilizando como estándar la población europea.

**Resultados:** Durante el año 2003 se recibieron en el 061 Aragón un total de 285.841 llamadas (23,2 por 100 habitantes), de las cuales 131.603 (46%) fueron solicitudes de asistencia sanitaria urgente, siendo la media diaria de 385 llamadas. El 56,4% de los pacientes fueron mujeres. El tramo horario de mayor frecuentación fue de 15 a 22 h. El 56,2% de los pacientes que consultaron era mayor de 60 años, siendo el 9,9% menor de 19. Para todos los grupos de edad, el domingo fue el día de la semana en el que se produjo una mayor demanda. Los meses en los que se recibieron mayor porcentaje de consultas fueron noviembre y diciembre. Los principales motivos de consulta fueron enfermedad, 55,7%; petición de recursos por orden médica 21,9% y causa externa 5,4%. Un 35% de los atendidos fueron trasladados a un centro hospitalario. En la provincia de Zaragoza las tasas de frecuentación fueron más altas en mujeres que en varones, y hasta cuatro veces mayores en los centros de salud urbanos que en los rurales. En las provincias de Huesca y Teruel las tasas fueron más altas en varones que en mujeres y mayores en las zonas rurales que en las urbanas. La variabilidad de la frecuentación por zonas básicas de salud – ajustada por edad – fue mayor entre las zonas de salud urbanas que entre las rurales y mayor en mujeres que en hombres (CV mujeres\_urbano = 0,99; CV hombres\_urbano = 0,73; CV mujeres\_rural = 0,92; CV hombres\_rural = 0,68).

**Conclusiones:** El servicio del 061 presenta una demanda variable en función del horario y el día de semana de atención. Se observa una variabilidad importante en las tasas de frecuentación entre el medio urbano y el rural y entre hombres y mujeres, tanto en el medio rural como en el urbano.

061

**FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIONES INADECUADAS: ANÁLISIS DE VARIABILIDAD EN UNA POBLACIÓN URBANA**

J.M. Abad, M.I. Cano, C. Feja, M.J. Rabanaque, F. Arribas, M. Corbacho, C. Martos y J. Moliner

*Departamento de Salud y Consumo; Gerencia 061; Universidad de Zaragoza.*

**Antecedentes y objetivos:** La tasa de hospitalizaciones inadecuadas ha sido propuesta como indicador de la capacidad de resolución de la Atención Primaria. En el mismo sentido, la utilización de servicios de urgencias también se ha relacionado con el funcionamiento del primer nivel asistencial. El objetivo de este estudio es describir la variabilidad de las tasas de frecuentación de urgencias y de hospitalizaciones inadecuadas en una población urbana y analizar posibles factores asociados a la misma.

**Métodos:** Se han utilizado los datos de utilización del servicio 061 y las tasas de hospitalización por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (ACSC), según la lista propuesta por Caminal et al, entre la población urbana de la ciudad de Zaragoza en el año 2003. A partir de la tarjeta sanitaria se ha identificado la zona de salud de procedencia. Se han calculado las tasas de frecuentación y de hospitalización, ajustadas a la población estándar europea. En el análisis de la variabilidad por zona de salud se ha calculado la razón de variación, el coeficiente de variación ponderado (CV) y el componente sistemático de la variación (CSV) de los indicadores mencionados. Utilizando las tasas ajustadas se ha realizado una agrupación de zonas, mediante un análisis de clusters, y se han comparado los resultados con las características (recursos y accesibilidad) de la atención primaria en esas zonas.

**Resultados:** La variabilidad observada, por zonas de salud urbanas, de los dos indicadores estudiados es importante, siendo mayor en las tasas de hospitalización por ACSC (CV = 0,31) que en la frecuentación del 061 (CV = 0,19), y más alta en hombres (CV = 0,36) que en mujeres (CV = 0,26) para la frecuentación de urgencias. La variabilidad en la tasa de frecuentación del 061 no difería entre hombres y mujeres (CV = 0,20 y CV = 0,19, respectivamente). El análisis de clusters presenta agrupaciones diferentes de las zonas de salud según el indicador que se utilice. La agrupación obtenida a partir de la frecuentación del 061 se relaciona más con las características de la atención primaria que la obtenida a partir de las tasas de hospitalización. Pese a que ambos indicadores se han relacionado con el funcionamiento de la atención primaria, no se ha encontrado correlación entre ambos.

**Conclusiones:** La variabilidad entre zonas en la utilización del servicio 061 es menor que la variabilidad en hospitalizaciones por ACSC. La frecuentación del servicio 061 parece estar relacionada con algunas características de la oferta de servicios de atención primaria.

*Financiación. FIS PI02/1325.*

063

**ANÁLISIS DE LA FINANCIACIÓN Y ÁREAS PRIORITARIAS DE LA I+D+I EN EL CAMPO DE LA TELEMEDICINA**

N. Glez-Páramo Mendicuti, J. García Pérez, V. Ramos González, O. Moreno Gil y P. García-Santesmases

*Instituto de Salud Carlos III; Área de Investigación en Telemedicina y Sociedad de la Información.*

**Antecedentes y objetivos:** Este trabajo se enmarca en un estudio más amplio que, utilizando el cuadro de indicadores de innovación de la Unión Europea y la serie de indicadores estadísticos de la OCDE, busca analizar las políticas de investigación adoptadas por otros países de economías avanzadas en el campo de la Telemedicina. Se pretende con ello contribuir a la creación de entornos más propicios en la aplicación de políticas de gestión de la investigación en el campo de las Tecnologías de la Información y de las Telecomunicaciones aplicadas al ámbito sanitario.

**Métodos:** El indicador que tomamos como referente será el alusivo a la producción y uso del conocimiento, que incluye la producción vía patentes y el incremento en los gastos de I+D, centrándonos en la financiación, a través de fondos públicos, de programas de I+D+I en el campo de la e-salud. Utilizando Internet como principal herramienta de búsqueda se ha realizado un análisis de las políticas públicas destinadas al fomento de la investigación en el área específica de telemedicina en España, Reino Unido y Francia para el período 2000-2002, así como de los resultados obtenidos para este área en el contexto del Programa Marco de la UE. *Variables:* proyectos, programas, líneas de acción, financiación y distribución de los recursos.

**Resultados:** Mientras el año de aparición de los programas de investigación en telemedicina varía según el país (UK: 1997, Francia: 1998, España: 1999), todos parecen coincidir en un importante empuje financiero durante el año 2000. La diversificación de los ámbitos de investigación en este área se pone de manifiesto al advertir la variación en el número de programas de investigación en telemedicina por país, así como en los organismos encargados de gestionar dichos programas: Department of Trade and Industry y Department of Health en UK, Ministerio de Sanidad en España y desde un Comité de Orientación Estratégica que incluye representantes de los organismos participantes en Francia. La financiación se determina fundamentalmente desde el organismo encargado de la investigación en cada uno de los países, añadiendo en Inglaterra un fondo especialmente diseñado para la modernización de los servicios públicos.

**Conclusiones:** Resulta significativo que la diversidad de estrategias dirigidas a estimular la innovación en el sector de la telemedicina busquen impulsar la participación del sector industrial (tanto desde la misma convocatoria, como por medio de la implantación de créditos dirigidos a las PYME), fomentar la creación de redes, favorecer la interdisciplinariedad y promover la creación de centros de excelencia científica.

062

**PACIENTES ATENDIDOS POR CAUSAS EXTERNAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. VARIABLES ASOCIADAS A SU INGRESO**

M.C. Martos, C. Feja, M.J. Rabanaque, M.I. Cano, J. Mozota, J.M. Abad, F. Arribas, J. Moliner e I. Barrasa

*Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón; Universidad de Zaragoza.*

**Antecedentes y objetivos:** Las causas externas constituyen la primera causa de mortalidad prematura en varones y la segunda en mujeres. Esta patología requiere una atención sanitaria urgente y en ocasiones ingreso hospitalario. El objetivo del trabajo es analizar la frecuentación de servicios de urgencias por causas externas y las variables asociadas al ingreso hospitalario de estos pacientes.

**Métodos:** Se han identificado los pacientes atendidos por causas externas, durante 2003, en los servicios de urgencias de los hospitales de Calatayud (HC) y del Hospital Clínico de Zaragoza (HCZ), centros de referencia de dos sectores sanitarios de Aragón, el primero de carácter fundamentalmente rural y el segundo urbano. La fuente de información utilizada han sido las bases de datos informatizadas de los servicios de urgencias. Se ha realizado una regresión logística para conocer las variables asociadas al ingreso de los pacientes, tras ser atendidos en urgencias. Se han incluido como variables explicativas hospital, edad, género, tipo de causa externa, mes, día de la semana y residencia en el sector.

**Resultados:** Se atendieron por causas externas 10.927 pacientes (60,2% varones), 5404 en el HCZ y 5523 en el HC. Los accidentes de tráfico supusieron el 26,4% y los de trabajo el 18,3%. El 17,4% de los pacientes tenían menos de 20 años y el 4,2% 80 años o más. Del total de pacientes ingresaron 594 (5,4%), de los atendidos por autolesiones el 18,3%, por intoxicaciones el 16,3% y por accidentes de tráfico el 8%. El 80,8% residían en los sectores de estudio y suponían una tasa de 24 urgencias por causas externas por mil habitantes. Las variables asociadas al ingreso fueron: hospital (mayor en el HCZ), edad (ingresando menos los mayores de 79 años que los menores de 20 años), género (mayor en varones), tipo de causa externa (mayor en autolesiones y accidentes de tráfico) y residencia (mayor en pacientes residentes en el sector al que corresponde el hospital).

**Conclusiones:** Según las bases de datos utilizadas, el HC, en relación a su población de referencia, atiende más pacientes por causas externas, sin embargo la probabilidad de ingresar es mayor en los atendidos en el HCZ. Aunque no ha sido posible ajustar por gravedad de las lesiones, por no estar disponible esta información, se han identificado algunas variables asociadas al ingreso hospitalario, como edad, género, tipo de causa externa y residencia del paciente.

*Financiación. Proyecto financiado por el Gobierno de Aragón.*

## COMUNICACIONES ORALES

### MESA 7 Salud comunitaria

*Moderadora:*  
Carmela Moya

*Directora General de Drogodependencias*

#### IMPACTO DE UNA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIHEPATITIS A EN LAS SAUNAS GAY DE BARCELONA

E. Díez, P. García de Olalla, J. Caylà, H. Pañella, S. Carvajal y C. Folch  
*Agència de Salut Pública de Barcelona; CEESCAT.*

**Antecedentes y objetivos:** Con la finalidad de controlar un brote de hepatitis A en el colectivo gai de Barcelona en 2002 y 2003, la Agència de Salut Pública de Barcelona, en colaboración con entidades comunitarias, llevó a cabo una campaña de vacunación en saunas gay y locales de prostitución masculina de diciembre de 2003 a octubre de 2004. Estudiar el impacto de la campaña mediante a) la evolución de casos de hepatitis A en gays de Barcelona antes, durante y después de la campaña, y b) el reconocimiento de la campaña y la autodeclaración de haber recibido una vacuna antihepatitis A en una encuesta periódica a la comunidad gay.

**Métodos:** La intervención consistió en: a) la vacunación en 4 saunas y 4 locales de sexo gay, b) oferta de vacunación en centros de vacunas especializados y c) campaña de comunicación. Los casos de hepatitis proceden del registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Barcelona. Los datos de penetración y autodeclaración de vacunación proceden de la encuesta de monitorización de conductas en homosexuales de Catalunya llevada a cabo en otoño de 2004 en una muestra de conveniencia en saunas y postal. Se comparan las frecuencias y estudian porcentajes de cobertura.

**Resultados:** Se administraron primeras dosis a 1670 varones homosexuales. Se editaron y distribuyeron 15.000 tarjetas y 100 pósters en 60 locales de ocio, discotecas, saunas y locales comerciales, y publicaron artículos en prensa y televisión. Los casos de hepatitis A detectados en gays de Barcelona fueron 38 en 2002, 29 en 2003 y 44 en el período de enero a mayo de 2004. Desde mayo de 2004 a junio de 2005 ha habido solo 5 casos. La encuesta conductual a gays de Cataluña muestra que el 56% de los 728 encuestados dice conocer la campaña. Un 18,5% declara haber recibido una vacuna antihepatitis A en los últimos 12 meses.

**Conclusiones:** La campaña de vacunación se ha difundido de forma importante y ha contribuido muy probablemente a la importante reducción de casos en Barcelona durante el año siguiente a su implementación.

065

064

#### AGRUPACIONES DE CASOS DE NEUMONÍA POR LEGIONELLA EN GIPUZKOA, COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO, 2004

L. Arriola, J. Artieda, E. Serrano, J. Larruskain, C. Varela-Santos, E. Serrano, B. Moreno y A. Juaristi

*Subdirección de Salud Pública. Gipuzkoa; Laboratorio de Microbiología. Hospital Donostia; Programa Epidemiología Aplicada de Campo; Centro Comarcal de Salud Pública. Urola; Laboratorio Subdirección de Salud Pública. Gipuzkoa; Salud Pública y Medio Ambiente del Ayuntamiento de Donostia.*

**Antecedentes y objetivos:** En 2004 se notificaron 39 casos de Legionelosis, 33 esporádicos y seis agrupados. Se ha producido un incremento de declaraciones desde que se introdujeron en 1996-97 las técnicas de detección de antígeno de Legionella pneumophila en orina y se instauró la declaración obligatoria. El número de casos asociados a brotes ha aumentado. Describir las agrupaciones temporales-espaciales de casos de Legionella en Gipuzkoa durante el 2004 y el posible vínculo con exposiciones comunes para instaurar medidas de control ambiental.

**Métodos:** Estudio descriptivo de casos notificados en términos de persona, espacio y tiempo. Definición de caso según el Protocolo de actuación ante la notificación de casos de la CAPV de marzo de 2001. Se realizó la encuesta epidemiológica a los casos y el estudio ambiental correspondiente. Mediante la utilización de mapas se caracterizó la variable espacio para detectar las posibles asociaciones.

**Resultados:** Dos agrupaciones de casos. La primera correspondió a las semanas 32 a 36; tres mujeres (42, 54, 70 años) que residían en el mismo barrio. En la investigación epidemiológica y ambiental se identificó una torre de refrigeración, aislándose Legionella pneumophila en la misma. La segunda agrupación se presentó de marzo a septiembre de 2004 y afectó a tres hombres, 2 de 42 años y uno de 39. La residencia era diferente en los tres casos pero compartían trabajo de guardias de fin de semana. El estudio ambiental detectó deficiencias aislándose Legionella pneumophila serogrupo 1 en diferentes puntos.

**Conclusiones:** Se detectaron dos agrupaciones de casos de legionelosis mediante el sistema de vigilancia, aplicando la definición de agregación temporalespacial. La rapidez en el diagnóstico y exhaustividad en el estudio epidemiológico permitió detectar las agrupaciones, identificar las posibles fuentes comunes de exposición y proceder a la instauración de medidas de control. Durante el período de seguimiento no se han detectado nuevos casos relacionados.

#### GESTIÓN DE CRISIS EN SALUD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: UTILIDAD DE UN MANUAL DE GESTIÓN DE CRISIS

M.A. López Pérez, C.M. León Domínguez, S. Fernández Rodríguez, M.J. Domínguez Rodríguez y A. Aragón Peña

*Servicio de Alertas en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Dotar a los responsables de salud pública (SP) de un instrumento que les permita, de forma coordinada y planificada, una respuesta rápida y eficaz ante las diferentes situaciones de crisis.

**Métodos:** El proyecto se desarrolló en dos fases, una auditoría operativa con el fin de adaptar el manual a la organización, se utilizó un cuestionario semiestructurado dirigido en entrevista personal a los responsables de SP y otros competentes; se entrevistaron un total de 40 personas. Posteriormente se elaboró el Manual de Gestión de Crisis en SP en el que se concretan las diferentes tipologías de crisis, niveles y estrategias de comunicación, los comités y procedimientos de gestión y materiales preredactados para su uso inmediato.

**Resultados:** Se define una crisis para la Dirección General de Salud Pública y Alimentación como "la sospecha de una situación de potencial riesgo o daño para la salud de la población y/o de trascendencia social frente a la cual sea necesario el desarrollo de acciones de salud pública urgentes y eficaces". Se establecen tres tipologías de crisis: epidemiológicas, que son las que causan daño a la salud de la población, alimentarias y ambientales, que son las que producen un riesgo para la salud, alimentario o medioambiental, y que requieren una intervención inmediata para evitar el daño. Para cada una de ellas se definen tres niveles con sus correspondientes estrategias de comunicación: Verde o de comunicación reactiva, Amarillo o de comunicación activa, y Rojo o de comunicación proactiva. Se estructuran los Comités de Gestión de Crisis (CGC) y Procedimientos: el CGC está formado por un responsable del comité: coordina las acciones, un portavoz externo: gestiona la comunicación externa, un portavoz interno: gestiona la información dentro de la organización; un secretario responsable de controlar la información entrante y saliente así como de anotar los hechos y decisiones adoptadas y dos representantes del Comité Técnico-Asesor (CTA), estos últimos son los encargados de dotar al CGC de informes técnicos para ayudar a la toma de decisiones. El CTA es el órgano encargado de la investigación para la resolución técnica de la crisis. La Composición del CGC y los procedimientos variarán en función de la tipología y nivel de crisis; para cada una de ellas se determinan los miembros, responsabilidades y funciones de cada CGC.

**Conclusiones:** El Manual de Gestión de Crisis en Salud Pública en la Comunidad de Madrid es una herramienta estratégica de gestión de enorme utilidad, tanto para la resolución de las crisis como para la gestión de la reputación de la organización.

066

067

**METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL LIBRO BLANCO DE LA SALUD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

F. Conde Gutiérrez del Álamo, V. Civantos Cantero, M. Martínez Cortés, J. Segura del Pozo, M. Ramasco Gutiérrez, J.V. Gómez Mateo, M. Gil Nebot, C. Garrastazu Díaz y S. Fernández Rodríguez

*Comisión de Coordinación y Redacción del Libro Blanco de la Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.*

**Antecedentes y objetivos:** Tras los cambios sociales operados en los últimos 20 años y los institucionales más recientes (LOSCAM, Unión Europea, creación del Instituto de Salud Pública, transferencias del INSALUD), se hacía necesaria una reflexión sobre la situación de la Salud Pública (SP) en la Comunidad de Madrid y sobre los retos futuros de la misma. Ello se concreta en el proceso de elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública (LBSP) que fue un compromiso adoptado en el Parlamento de Madrid.

**Métodos:** El proceso fue desarrollado en tres fases. La primera con los profesionales de la Dirección General durante el último trimestre del año 2002. La segunda con los profesionales del Instituto de Salud Pública a lo largo del 2003. La tercera en el 2004 con un conjunto más amplio de profesionales (urbanistas, arquitectos, antropólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, trabajadores sociales...), ajenos a las instituciones de salud. En total habrán participado más de 150 profesionales. Se evolucionó desde las reuniones iniciales de discusión abierta, hasta los momentos finales del año 2004, en los que se discutía sobre unos materiales escritos más elaborados. Asimismo, se iban redactando distintos documentos por los participantes que iban enriqueciendo el debate. El proceso desarrollado muy bien podría considerarse una variante de las metodologías de intervención denominadas "socioanálisis institucional".

**Resultados:** Formalmente, el debate ha dado pie a tres documentos básicos. La denominada "Guía de Trabajo para el debate sobre el LBSP" (2003), los "Documentos para la elaboración del LBSP" (2004) en Madrid (ambos disponibles en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/indice.htm>) y un documento más reducido y operativo de conclusiones (2005).

**Conclusiones:** La apuesta del LBSP es por una concepción más amplia y abierta de la SP, que supera las competencias de las Administraciones Públicas. Define como prioridades los retos derivados de los cambios sociodemográficos (envejecimiento e inmigración) y de los cambios sociales (desigualdades sociales en salud). Apuesta por una estrategia de intervención sociosanitaria en la que SP sea un motor de desarrollo y de coordinación y plantea un nuevo desarrollo de la Autoridad Sanitaria Por último, aunque de una forma desigual, el proceso ha ayudado a generar entre los profesionales que han participado en el mismo una concepción más abierta de la Salud Pública, tanto en su definición como en las formas de intervención.

069

**DISEÑO DE UNA ENCUESTA ESPECÍFICA DE SALUD INFANTIL**

M. Rodríguez-Sanz, L. Rajmil, y Equipo técnico de la Encuesta de Salud de Cataluña 2005-2006

*Servicio de Sistemas de Información Sanitaria, Agencia de Salud Pública de Barcelona; Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas; Servicio de Plan de Salud, Departamento de Salud de Cataluña.*

**Antecedentes y objetivos:** Las encuestas de salud poblacionales del Estado Español y las Comunidades Autónomas (CCAA) no siempre incluyen un cuestionario infantil, a pesar de que los menores tienen sus propios problemas de salud asociados a las conductas y hábitos propios de su edad. El objetivo de este trabajo es revisar las encuestas de salud de las CCAA, y la Encuesta Nacional de Salud (ENS), con la finalidad de describir la existencia o no de un cuestionario infantil y, si existen, analizar los temas tratados dirigidos a menores.

**Métodos:** El estudio es descriptivo, se revisaron las últimas ediciones de las encuestas de salud disponibles en las CCAA (Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana y Extremadura) y la ENS. Se examinó la existencia de cuestionario infantil, y las variables analizadas fueron la población de estudio, el diseño muestral, los ámbitos de estudio, así como las preguntas diseñadas para su medición.

**Resultados:** Se revisaron un total de 8 encuestas, 5 de ellas disponen de cuestionarios específicos para menores que recogen aspectos sobre la salud y los determinantes de la población infantil, y el resto administran un cuestionario reducido al de adultos, sin preguntas específicas para menores. En 5 de ellas la población de estudio son los menores de 0 a 15 años, y la mitad tienen como unidades muestrales las viviendas familiares. Los ámbitos de estudio más frecuentemente recogidos son características de la actividad habitual de los menores (actividades escolares, deportivas y otras actividades de ocio de carácter sedentario como ver la TV). También se recoge información amplia sobre el tipo de alimentación (lactancia, y hábitos alimentarios). Sobre la salud, existen indicadores específicos de calidad de vida, salud bucodental, etc. Otro apartado importante es el uso de los servicios sanitarios y las prácticas preventivas, de manera que la mayoría de encuestas recogen información sobre vacunas, controles médicos y bucodentales, y algunas, preguntan sobre la seguridad viaria o la seguridad sobre productos tóxicos.

**Conclusiones:** Las encuestas de salud específicas para menores proporcionan información sobre la salud y los determinantes de la población infantil válida para detectar las necesidades, y muy útil para la toma de decisiones sanitarias tales como la planificación sanitaria, la gestión de servicios y el desarrollo de programas de salud con el objetivo de mejorar la salud de la población infantil. Todas las encuestas poblacionales deberían incluir un cuestionario específico de salud infantil.

068

**REDISEÑO DEL MATERIAL INFORMATIVO DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA BASADO EN LA OPINIÓN DE LAS MUJERES**

R. Puigpinós, P. Altimira, E. Díaz, H. Martorell y M Casamitjana

*Agencia de Salud Pública de Barcelona; Institut Municipal Assistència Sanitària.*

**Antecedentes y objetivos:** La imagen gráfica del programa de detección precoz de cáncer de mama de Barcelona, ha sido la misma desde 1995, una actriz de edad similar a la de la población diana. Aparece en pósters y dípticos distribuidos a mujeres, centros de salud, farmacias, comercios y entidades de la ciudad. En 10 años la población identifica la imagen con el programa, pero ha quedado desfasada, el rostro de la actriz ha cambiado y las modificaciones hechas han roto el equilibrio estético original. El objetivo es renovar la imagen del programa, capaz de transmitir la máxima información en una fotografía. Ha de captar la atención, invitar a leer el mensaje, inducir interés en autocuidarse, informar sobre el acceso a los recursos propuestos. El mensaje ha de ser informativo, claro, breve y a la vez exhaustivo, teniendo en cuenta la diversidad cultural y social de las mujeres y la evolución de conocimientos después de 10 años.

**Métodos:** En los contenidos se aplica el modelo transteórico de las etapas del cambio, según el cual las personas se encuentran respecto de un cambio en alguna de las siguientes etapas: precontemplación, contemplación, preparado para la acción, acción y mantenimiento. Respecto a la imagen y los breves mensajes que lo acompañan, han de informar: a quién se dirige, qué hacer, para qué, donde y cuando. Se incide en la calidad técnica y profesional del programa y en los tratamientos respetuosos con el cuerpo de la mujer. Con estas directrices, los expertos en comunicación proponen dos imágenes distintas de un cuerpo de mujer y se realiza una encuesta aleatoria en mujeres de los 10 distritos de la ciudad. El instrumento de medida utilizado es el Making Health Communication Work, NHCI 1994.

**Resultados:** Se entrevistaron 94 mujeres de 50 a 69 años y el 75,5% eligen la imagen de la mujer de apariencia más joven por: sensación de buena salud, actitud de recogimiento, invita a leer, necesidad de cuidarse, etc. Consigue el objetivo pretendido ya que la imagen directamente centra la atención en el cuidado del pecho de la mujer. Es agradable e invita a leer el quien, qué, para qué, donde y cuando. Esta información se traduce a 8 idiomas distintos en un folleto dirigido a mujeres extranjeras que en Barcelona ya representan más del 6%.

**Conclusiones:** El cambio de imagen de un programa poblacional debe verse de forma periódica. El trabajo multidisciplinario y sistemático y el uso de herramientas y modelos de comunicación facilitan la consecución de resultados de calidad. El equipo de trabajo valora el uso de la prueba piloto de pretest a la población diana ya que permite valorar la opinión de la futura audiencia y detectar información que de otra manera pasaría desapercibida.

070

**ENCUESTA DE NUTRICIÓN DE JÓVENES Y ADOLESCENTES DE LA CAV 2005. ESTADO NUTRICIONAL DE YODO**

N. Larrañaga, J.J. Arrizabalaga, M. Espada, I. Méndez y P. Amiano

*Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, Gobierno Vasco; Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Txagorritxu; Laboratorio de Salud Pública, Gobierno Vasco.*

**Introducción:** El yodo es un nutriente esencial para todas las especies animales. La deficiencia nutricional de yodo produce efectos adversos sobre el crecimiento y el desarrollo, son los "trastornos causados por deficiencia de yodo" (TDY). En la CAPV se llevaron a cabo dos estudios para conocer la prevalencia de bocio y el estado nutricional de yodo en escolares. El primero se realizó entre 1988 y 1992 y puso de manifiesto la existencia de deficiencia nutricional leve de yodo y la presencia de bocio endémico. En el segundo, en 1998, realizado en dos centros escolares, se observó que se había producido una notable mejoría del estado nutricional de yodo, cambio atribuible a una mayor penetración de la sal yodada en hogares y, posiblemente también al consumo de alimentos enriquecidos en yodo.

**Objetivos:** Conocer la situación actual del estado de nutrición de yodo en la población de 4 a 18 años de edad. Determinar la prevalencia de consumo de sal yodada en los hogares de la CAPV.

**Población y métodos:** En el marco de la Encuesta de Nutrición de la CAPV 2005 se han recogido muestras puntuales de orina en 1.068 niños y niñas de 4 a 18 años y se ha determinado la yoduria. Se ha estudiado el consumo de sal yodada en sus hogares, recogiendo información sobre el tipo de sal utilizada en el domicilio. Para determinar la situación nutricional de la población estudiada se han seguido los criterios del Consejo Internacional para la Lucha contra los TDY, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF.

**Resultados:** En el 51,9% de las viviendas se consume sal yodada. Las medianas de g/L en todos los grupos de edad y las yodurias, se sitúan por encima de los 100 grupo socioeconómico estudiado y algo inferiores en las niñas. El 4,4% de los niños y el 6,5% de las niñas tienen yodurias por debajo de 50 µg/l; el 24,4% de los niños y el 28,8% de las niñas presentan unas cifras de yoduria por debajo de 100 µg/l. La proporción de niños y jóvenes con yodurias inferiores a 100 µg/l va aumentando con la edad, sobre todo en niñas. Existen diferencias en las yodurias si consideramos la población según el tipo de sal consumida.

**Conclusiones:** La situación nutricional con respecto al yodo, en escolares, ha mejorado notablemente en el periodo 1992-2005. No obstante, se debe seguir promoviendo el consumo de sal yodada hasta alcanzar una penetración del 90% o superior en las viviendas. Las yodurias de las jóvenes de 15-18 años, si bien indican una adecuada ingestión de yodo, ésta resultaría claramente deficitaria en caso de producirse un embarazo.

071

**EVALUACIÓN DE LOS COORDINADORES MÉDICOS DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE SALUD ESCOLAR EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

P. Momparler Carrasco, C. Calvo Mas, M.L. Carpio Gesta, M.J. Redondo Gallego y A. Fullana Montoro

*Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Dirección General de Salud Pública. Comunidad Valenciana.*

**Antecedentes y objetivos:** El programa de salud infantil en la Comunidad Valenciana incluye desde 1986 los exámenes de salud escolar (6, 11 y 14 años) con coberturas bajas. Además se realizaba un examen de salud en los alumnos de 1º curso de Educación Primaria por profesionales sanitarios de los centros de salud próximos al colegio, con cobertura del 71-78% (1989-2003). Durante el curso escolar 2002/3 se implantó el Informe de Salud Escolar como documento sanitario obligatorio para acceso a un centro docente y para inicio de tapa educativa (educación infantil, primaria, secundaria y bachillerato o formación profesional), para que los exámenes de salud en la edad escolar los realice el pediatra habitual del niño/a, con la historia clínica y en presencia de los padres, a la vez que permite al profesorado recibir información sobre la salud del alumno/a antes del inicio del curso escolar. Pero, adoptar una nueva estrategia de realización de exámenes de salud implica un proceso de ajuste. **Objetivos:** Evaluar la implantación de esta nueva estrategia de salud en la edad escolar mediante encuesta a todos los coordinadores médicos de los centros de Atención Primaria en su primer año.

**Métodos:** Encuesta entregada en mano a todos los coordinadores médicos, por los técnicos de Salud Pública de su área de salud. En total 244 encuestas (94,2% recibidas). Procesamiento y análisis de datos con programas ACCES y SPSS.

**Resultados:** El 99,6% declaró que había recibido información sobre la nueva estrategia. Dicha información fue valorada con una media de 3,3 puntos (escala 0-5). En la realización de los exámenes participaron el 97,6% de pediatras, el 79,3% de médicos generales y el 46,1% de enfermeras de los centros sanitarios. Sólo se contrataron 9 facultativos adicionales para realizar estos exámenes en toda la Comunidad Valenciana. Un 73% de coordinadores refiere no haber tenido dificultades en la implantación de esta medida. La mayor parte de dificultades referidas se atribuyeron a la acumulación de informes a realizar en el período de matriculación (30%), a la excesiva demanda de trabajo añadido durante todo el año (23,7%) y a falta de personal (7,5%). Las sugerencias aportadas fueron: Aumentar personal en centros (11,5%), ampliar plazo presentación informe en colegios (11%), informar adecuadamente a padres (10,5%) y colegios (7,8%).

**Conclusiones:** La mayoría de coordinadores refiere que la implantación de la medida no ha supuesto dificultades organizativas en los centros. Las dificultades encontradas pueden atribuirse a problemas de adaptación al inicio de su implantación. Se han requerido escasos recursos humanos adicionales para implantar esta medida.

073

**TENDENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESCOLARES DE BARCELONA (1987-2004)**

C. Ariza Cardenal, E. Giménez García, M. Nebot Adell, O. Juárez Martínez y M.J. López Medina

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En los últimos años existen datos controvertidos sobre la evolución del consumo de alcohol en la edad escolar. El objetivo de este estudio es describir la evolución del consumo experimental y de riesgo de alcohol en una muestra de escolares de 2º y de 4º ESO, según edad y sexo.

**Métodos:** Encuestas transversales realizadas a escolares de 2º ESO (8º EGB en el sistema anterior) y de 4º ESO (2º BUP o 2º FP en el sistema anterior) los cursos 1986-87 y 2003-04 para 2º ESO, y los cursos 1995-96 y 2003-04 para 4º ESO. El cuestionario era anónimo y autocontestado, validado al inicio de la serie, e incluía preguntas sobre el consumo de alcohol, entre otras variables de estilo de vida y conductas de riesgo. Se analizó la prevalencia del consumo experimental de alcohol y de las borracheras como indicador del consumo de riesgo. Se dispone de datos de 3975 escolares, 2131 de 2º ESO y 1844 de 4º ESO. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba Z de contraste de proporciones.

**Resultados:** El consumo experimental de alcohol entre los alumnos de 2º ESO fue de 76,3% (curso 1986-87) y de 62,7% (curso 2003-04) para los chicos, y de 70,0% y 51,4%, respectivamente, para las chicas. En ambos casos las diferencias eran significativas (p = 0,000). En los alumnos de 4º ESO, las proporciones fueron de 87,7% (curso 1995-96) y de 86,7% (curso 2003-04) para los chicos, y de 87,8% y 88,7% para las chicas. La prevalencia de borracheras entre los escolares de 2º ESO fue de 18,4% (curso 1986-87) y de 12,0% (curso 2003-04) para los chicos (p = 0,002), y de 16,4% y 12,0%, respectivamente, para las chicas (p = 0,047). En los alumnos de 4º ESO, las proporciones fueron de 40,4% (curso 1995-96) y de 33,8% (curso 2003-04) para los chicos (p = 0,049), y de 47,7% y 40,0% para las chicas (p = 0,014).

**Conclusiones:** Los resultados indican que existe una tendencia al descenso del consumo de alcohol entre los escolares de Barcelona. El consumo experimental disminuye significativamente en el período estudiado entre los escolares de 2º ESO y, a pesar de que la prevalencia de borracheras sigue siendo alta en 2004, disminuye también significativamente en ambos cursos, en los dos períodos estudiados.

072

**PERFIL FUMADOR DE LOS ESCOLARES DEL PROYECTO "ADOLESCENT SMOKING CESSATION" (ASC) QUE PIDEN CESACIÓN TABÁQUICA**

C. Ariza Cardenal, I. González Gibert, B. Alonso de la Iglesia, I. García Sádaba, A. Esteban Herrera, F. Gómez Pérez de Mendiola, O. Juárez Martínez y M. Nebot Adell

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Xunta de Galicia; Delegación Provincial de Córdoba de la Junta de Andalucía; Gobierno de La Rioja; Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.*

**Antecedentes y objetivos:** Las estrategias de cesación tabáquica en jóvenes han sido objeto de un interés creciente en los últimos años, aunque las evidencias de su efectividad son por el momento escasas. En el marco del proyecto europeo "Adolescent Smoking Cessation" (ASC), en el que participa España (Barcelona, Córdoba, Logroño, Pontevedra, Vigo y Vitoria) se describe el perfil fumador de los adolescentes españoles que solicitan cesación tabáquica.

**Métodos:** Se reclutaron 1154 adolescentes fumadores de 39 escuelas de los 6 lugares descritos, en octubre y noviembre de 2004. De ellos, 267 (23,1%) pidieron cesación y 206 (17,8%) asistieron a la selección y respondieron un cuestionario autodeclarado, que incluía preguntas sobre consumo de tabaco y variables psicosociales asociadas al consumo; y características ligadas a la cesación (intención, número de intentos, dependencia y motivación). El perfil fumador se completó con la práctica de una coximetría.

**Resultados:** Se presentan datos de 206 escolares (34,6% chicos y 65,4% chicas), con una edad media de 17,4 años. El 81,5% eran fumadores diarios de 11,6 cigarrillos los días laborables y 19,3 los festivos y fines de semana. La edad media de inicio en el consumo de tabaco era de 13,7 años. La puntuación media en la escala de autoeficacia ante las ofertas y situaciones para dejar de fumar fue de 3,49 sobre 12. Un 70,4% de los escolares se encontraba en fase de preparación y el 75,6% había intentado dejar de fumar alguna vez por su cuenta. Un total de 124 escolares (60,5%) tenían más de 3 criterios positivos de dependencia de la nicotina en el test ICD-10 y 169 escolares (82,4%) mostraron una motivación moderada o alta en el Test de Richmond. Un 74,7% mostró una coximetría superior a 6.

**Conclusiones:** Los resultados indican que los escolares que solicitan cesación tabáquica en este estudio han intentado dejar de fumar previamente, tienen una dependencia moderada de la nicotina y perciben la necesidad de dejarlo. A pesar de que se encuentran preparados para intentarlo y con motivación suficiente, expresan unas bajas expectativas de autoeficacia para rechazar ofertas y enfrentarse a la cesación.

*Financiación. European Project Grant Agreement nº 2003306.*

074

**EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS, SEGÚN LA EDAD, EN ESCOLARES DE BARCELONA**

C. Ariza Cardenal, E. Giménez García, M. Nebot Adell, O. Juárez Martínez y M.J. López Medina

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Mientras que parece iniciarse un descenso en el consumo de drogas legales en la edad escolar, se ha descrito un aumento en el consumo de algunas drogas ilegales. El objetivo de este estudio es describir la evolución del consumo experimental de cannabis, cocaína, éxtasis y tranquilizantes, en una muestra de escolares, según edad y sexo.

**Métodos:** Se realizó una encuesta transversal a tres muestras representativas de 1019 escolares de 2º ESO (510 chicos y 508 chicas; edad media: 13,7 años), 984 de 4º ESO (511 chicos y 466 chicas; edad media: 15,7 años) y 752 de 2º Bachillerato (BACH) o 2º curso de Ciclos Formativos de Grado medio (CF) (371 chicos y 381 chicas; edad media: 17,9 años), entre enero y abril de 2004. Se utilizó un cuestionario previamente validado que incluía preguntas sobre el consumo de drogas ilegales, entre otras variables de estilo de vida y conductas de riesgo. Se analizó la prevalencia del consumo experimental de cannabis en los 3 cursos y del consumo experimental de cocaína, éxtasis y tranquilizantes en 4º de ESO y 2º BACH o 2º CF.

**Resultados:** El consumo experimental de cannabis fue de 14,7% en 2º ESO, de 43,4% en 4º ESO y de 59,5% en 2º BACH o 2º CF, para los chicos; y de 14,0%, 42,3% y de 65,9% para las chicas. El consumo experimental de cocaína fue de 3,2% en 4º ESO y de 12,7% en 2º BACH o 2º CF, para los chicos; y de 3,3% y de 10,0% para las chicas. El consumo experimental de éxtasis fue de 0,8% en 4º ESO y de 4,0% en 2º BACH o 2º CF, para los chicos; y de 1,1% y de 3,2% para las chicas. Finalmente, el consumo experimental de tranquilizantes fue de 2,4% en 4º ESO y de 12,4% en 2º BACH o 2º CF, para los chicos; y de 8,5% y de 10,2% para las chicas.

**Conclusiones:** Los resultados indican que en el año 2004 el consumo experimental de cannabis es muy alto en todas las edades estudiadas. El consumo experimental de cocaína se triplica en el paso de la Secundaria Obligatoria a la Post-Obligatoria. El consumo de éxtasis presenta los valores más bajos de todas las drogas estudiadas. El consumo de tranquilizantes es mucho mayor entre las chicas en 4º de ESO, igualándose posteriormente en ambos sexos.

## COMUNICACIONES ORALES

### MESA 8 Salud ambiental y laboral

Moderador:  
Vicenta Escrivà

Direcció General de Salut Pública Generalitat Valenciana

#### SITUACIÓN ACTUAL, PRIORIDADES DE ACTUACIÓN Y NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN EN CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y SALUD EN ESPAÑA: CONCLUSIONES DEL TALLER AIRNET DE BARCELONA

F. Ballester, X. Querol, J. Sunyer, S. Medina, J. Baldasano y M. Hansen  
*Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES); Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Barcelona; Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona; Institut de Veille Sanitaire (InVS), Francia; Universidad Politécnica de Cataluña (UPC).*

**Antecedentes y objetivos:** AIRNET es una Red, financiada por la Unión Europea, creada para recoger, interpretar y diseminar los resultados de la investigación en contaminación atmosférica y salud en Europa. Su objetivo principal fue reforzar la relación entre el mundo científico y el de gestores y políticos y formular recomendaciones relevantes para la toma de decisiones. Durante el año 2004 AIRNET organizó Talleres en cuatro países de Europa. El último se desarrolló en España, organizado el Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) de Barcelona. El objetivo del mismo fue reunir profesionales que trabajan en el campo de la contaminación atmosférica y la salud pública, para entablar un diálogo dirigido a optimizar el uso del conocimiento y fortalecer relaciones mutuas.

**Métodos:** Desde la Unitat de Recerca Respiratòria i Ambiental del IMIM y en colaboración con el equipo de AIRNET en Holanda se diseñó un programa de trabajo consistente en: 1) Presentación de una síntesis de la información respecto a contaminación atmosférica y salud pública (6 ponencias), 2) Trabajo en grupos (mesas de discusión sobre dos temas específicos: Vigilancia de la salud y Evaluación y control de la calidad del aire); 3) Elaboración conjunta de conclusiones.

**Resultados:** En el Taller participaron más de 30 personas, entre ellas 2 representantes del proyecto AIRNET. En la discusión sobre Vigilancia de la Salud se planteó la necesidad de avanzar en el proceso de cambio de modelo: de vigilancia epidemiológica (centrada en la enfermedad) a vigilancia en salud pública, que incorpora vigilancia en factores de riesgo, como la contaminación atmosférica. En este sistema se debería integrar la información de diferentes campos y se recomendó definir los objetivos, responsabilidades y los mecanismos de intervención del sistema de vigilancia. En cuanto a las conclusiones de Calidad del Aire se consideró la necesidad de contar con guías precisas para el diseño de las Redes de Vigilancia. Se propuso la renovación de la ley de calidad del aire (la actual fecha de 1972) y se abordaron aspectos para la mejora de la calidad del aire entre los que se destacaron: la organización y planificación urbanística y de transporte, el consumo racional de la energía, medidas técnicas para reducir las emisiones, y la información y participación del público.

**Conclusiones:** El Taller cumplió sus objetivos inmediatos de puesta en común y discusión entre profesionales de salud pública y medio ambiente sobre los aspectos de contaminación atmosférica y salud pública en nuestro país. A medio plazo se debe conseguir la extensión de dicha discusión, incluyendo la presentación de sus conclusiones en foros científicos.

#### PROPUESTAS AL ANTEPROYECTO DE LEY DE EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN AMBIENTAL DE CANARIAS

E. López Villarrubia, M.L. Pita Toledo y M.D. García Pérez  
*Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** La Dirección General de Salud Pública, ha propuesto mediante informe razonado, la incorporación de una serie de propuestas al anteproyecto de Ley de Evaluación y Prevención Ambiental de Canarias que recoge en un solo cuerpo legal el conjunto ordenado y completo de los procedimientos de intervención administrativa en materia ambiental. El deterioro ambiental produce efectos negativos directos e indirectos sobre la salud de las personas y compromete el desarrollo sostenible, mientras que un ambiente protegido potencia las posibilidades de preservar y maximizar la salud. El objetivo ha sido promover la incorporación de la evaluación del impacto en la salud de los riesgos ambientales de las políticas, programas o proyectos antes de su implementación en el contexto de la Ley, introduciendo los elementos necesarios en salud, y adaptándolos al formato planteado en el documento inicial del anteproyecto.

**Métodos:** Revisión bibliográfica y análisis de la experiencia en otros países desde la perspectiva de la Salud Pública en este tema: Comisión Europea, Reino Unido (Merseyside Guide) (NHS), Canadá (EOH), Australia (enHEALTH) y Suecia entre otros.

**Resultados:** Revisión bibliográfica y análisis de la experiencia en otros países desde la perspectiva de la Salud Pública en este tema: Comisión Europea, Reino Unido (Merseyside Guide) (NHS), Canadá (EOH), Australia (enHEALTH) y Suecia entre otros.

**Conclusiones:** Los ciudadanos canarios están preocupados por el impacto del medio ambiente en su salud y esperan que la administración actúe en consecuencia. Como individuos se puede realizar algunos cambios en los estilos de vida para mejorar la salud pero la administración tiene la responsabilidad de proteger de ciertos factores que van más allá del control individual. La Evaluación del impacto en la salud, como parte integrante de la Evaluación del impacto ambiental, es un elemento clave ya que, la salud de la población es el objetivo que subyace en las actuaciones de protección del medio ambiente.

#### PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS SOBRE EL MEDIO AMBIENTE Y SU EFECTO NEGATIVO PARA LA SALUD SEGÚN LAS EMBAZAZADAS DEL PROYECTO INMA-VALENCIA

A. Esplugues, F. García García, M. Andreu Martín, P. Rodríguez, A.M. García García, S. Llop, A. Marco, M. Rebagliato y F. Ballester  
*Escuela Valenciana de Estudios en Salud; Fundación La Fe; Universidad Miguel Hernández; Universitat de Valencia.*

**Antecedentes y objetivos:** El proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente) es una red cooperativa de investigación que evalúa el posible impacto de la exposición a diversos contaminantes en la salud de las embarazadas y sus hijos. Para evaluar la exposición, se realizan mediciones objetivas de los diferentes contaminantes del aire, agua, alimentos etc. y cuestionarios sobre de frecuencia alimentaria y exposiciones ambientales y laborales. Un aspecto menos estudiado es la percepción de los problemas ambientales y su relación con la salud. El objetivo es describir la percepción de los problemas ambientales en función de su efecto negativo para la salud según 156 mujeres embarazadas participantes en el proyecto INMA de Valencia.

**Métodos:** En el estudio INMA durante el tercer trimestre de gestación, entre la semana 28-32, se realiza un cuestionario sobre aspectos ambientales, en éste, se incluye un listado de 16 problemas relacionados con el medio ambiente, del cual la mujer señala los cinco que considera de mayor importancia en el lugar donde vive. Para evitar sesgos, el listado se presenta, aleatoriamente, según diferentes ordenaciones. A continuación, la mujer valora los cinco problemas que ha señalado según considere que afectan negativamente su salud y la de su familia en una de las siguientes maneras: mucho, bastante, poco o nada.

**Resultados:** Del total del listado, los cinco ítems señalados con mayor frecuencia son: 1) el ruido exterior (41,7%), 2) la suciedad en las calles (39,7%), 3) la contaminación del aire (39,1%), 4) la contaminación del agua de bebida del grifo (38,5%) y 5) la escasez de zonas verdes (37,2%). De los ítems seleccionados, las mujeres consideran que afectan 'mucho' o 'bastante' a su salud y a la de sus familias en un 68,3% de los casos para la contaminación del agua de bebida, un 64,5% para la suciedad en las calles, 57,8% para el ruido exterior, 60,3% para la escasez de zonas verdes y 50,8% en el caso de la contaminación del aire. Las contestaciones observadas son muy homogéneas en los distintos grupos hechos según edad, nivel educativo, situación laboral, y tipo de población en la que vive.

**Conclusiones:** La contaminación del agua de bebida aparece como el problema ambiental identificado como más frecuente en la zona de residencia de las mujeres entrevistadas. Igualmente es el problema percibido como peligro para la salud. La percepción es similar a la obtenida en último Eurobarómetro realizado por la Comisión Europea del 2004, en la que son coincidentes 2 ítems con los cinco problemas más considerados por la población general europea y también concretamente con la española. Posiblemente la homogeneidad de la percepción obtenida en los diferentes grupos puede deberse a que ésta tiene sus raíces en factores sociales y culturales. Varios de los aspectos estudiados por el proyecto de manera objetiva están entre los primeros negativamente percibidos por la población de estudio.

**Financiación:** Instituto de Salud Carlos III (Red Temática de Investigación: Infancia y Medio Ambiente: 03/176; FIS 03/1615).

078

**EXPOSICIONES LABORALES CON RIESGO REPRODUCTIVO EN UNA COHORTE DE MUJERES TRABAJADORAS EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

M.C. González-Galarzo, A.M. García, F. Ballerter, F. García García, M.L. Estarlich, A. Esplugues, M. Andreu y S. Llop

*Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; Universidad de Valencia; Fundación Investigación Hospital La Fe; Universidad Miguel Hernández.*

**Antecedentes y objetivos:** Analizar la exposición laboral a riesgos reproductivos en mujeres embarazadas trabajadoras según características personales y laborales a partir de la información recogida en una cohorte de mujeres embarazadas (red INMA).

**Métodos:** La cohorte incluye a las trabajadoras que acuden a consulta por embarazo en el Hospital de la Fe de Valencia durante los años 2004 y 2005. Un 52% de las mujeres contactadas aceptan participar en el estudio. Se analizan los datos de las primeras 210 mujeres de la cohorte que han realizado algún trabajo remunerado en el período comprendido desde un mes antes del embarazo y la realización de la encuesta (mediante entrevista personal en la semana 32 de gestación). En el cuestionario se recoge información sobre características personales y laborales de las mujeres (empresa, puesto de trabajo y exposición a riesgos laborales).

**Resultados:** La prevalencia de exposición a carga física en el total de embarazadas es del 55%. Esta exposición es más frecuente en los grupos de menor de edad y en los contratos más inestables. Las trabajadoras en servicios de restauración, personales y comercio presentan la mayor prevalencia de exposición a carga física (83%), seguidas por las operadoras de maquinaria y montadoras (69%) y las trabajadoras no cualificadas (65%). El 62% de las embarazadas están expuestas a tres o más riesgos psicosociales en el trabajo, afectando principalmente esta exposición a las más jóvenes, las mujeres con contratos temporales, las actividades de hostelería e industria y las operadoras de instalaciones y maquinaria. La exposición a riesgos químicos afecta al 25% de las embarazadas, siendo especialmente alta en trabajadoras industriales (50%) y no cualificadas (46%). El 51% de las embarazadas están expuestas a riesgos físicos (ruido, temperatura extrema, etc.), principalmente en hostelería e industria. La exposición a riesgos biológicos afecta al 6% de las embarazadas, especialmente a las empleadas en el sector sanitario y de servicios sociales (56%).

**Conclusiones:** La prevalencia de exposiciones laborales con potencial riesgo reproductivo es elevada en nuestra muestra de mujeres embarazadas. Las mujeres más jóvenes, con contratos temporales, en los sectores de hostelería o industria y en puestos no cualificados presentan en general mayor prevalencia de exposición a riesgos laborales. La normativa establece que las trabajadoras embarazadas tienen derecho a mayor protección frente a estos riesgos.

*Financiación. Instituto de Salud Carlos III (G03/176) Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 03/1615).*

080

**EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y SALUD PÚBLICA: EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA FLUORACIÓN DE LAS AGUAS**

F. Martínez Pecino, P. Gálvez Daza y J.A. Navarro Caballero

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo que se planteó fue responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la seguridad y eficacia de la fluoración del agua potable?

**Métodos:** Tras una exploración inicial en MEDLINE, se localizó una revisión sistemática de buena calidad, publicada por el Centro para Revisiones y Difusión de York, publicada en 2000. Se actualizó la búsqueda que habían realizado (desde 1999). Se utilizaron las siguientes bases: MEDLINE, EMBASE, y Science Citation Index. Los estudios se seleccionaron siguiendo unos criterios de inclusión preestablecidos. Se realizó una valoración de la calidad y una síntesis cualitativa de los documentos seleccionados.

**Resultados:** Se localizaron 375 referencias. Tras una doble lectura se excluyeron 331: 120 por no coincidir con el objetivo, 209 por tipo de estudio y 2 por ser estudios con animales. Se evaluaron a texto completo 44 documentos, incluyéndose 4 revisiones sistemáticas (RS). **Efectividad Clínica:** en una de las RS, midiendo el efecto de comenzar o continuar con la fluoración de agua, se encontró una disminución de caries dentales (mediana de 29,1%) durante 3 a 12 años de seguimiento. Los estudios utilizados medían antes y después las caries dentales con grupos control. En otra de las RS el rango de las diferencias medias en la proporción de niños sin caries estuvo entre -5% y 64% (mediana de 14,6%, con un rango intercuartílico entre 5,05 y 22,1%). **Seguridad:** En una de las RS se estimó que la prevalencia de fluorosis (usando agua con una concentración de 1,0 ppm) fue 48% (IC 95%: 40-57%), para cualquier nivel de severidad de fluorosis; para problemas estéticos de la fluorosis fue de 12,5% (IC 95%: 7,0-21,5%). En tres de las revisiones (1999, 2000 y 2001) que abordaban otros posibles efectos adversos (fractura ósea, cáncer, síndrome de Down) no se pudo establecer una asociación con la fluoración del agua.

**Conclusiones:** En las revisiones sistemáticas donde se valoraba la eficacia de la fluoración del agua potable se ha contado con estudios de moderada calidad, con riesgo moderado de sesgos (nivel B según escala de York). Para valorar posibles efectos adversos la mayoría de los estudios disponibles tenían baja calidad, y alta probabilidad de sesgos (nivel C según escala de York). A pesar de que la evidencia sobre la eficacia de la fluoración de las aguas es de moderada calidad, los resultados de los estudios apuntan a un posible beneficio de esta medida en la reducción de la incidencia de caries. Sobre los posibles efectos adversos la única asociación encontrada es la que relaciona la fluorosis dental con la concentración de flúor en el agua. No se encontró asociación entre el flúor y otros posibles efectos adversos.

079

**MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO (HAT) EN TRABAJADORES DE OFICINA**

M.J. López, M. Nebot, A. Cabrera, E. Serrahima, F. Centrich, O. Juárez y C. Ariza

*Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agencia de Salud Pública de Barcelona; Servicio de Química. Laboratorio. Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La exposición al HAT cobra especial importancia en el ámbito laboral, en el que invertimos alrededor de una tercera parte del día durante un período aproximado de 40 años de vida laboral. El objetivo de este estudio es medir los niveles de exposición al HAT en una muestra de oficinas de Barcelona.

**Métodos:** La nicotina en fase vapor se midió mediante monitores pasivos que contenían un filtro de 37 mm de diámetro tratado con bisulfato sódico. El tiempo de exposición de los monitores fue de una semana. Se tomaron un total de 64 muestras en oficinas de la Administración Pública y de empresas privadas de Barcelona. Todas las muestras fueron analizadas en el Laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, mediante cromatografía de gases (GC/MS), con un límite de detección de 0,01 µg/ml.

**Resultados:** En oficinas de la Administración Pública más de un 96% de las muestras tomadas revelan presencia de HAT, y en oficinas de empresas privadas todas las muestras muestran presencia de HAT. La concentración media de nicotina en las oficinas de la Administración Pública estudiadas es de 0,61 µg/m<sup>3</sup>, con un rango de concentraciones que va de 0 a 2,15 µg/m<sup>3</sup>. En el caso de las oficinas de empresas privadas la media de concentración es de 2,48 µg/m<sup>3</sup> con un rango que oscila entre los 0,31 y los 3,94 µg/m<sup>3</sup>. La concentración de 2,48 µg/m<sup>3</sup> encontrada en las oficinas del sector privado está asociada a un exceso de riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón superior a las 3 muertes por cada 10.000 expuestos.

**Conclusiones:** Los niveles de exposición encontrados en los lugares estudiados revelan que los trabajadores de oficina están expuestos al HAT en sus lugares de trabajo. Los niveles de exposición al HAT son especialmente elevados en el caso de las empresas privadas. Estos datos confirman la necesidad de medidas de monitorización y control del tabaquismo en las oficinas de la Administración Pública y del sector privado.

*Financiación. European project Grant Agreement n° 2003307.*

081

**VIGILANCIA DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS A ZONAS DE BAÑOS EN EXTREMADURA, A TRAVÉS DE UN SISTEMA CENTINELA**

G. Calero Blanco, P. Vaca Macho, M.M. Álvarez Díaz y J.M. Ramos Aceitero

*Servicio de Epidemiología Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.*

**Antecedentes y objetivos:** Las piscinas, ríos y embalses son algunos de los lugares más frecuentes de esparcimientos durante el verano. Determinados factores tales como condiciones de las instalaciones, exposiciones al sol, calidad y depuración de las aguas, higiene del bañista, etc., pueden poner en riesgo la salud del usuario. Estimar la incidencia durante la temporada estival (julio y agosto de 2004) de patologías relacionadas al uso y/o el baño en piscinas de uso público y familiar, embalses y ríos. Describir su patrón de presentación. Mejorar las condiciones de las áreas de baño para prevenir futuros accidentes y enfermedades.

**Métodos:** Del 1 de julio al 30 de agosto de 2004, una muestra aleatoria de 17 médicos de atención primaria estratificada por áreas de salud vigilan patologías asociadas al baño, abarcando 23.470 habitantes (el 2,21% de la población extremeña). Cada centinela recogió datos de todos los casos, atendidos en consulta y/o en atención continuada. Se consideró caso a toda persona que presentara alguna patología cuya etiología pudiera estar relacionada con el uso de instalaciones y/o el baño en piscinas de uso público y de uso familiar, ríos o embalses. La población de referencia es la cubierta por los 17 médicos. Los resultados se expresan en porcentajes y tasas por 100000 habitantes.

**Resultados:** Se notificaron 107 casos (incidencia acumulada de 455,90 casos). El 85,04% de ellos fueron atendidos en horario de consulta y el 14,95% en atención continuada. La patología más frecuente fue otitis (unilateral o bilateral), en el 63,55% de los casos, seguida de conjuntivitis en el 7,48%, gastroenteritis en el 6,54%, quemaduras solares en el 4,67%, fracturas de miembros superiores e inferiores en el 1,87% y un traumatismo craneoencefálico. La media de días transcurridos desde la estancia en la zona de baño hasta la aparición de los síntomas fue de 2,42 días. El grupo de edad más afectado fue el de 5-14 años, seguido del grupo de 15-24 años con tasas de incidencia acumulada de 1584,06 y 1062,54 respectivamente. El grupo de edad menos afectado fue el de > 64 años donde no se notificó ningún caso. De los 107 casos, 56 fueron hombres y 50 mujeres. El 49,53% de los casos estaban relacionados con piscinas de uso público, el 23,36% con piscinas de uso familiar, el 14,95% con embalses y el 12,15% con ríos.

**Conclusiones:** La incidencia de patologías asociada al baño fue mayor en piscinas de uso público que en aguas naturales. Es necesario mejorar el control sanitario de aquellas, de sus instalaciones y uso.

## COMUNICACIONES EN CARTEL

### Salud ambiental e higiene alimentaria

#### GRADO DE ADECUACIÓN A LAS NORMAS DE HIGIENE DE LOS COMEDORES DESTINADOS A LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DEL ÁREA DE SALUD 10 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

M. Ripoll Maere y J. Bellver Soto  
Centro de Salud Pública de Alzira.

**Antecedentes y objetivos:** Es necesario controlar de manera efectiva el estado higiénico sanitario de los comedores y la calidad sanitaria de los alimentos servidos en los mismos. Estudio epidemiológico descriptivo transversal del estado higiénico-sanitario y la calidad sanitaria de los comedores de alto riesgo: escolares, guarderías, residencias de la tercera edad y hospitales, del área de salud 10 de la Comunidad Valenciana con autorización sanitaria, a través de las operaciones de control efectuado por los servicios de inspección durante el 2000-2004.

**Métodos:** Los datos proceden de las actas levantadas por el servicio de inspección y de los resultados analíticos obtenidos de las muestras tomadas en los mismos. Con las actas se valora condiciones Higiénico-Sanitarias: estructurales, higiénicas, del producto, de manipulación, otros requisitos. Con los resultados analíticos se determina la calidad sanitaria de las comidas tanto del Grupo A (sin tratamiento térmico) como Grupo B (tratamiento térmico), mediante la presencia de Gérmenes indicadores: Aeróbios mesófilos, Enterobacteriaceas, de Gérmenes testigo de falta de higiene: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y de Gérmenes patógenos: *Salmonella*, *Listeria monocytogenes*.

**Resultados:** De las 1.716 actas levantadas un 24,6% reflejan algún tipo de deficiencia siendo un 37% estructurales que mayoritariamente se observan en guarderías y residencias de tercera edad, seguidas de las higiénicas con un 32% mayoritariamente en hospitales y en comedores (36,5%). De las 576 muestras analizadas un 19% incumplía algún parámetro investigado. Son los hospitales con 28,8% los que presentan un valor más alto en muestras no aptas. El mayor % de muestras no aptas corresponde al Grupo A, excepto en guarderías donde las no aptas es similar en ambos grupos. Los gérmenes más frecuentes son los mesófilos, seguidos de enterobacterias. El mayor porcentaje de gérmenes indicadores se da en hospitales y guarderías.

**Conclusiones:** Para las condiciones higiénico-sanitarias, el resultado de los controles realizados señala una situación mejorable, debiendo aplicar programas adecuados de limpieza y desinfección. Se deberá incidir en el desarrollo de prácticas correctas de manipulación a través de la formación de los responsables y manipuladores. Para la calidad sanitaria se observa que las comidas servidas son aceptables no detectando ningún germen patógeno. Estos resultados sugieren la necesidad y la oportunidad de implantación de sistemas de autocontrol basados en el sistema de Análisis de Peligros y Puntos de control Crítico.

#### EVALUACIÓN DE LAS INTRUSIONES AFRICANAS EN LAS SERIES DE PM10 Y PM2,5 EN STA. CRUZ DE TENERIFE Y LAS PALMAS DE GC. 2001-2004

E. López Villarrubia, F. Pita Toledo y M.D. García Pérez  
Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.

**Antecedentes y objetivos:** La composición del material particulado en las islas es de dos tipos mayoritarios: el aerosol marino (35%) que se recibe de forma homogénea todo el año debido al carácter insular y al régimen de vientos y el polvo africano que sigue un patrón estacional marcado a través de masas de aire africano, con una carga importante de partículas (hasta 1.000 µg/m<sup>3</sup> de TSP en 24h). El origen antropogénico de las partículas no es mayoritario, de manera que en la composición de las partículas en Canarias las ratios medias de Pm10/Pm2.5 son muy inferiores a las del las ciudades del entorno peninsular. El objetivo ha sido analizar el comportamiento de los niveles de inmisión de Pm10 y Pm2,5 en las series de las dos capitales canarias durante el periodo 2001-2004.

**Métodos:** Identificación de los episodios de intrusión de partículas (media diaria > 50 µg/m<sup>3</sup>) en las series temporales de dos estaciones: Los Gladiolos (Sta. Cruz de Tenerife) y Mercado Central (Las Palmas de GC). Cálculo de los porcentajes de Pm2,5 en Pm10 (Pm2,5/Pm10). Análisis de la distribución estacional de Pm10, Pm2,5 y Pm2,5/Pm10. Análisis de la distribución horaria de Pm10, Pm2,5 y Pm2,5/Pm10 en episodio/no episodio. Estimación de la diferencia de medias diarias entre Pm2,5/Pm10 entre episodio/no episodio (prueba t). Comparación de las medias diarias de Pm10 y Pm2,5 entre episodio/no episodio (prueba t).

**Resultados:** Se ha identificado 27 episodios. Las medias diarias de Pm10 y Pm2,5 y el mayor número de superaciones se han alcanzado durante los meses de enero a marzo mientras el porcentaje de Pm2,5 en Pm10 ha sido menor confirmando el origen africano de lo episodios. Tras el pico horario matinal, durante los episodios de partículas, los niveles de Pm10 y Pm2,5 continúan elevados durante la noche, con bajos niveles de Pm2,5/Pm10. Existen diferencias estadísticamente significativas de Pm2,5/Pm10: 4% (IC95%: 2,4-5,3%) y los niveles de Pm10: 66,5 µg/m<sup>3</sup> (IC95%: 58,5-74,5µg/m<sup>3</sup>) y Pm2,5: 23,4 µg/m<sup>3</sup> (IC95%: 20,3-26,5µg/m<sup>3</sup>) entre episodio/no episodio.

**Conclusiones:** Existe una gran influencia del polvo africano y del aerosol marino en los niveles de partículas en las series de las dos capitales, por lo que las ratios medias habituales de Pm2,5/pm10 son muy inferiores de las de otras ciudades peninsulares e inferiores en los episodios de intrusión en los que se detecta un patrón simultáneo en ambas estaciones. Este análisis contribuye a la evaluación del aporte natural a los niveles de partículas en Canarias y a la caracterización de esta medida de exposición en su impacto en la salud de los habitantes de las islas.

#### DE PARÁMETROS MICROBIOLÓGICOS DE LECHE Y QUESOS DE LA ISLA DE TENERIFE

F.J. Arocha Henríquez, N. López González-Coviella, A.L. del Arco Aguilar, M. Jiménez Martín, M.N. Pérez Pérez y M. Marino Hernando  
Servicio de Salud Pública y Laboratorio; Área de Salud de Tenerife; Servicio Canario de la Salud.

**Antecedentes y objetivos:** La elaboración de productos lácteos representa un sector importante para la economía canaria, existiendo una mayor número de establecimientos artesanales que los de estructura industrial. En este trabajo se pretende detectar la alteración de parámetros microbiológicos en leches y quesos de cabra, tanto de producción artesanal como industrial, en la Isla de Tenerife, durante los meses de febrero a mayo de 2005.

**Métodos:** Se han estudiado un total de 59 muestras de leches y 56 muestras de quesos, procedentes de 90 establecimientos de producción. Las determinaciones analíticas se han basado en métodos oficiales de análisis así como en normas ISO, estudiando los parámetros microbiológicos establecidos en la legislación vigente, incluyéndose además límites para el parámetro Coliformes a 30°C para quesos, que ayuda a valorar el estado higiénico-sanitario de las instalaciones y de los procesos de elaboración.

**Resultados:** En cuanto a las leches sin tratamiento térmico, resultaron positivas a *S. aureus* en un 8,93% ± 0,28 y a gérmenes a 30°C en un 26,53% ± 0,44. Todas las muestras de leche pasteurizada fueron negativas para los dos parámetros estudiados. En los quesos, fueron positivos a *E. coli* el 7,14% ± 0,26, a *S. aureus* el 17,86% ± 0,39, a *Salmonella* sp. el 1,79% ± 0,13, a Coliformes a 30°C el 39,29%±0,49 y a *Listeria* sp. el 1,79% ± 0,13. El bajo porcentaje de muestras con patógenos, no le resta importancia al significado que poseen, ya que pueden suponer una causa de toxoinfección alimentaria. En cambio, se encuentra en porcentajes elevados los microorganismos considerados como testigos de falta de higiene. En todas las muestras que resultaron positivas a *E. coli* se detectaron recuentos elevados a Coliformes, lo mismo ocurrió con aquellas con presencia de *Salmonella* sp. En un 7,14% ± 0,26 fueron positivas a *S. aureus* y a Coliformes y en 1,78% ± 0,13 fueron positivas a *Listeria* sp. y a Coliformes conjuntamente. En ninguna de las muestras estudiadas se encontraron simultáneamente alterados los tres parámetros.

**Conclusiones:** La alteración de los parámetros analíticos y la superación de los límites establecidos, sirve de apoyo en la inspección sanitaria, a la identificación de las posibles deficiencias de distintos tipos (estructural, de higiene, de personal,...) existentes en dichas industrias, a obtener datos suficientes para garantizar que los tratamientos utilizados para la higienización de la leche y los quesos son eficaces, que los sistemas de autocontrol se conocen y se implantan con eficacia así como para identificar a los microorganismos implicados en un posible brote de toxoinfección alimentaria.

## COMUNICACIONES EN CARTEL

### Planificación y políticas sanitarias

#### EL PLAN VALLECAS: UNA EXPERIENCIA APASIONANTE EN MATERIA DE PARTICIPACION CIUDADANA

M. García Barquero, S. Sánchez Buenosdías, M.V. Cid Deleyto, M. Cisneros Britto, E. Rodríguez Baena y F. Villarreal Pozuelo  
*Instituto de Salud Pública área 1. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** En el año 2000 el Gobierno de la Comunidad de Madrid, la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de los distritos municipales de Puente y Villa de Vallecas de la ciudad de Madrid, acordaron poner en marcha un Plan de Inversiones para Vallecas entre los años 2001 al 2005, con el fin de disminuir la histórica desigualdad social de estos distritos. Este plan nos ha permitido iniciar, profundizar, participar, movilizar y liderar actuaciones concebidas de una manera integral, en el campo de la salud poblacional.

**Métodos:** Para poder llegar a establecer actuaciones concretas, hemos utilizado distintas vías de acercamiento y comunicación con los ciudadanos como la atención, análisis y canalización de las demandas de la población, la participación en foros de opinión y coordinación y los estudios participativos, de los que destacamos un estudio cualitativo sobre las necesidades de Salud percibidas por la población de Vallecas.

**Resultados:** Este estudio cualitativo se planteó con el triple objetivo de: Conocer el conjunto de necesidades de salud percibidas por los vecinos y por los profesionales sanitarios que trabajan en Vallecas. Promover la participación vecinal y profesional en el desarrollo de los Planes y actuaciones de Salud para Vallecas y facilitar el consenso y la adopción de acuerdos de trabajo entre las distintas instituciones implicadas. Se realizó en dos fases, la primera fase recogía la investigación cualitativa sobre necesidades de salud percibidas por profesionales y vecinos en Vallecas. A través de estas necesidades detectadas, se paso a una segunda fase de debate para la elaboración y consenso de las estrategias de mejora de la salud de la población de Vallecas, que deberán conformar el cuerpo básico del trabajo a desarrollar en los próximos años en las áreas detectadas como prioritarias (sanidad ambiental, jóvenes de 12 a 16 años, mayores y Atención Primaria).

**Conclusiones:** Esta fórmula de estrategias consensuadas, nos va a permitir en el futuro, de hecho nos lo esta permitiendo ya, aunar esfuerzos de todos los que tenemos que aportar algo para la mejora de la salud de la población de Vallecas, trabajando en la misma dirección y en consonancia a los objetivos de la estrategia de salud siglo XXI para la región europea de la OMS.

#### IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD EN EL SNS

J. Asua, J. Taboada y C. Martínez

*Unidad de Bizkaia del Plan de Salud de Euskadi. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; Proyecto Describir y Evaluar Problemas de Salud en el SNS - Red IRYSS; Proyecto Describir y Evaluar Problemas de Salud en el SNS - Red IRYSS.*

**Antecedentes y objetivos:** La identificación y priorización de las necesidades de salud es un proyecto de la red IRYSS ([www.rediryss.net](http://www.rediryss.net)). *Objetivos:* conocer cuáles son los métodos y criterios para identificar y priorizar necesidades en el SNS, analizar las propuestas existentes en la literatura científica y conocer la opinión de los expertos.

**Métodos:** 1. encuesta dirigida a los decisores de los 17 Servicios de Salud (SS) autonómicos sobre programas, procesos y criterios de identificación y priorización de las necesidades de salud. 2. revisión sistemática de la literatura para conocer experiencias y propuestas en otros países. 3. reunión de un Grupo Focal multidisciplinar de profesionales del ámbito sanitario.

**Resultados:** *Encuesta:* tasa de respuesta: 94,11%. 76% de los SS dicen tener un Plan de Salud y 69% reconocen poseer un Programa de Salud Pública. Las principales directrices que guían las prioridades son: morbimortalidad y utilización de los servicios sanitarios en 86%. *Criterios para priorizar:* gravedad de la enfermedad, número de personas afectadas, eficiencia, efectividad potencial y las implicaciones para la política sanitaria, impacto financiero y las consideraciones sociales y éticas. En el proceso de priorización se contempla el consejo externo en 10 SS, son explícitos y sistemáticos 7 SS, recogen las visiones de los decisores 6 SS, procedimiento implícito 5 SS, consideran los puntos de vista de los investigadores 5 SS y es un proceso transparente 2 SS. El organismo o parte con mayor influencia en el proceso de establecimiento de prioridades es el nivel político. *Revisión Sistemática:* Se seleccionan 42 artículos y 6 libros. Existen varias propuestas de procedimientos sistemáticos y explícitos para la identificación y priorización de necesidades de salud. *Grupo Focal:* Los profesionales están de acuerdo en que es necesario priorizar. Debe ser un proceso proactivo, donde intervengan todos los agentes del sistema y que garantice la efectividad de las intervenciones y la equidad en el acceso al sistema sanitario.

**Conclusiones:** Los métodos para la identificación de necesidades no son en general explícitos y transparentes. Existen experiencias explícitas de procesos de priorización basados en la información disponible y en consulta a paneles multidisciplinares, lo que disminuye imprecisiones o sesgos que se dan en procesos implícitos o de consulta de expertos individuales. El proceso debe implicar a todos los agentes del sistema, debe ser proactivo, estar descrito previamente y garantizar que los servicios que se prestan son efectivos, seguros y accesibles para toda la población. *Financiación.* FIS.

#### ÍNDICE DE RURALIDAD PARA LA CLASIFICACIÓN DEL HABITAT EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE ÁREAS PEQUEÑAS

R. Ocaña-Riola y C. Sánchez-Cantalejo

*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes y objetivos:** Tradicionalmente, la clasificación de un área geográfica como rural se ha realizado teniendo en cuenta el número de habitantes o la densidad de población. Sin embargo el uso de estas variables plantea dos tipos de problemas: Por un lado la dificultad de describir un concepto tan complejo como ruralidad mediante una única variable. Por otro, la reducción de este concepto a una dicotomía rural-urbano mediante el establecimiento de un punto de corte no universalizado que generalmente no representa adecuadamente la realidad. El objetivo de este trabajo es elaborar un índice de ruralidad para los municipios españoles dentro del contexto del continuum rural-urbano.

**Métodos:** El estudio fue llevado a cabo sobre los 8.077 municipios españoles definidos en el censo de población de 1991. Para cada municipio se consideraron las siguientes características: Densidad de población, porcentaje de personas mayores de 65 años, porcentaje de personas entre 0 y 14 años, número de personas inactivas por cada 100 personas activas, porcentaje de personas jubiladas o retiradas, número de personas ocupadas en actividades agropecuarias por cada 100 ocupados y porcentaje de viviendas en estado deficiente, malo o ruinoso. Para resumir la información aportada por las características de los municipios en un único factor se realizó un Análisis Factorial de Componentes Principales. Puntuaciones altas de este factor indican un elevado nivel de ruralidad del municipio. Estas puntuaciones fueron representadas en un mapa municipal de España.

**Resultados:** Un único factor acumuló el 61% de la varianza total de los datos, presentando una alta correlación positiva con todas las variables excepto con la densidad de población y el porcentaje de personas menor de 14 años que correlacionó de forma negativa. Los municipios de Castilla, Aragón y Extremadura presentaron los mayores niveles de ruralidad.

**Conclusiones:** El índice de ruralidad elaborado puede ser una mejor aproximación al concepto de hábitat rural que la dicotomía rural-urbano basada en categorías del número de habitantes o la densidad de población del municipio. Índices sociodemográficos como el utilizado en este estudio no sólo son útiles en diseños ecológicos. También los diseños epidemiológicos de base individual pueden beneficiarse de esta aproximación de ruralidad, incorporando en el análisis tanto características de los sujetos como variables contextuales que definen el entorno en el que viven. Los resultados de este estudio aparecerán publicados próximamente en la revista Social Indicators Research [R. Ocaña-Riola, C. Sánchez-Cantalejo. Rurality index for small areas in Spain. Social Indicators Research 2005 (in press)].

*Financiación.* Estudio financiado en parte por la Red de Centros de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (RCESP).

088

**MOVIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SALUD PÚBLICA EN ALMERÍA: UN ANÁLISIS PERMANENTE Y NECESARIO**

P. Marín Martínez, L. Cuenca López, T. Parrón Carreño y M.S. Alonso Humada

*Delegación Provincial de Salud; Distrito de Atención Primaria Poniente.*

**Antecedentes y objetivos:** En la provincia de Almería durante los últimos años ha sido una provincia receptora de población en mayor medida que otras principalmente por la demanda de mano de obra en la agricultura intensiva. Esta corriente migratoria ha sido más acentuada en los últimos años, de forma que en la última década la población ha crecido un 20% y en muchas localidades la población inmigrante supone más del 30% del padrón. Este cambio demográfico se ha visto reflejado en la estadística epidemiológica de la provincia y en indicadores de morbilidad. Para realizar de forma periódica un análisis de salud de la provincia se necesita una actualización de los datos demográficos de la misma e incluir en el análisis epidemiológico la variable inmigración para un más correcto conocimiento de la realidad.

**Métodos:** Se ha realizado un seguimiento de la evolución del padrón municipal a lo largo de los últimos 10 años. Se ha llevado simultáneamente un seguimiento de la variable inmigración en las rúbricas más importantes de los indicadores de morbilidad analizados (como enfermedades de declaración obligatoria), como tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, Sida. Además, se han evaluado algunos indicadores de programas de salud, como el porcentaje de portadoras de hepatitis B en embarazadas.

**Resultados:** En Almería, con mayor intensidad en unas comarcas que en otras, la presencia de la población inmigrante en los últimos años ha tenido un mayor peso respecto a la población general y, consecuentemente, su magnitud se ha visto reflejada en el análisis de varias rúbricas de enfermedades de declaración obligatoria, sobre todo aquellas en las que las condiciones de vida desfavorables tienen una mayor repercusión o son factores de riesgo. Así, el porcentaje de tuberculosis asociado a la inmigración ha ido creciendo hasta superar el 40% de los casos declarados en la provincia. El porcentaje de enfermedades de transmisión sexual en inmigrantes ha llegado en algunos ámbitos a superar el 50% de todas ellas. En el programa de control al embarazo el porcentaje de portadoras de hepatitis B en embarazadas ha superado el 50% en algunos ámbitos hospitalarios cuando el porcentaje de embarazadas en el mismo es la mitad de aquí.

**Conclusiones:** La inmigración en la provincia de Almería, no sólo es un fenómeno a tener en cuenta en un análisis demográfico periódico, dada su magnitud creciente en los últimos años, sino que es una variable imprescindible a tener en cuenta en cualquier análisis de salud que se quiera realizar en la provincia, debiendo mantener actualizados los datos demográficos periódicamente para conseguir indicadores más precisos y más acordes con la realidad sanitaria almeriense.

090

**ELABORACIÓN DE UN PLAN INTEGRAL DE DIABETES**

O. Monteagudo Piqueras, J.A. Palomar Rodríguez, M. López Sánchez, M.E. González Pérez, J.M. Cayuela Fuentes y L. Hernando Arizaleta  
*Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria Dirección General de Planificación, Financiación y Política Farmacéutica Consejería de Sanidad de Murcia.*

**Antecedentes y objetivos:** El Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia, se articula en torno a los grandes problemas de Salud de la Región, entre los que se encuentra la diabetes. Con el propósito de actuar sobre este problema, se consideró oportuno y relevante la elaboración de un Plan Integral de Atención al Diabético, quedando establecido e integrado en el Plan de Salud, como una línea de actuación de éste.

**Métodos:** Para la elaboración del Plan Integral de Atención al Diabético, se estableció un grupo de trabajo, con representantes tanto de la asistencia sanitaria (Servicio Murciano de Salud) como de la Consejería de Sanidad (Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Planificación, Financiación y Política Farmacéutica). Las decisiones fueron tomadas por consenso y aprobación de todos los participantes. Se contó con el asesoramiento del Comité Regional Asesor en materia de Diabetes, y con la colaboración de la Federación Regional Murciana de Diabéticos. Se determinaron varias fases para su elaboración y desarrollo: Análisis de la Situación; Oportunidades de Mejora; Definición de Objetivos; Áreas de Actuación; Evaluación y Seguimiento.

**Resultados:** Fase Primera: Análisis de la Diabetes en la Región El análisis abarcó los ámbitos epidemiológico y asistencial (atención primaria y especializada). Fase Segunda: Oportunidades de Mejora Como resultado de la fase previa, las principales oportunidades de mejora detectadas fueron en la función asistencial; en la coordinación entre Atención Primaria y Especializada; en la implicación y participación del paciente diabético; en investigación, docencia y tecnología. Fase Tercera: Definición de Objetivos y Áreas de Actuación Las oportunidades de mejora se concretaron en objetivos que sirvieron para definir áreas de actuación: Prevención Primaria y Secundaria; Métodos y Criterios Diagnósticos; Continuidad Asistencial; Capacitación del Autocuidado; Formación del Profesional; Investigación; Sistemas de Información y Vigilancia; Relación con las Asociaciones de Diabéticos. Fase Quinta: Evaluación y Seguimiento Para cada área de actuación se elaboró una batería de indicadores y se determinó la creación de la Comisión de Seguimiento del Plan formada por los responsables de las áreas de actuación.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos han satisfecho las expectativas iniciales del grupo de trabajo y de los diabéticos (representados por la Federación Regional Murciana de Diabéticos), cumplimiento además una de las líneas de actuación del Plan de Salud de la Región.

089

**PROGRAMA MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD DEL CENTRO DE SALUD PÚBLICA DE ALZIRA**

J.X. Torremocha Vendrell, R. Peiró Pérez, S. Pastor Vicente y R. Mas Pons

*Centro de Salud Pública de Alzira.*

**Antecedentes y objetivos:** Los medios de comunicación constituyen una herramienta privilegiada para difundir información sobre salud a la población, aumentando la concienciación sobre aspectos de la salud individual y colectiva. El Centro de Salud Pública de Alzira (CSP de Alzira), ha venido colaborando desde su creación con los medios de comunicación social del Área de Salud 10 de la Comunidad Valenciana. Los objetivos generales del programa son crear una corriente de opinión favorable al concepto positivo de salud, potenciando la participación activa de la población ante su salud, y dar a conocer estructuras, y recursos socio-sanitarios del Área.

**Métodos:** Los profesionales del CSP de Alzira son responsables de la planificación de los contenidos y del seguimiento del desarrollo de los espacios de salud de dos emisoras de radio comarcales, y participan en el Consejo de Redacción de la Revista Salud 10 y el cómic "Los Ribera", siendo estos últimos editados por La Ribera Área de Salud 10. En la prensa escrita, en las ediciones comarcales de los periódicos Las Provincias y Levante-EMV, se difunden resultados de análisis de la situación de la salud en el ámbito local, junto con otras actividades de interés en el ámbito de salud pública.

**Resultados:** Durante el año 2004 se realizaron dos espacios de salud semanales en dos emisoras comarcales, con una duración cada uno de 20 minutos. Se realizaron un total de 86 intervenciones en las que se presentaron estudios de la situación de la salud del Área (lesiones por accidentes de tráfico, prevención del cáncer de mama, resultados campaña antigripal), se focalizó en las celebraciones de los Días Mundiales de carácter socio-sanitario y además se trataron otros temas de interés en salud pública (alimentación y nutrición, sexualidad y adolescencia, género y salud). También se colaboró en la edición de 5 cómics de "Els Ribera" (accidentes domésticos, como tomar el sol, manipulación de alimentos, salud bucodental, uso adecuado de antibióticos) y en 2 números de la Revista Salud 10 que trataron como tema principal la intoxicación por plaguicidas y el consumo de alimentos en Navidad. Se elaboraron 2 artículos para la prensa escrita para difundir información durante el Día Mundial del SIDA y sobre la seguridad en los juguetes.

**Conclusiones:** La colaboración continuada con diferentes medios de comunicación social del Área 10 permite reforzar los mensajes sanitarios y les convierte en aliados en promoción de la salud. Entre los aspectos que se deben mejorar en este programa, está la elaboración de estrategias de comunicación en situaciones puntuales que puedan generar alarma en la población.

091

**ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO" EN EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

M.R. Hernández Gallego, M.D. Amador Demetrio, R. del Valle Álvarez, J.M. Reyes Melián, R. Valcárcel López, J. Armas Santana, L.M. Saavedra Jiménez y M. Cueto Serrano

*Servicio Canario de la Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** Siguiendo directrices de la OMS, en el 2003 se concluyó "El Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico" de aplicación en toda la Atención Primaria de Salud para establecer y homogeneizar pautas de prevención, detección precoz y abordaje integral de la violencia. Para su implantación se contó con la implicación de las Gerencias de AP y SSSS. **Objetivos:** Sensibilizar, formar y capacitar a un grupo de profesionales de todos los perfiles del EAP, que formaran al resto del personal en el fenómeno de la violencia y en el manejo del protocolo. Implantar el "Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico" en toda la red de la Atención Primaria de Salud de la CAC.

**Métodos:** Formación de formadoras y formadores. *Primera Fase:* Taller teórico-práctico sobre el contenido y manejo del protocolo. *Segunda Fase:* Capacitación en técnicas grupales y habilidades comunicacionales. *Tercera Fase:* Construcción de un taller dirigido al personal de los EAP. Todo ello a partir de técnicas participativas que permiten el análisis, el cuestionamiento y revisión de sus propias actitudes.

**Resultados:** Sensibilización, formación y capacitación de un grupo de formadores/as por Área de Salud. Cambio de actitud y compromiso Adiestramiento en el manejo del protocolo Sensibilización y formación del personal de EAP todas las Áreas de salud. Identificación de la Violencia como un problema de salud Reconocimiento del papel de las y los profesionales socio-sanitarios ante este fenómeno. Implantación del "Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico".

**Conclusiones:** Esta estrategia posibilita llegar a un gran número de profesionales en un plazo corto y a costes asumibles Innovación metodológica. Ventajas de lenguaje y mensajes entre iguales. Se proporciona información útil para la elaboración y diseño de estrategias de implantaciones futuras.

092

**PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE LA red HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DE CATALUÑA**

C. Foradada, G. García, D. Costa, R. Fernández y M.L. de la Puente  
*Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària (Departament de Salut); Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** *Antecedentes:* Progresivo incremento del número de nacimientos en Cataluña. Aumento del porcentaje de recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer. Necesidad de mejorar en la planificación sanitaria de los servicios materno-infantiles. *Objetivos:* 1) Analizar en los servicios Materno Infantiles de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) las variables siguientes: Actividad y nivel de complejidad Calidad asistencial Adecuación de los recursos humanos disponibles Adecuación de los recursos estructurales y de los equipamientos. 2) Clasificar los Servicios Materno Infantiles de los hospitales de la XHUP según su nivel de resolución en base a la clasificación establecida en el "Protocolo de Asistencia al Parto y el Puerperio y de Atención al Recién Nacido" del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. 3) Elaborar el Plan General de Ordenación y Planificación Sanitaria de los Servicios Materno Infantiles de los hospitales de la XHUP.

**Métodos:** Diseño de la Encuesta Materno Infantil. Prueba piloto en 9 hospitales de Cataluña. Desarrollo del modelo definitivo de la Encuesta Materno Infantil y distribución al total de Centros hospitalarios (n = 42). Recogida de la información y validación de la misma mediante entrevista personal a los responsables asistenciales y visita a todos los Servicios de obstetricia y pediatría y/o neonatología. Consolidación, explotación y análisis de los datos. Diagnóstico de situación. Propuesta de planificación territorial según el nivel de resolución.

**Resultados:** En estos momentos el 100% de las encuestas se han cumplimentado y recibido; se han efectuado el 65% de las visitas a los hospitales y de las entrevistas; el 50% de la información se ha validado y consolidado en formato electrónico; la explotación de los datos está estandarizada y se ha finalizado la evaluación del 63% de las regiones sanitarias de Cataluña y redactado las conclusiones preliminares tanto a nivel hospitalario, como a nivel de región sanitaria.

**Conclusiones:** En noviembre se presentarán los resultados definitivos de la Comunidad Autónoma catalana, a nivel de hospital, de Región Sanitaria y de la totalidad de Cataluña.

**COMUNICACIONES EN CARTEL**

**Asistencia sanitaria**

093

**CONTROL DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**

M.R. Dalmau Llorca, C. Aguilar Martín, G. García Bernal, E. Ciurana Roca y J.L. Clua Espuny

*ABS Tortosa Est. SAP Terres de l'Ebre. ICS.*

**Antecedentes:** Existe actualmente gran dificultad para controlar los factores de riesgo cardiovascular en pacientes en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular debido a la edad avanzada de los pacientes, su pluripatología, la polimedicación, la baja cumplimentación y la dificultad de integrar gran número de fármacos.

**Objetivo:** Evaluar el grado de control de los pacientes en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular y el cumplimiento de la medicación.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo de la población adulta atendida en un Área Básica de Salud (excluyendo pacientes que precisan atención domiciliaria). Muestra 178 (porcentaje de control (colesterol-LDL < 100 mg/dl) 33%,  $\alpha = 0,05$  y  $\beta = 0,07$ ). Se estudian variables demográficas, de control de prevención secundaria de tratamiento y cumplimiento del mismo (Test de Haynes, Sackett y de Morisky-Green).

**Resultados:** N = 171, edad media 74,4 ± 10,5 (> 70 años el 73,1%), 60,2% hombres, 77,2% HTA, 32,7% diabéticos, 12,4% fumadores y 17,5% exfumadores. Diagnóstico de AVC 42,7%, angor 53,2%, IAM 7,6%, arteriopatía periférica 14,6%. Tratamiento: Antiagregación: 11,1% no reciben tratamiento antiagregante, 70% AAS, 5,3% clopidogrel, 7% dicumarínicos, 6% otros. Betabloqueantes 32,7%, IECA 55% y estatinas 55%. El 60,2% toma < 5 fármacos y el 8,2% > 10 fármacos. El 71,9% (IC 95% 64,6-78,5) HbA1c < 7, el 19,3% (IC 95% 13,7-26) presenta la tensión controlada, el 21,1% (IC 95% 15,2-27,9) ldl < 100, 58% (IC 95% 50,1-65,4) tiene obesidad o sobrepeso. El 31% (IC 95% 24,2-38,5) afirma no cumplir la medicación prescrita. Las personas que cumplen con el tratamiento tienen un mejor control del colesterol total (67% vs. 49% p = 0,03) y del colesterol-ldl (31% vs. 11,4% p = 0,01).

**Conclusiones:** La edad avanzada de la población es un obstáculo para mejorar los parámetros de control de la población con enfermedad cardiovascular dado que estos pacientes no pueden recibir dosis máximas de medicación y tienen dificultades de comprensión y memoria y por tanto una baja cumplimentación. Esto junto con el hecho de los pocos estudios realizados en pacientes de >70 años dificulta el abordaje de esta patología.

094

**TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS (ACSC) EN LAS ÁREAS BÁSICAS DE SALUD (ABS) DE CATALUÑA, 2003**

M. Playà, M. Bustins, E. Agustí y X. Salvador  
*Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).*

**Antecedentes y objetivos:** Una parte significativa de la actividad hospitalaria de Cataluña se destina a resolver problemas de salud que podrían haber sido controlados desde la atención primaria. Los casos de condiciones sensibles al tratamiento ambulatorio (ACSC) sirven como indicador para analizar el funcionamiento de los servicios sanitarios. El objetivo del estudio es describir la actividad de Cataluña por ACSC.

**Métodos:** Se calculan tasas de hospitalización brutas y estandarizadas por Área básica de salud (ABS) en el año 2003 a partir de la explotación de la actividad financiada por el Servicio Catalán de la Salud que consta en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del año 2003 y de los datos de población del Registro Central de Asegurados (RCA) de Cataluña. Las ACSC se analizan también en función del nivel de discrecionalidad del ingreso en el hospital.

**Resultados:** En el año 2003 la tasa de hospitalización total de Cataluña era de 96,05‰, mientras que la tasa de hospitalización por todas las ACSC era de 15,86‰, de la cual 5,08‰ son de responsabilidad exclusiva de primaria, 8,82‰ de alta discrecionalidad hospitalaria y el 1,96‰ restante corresponde a la insuficiencia cardiaca. Por lo tanto, un 16,5% de las altas hospitalarias podrían haber sido evitadas con un uso adecuado de la atención primaria y hospitalaria (5,28%, 9,18% y 2,04%). Las tasas brutas más elevadas por ABS llegan hasta 35,44‰ y 34,68‰, las estandarizadas hasta 39,94‰ y 31,18‰. Las tasas en ACSC exclusivas de primaria llegan a 10,04‰ y 8,84‰ (10,32‰ y 9,73‰ estandarizadas), las discrecionales a 24,34‰ y 20,02‰ (27,16‰, 21,07‰) y la insuficiencia cardiaca a 5,14‰ y 5,07‰ (5,26‰ y 4,43‰).

**Conclusiones:** Es necesario un control adecuado de la atención primaria en los casos de hospitalización potencialmente evitable. Se deben limitar las diferencias, que en las ABS de entorno no metropolitano se vinculan a un gradiente de distancia con la ubicación del hospital, mientras que en las ABS metropolitanas se explican mayormente por los factores socioeconómicos que determinan la opción por la atención pública o privada.

096

**LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA: 1997-2004**

M.B. Bustins Poblét, L.P. Padró Pitarch, C.P. Casas Puig, F.B. Brosa Llinares y E.A. Agustí Fabrè  
*Àrea de Serveis i Qualitat. Serveio Catalán de la Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** En el año 1990 se creó la primera unidad de cirugía sin ingreso. En el año 1993 se creó un programa de CMA estableciéndose un sistema de pago específico para el mismo. A partir de 1997 con el nuevo sistema de pago de actividad de agudos a los hospitales públicos se incentiva definitivamente la práctica de la CMA. Descripción de la evolución de la CMA en los hospitales públicos de Cataluña del año 1997 al 2004.

**Métodos:** Se utiliza el registro del CMBD de los hospitales de agudos de los años 1997 al 2004. Los criterios para seleccionar los procedimientos son: alta programada, de estancia 0, con un GRD potencialmente ambulatorizable y quirúrgico, y que no haya ocasionado ni éxitus ni traslado a otro hospital de agudos. El cálculo del índice de sustitución es: casos CMA\*100/casos CMA+casos susceptibles de ambulatorización del procedimiento.

**Resultados:** Los 5 GRD más frecuentes durante este período son: 1) Procedimientos quirúrgicos de cristalino con o sin vitrectomía, con un índice de sustitución de 51,9% (año 1997) y de 90,7% (año 2004); 2) Liberación del canal carpiano, con un índice de sustitución de 22,95% (año 1997) y de 94,8 (año 2004); 3) Exciación de varices de extremidades inferiores con un índice de sustitución de 37,36% (año 1997) y de 50,69% (año 2004); 4) Procedimientos sobre piel y tejido subcutáneo, con un índice de sustitución de 44,78% (año 1997) y de 77,65% (año 2004); 5) Procedimientos quirúrgicos de la articulación de la mano, pulgar y muñeca, con un índice de sustitución de 52,72% (año 1997) y de 57,98% (año 2004). Globalmente el índice de sustitución de todos los procedimientos potencialmente ambulatorizables es del 16,39% (año 1997) y de 51,40% (año 2004); esto supone un crecimiento en 7 años del 213%. La edad media de los pacientes atendidos con CMA es de 44,98 en el año 1997 y de 55,81 en el año 2004, básicamente motivado por el aumento de intervenciones sobre cristalino en una población envejecida. El número de hospitales que realizan CMA en el año 1997 es de 38 mientras que actualmente el 100% de los hospitales públicos de Cataluña (61 hospitales) tienen programa de CMA.

**Conclusiones:** La CMA ha permitido la reducción de pacientes en lista de espera para determinados procedimientos quirúrgicos, y ha permitido la optimización de las camas hospitalarias. Según las encuestas de satisfacción de los usuarios sobre los servicios recibidos se ha constatado una preferencia clara por este tipo de cirugía versus el ingreso hospitalario.

095

**SALVANDO DIFICULTADES GEOGRÁFICAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL**

N. Vega, M.C. Guindeo\*, R. Gallego, E. Oliva, A. Eisman, D. Silva y L. Palop

*Servicio de Nefrología.; \*Subdirección Médica Servicios Centrales; Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

**Antecedentes y objetivos:** La telemedicina es un compendio de tecnologías que incluyen la informática, redes de comunicación, videoconferencia y equipos médicos especializados. La base de la telediálisis es el uso de toda esta tecnología (videoconferencia, que permite realizar la consulta directa y la valoración clínica; telemetría, que permite la recepción remota de los datos que proporciona la máquina dializadora, tras analizar los resultados, y reprogramar la máquina si fuera preciso) aplicada al tratamiento de la diálisis peritoneal domiciliaria (DPA). La DPA hoy día está consolidada como la técnica dialítica domiciliaria preferente y es escogida por los pacientes como primera técnica en un porcentaje apreciable. Los objetivos son evitar los desplazamientos y reducir el número de visitas rutinarias al centro hospitalario, mejorar la atención al paciente y su calidad de vida, mejorar la formación del paciente (teleformación) y asistencia frente a problemas con el manejo de los elementos a utilizar en la terapia.

**Métodos:** Trece pacientes de una isla periférica (Lanzarote) y tres de un área geográfica alejada del hospital de referencia (Gran Canaria) que seguían tratamiento en DPA, fueron convertidos progresivamente al sistema de revisión mediante telemedicina conectando la máquina de diálisis a una línea telefónica convencional utilizando un módem. Se añade además un dispositivo de videoconferencia conectado a un televisor doméstico, utilizando tres líneas RDSI.

**Resultados:** En un período de 19 meses se realizaron 81 teleconsultas a los pacientes, 71 (88%) de Lanzarote y 10 (12%) de Gran Canaria. Se han detectado problemas relacionados con fallos en el sistema de videoconferencia y/o módem para descarga de información.

**Conclusiones:** La tecnología se integra perfectamente en el hospital y en el domicilio del paciente, no resulta intrusiva y es bien aceptada. Mejora la calidad de vida de los pacientes al reducir el número de desplazamientos al centro hospitalario de referencia. Mejora la atención del paciente, teniendo la posibilidad de aumentar la frecuencia de las revisiones en caso necesario, o a petición del paciente cuando este lo precisa. No se pierde la relación sanitario-enfermo, puesto que la reducción del número de desplazamientos al hospital no lleva vinculada una pérdida de contacto visual entre el paciente y el personal del hospital. Permite la resolución de problemas, visita domiciliaria de enfermería y teleformación del paciente en tiempo real. Reducción de los ingresos hospitalarios, teniendo la capacidad previa de valorar el problema y decidir si es necesario o no el ingreso.

097

**MEJORA FUNCIONAL EN UNIDADES DE CONVALECENCIA DE CENTROS SOCIOASISTENCIALES EN CATALUÑA**

E. Vallès, S. Llobet, X. Salvador, T. Salas, R. Vicente, R. Martínez, M. Bustins y E. Agustí

*CatSalut.*

**Antecedentes y objetivos:** En Cataluña existen 45 unidades de convalecencia (1450 camas). Estos servicios sirven para restablecer o mejorar una pérdida funcional acontecida por un proceso agudo atendido previamente en el hospital, mediante la provisión de fisioterapia y terapia ocupacional, así como de cuidados de enfermería. El objetivo de esta comunicación es describir la evolución funcional física y cognitiva de los pacientes ingresados en estos servicios.

**Métodos:** El registro de actividad del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de recursos socioasistenciales recoge la información de la actividad de las unidades de convalecencia. La información se recoge al ingreso y al alta. En cada uno de los cortes de información (ingreso y alta), se construyen índices que miden la capacidad funcional física (índice de Actividades de la Vida Diaria-AVD) y la capacidad funcional cognitiva (índice CPS)-Cognitive Performance Scale; ambos extraídos del instrumento de clasificación de pacientes RUG-III. El índice AVD se extrae a partir de información referente a la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria; oscila entre los valores 4 y 18, siendo 4 el valor que corresponde a las personas más válidas, y 18 a las más dependientes. El índice CPS se construye a partir de información que valora la capacidad cognitiva (estado de coma, memoria, orientación...); oscila entre los valores 0 y 6, siendo el valor 6 el que corresponde a los pacientes en estado comatoso o semicomatoso y el valor 0 a los de menor deterioro cognitivo. Se ha seleccionado la información de la actividad notificada al CMBD de convalecencia de todo Cataluña correspondiente al ejercicio 2003 a cuyos mismos pacientes en el momento del ingreso y del alta se han podido calcular ambos índices.

**Resultados:** De los 438 pacientes estudiados, la evolución del índice AVD es: 183 (41,8%) mejoran; 217 (49,5%) se mantienen y 38 (8,7%) empeoran. De estos mismos pacientes, del índice CPS: 355 (81%) lo mantienen; 48 (11,0%) lo mejoran y 35 (8,0%) lo empeoran. Analizando ambos índices simultáneamente: 32 (7,3%) mejoran; 200 (45,6%) se mantienen y 13 (2,9%) empeoran. Cuando no coincide la evolución de los dos índices, la combinación más frecuente es la mejora física acompañada del mantenimiento cognitivo (138 casos, 31,5%). Los porcentajes de mejoría en cada índice por separado aumentan si no consideramos las valoraciones iniciales extremas. De las 186 AVD iniciales cuyo índice se encuentra entre 8 y 14, 107 mejoran (57,5%). En las 130 CPS iniciales entre 2 y 4, 26 mejoran (20,0%).

**Conclusiones:** La mayoría de los enfermos mantienen su capacidad funcional o la mejoran (la mejoría funcional física destaca sobre la cognitiva: 41,8% versus 11,0%). Estos servicios cumplen su función de reestablecer o mejorar una pérdida funcional en un porcentaje razonable.

098

**INCUMPLIMIENTO DE VISITAS PROGRAMADAS EN ESPECIALIDADES**

M.J. Coronado, N. Vidaller, D. Martínez, M. Layola, M.J. Torres y J. Pujol  
*Institut Català de la Salut; SAP Granollers Mollet del Vallès; Nivel Hospitalario CAPII Mollet.*

**Antecedentes y objetivos:** La falta de asistencia a las visitas programadas constituye un elemento de distorsión del sistema sanitario, que influye negativamente en la eficiencia del sistema al incidir en el gasto y en las listas de espera. Se plantea valorar en el marco de la atención especializada la magnitud de la inasistencia a las visitas programadas como primera visita y sus causas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y transversal. Análisis de las agendas electrónicas de una muestra representativa de las visitas programadas como primeras visitas en un período de 6 meses y no realizadas por no asistencia del usuario en las consultas de tres especialidades: Cirugía Ortopédica y Traumatología, Dermatología y Neumología de un Centro de especialidades de Nivel Hospitalario de la red pública.

**Resultados:** En 6 meses fueron programadas 8.377 primeras visitas, de las que 1.154 (13,8%) no se pudieron realizar por falta de asistencia del usuario. La lista de espera de estas consultas oscilaba entre 8 y 33 días naturales. La encuesta telefónica realizada a una muestra de 205 usuarios, evidencia como causa de la no asistencia: 39% olvido, 15 % cambió la cita sin anular, 10% cedió la causa, 9% cambió a otro centro y 27% otras causas. El coste de estas visitas no realizadas fue de 27.004 euros y de haber anulado la cita y sustituir al paciente por otro se habrían reducido las listas de espera entre 17,5 días y 2,5 días.

**Conclusiones:** La falta de asistencia y en su caso de no anulación de las visitas concertadas es causa de disfunción en los servicios sanitarios, ocasiona un gasto innecesario y su corrección contribuiría a la reducción de las listas de espera y por lo tanto a una mayor eficiencia. Los motivos son en general evitables y banales. Es conveniente promover medidas de sensibilización a la población y mejora de gestión de visitas en los centros.

100

**SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN SANITARIA AL NIÑO CON ASMA EN UN ÁREA DE SALUD**

R. Mas Pons, R. Peiro Pérez, J.X. Torremocha Vendrell y C. Herrero Gil  
*Centro de Salud Pública de Alzira; Centro de Atención Primaria de Carlet.*

**Antecedentes y objetivos:** El asma es una de las hospitalizaciones pediátricas evitables mediante un buen control y seguimiento del proceso a nivel de la atención primaria de salud. Los objetivos del estudio son analizar las hospitalizaciones por asma infantil en un área de salud e identificar las intervenciones realizadas por los profesionales sanitarios de atención primaria para el control y seguimiento del asma infantil.

**Métodos:** Estudio descriptivo que combina metodología cuantitativa y cualitativa. Se han realizado 20 entrevistas semiestructuradas a pediatras y personal de enfermería de atención primaria. Previamente se elaboró un guión sobre los temas a tratar en la entrevista que incluía información sobre el tipo de intervenciones realizadas, su periodicidad y aspectos en los que se centran (actividades educativas, control ambiental, terapia farmacológica y medidas objetivas para valorar la gravedad y el control del curso de la enfermedad). Las entrevistas fueron grabadas para facilitar el análisis posterior del discurso. Los datos referentes a las hospitalizaciones pediátricas por asma se han obtenido a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos, para el periodo 2000-03. Se han calculado tasas de hospitalización crudas y específicas por zona básica y grupo de edad.

**Resultados:** El 27,3% de las hospitalizaciones por asma corresponden a niños de 0-14 años. La tasa bruta de hospitalización pediátrica por asma en el área fue del 6,68 por 10000 habitantes, oscilando entre 3,98 y 19,07 por 10000 habitantes según zona básica. La asistencia sanitaria prestada a los niños asmáticos en la atención primaria se realiza mayoritariamente en consulta a demanda. La información que se transmite sobre la enfermedad se centra fundamentalmente en factores desencadenantes, síntomas de alarma en el episodio agudo y técnicas inhalatorias. No se dispone en el centro de salud de métodos diagnósticos para el estudio de la función pulmonar, siendo la mayoría de los niños derivados al ámbito hospitalario. En ningún caso se entrega un plan de acción por escrito. No se realizan actividades grupales. Como principales limitaciones en la asistencia adecuada del niño asmático en la atención primaria se citan la excesiva carga de trabajo y la escasez de recursos materiales.

**Conclusiones:** El ámbito de la atención primaria resulta adecuado para el control y seguimiento del niño asmático, siendo necesaria una mayor implicación de los distintos profesionales sanitarios y una mejora en la dotación de los centros de salud. Con ello se conseguiría mejorar la salud y la calidad de vida de los niños y sus familias.  
*Financiación. Beca de investigación de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (PI-048/2004).*

099

**LA UTILIZACIÓN DE INDICADORES EXTRAÍDOS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) DE CALIDAD AYUDAN A MEJORAR EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ICTUS**

J. Asua e I. Gutiérrez-Ibarluzea  
*Plan de Salud- Bizkaia. Dpto. Sanidad, Gob Vasco; Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Dpto. Sanidad, Gobierno Vasco.*

**Antecedentes y objetivos:** Analizar el impacto de la implantación de indicadores de calidad extraídos de GPCs en la mejora del proceso ictus en los hospitales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (O-Svs).

**Métodos:** Para garantizar la calidad de atención del proceso ictus en los hospitales de O-Svs y su financiación, elegimos 12 indicadores por consenso, de entre aquéllos extraídos de GPC de calidad, evaluadas mediante el Instrumento AGREE. Durante 2003 dichos indicadores se pilotaron para establecer puntos de corte sobre los que basarse en la compra de procesos en 2004, cuando se evaluaron 209 historias extraídas de forma aleatoria de pacientes con ictus de los 4 hospitales terciarios de O-Svs. Se consideró ictus tanto isquémico como hemorrágico y Accidente Isquémico Transitorio (GRD versión 18.0: 14, 15 y 810).

**Resultados:** En 2004 se registraron 2237 ictus, media de edad: mujeres 73,44 y varones 69,17 años. Los indicadores obtuvieron unos valores aceptables en todos los hospitales examinados. 81% de los pacientes que llegaban a urgencias hospitalarias fueron monitorizados para comprobar el riesgo cardiovascular. El 77,8% recibían antiagregantes en las primeras 12 h tras evento. 51,6% contactó con el hospital en las primeras 6 h y tuvo TAC en las primeras 6 horas. 57% de pacientes tuvo ECO-Doppler Finalmente los factores de riesgo eran evaluados y se emitían recomendaciones para su modificación en el 65,1% de los casos. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hospitales.

**Conclusiones:** Observamos una mejora en todos los parámetros medidos al compararlos con el pilotaje del 2003. La variabilidad observada puede explicarse por la diferente disponibilidad de recursos y características de los hospitales estudiado y entendemos puede ser evitada mediante la disponibilidad de protocolos de manejo comunes para la indicación de pruebas diagnósticas y prescripción farmacológica, así como la estructura y función de los servicios responsables de los cuidados. En cualquier caso los indicadores extraídos de GPC se muestran como herramientas adecuadas para mejorar el proceso ictus.

101

**REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EFECTIVIDAD DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL ÁMBITO EXTRA-HOSPITALARIO**

A.I. Pedrosa Guerra, L. García Pérez y P.G. Serrano Aguilar  
*Servicio de Evaluación y Planificación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** El Plan de Salud de Canarias y el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica recogen la importancia de la rehabilitación cardíaca (RC) para el control de los factores de riesgo, la disminución de la morbi-mortalidad, la mejora de la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad isquémica. No obstante, son muy escasos los hospitales que ofrecen la RC debido a su alto coste por lo que el acceso no está garantizado para todos. El objetivo de este estudio es conocer la efectividad y coste-efectividad de la RC en el ámbito extra-hospitalario con el fin de orientar la política sanitaria.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de ensayos clínicos sobre la efectividad y el coste-efectividad de la RC extra-hospitalaria. Se aplicó una estrategia de búsqueda a las bases de datos INAHTA, Cochrane y OVID-Medline entre 2001 y abril de 2004. Se seleccionaron y revisaron los artículos que cumplían los criterios de inclusión (estudios que valoraran la RC extra-hospitalaria frente a la hospitalaria o frente a grupo control; pacientes con infarto de miocardio con o sin intervención posterior) de forma independiente por dos revisores.

**Resultados:** Se localizaron 327 resúmenes de los que se seleccionaron 48 para su revisión. Se incluyeron 17 artículos que se corresponden con 14 ensayos clínicos (uno de ellos no aleatorizado). Las intervenciones tienen distintas duraciones y contenidos, aunque la mayoría de ellas se desarrolla en el hogar y la muestra está formada principalmente por hombres. La mayoría de los estudios son de baja calidad metodológica. Los ensayos que comparan RC extra-hospitalaria con grupo control muestran mejoras de salud respecto a los factores de riesgo, la ansiedad y la calidad de vida o la capacidad para realizar ejercicios en el grupo intervenido. Los estudios que comparan los programas de ejercicios en el hogar con aquellos basados en el hospital muestran mejoras en la salud cardiovascular y en la capacidad funcional en ambos ámbitos, no habiendo incrementos del riesgo de paro cardíaco en los programas basados en el hogar. No existen estudios que valoren el coste-efectividad de la RC extra-hospitalaria.

**Conclusiones:** La RC basada en el hogar puede ser tan efectiva y segura como los programas basados en el hospital en pacientes con bajo o moderado riesgo. Sin embargo, es necesaria más investigación y de mejor calidad.

102

**UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE HOSPITALIZACIÓN POR TRASPLANTE RENAL. CATALUÑA 2003**

M. Cléries Escayola, T. Salas Ibáñez, E. Vela Vallespín, A. Bosch Gras, R. Martínez Abella, R. Deulofeu, M. Bustins y E. Agustí  
*Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña.*

**Antecedentes y objetivos:** Dada la creciente utilización del trasplante renal (TR), es necesario disponer de información para la evaluación del consumo de recursos que genera esta técnica compleja y de coste elevado. El objetivo de este estudio es describir las características de la actividad de hospitalización convencional (HC) de los pacientes que han recibido TR.

**Métodos:** Se ha analizado la actividad de HC correspondiente a los pacientes que recibieron un TR durante el año 2003, tanto del ingreso del TR como de los ingresos generados durante el año posterior al trasplante. Los datos se han obtenido del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de los hospitales de agudos y del registro de enfermos renales (RMRC), de Cataluña. Se han excluido los pacientes pediátricos, los residentes fuera de Cataluña y los que recibieron un TR simultáneo de otro órgano. Los datos se han analizado con el paquete estadístico SPSS 12.0S para Windows.

**Resultados:** Se han identificado 347 pacientes que han generado 769 ingresos (422 reingresos). La edad media de los pacientes es de 51,5 ± 14,3; el 59,1% son hombres. Los 769 ingresos (2,1 ± 1,4 ingresos por paciente) han causado 9.813 estancias, que suponen 28,3 estancias por paciente. La estancia media durante el ingreso por el trasplante fue de 17,3 ± 13,0 días, no observándose diferencias entre los 6 centros que realizan esta técnica (p = 0,2), ni entre hombres (17,5 días) y mujeres (17,2 días). La estancia media de los reingresos fue de 9,0 ± 11,0 días. El 26,3% de estos reingresos fue debido a problemas del aparato genitourinario, el 23,2% por infecciones y un 9,0% por trastornos cardiovasculares. Durante el reingreso, se les practicó un procedimiento diagnóstico o terapéutico (37,0%), hemodiálisis (6,9%), cateterización uretral (3,3%), transfusión de sangre (2,9%) o se les creó, se les revisó o se les extrajo, una fístula o cánula para diálisis (2,2%).

**Conclusiones:** Probablemente, el hecho de que el trasplante renal sea un procedimiento consolidado desde hace muchos años como el tratamiento de elección para los enfermos con insuficiencia renal terminal, condiciona la inexistencia de diferencias en los indicadores de actividad asistencial analizados entre los centros que realizan esta técnica. Aún así, el análisis de la actividad hospitalaria a partir de las distintas fuentes de datos disponibles es útil para la evaluación de los servicios sanitarios y contribuye a un mejor conocimiento del consumo de recursos.

104

**UNA REVISTA DE SALUD COMO INSTRUMENTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

V. Llusar Granell, D. Fernández Delgado, P. Ruiz Sánchez y P. Urce-lay Gentil  
*Salud Pública, C. Salud Los Angeles, Área 11, C. Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** En el proceso de participación comunitaria que desarrolla desde 1998 el centro de salud los Angeles a través de la comisión de educación para la salud y el consejo de salud surge la idea de publicar una revista, tras constatar la motivación para las actividades de educación para la salud y las necesidades de la población evidenciadas en consultas y ocasionalmente en catástrofes y problemas sociosanitarios puntuales que alarman a nuestra población. La revista va dirigida a los usuarios del área básica de salud: jóvenes, adultos y mayores. El centro tiene adscrita 30000 personas, sobrepasadas por inmigrantes y transeúntes. **Objetivo:** fomentar la autoresponsabilidad sanitaria y autocuidado en usuarios y ser un medio de participación.

**Métodos:** La Revista es coordinada por un medico de Salud Publica y un medico representante de la Comisión de Participación Comunitaria. El contenido: artículos elaborados por los médicos según celebraciones OMS, problemas de salud estacionales, y fotos de folletos elegidas por los miembros del Consejo de Salud. Revista mensual. Los ciudadanos disponen de ella en las salas de espera de las consultas, mostradores de citación y farmacias y herbolarios del centro.

**Resultados:** Se logra la financiación de Salud Publica, y la edición del primer número monográfico sobre tabaquismo el día mundial sin tabaco. Han participado 4 médicos, un periodista jubilado idealizador del proyecto y una diseñadora grafica, ambos usuarios del centro, líderes del barrio, como profesores, educadores, farmacéuticos y sacerdote. Se han editado 1.000 números, en su distribución han participado los usuarios como protagonistas del proceso comunitario. Ha facilitado el contacto con otros sectores sociales para realizar alguna acción conjunta de salud. Forma parte de nuestra estrategia de comunicación con la población.

**Conclusiones:** Se trata de un trabajo de Atención Primaria orientada a la comunidad en el que se pretende extender la prevención desde la consulta hasta la comunidad, integrando la Atención Primaria y la Salud Publica e incorporando los representantes de la comunidad sobre las características de la misma y sus problemas de salud prioritarios. Los primeros datos descriptivos expresan un impacto significativo del proyecto, en el que destacan la utilización del recurso, el elevado número (250) de consultas registradas de pacientes sobre el tema tratado y la participación de los usuarios. Son factores que sustentan este modelo de intervención en la atención de los pacientes, dentro del proyecto globalizador de participación comunitaria de la zona. Facilita los contactos interinstitucionales y el intercambio de información entre grupos que desarrollan programas de salud y cuantas personas, grupos y entidades estén interesadas.

103

**UN CASO DE MALA PRAXIS INSTITUCIONAL: A PROPÓSITO DEL HOSPITAL SEVERO OCHOA**

M. Sánchez Bayle y M. Martín García  
*Federación Asociaciones Defensa Sanidad Pública.*

**Antecedentes y objetivos:** La persecución de la mala praxis profesional se encuentra regulada en los estatutos y convenios del personal, no ocurre lo mismo con la mala praxis institucional.

**Métodos:** Descripción de los hechos en un caso de mala praxis institucional: la actuación de la Consejería de Sanidad de Madrid a propósito de las sedaciones a pacientes terminales en el Hospital Severo Ochoa de Leganes.

**Resultados:** 1) Se produce una denuncia anónima sobre supuestas sedaciones anómalas en el Hospital de Leganes; 2) A pesar de ello y de existir una inspección anterior en 2003, se le da amplia publicidad asumiendo de manera implícita la responsabilidad de los profesionales; 3) Se produce el cese del coordinador del servicio de urgencias, primero temporalmente y luego de forma definitiva, que continua ejerciendo sus funciones asistenciales en el hospital (anestesia); 4) La fiscalía reclama a la Comunidad de Madrid las historias clínicas, que se demora en facilitárselas por lo que se amenaza con enviar a la policía judicial; 5) Se produce un primer informe de la inspección que sólo señala errores administrativos; 6) La Comunidad de Madrid nombra un "comité de expertos" cuya composición tiene un sesgo evidente y la mayoría de cuyos miembros carecen de cualificación y conocimientos sobre el tema; 7) El comité emite un informe señalando 73 presuntas sedaciones irregulares. Recibe amplia publicidad mediática, pero no se presenta una denuncia judicial ni se abre un expediente; 8) Se realiza un primer informe de la fiscalía sobre un número reducido de casos señalando que no se han encontrado prácticas irregulares; 9) Las historias clínicas son llevadas desde el hospital a la Comunidad de Madrid, desde ese momento se produce la publicación de numerosos detalles confidenciales de las mismas, así como de las actas de las reuniones de los comités hospitalarios; 10) La mayoría de los familiares no se han sumado a las reclamaciones a pesar de que han sido personalmente llamados por un medio de comunicación y por las asociaciones denunciantes. Sólo existe una denuncia de un familiar; 11) La fiscalía ha vuelto a abrir diligencias para investigar los casos señalados por la comisión de la Comunidad de Madrid, cuyos resultados están pendientes; 12) Posteriormente se ha abierto expedientes a cinco profesionales que están en suspenso a expensas de las actuaciones judiciales; 13) Hasta ahora, seis meses después, ninguno de los supuestos implicados ha sido llamado a declarar, ni por la administración sanitaria, ni por la "comisión de expertos" ni por la inspección sanitaria.

**Conclusiones:** Se concluye que ha existido una mala praxis institucional, evidenciada por: 1) Vulneración de la presunción de inocencia, 2) Divulgación pública de una denuncia anónima, 3) No utilización de los cauces establecidos reglamentariamente para la investigación de los hechos, 4) Falta de control de la documentación clínica en custodia que ha producido la difusión pública de contenidos protegidos por la ley como confidenciales, 5) Negación práctica del derecho a la defensa de las personas implicadas.

105

**EL COSTE DE FARMACIA ASOCIADO A LOS PACIENTES CON BACTERIEMIAS INTRAHOSPITALARIAS**

F. Cots, R. Terradas, M. Riu, H. Knobel y S. Grau  
*Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica; Servicio de M Interna- Infecciosas; Servicio de Farmacia; Hospital del Mar.*

**Antecedentes y objetivos:** La incidencia de bacteriemias nosocomiales es un indicador de calidad de primer orden. Las infecciones por bacteriemia suponen una complicación en el proceso hospitalario que requiere un mayor consumo de recursos e incluso puede llevar a la muerte del paciente. El coste relacionado con las bacteriemias, normalmente se evalúa mediante el aumento del número de estancias necesarias. Para conocer de manera efectiva el coste asociado a las bacteriemias debemos disponer de un registro exhaustivo de las mismas y disponer de un sistema de información de costes que permita conocer la variabilidad de costes por paciente en relación con sus características clínicas. El Objetivo es cuantificar el coste incremental de farmacia relacionado con la existencia de una bacteriemia intrahospitalaria.

**Métodos:** Se analiza la información de CMBD, sistema de información de costes y registro de bacteriemias del hospital del Mar del año 2003: 216 bacteriemias sobre un total de 21.916 pacientes ingresados. Se calcula el coste medio de farmacia por patología (GRD) y sobre esta base se evalúa el coste extra de farmacia relacionado con los pacientes con (Cfarm bactj GRDi-Cfmedio GRDi) donde j es el caso con?bacteriemia. bacteriemia y i identifica la patología (GRD). En segundo lugar, se ajusta el coste de farmacia por paciente de las 21.916 con el hecho de haber sufrido una bacteriemia ajustado con el coste relativo del GRD, el indicador de severidad APR\_GRD, UCI, ingreso urgente y muerte. Se transforman mediante logaritmos todas las variables para normalizar la distribución de la variable costes.

**Resultados:** El coste de farmacia incremental de los pacientes con bacteriemia es de 429.864 #euro con un valor unitario de 1.990 euros por caso. El 1% de las altas representa el 13,4% de los costes totales de farmacia. La relación ajustada multivariante nos permite establecer que existe una elasticidad del 158% entre la existencia de bacteriemia y incremento del coste de farmacia.

**Conclusiones:** Existe una clara relación entre coste de farmacia y la incidencia de bacteriemia hospitalaria. Este valor debe ser entendido como un indicador de no calidad que incluye el coste de oportunidad de su mejora. La seguridad del paciente es, en si misma, un objetivo básico para el hospital, pero cuando a ello añadimos los costes que lleva asociados, se convierte en un objetivo evaluable. Dado que un porcentaje de bacteriemias nosocomiales es evitable, es una buena estrategia invertir recursos en su prevención.

## COMUNICACIONES EN CARTEL

### Desigualdades

#### PLAN DIRECTOR DE INMIGRACIÓN Y COOPERACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

E. Alonso Mayo, I. de Juan Creix, M. Ros Collado, C. Ollé, M. Corderas, M.L. de la Puente Martorell y M. Corachan  
*Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** Ante el fenómeno creciente de la inmigración extranjera hay en Catalunya algunas políticas clave de acomodación en relación con la salud. Los diversos planes interdepartamentales de la Generalitat ya dieron lugar a algunas iniciativas previas. El Plan director de Inmigración y Cooperación en el ámbito de la salud se propone ahora ordenar y planificar estas dos áreas, asesorar a los profesionales y centros y mejorar las desigualdades en salud y en el acceso a la salud, a través de los siguientes objetivos: Análisis de la situación, mejora de los sistemas de información, y ordenación e impulso de la investigación. Mejora del acceso, mediante un plan de acogida, un plan de formación de profesionales, y un plan de mediación. Mejorar la salud de la población inmigrada en las áreas clave ya conocidas: Área Materno-infantil, Salud mental, Tuberculosis, Infecciones de transmisión sexual y parasitarias. Planificar y coordinar la red de unidades de salud internacional de referencia. Además de ello, el plan director ordenará y optimizará la cooperación sanitaria, en consonancia con las políticas gubernamentales de cooperación, y buscando las sinergias entre la cooperación y la inmigración.

**Métodos:** En 2004, el Departament de Salut ha priorizado 6 planes directores, entre ellos el Plan director de Inmigración y Cooperación en el ámbito de la salud. Este se ha puesto en marcha, con un Consejo asesor, una comisión permanente, y diversos grupos de trabajo relacionados con los objetivos descritos. A través de un comité de enlace, el conjunto del sistema sanitario habrá de asumir y adoptar los cambios necesarios para hacer frente a nuevas realidades como el aumento de población inmigrante.

**Resultados:** En 2005, algunos de los grupos de trabajo ya han dado presentados sendas propuestas de planificación y proyectos en salud internacional, y en cooperación sanitaria. Se ha revisado la encuesta de salud de Catalunya en relación a la inmigración, y se estudian las variables y registros de los sistemas de información. En acogida, se trabaja transversalmente con otros departamentos en un plan integral. Se realizan estudios sobre la oferta y las necesidades de mediación en salud, que nos permitan definir un modelo.

**Conclusiones:** Se ha institucionalizado un plan director que, aglutinando iniciativas anteriores dispersas y recursos aislados, permita al conjunto del sistema sanitario dotarse de las estrategias y los cambios en competencias para afrontar con calidad situaciones novedosas como la del aumento sostenido y acelerado de población inmigrante.

107

106

#### ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

A.M. Maldonado Ramos  
*Distrito Sanitario Málaga (SAS).*

**Antecedentes y objetivos:** Desde que en 1980 la OMS reconoció al maltrato contra la mujer como el crimen encubierto más frecuente del mundo, causando tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer y más que los accidentes de tráfico, distintas instituciones de ámbito europeo, estatal y autonómico han ido elaborando resoluciones, declaraciones, informes. En 1998, y siguiendo lo establecido en el Plan de actuación del Gobierno Andaluz para Avanzar en la Erradicación de la Violencia contra las mujeres, se elabora y firma un Procedimiento de Coordinación entre todas las instituciones implicadas.

**Métodos:** En Enero del año 2000 se constituye en Málaga la Mesa Técnica de Salud para los Malos Tratos Mujeres. Seguidamente se constituye en el Distrito un grupo de trabajo para diseñar la estrategia de actuación, teniendo en cuenta que la mayoría de la actividad asistencial se produce en consultas ordinarias, no de urgencias. Plan de actuación: 1) Desarrollo de Talleres de Formación. 2) Creación de un grupo de trabajo. 3) Elaboración de una guía. 4) Diseño de algoritmos. 5) Establecimiento de un circuito para el trámite de los partes de lesiones. 6) Difusión, por parte de los miembros del grupo, de la guía elaborada en todos los centros de salud. 7) Formación Continua de los profesionales y ofrecer anualmente el análisis de la actividad realizada.

**Resultados:** 1) Elaboración de la guía, 2) Sesiones en todos los centros al menos una vez al año, 3) Talleres de formación (se han formado 120 profesionales entre médicos de familia, pediatras, matronas, enfermeras y t. sociales), 4) Elaboración e implantación un protocolo de intervención específico para los trabajadores sociales, 5) Se han tramitado 845 partes de lesiones, y una treintena de informes de los trabajadores sociales (sin partes). El 42% corresponden a personas atendidas en los puntos de urgencia, el resto se han tratado en las consultas a demanda de los centros de salud. El tipo de maltrato que se ha detectado es mayoritariamente físico (90,3%), siendo las mujeres las principales víctimas (93,59%). En cuanto a la relación con el agresor, en el 43,3% de los casos era el marido, en el 29,09%, la pareja. En aproximadamente 9% de las ocasiones, la agresión provenía de los exmaridos o exparejas.

**Conclusiones:** 1. La formación específica y continua es fundamental para la concienciación y sensibilización de los profesionales. 2. La coordinación intersectorial debe permitir el conocimiento mutuo y el trabajo conjunto entre los profesionales. 3. Es necesario que las actuaciones en el ámbito sanitario se vean respaldadas por medidas legales y de protección eficaces. 4. Para llevar a cabo programas de este tipo es imprescindible el compromiso de la Dirección y la existencia de una figura de referencia que mantenga vivo el tema.

## COMUNICACIONES EN CARTEL

### Salud reproductiva

#### DEPRESIÓN POSPARTO, SOBRECARGA PERCIBIDA Y DEMANDA DE AYUDA A LOS SERVICIOS SANITARIOS

G. Maroto Navarro, M.M. García Calvente, I. Mateo Rodríguez, I. Ruiz Pérez, J. Romero González, M.J. Moreno García y A. Chileme López  
*Escuela Andaluza de Salud Pública; Hospital Costa del Sol de Marbella; Hospital Maternal de Granada; Centro de Salud de Nerja.*

**Antecedentes y objetivos:** La incidencia de depresión posparto en países occidentales oscila entre el 10 y 20%. Gran parte de la sintomatología depresiva no es consultada, viéndose agudizada con frecuencia cuando no es tratada a tiempo, y en muchos casos, acabando en ingresos de urgencia. En este trabajo se plantea conocer qué factores relacionados con la depresión posparto determinan la demanda de ayuda formal. *Específicamente se propone:* 1) analizar la asociación del estado de ánimo de las madres en distintos momentos después de dar a luz con diferentes variables de salud y psicosociales, 2) explorar las variables que determinan la demanda expresa de ayuda de los servicios sanitarios, por un lado, y por otro, la consulta a algún profesional por problemas psicológicos después de tener un hijo/a.

**Métodos:** Estudio epidemiológico de seguimiento prospectivo con madres en cuatro momentos después de dar a luz. Participan 459 mujeres al alta, al mes y tercer mes posparto, y 290 cuatro años después (recogida de datos del año 1999 al 2003). Se utilizan cuestionarios estructurados y el Inventario de Depresión de Beck para evaluar el estado de ánimo. Se realizan distintos modelos de regresión logística con diferentes variables sociodemográficas, de salud y psicosociales, para cada fase de estudio y por objetivos.

**Resultados:** La percepción de sobrecarga de las mujeres aumentan el riesgo de depresión al mes y a los cuatro años posparto [1,36 (1,16 - 1,59)] y [1,32 (1,11 - 1,58)] respectivamente. Aunque a nivel bivariado hay un mayor porcentaje de madres con depresión que informan necesitar ayuda de los servicios sanitarios tras el parto, controlando por otras variables sociodemográficas y psicosociales, son la mayor sobrecarga percibida y la primiparidad las que determinan tal necesidad de ayuda [primiparidad: 1,5 (p = 0,05), sobrecarga al mes posparto: 1,17 (p = 0,001), sobrecarga al tercer mes: 1,24 (p < 0,001)], así como la consulta a algún profesional por problemas psicológicos [primiparidad: 8,95 (p = 0,06), sobrecarga al tercer mes: 2,03 (p = 0,046)].

**Conclusiones:** Las intervenciones en depresión posparto han estado determinadas tradicionalmente por modelos teóricos centrados en factores biológicos que limitan la prevención, y en menor medida en otros factores psicosociales como la acumulación de altos niveles de estrés y sobrecarga de trabajo después de tener un hijo/a, y que, como se ha comprobado en este trabajo, son en parte responsables de las demandas de apoyo formal.

*Financiación. Fondo de Investigaciones Sanitarias y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.*