

## COMUNICACIONES ORALES III

### Comunicación

#### PUBLICIDAD, PERSUASIÓN Y EVIDENCIA CIENTÍFICA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

B. Cambronero-Saiz, M.T. Ruiz-Cantero, M. Carrasco-Portiño, J. Monserrat Gauchi, N. Papi Gálvez et al

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Departamento de Sociología II, Psic., Comun. y Didáctica.*

**Antecedentes y objetivos:** La rigurosidad de la información dada en la publicidad de fármacos (PF), es fundamental para la correcta utilización y prescripción de los mismos. La OMS elaboró una guía sobre los criterios éticos para la promoción de medicamentos, en los que se destaca la importancia de la aparición de datos sobre la seguridad del fármaco. Se pretende explorar las estrategias de publicitarias para la promoción de fármacos en las revistas científicas utilizadas por las compañías farmacéuticas.

**Métodos:** Revisión bibliográfica en Medline, Sociological Abstracts, Social Science, Medline, Scopus, Lilacs, Social Services Abstract y ERIC (2000-2005). Palabras claves: "medications" "drug industry" y "advertising". 1) *Criterios de inclusión:* investigaciones empíricas (inglés y español) sobre PF en revistas especializadas médicas (RE), de divulgación científica (RDC) y trípticos publicitarios. 2) *Criterios de exclusión:* PF en medios de comunicación masivos, sobre ética editorial y PF directa al consumidor. Análisis de contenido sobre metodología (variables), resultados y conclusiones de los artículos resultantes.

**Resultados:** De un total de 541 artículos encontrados, solo 15 poseían los criterios de inclusión. En 12 de ellos, la PF analizada pertenecía a RE, 2 a RE y de RDC, y 1 a investigación de trípticos. Las revistas en donde se ha analizado la PF son en su mayoría de medicina interna y general (12 artículos), pero también en otras especialidades: pediatría (4), ginecología y obstetricia (3), psiquiatría (4), cirugía (3), neurología (3), urología (1), cardiología (1), circulación (1) y gastroenterología (1). Solo 3 artículos seleccionan a priori el fármaco cuya publicidad se va a investigar. Ningún artículo analiza marcas comerciales. Por otro lado, 14 de los artículos presentan un análisis del contenido de la PF y 4 de ellos un análisis de la imagen, identificando en todos ellos el factor sexo, y solo 1 edad y etnia. La característica más considerada fue la inclusión de referencias bibliográficas (validez y accesibilidad) en la PF (60%). Además, 4 (26,7%) artículos estudian las indicaciones en la PF, 13,3% las contraindicaciones, 13,3% las advertencias, y 4 la posología.

**Conclusiones:** A pesar de la creencia generalizada sobre que la PF no es suficientemente informativa o veraz, existen escasas publicaciones que realicen análisis empíricos de la publicidad de medicamentos. Además, la falta de homogeneización en las variables utilizadas, dificultan la comparación de *Financiación. Instituto de la Mujer.*

#### LA CONSTRUCCIÓN MEDIÁTICA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA PRENSA ESPAÑOLA (2000-2005)

G. Ortiz Barreda, C. Vives Cases, R. Ortiz Moncada et al  
*Observatorio de Políticas Públicas y de Salud (OPPS)-Área de Medicina Preventiva y Salud Pública-Universidad de Alicante.*

**Antecedentes y objetivos:** La obesidad es reconocida como un problema de Salud Pública. En España el 14,5% de la población adulta es obesa y el 38,5% presenta sobrepeso. Debido a su carácter complejo la obesidad necesita ser abordado desde diferentes enfoques. Desde la incorporación de la salud a la agenda periodística, los medios de comunicación han ejercido influencia en el conocimiento y percepción de los colectivos, y a la vez han incidido en el curso mismo de las políticas. Conocer el tratamiento periodístico de la obesidad y sobrepeso en la prensa escrita, puede brindar un aporte empírico sobre la real dimensión de esta temática. En este estudio se pretende determinar la frecuencia y características de las noticias de obesidad y sobrepeso en la prensa escrita española durante el período 2000-2005.

**Métodos:** Análisis de contenido cuantitativo de noticias sobre obesidad y sobrepeso publicadas en los tres diarios de mayor tirada nacional —El País, El Mundo y ABC— entre enero 2000 y diciembre 2005. En total, se incluyeron 648 noticias. Se creó un cuestionario ad hoc con las variables de fecha de la publicación, día de la semana, diario, tipo de noticia o género, sección, referencias geográficas, tema específico del titular de la noticia, ámbito de la fuente principal, sexo de la fuente principal, autor(a)/periodista, sexo del periodista o autor(a), colectivo receptor de la noticia, ámbito receptor de la noticia. Se realizó un estudio descriptivo basado en frecuencias, porcentajes y cruces de variables.

**Resultados:** La cobertura periodística del tema se incrementó a lo largo del tiempo, pasando de 24 noticias en 2000 a 165 en 2005. El incremento más importante se produjo en diciembre de 2002 reuniendo 90 de las 173 noticias sobre el tema publicadas en ese año. Las noticias se centraron sobre todo en denuncias (35,3%; n = 229). Las noticias sobre iniciativas y estrategias políticas fueron las menos frecuentes (3,4%; n = 22). El 73% de hombres aparecen como fuente informativa. El 41% de los hombres y 41,5% de las mujeres provienen del ámbito científico. El 57,2% de las noticias fueron firmadas por mujeres.

**Conclusiones:** Los resultados muestran un incremento de la frecuencia de las noticias sobre obesidad y sobrepeso entre 2000-2005, la mayoría han pretendido principalmente evidenciar este problema. Se destaca un leve despliegue periodístico sobre las noticias relacionadas con iniciativas y estrategias políticas, lo que se puede explicar por la escasa interacción entre la agenda política y mediática. Por tanto, se requiere encontrar alianzas que permitan a la población acceso constante a la información sobre las acciones mediáticas.

#### ANÁLISIS DE LAS NOTICIAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN LA PRENSA ESPAÑOLA

B. Cambronero Saiz, M.T. Ruiz Cantero, M. Carrasco-Portiño, J. Monserrat Gauchi, N. Papi Gálvez et al

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Alicante. Departamento Sociología II, Psic., Comun. y Didáctica.*

**Antecedentes y objetivos:** Las estrategias de comunicación de la Industria Farmacéutica para crear la necesidad y demanda de un fármaco son tan legítimas como las de cualquier otro producto. Pero, desde la salud pública, esta legitimidad puede ser tema central de debate. La rigurosidad de la información y el tratamiento mediático de la noticia es imprescindible para asegurar la correcta utilización de los fármacos. El estudio pretende explorar el tratamiento mediático de las noticias de Viagra y Terapia Hormonal Sustitutiva en el diario El País.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo de las noticias sobre Viagra (V) en el año de salida al mercado [1/01 a 31/12/1998], y sobre Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) [1/01/1998 a 31/12/2006] en El País. Fuente de información: base de datos digital de El País. *Variables recogidas:* 1) de control [tema (V o THS), presencia/ausencia del nombre del fármaco], 2) de contenido [aparición/ausencia de: indicación terapéutica, mecanismos de acción del medicamento, contraindicaciones, dosis de uso, reacciones adversas, barreras de adquisición del fármaco] y 3) de género [identificación del sexo y roles]. Índice de concordancia inter-observadoras (89,8%).

**Resultados:** Ninguna noticia de THS mencionaba el nombre comercial de los fármacos frente a las de V. La información mostrada en las noticias de V respecto a las noticias sobre THS es, sobre: indicación terapéutica (84% V, 68% THS), contraindicaciones (26% V, 19% THS), dosis de uso (21% V, ninguna THS), interacciones con otros medicamentos (16% V, 3,2% THS) y reacciones adversas (37% V, 90% THS). Las barreras de adquisición del fármaco (económicas y de disponibilidad) no se mencionan en las noticias de THS, mientras que se hace en el 53% en las de V. Los hombres aparecen en un 68% en las noticias de V y un 42% en las noticias de THS. En el caso de las mujeres, aparecen 21% y 52% en el caso de V y THS, respectivamente.

**Conclusiones:** Las noticias de THS no mencionan el nombre comercial de los fármacos en comparación con el caso de la disfunción sexual masculina y su medicamento, Viagra. Pese a que aparece un mayor número de noticias de THS referentes a los efectos adversos, pudiendo indicar una mayor prevalencia de los mismos, la información referente a la seguridad del fármaco (indicación terapéutica, contraindicaciones, dosis de uso e interacciones) es más frecuente en las noticias de V respecto a THS. En lo referente a la visibilidad de ambos sexos, existe una representación más paritaria en las noticias de THS que en las de V. *Financiación. Instituto de la Mujer.*

O-068

**ESPACIOS SIN HUMO: DE LA PERSUASIÓN A LA OBLIGACIÓN**

J.R. Villalbí, M. Cusi, V. Madrueño, J. Durán, P. Balfagón, S. Portaña, M. Salamero, J. Guix et al

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas de prevención del tabaquismo durante el año 2006 ha planteado nuevos retos a los servicios de salud pública. En esta comunicación se presentan las acciones de los servicios de salud pública de la ciudad de Barcelona para conseguir un mejor seguimiento de lo prescrito en la ley. Estas se concentran en una primera fase esencialmente informativa (hasta septiembre de 2006 en que entró en vigor la obligación de separar físicamente las zonas de fumadores en bares y restaurantes mayores de 100 m<sup>2</sup> que permitiesen fumar), y una segunda fase en que se activan de forma general los mecanismos de ejercicio de la autoridad sanitaria.

**Métodos:** Se describe la estrategia seguida por la Agencia de Salud Pública para conseguir un buen cumplimiento. Se revisan indicadores relativos a la generalización de espacios sin humo en la ciudad, con particular referencia al sector alimentario. Se presentan los datos con énfasis en el período que se inicia en septiembre de 2006, estimando cuando proceden frecuencias por 100.000 personas-año.

**Resultados:** La implantación de la ley en los centros de trabajo, educativos y de transporte se saldó sin incidentes ni quejas relevantes ya en el período inicial, salvo en algún centro docente o de transporte. En el sector alimentario el proceso ha sido más complejo, por la existencia en la Ley de normas peculiares para bares y restaurantes, con moratorias para la entrada en vigor de algunos preceptos, y por la existencia de establecimientos de pastelería o panadería con degustación, parte de los cuales tienden a comportarse como bares/café. Estimando la frecuencia de sucesos relacionados con esta actividad, se calculan 35,44 denuncias por 100.000 personas-año. Las inspecciones desencadenadas por denuncias ciudadanas resultaron en la incoación de 5,44 expedientes sancionadores por 100.000 personas-año, todos los cuales incluían al menos una falta grave, típicamente permitir fumar o habilitar zonas para fumar de forma inapropiada. A la mitad de estos expedientes se les presentaron alegaciones dentro de los plazos previstos, casi siempre con la implicación formal de abogados. A los dos meses de incoado el expediente se le había impuesto una sanción al 50%.

**Conclusiones:** La implantación efectiva de la ley precisa de políticas activas de información y comunicación así como del ejercicio real de la autoridad sanitaria en el sector alimentario, donde la ley plantea peculiaridades que no facilitan su cumplimiento. La gestión de la autoridad requiere esfuerzos de los servicios de salud pública y la definición de prioridades, pero permite obtener progresos. La coordinación entre inspección, tecnoestructura y alta dirección son cruciales para avanzar.

O-070

**DISEÑO DE UN MATERIAL DE ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA POBLACIÓN ECUATORIANA**

S. Valmayor, L. Leyva, G. Torrescusa, C. Olid et al

*Associació CEPS. Associació per a la Prevenció i la Promoció de la Salut. Ajuntament de Montcada i Reixac. Concejalía de Salud Pública i Consumos.*

**Antecedentes y objetivos:** Desde el 2004 se trabaja en la formación de Agentes Comunitarios de Salud ecuatorianos (ACS) de Montcada i Reixac. Sus funciones son informar, derivar y/o acompañar a recursos sanitarios, sociales, educativos y legales a ecuatorianos que viven en el municipio. Una de las demandas más habituales que reciben es cómo conseguir la tarjeta sanitaria (TS). En este contexto se diseña un material gráfico de soporte a la información que dan los ACS para acceder a los servicios sanitarios.

**Métodos:** En el diseño participan cuatro ACS, una técnica de salud y una diseñadora gráfica y profesionales sanitarios municipales que verifican los contenidos. Se realiza una entrevista grupal con los ACS para analizar los conocimientos y las creencias relacionadas con la conducta de acceso a los servicios sanitarios de la comunidad ecuatoriana. La evaluación formativa consiste en una prueba piloto para incorporar modificaciones del material. Se diseña un cuestionario administrado por ACS y la técnica de salud, con un total de 24 ítems de formato (imágenes, tipografía y tamaño) y de contenido (comprensión, claridad, aceptación, utilidad, aprendizaje, y recuerdo). Se combinan preguntas cerradas y preguntas abiertas.

**Resultados:** *Diseño:* para incidir en los conocimientos y creencias se decide incluir cómo obtener la TS, qué hacer cuando se está enfermo por orden de gravedad, remarcar que las urgencias no tienen seguimiento, la atención sin TS y las direcciones. En cuanto al formato se diseña un tríptico, tamaño bolsillo, con la imagen de la TS, a cuatricromía, bilingüe, con dos propuestas de fotos para la portada, una de los ACS y otra de un tapiz tradicional. *Evaluación formativa:* 20 ecuatoriano/as del municipio evalúan el material, un 65% son mujeres. Del formato se aumenta el tamaño del tríptico y letra (propuesto por un 70%), la portada se diseña con el tapiz (un 40% no se sienten identificados con la foto), se modifican imágenes de la TS y mapas. Del contenido todos aceptan su claridad y utilidad y un 63% creen prioritario recordar saber qué hacer ante una enfermedad y las direcciones. Un 65% han aprendido los requisitos para acceder a la sanidad y a diferenciar entre enfermo de emergencia y de urgencia.

**Conclusiones:** Es factible diseñar materiales de salud para población inmigrante formando un equipo de profesionales y población diana, analizando los determinantes de las conductas de salud y realizando evaluaciones formativas. Incorporar a la población en el diseño de materiales de salud mejora su aceptabilidad, agradabilidad, comprensión y utilidad.

*Financiación. Departament de Benestar i Família.*

O-069

**PROMOVER EL USO DE LAS ESCALERAS EN PUNTOS DE TOMA DE DECISIÓN DEL METRO: VALORACIÓN DE MENSAJES**

A. Puig Ribera, F. Eves et al

*Ciències de l'Activitat Física i l'Esport. Universitat de Vic. School of Sport and Exercise Sciences. University of Birmingham.*

**Antecedentes y objetivos:** Ante la amenaza que el sedentarismo supone para la salud pública, existe una necesidad urgente de fomentar la práctica regular de actividad física (AF). El énfasis actual de la promoción de AF se halla en estrategias que facilitan la acumulación de AF a lo largo del día, integrándola dentro del entorno y rutina habitual de las personas. Subir por las escaleras con regularidad es accesible, gratis, no requiere equipamiento, y es beneficioso para la salud debido a su gasto calórico superior a otras actividades cotidianas como caminar. En países anglosajones, la evidencia señala la efectividad de intervenciones que fomentan subir por las escaleras. En nuestro país, no existe ninguna evidencia al respecto. Este estudio valora la capacidad de 3 mensajes sobre la toma de decisión de los pasajeros para subir por las escaleras en vez de tomar las mecánicas en las estaciones de metro de Barcelona.

**Métodos:** Se empleó una metodología casi-experimental. En una fase preliminar de dos semanas, dos observadores codificaron el número de pasajeros que subían por las escaleras o tomaban las mecánicas a la salida del metro, dos días por semana de 8:00-10:00. Se controlaron las variables de género, edad aparente, etnia y presencia de bolsos o niños acompañantes. La observación se repitió durante 6 semanas con la exposición de tres mensajes, en períodos de dos semanas cada uno: "Cuide su salud, suba por las escaleras", "Gane salud y tiempo, suba por las escaleras", "Suba por las escaleras, 7 min al día bastan para cuidar su salud". Se escribieron en catalán y castellano en tiras adhesivas situadas entre rellano y rellano de ocho escaleras. La observación se repitió durante una fase de seguimiento de tres semanas sin mensajes, iniciada dos semanas después de haberlos quitado.

**Resultados:** Se realizaron 33.119 observaciones. Un 5,9% subió por las escaleras en la fase preliminar, un% bajo comparado con estudios anglosajones (media de 11,6%). La intervención aumentó el uso de las escaleras en un 45% (OR 1,45; p<.001; CI 1,25-1,68). No se encontraron diferencias significativas entre los mensajes. En la fase de seguimiento, el uso de escaleras disminuyó pero se mantuvo un 27% por encima de la fase preliminar (OR 1,27; p < 0,001; CI 1,10-1,48).

**Conclusiones:** Promocionar el uso de las escaleras es una intervención efectiva y beneficiosa para la población. La respuesta menor inicial, posiblemente relacionada con un mayor % de personas precontemplativas, indica la necesidad de efectuar acciones que mejoren la concienciación poblacional hacia la AF. En un futuro, se debería estudiar la efectividad de otros mensajes, y otros lugares como centros de trabajo.

*Financiación. "Pla Integral per a la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació Saludable (PAAS)" de la Generalitat de Catalunya.*

O-071

**LA INFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORECTAL**

G. Binefa, M. Navarro, O. López, M. Peris, J.M. Borràs et al

*Institut Català d'Oncologia. Pla Director d'Oncologia.*

**Antecedentes y objetivos:** El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colorrectal (CCR) se inició como prueba piloto en el año 2000 en la ciudad de l'Hospitalet de Llobregat. La implantación de un programa de estas características, supone, además de una gran implicación de tiempo, recursos materiales y estrictos controles de calidad, tener un buen sistema de información. A diferencia de otros cribados, el papel del participante es activo (es él mismo quien realiza la prueba de screening) y la prueba diagnóstica no está exenta de riesgos. Por ello, es fundamental que la persona esté debidamente informada de todo el proceso del cribado. Una buena información es necesaria para obtener tasas de participación elevadas. Objetivo: Describir los puntos críticos de información del programa de cribado de CCR.

**Métodos:** El Programa de Cribado de CCR va dirigido a las personas con edades comprendidas entre 50 y 69 años y se basa en la realización cada dos años, de la prueba de detección de sangre oculta en heces (PDSOH) y de colonoscopia bajo sedación en los casos positivos. Existen diferentes canales de información y difusión del programa: oficina técnica (OT), atención primaria (AP), material de educación sanitaria y medios de comunicación. Los puntos más relevantes a transmitir son los siguientes: alta incidencia y mortalidad por CCR en nuestro medio, prevención posible, como se realiza la PDSOH, los resultados posibles y sus consecuencias, información, preparación y realización de la prueba confirmatoria (colonoscopia) así como seguimiento una vez se tiene un diagnóstico patológico.

**Resultados:** La OT fue el punto de referencia para dar toda la información relacionada con el programa y el proceso de cribado. AP constituyó un gran apoyo, sobre todo a nivel de reforzar la importancia de la prevención de este cáncer y de resolver dudas. El material educativo y los medios de comunicación fueron un soporte secundario, pero no menos importante, para difundir los datos del programa. La participación fue del 17,2% en la 1ª ronda (1R) y 22,2% en la 2ª (2R), siendo en ambas rondas mayor entre las mujeres. De todos los que solicitaron la PDSOH, terminaron todo el proceso de cribado el 96,5% en 1R y el 95,7% en 2R. La adherencia a la colonoscopia fue del 89,8% y 90,2% en 1R y 2R respectivamente. Del total de participantes en la 1R, el 67,4% volvieron a participar en 2R.

**Conclusiones:** Los resultados muestran que, una vez los sujetos inician el circuito del programa, la mayoría acaban el proceso y, más del 65% vuelven a participar en la siguiente ronda. Para obtener buenas tasas de participación es necesario facilitar la información que permita a la población comprender la importancia del CCR, su prevención y el proceso de cribado.

O-072

**MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**E. Méndez, I. Mariana, J. Altes, S. Ahmed et al  
*Asociación Salud y Familia.*

**Antecedentes y objetivos:** El proyecto "Mediación Intercultural en Centros Sanitarios" desarrollado en 2003-2006 por Asociación Salud y Familia (ASF) y el sistema sanitario público (SSP) de Cataluña cuenta con 25 mediadores interculturales (MIC) integrados en 5 hospitales y 19 centros de atención primaria dando soporte intercultural directo a más de 40.000 pacientes inmigrantes del Magreb, África Subsahariana, Pakistán, Rumania y China. Se trata de: Describir los efectos de la colaboración estable entre SSP y ASF, entidad experta e independiente en el ámbito de la inmigración. Describir la evolución de las diversas acciones desarrolladas por los MIC. Analizar los factores influyentes en la utilización de los servicios MIC en el SSP. Analizar el impacto de un programa estable de MIC en la mejora de las competencias culturales del staff del SSP.

**Métodos:** Las fuentes utilizadas son registros informáticos de las actividades desarrolladas y las características de los inmigrantes atendidos por los MIC en SSP. Otras fuentes de interés son las consultorías periódicas realizadas por ASF en los diversos centros sanitarios para impulsar y mejorar la efectividad del proyecto colaborativo.

**Resultados:** Las acciones desplegadas por los MIC han evolucionado rápidamente de la traducción a la provisión de información, soporte y mediación intercultural. El incremento en la variedad de funciones realizadas por los MIC ha discurrido paralelo a un importante aumento en la cobertura cuantitativa de la población inmigrante atendida. El staff de los centros sanitarios que más utiliza los servicios de MIC son los médicos y las enfermeras seguidos a bastante distancia del personal administrativo. Los factores más influyentes en la utilización de los servicios de MIC por parte del staff son la existencia de una política activa de acogida de los inmigrantes desde la dirección del centro sanitario, la disponibilidad de MIC estables y las consultorías externas con ASF que impulsan un proceso de mejora continua. Las iniciativas de formación continuada intercultural y de adaptación intercultural de materiales informativos y educativos han experimentado un crecimiento muy notable en los centros sanitarios participantes.

**Conclusiones:** La disponibilidad de MIC permanentes en el marco de un proyecto colaborativo estable "Mediación Intercultural en Centros Sanitarios" resulta en mejoras inmediatas en la atención prestada a los pacientes inmigrantes y estimula un proceso consistente y específico de desarrollo de las competencias culturales del staff a través de la práctica diaria y de la formación continuada intercultural.

**Conductas relacionadas con la salud**

O-073

**LOS FUMADORES QUE QUIEREN DEJARLO: ESTADIOS DE CAMBIO EN LA POBLACIÓN DE CATALUÑA**

A. Valverde, E. Saltó, G. Ortega, A. Medina, P. Brugulat, R. Tresserras, C. Cabezas, A. Plasència et al

*Direcció General de Salut Pública. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** Pese a la creencia general de que la mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar, la proporción de personas que lo intentan realmente es relativamente baja, según los datos de la ESCA 2002. Los estadios de cambio (a partir del modelo de Prochaska y cols.) son útiles, también a nivel poblacional, para conocer mejor las características de la población fumadora y de su predisposición para dejar de fumar.

**Métodos:** Estudio transversal de una submuestra de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del año 2006, realizado mediante entrevista personal domiciliaria. Siguiendo un diseño polietápico, de la muestra de 15.926 personas mayores de 14 años, se obtienen las 4.319 personas de la submuestra del estudio sobre Tabaco. Para este análisis se han seleccionado datos de los 1.231 fumadores (diarios + ocasional) de los que se analiza la información sobre situación tabáquica y los estadios de proceso de cambio, junto a variables sociodemográficas (edad, sexo, clase social). Se trabaja sobre datos ponderados según división territorial sanitaria actual.

**Resultados:** Entre los fumadores catalanes, el 7,7% (IC 95%: 6,2-9,2) están en fase de preparación (quieren dejarlo antes de 30 días), el 12,8% (10,9-14,7) en fase de contemplación (antes de 6 meses pero no antes de 30 días) y el 79,5% (77,2-81,7) están en fase de precontemplación (no quieren dejarlo antes de 6 meses). Entre los precontemplativos, el 11,8% (10-13,6) quieren dejarlo en el próximo año, pero no antes de 6 meses, el 16,1% (14,0-18,1) en los próximos años pero no antes de 12 meses, el 16,8% (14,7-18,9) no lo dejarán pero reducirán el consumo y el 34,8% (32,1-37,4) no se plantean dejarlo ni reducirlo. El 7,9% de los hombres y el 7,5% de las mujeres declaran estar preparados para dejar de fumar. Por edad, el grupo de 30 a 60 años son los que están más predispuestos a dejar de fumar (8,4%), por sólo un 6,6% en los de 15-30 años. Según clase social, el grupo V, el más desfavorecido, está más preparado (11,9%) que las personas del grupo I, el más favorecido (3,1%). Hay mayor predisposición al cambio entre los fumadores ocasionales (11,4%) que entre los fumadores diarios (7,1%). De las estimaciones anteriores todas resultan estadísticamente significativa, siendo la  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Se observa una elevada proporción de población fumadora en precontemplación, aunque existe una ligera mejoría respecto a los datos disponibles del anterior estudio de 2002. Los fumadores diarios y los menores de 30 años presentan una predisposición menor a dejar de fumar. Existe un gradiente socioeconómico en la predisposición y en contra de lo esperado, hay más preparados en las clases desfavorecidas.

*Financiación. ESCA 2006. Financiada por Dept. De Salut.*

O-074

**ASPECTOS ASOCIADOS AL MANTENIMIENTO DEL ABANDONO DEL TABAQUISMO EN EL POSTPARTO EN CATALUÑA**

M. Jané, Z. Tomás, C. Martínez, B. Prats, M.J. Vidal, R. Prats, C. Cabezas, A. Plasència et al

*Dirección General de Salud Pública Departament de Salut.*

**Antecedentes y objetivos:** La gestación representa un momento de especial motivación para dejar de fumar pero las recaídas en el postparto son elevadas. Se analizan algunos factores asociados al mantenimiento de la cesación al año del parto.

**Métodos:** Estudio transversal a 1.206 gestantes del Registro de Nacimientos que dieron a luz un año antes. El muestreo es aleatorio estratificado por región sanitaria. La recopilación de información mediante entrevista telefónica incluye las variables edad, nacionalidad, región sanitaria de residencia, estatus tabáquico al inicio, durante la gestación y al año postparto, tipo de lactancia y duración de lactancia materna, tipo de parto, edad gestacional y peso al nacer. Se crea una variable dicotómica entre las mujeres que no fuman al año del parto versus las que no dejan de fumar o abandonan y recaen en el postparto. El análisis bivariado se realiza mediante la prueba de la Chi2 y el nivel de significación estadística se establece en un 5%.

**Resultados:** La prevalencia de fumadoras al inicio de la gestación es del 37,6%; de éstas el 55,3% deja de fumar durante el embarazo y un 27,8% se mantiene sin fumar al año del parto. Entre las que siguen fumando durante el embarazo, la media de cigarrillos diarios consumidos aumenta tras el parto (6,2 vs 10,4). Al año del parto, un 33,4% de madres que dan lactancia materna se mantiene sin fumar respecto a un 12,7% de las que dan lactancia artificial ( $p < 0,001$ ); entre las madres que dan por última vez el pecho entre los 7-11 meses postparto, el 49,1% se mantiene sin fumar respecto al 22,2% de las que lo dan por última vez entre los 0-2 meses ( $p = 0,003$ ); la proporción de abandono es del 55,6% entre aquellas madres que introducen leche artificial más allá de los 9 meses versus el 18,2% de aquellas que la introducen en el parto ( $p < 0,001$ ). El 29,6% de madres que tienen un parto a término se mantiene sin fumar versus el 10,3% de las que tienen un parto pretérmino ( $p = 0,026$ ). La proporción de abandono entre las madres que tienen un hijo de peso normal al nacer es del 28,5% versus el 10,5% de las que tienen un hijo con bajo peso al nacer ( $p = 0,014$ ). Entre aquellas mujeres de más de 34 años, el 34,3% mantiene la cesación al año del parto mientras que sólo lo hace el 10,5% de las menores de 24 años ( $p < 0,020$ ). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el abandono del tabaquismo según nacionalidad de la madre, tipo de parto y región sanitaria de residencia materna.

**Conclusiones:** El tabaquismo en torno a la gestación es elevado. La lactancia materna y de larga duración, el tener un hijo a término y de peso normal así como la maternidad con más de 34 años facilitan el mantenimiento del abandono tras el parto.

O-076

**LA INFLUENCIA DEL INDIVIDUO Y DEL MEDIO AMBIENTE SOCIAL Y FÍSICO EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN ADULTA EN ANDALUCÍA**

J. Bolívar Muñoz, A. Daponte Codina, M.N. Moya Garrido, J.J. Sánchez Cruz et al

*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes y objetivos:** Andalucía es una de las comunidades autónomas con menor número de personas que realizan actividad física en su tiempo libre. Esta región comprende algo más del 18% de la población total. Recientemente se ha incorporado el medio ambiente físico y social al estudio de los determinantes de la actividad física, considerando no solo las características individuales de las personas, sino de su entorno. El objetivo de este trabajo es analizar los determinantes sociodemográficos y del medio ambiente físico y social de la práctica informada de actividad física en la población adulta de Andalucía.

**Métodos:** Estudio transversal con datos de la población residente en Andalucía de 16 y más años, no institucionalizada, de la Encuesta Andaluza de Salud de los años 1999 y 2003. Las variables consideradas son: actividad física en tiempo libre autoinformada; edad; sexo; nivel de estudios; clase social; estado civil; tener hijos/as de 15 o menos años; situación laboral; salud percibida; índice de masa corporal; consumo de tabaco; percepción del individuo de su medio ambiente del barrio (espacios verdes suficientes, ruido procedente del exterior, contaminación del aire, malos olores, industrias, la calidad del medio ambiente); nivel económico del municipio; tamaño del municipio; tasa de analfabetismo y desempleo del municipio. Se ha realizado un análisis bivariado en hombres y mujeres utilizando el test de la ji al cuadrado, prevalencias ajustadas por edad, análisis bivariados sobre la práctica de actividad física con el resto de las variables mediante la razón de odds (OR) y su intervalo de confianza al 95% (95% IC) y modelos de regresión logística multivariante.

**Resultados:** Los hombres realizan mayor actividad física que las mujeres 51,1% y 41,9% respectivamente. Son los hombres y mujeres sin estudios y de clases manuales quienes realizan en menor número actividad física. La inexistencia de zonas verdes en el barrio se relaciona con un mayor sedentarismo (OR = 1,36; 95% IC = 1,23, 1,50 OR = 1,21; 95% IC = 1,10, 1,34) respectivamente. El análisis multivariante destaca como además de las características individuales, el que no haya zonas verdes en el barrio hace menos probable la práctica de ejercicio en hombres y en mujeres (OR = 1,26; 95% IC = 1,13, 1,41), así como un alto analfabetismo a nivel municipal en los hombres (OR = 1,45; 95% IC = 1,25, 1,69) y medio en las mujeres (OR = 1,25; 95% IC = 1,08, 1,45).

**Conclusiones:** La actividad física está condicionada tanto por características individuales como por el medio ambiente social y físico. Las personas de clases manuales y menor nivel educativo, quienes perciben que en su barrio hay pocas zonas verdes y quienes viven en municipios de mayor analfabetismo tienen una mayor probabilidad de ser sedentarias.

O-075

**CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE 12 HASTA 17 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA DESDE LOS/AS ADOLESCENTES Y SUS PADRES Y MADRES**

M.A. Prieto Rodríguez, J.C. March Cerdà et al

*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes y objetivos:** 1) Conocer la perspectiva de los adolescentes y sus padres sobre el consumo de alcohol en menores. 2) Identificar medidas propuestas por ambos grupos para frenar el consumo en adolescentes. 3) Analizar sus posicionamientos respecto a las medidas reguladoras y sancionadoras existentes y otras de posible implantación futura.

**Métodos:** Diseño cualitativo basado en grupos focales (GF). Se han realizado 10 GF con adolescentes y 6 con progenitores. Ámbito del estudio nacional. Realizado entre los meses de marzo y abril de 2006. Se llevó a cabo en 6 comunidades autónomas diferentes: Andalucía, Cataluña, Valencia, Madrid, Baleares y Navarra. La población sujeto de estudio fue la población adolescente de 12 a 17 años (ambos inclusivos) y sus progenitores. La muestra empleada fue de tipo intencional y estuvo constituida por 88 adolescentes y por 42 padres y madres. La información se ha sometido a un análisis de contenido apoyado por el software Nudist Vivo.

**Resultados:** 1) Percepción generalizada de normalidad sobre el consumo de alcohol en nuestra sociedad en ambos grupos. 2) Es interpretado por los adolescentes como un elemento distintivo de madurez, y por ende, de integración social. "Beber es legal" y el consumo moderado es un hábito saludable. 3) Padres y adolescentes reconocen que beber alcohol siendo menor de edad puede ser una práctica poco saludable si se consume en exceso o sin control. Es difícil encontrar una definición clara de consumo excesivo entre los adolescentes. 4) Los adolescentes señalan un descenso paulatino en la edad de inicio. El acceso viene marcado por el momento en el que se empieza a salir y los contextos de ocio se fundamentan básicamente en el consumo de alcohol. 5) Uno de los principales elementos socializadores del consumo es la familia. 6) Los menores consideran que es necesario tener autocontrol. Definen este control como "el saber beber". 7) Entre los progenitores se recoge la preocupación por este tema y el desconocimiento de estrategias de abordaje de esta problemática con sus hijos e hijas. Se pide la implicación de las autoridades y del sistema educativo y sanitario. 8) Sobre las medidas reguladoras y sancionadoras se prefieren aquellas que refuerzan la legislación existente y se proponen algunas de tipo "pedagógico" que recaen directamente en los menores.

**Conclusiones:** Conocer las opiniones de las personas afectadas en un tema de tanta actualidad, permite un mejor abordaje del problema.

O-077

**¿EXISTE UN FACTOR CONTEXTUAL EN EL INICIO DEL CONSUMO DE CANNABIS EN ESCOLARES?**

C. Ariza, A. Pérez, F. Sánchez-Martínez, M. Nebot et al

*Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Aunque diversos estudios han analizado los factores sociodemográficos y personales relacionados con el consumo de cannabis en los adolescentes, son pocos los que han descrito los factores de entorno que influyen en el inicio del consumo. El objetivo de este estudio es identificar la influencia de la tipología escolar sobre la frecuencia del consumo.

**Métodos:** Entre enero y marzo de 2005 se administró una encuesta, basada en la de los estudios FRESC de Barcelona y adaptada para el estudio específico del consumo de cannabis. El cuestionario incluía preguntas sobre factores sociodemográficos, frecuencia de consumo de cannabis, así como de tabaco, alcohol y otras drogas, y algunas circunstancias y factores asociados al consumo. Se administró el cuestionario a 2043 escolares de 3º de ESO de 47 escuelas de la ciudad de Barcelona. Para el análisis se ha distinguido el consumo experimental de cannabis (alguna vez), de lo habitual (últimos 30 días). Se estratificaron las prevalencias de consumo según el tipo de escuela.

**Resultados:** Se presentan datos de 1.038 chicos (50,8%) y 1.005 chicas (49,2%), con una edad media de 14,6 años. La edad media de inicio en el consumo fue de 13,5 años. La prevalencia de consumo experimental fue del 37,2%. El consumo experimental alto (superior al 37,2%) se dio en 20 de las 47 escuelas, 6 de las cuales eran de titularidad pública. El consumo habitual fue del 10,7%, siendo superior en 7 escuelas, 4 de ellas de titularidad pública. Mientras que los escolares en escuelas públicas representan el 36,8% de toda la muestra, el 47,9% de alumnos con consumo experimental alto y el 80,6% de alumnos con consumo habitual alto pertenecían a escuelas públicas. Estas diferencias según la titularidad de la escuela fueron significativas tanto para el consumo experimental como para el habitual ( $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** A diferencia del consumo de otras sustancias, el consumo experimental y habitual de cannabis se concentra en algunas escuelas y en la muestra estudiada es muy superior en algunas escuelas públicas. Los resultados sugieren que la prevención del consumo debería incluir acciones específicas en el entorno escolar, más allá de los programas preventivos dirigidos a nivel individual.

*Financiación. Plan Nacional de Drogas (2005) y Fundación "Viure i conviure" de Caixa Catalunya.*

O-078

**INICIO DEL CONSUMO DE CANNABIS EN ESCOLARES: RAZONES DE USO, EXPECTATIVAS Y EFECTOS EXPERIMENTADOS**

E. Morales, C. Ariza, M. Nebot, A. Pérez, F. Sánchez et al  
*Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASP. Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** El consumo experimental de cannabis en los escolares de 14 años de Barcelona se duplicó entre 1999 y 2004. El objetivo de este estudio es describir las circunstancias del inicio del consumo, las razones para hacerlo, los efectos experimentados y las expectativas relacionadas con el consumo de cannabis entre los adolescentes de Barcelona.

**Métodos:** Encuesta transversal realizada a una muestra de escolares de tercer curso de Educación Secundaria Obligatoria en 2005. El cuestionario era confidencial y autocontestado. Se dispone de datos de 2.043 escolares de 47 escuelas de Barcelona. Se relacionaron las frecuencias de consumo ocasional (alguna vez en la vida) y habitual (último mes) con las principales variables asociadas al primer consumo. El análisis descriptivo se realizó mediante porcentajes, medias y desviaciones estándares. Para comparar porcentajes utilizamos la prueba de ji-cuadrado, y para comparar medias la t de Student.

**Resultados:** El 37,5% de los escolares declararon haber probado el cannabis, de los cuales un 10% lo había hecho en el último mes. Los factores que se relacionaron con un mayor consumo fueron: asistir a una escuela pública, vivir en una familia monoparental, ser fumador regular de tabaco, haberse emborrachado, tener un nivel académico autodeclarado bajo y una mayor disponibilidad de dinero semanal ( $p < 0,05$ ). Los consumidores habituales presentaron una edad de inicio menor que los ocasionales ( $p < 0,001$ ). El 59,7% de los escolares probó el cannabis en el parque o en la calle. El 88,1% lo obtuvo de un compañero o amigo y el 92,3% lo consiguió sin pagar. La principal razón para iniciar el consumo fue la curiosidad (83,6%) y para continuarlo sentirse mejor y olvidar problemas (23,6%). Los efectos experimentados más frecuentes fueron la pérdida de memoria (22,5%), tristeza (19,1%) y dificultades para estudiar o trabajar (16,7%). El consumo de cannabis se relacionó positivamente con las expectativas de que relaja y facilita las relaciones sociales y sexuales ( $p < 0,05$ ), y negativamente con las creencias de que puede alterar las funciones intelectuales y el comportamiento así como tener efectos negativos para la salud ( $p < 0,006$ ).

**Conclusiones:** El cannabis fue muy accesible, nueve de cada diez escolares lo obtuvo de un compañero o amigo y sin pagar por ello. La precocidad en el inicio se acompañó de una mayor intensidad del consumo. Dos de cada tres adolescentes reconocieron sufrir efectos negativos debidos a su consumo. El conocimiento de las expectativas podría ayudar a explicar y prevenir el consumo de cannabis en los adolescentes.

O-080

**LA CULTURA DE SALUD EN LAS AULAS. EL DISCURSO DE LOS NIÑOS DE TERCERO Y SEXTO DE PRIMARIA**

M.C. Davó Blanes, I. Carbonell García, D. La Parra Casado et al  
*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Consellería de Cultura. Educació i Sport. Departamento de Sociología II. Universidad de Alicante.*

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo de la educación para la salud en la escuela es fomentar conductas saludables en la población infantil y capacitarla para actuar sobre aquellos factores que afectan a su salud. Diversos estudios muestran que la población infantil, con ayuda de los adultos, es capaz de identificar problemas de salud y proponer alternativas de mejora. Además, los niños y niñas tienen su propia cultura de salud fruto de experiencias y aprendizajes personales en distintos contextos vitales. Estudios que exploran el concepto de salud en la población infantil identifican los elementos que los niños consideran básicos en relación con la salud, pero no aportan información sobre su opinión acerca de cómo podrían contribuir ellos a mejorarlos.

**Métodos:** *Sujetos de estudio:* Muestra intencional de niños y niñas entre 8 y 12 años de tercero y sexto de primaria de colegios públicos y privados de la ciudad de Alicante. *Diseño:* Estudio descriptivo exploratorio. *Variables:* Representación del concepto salud; Identificación de actividades de educación para la salud; Identificación de oportunidades para influir en la mejora de la salud. *Recogida y análisis de datos:* 6 grupos de discusión formados por entre 8 y 10 niños y niñas, y constituidos según los criterios de inclusión siguientes: Centro público/Centro concertado; Zona centro o residencial/ zona de clase trabajadora; Niños/niñas/grupo mixto; Tercero y Sexto de primaria. Codificación de los discursos grabados y transcritos con el programa ATLASTI.v. 4.1.

**Resultados:** El análisis del discurso producido en los grupos de discusión permite documentar, para los niños y niñas, y para las edades escogidas, la diversidad de concepciones sobre la salud, la enfermedad, la prevención, el papel de profesores/as y de los niños/as en la promoción de la salud, así como evaluar las actitudes ante los programas de promoción. Se presentan la diversidad de concepciones de los alumnos ante diferentes aspectos relacionados con la salud, mostrando los puntos de coincidencia entre niños y niñas, pero también los elementos de diferenciación. Se procede de forma análoga con respecto a la edad.

**Conclusiones:** Los programas de educación y promoción de la salud en la escuela primaria necesitan partir de la visión sobre la salud de los propios escolares, atendiendo a las posibles diferencias entre niños y niñas, y conforme varía su edad. *Financiación.* Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

O-079

**LA AUTOMEDICACIÓN EN ESPAÑA: EL GÉNERO COMO PREDICTOR DEL CONSUMO**

P. Carrasco, R. Jiménez, P. Astasio, P. Ortega, A. López, V. Hernández, A. Gil et al  
*Universidad Rey Juan Carlos. Universidad Complutense de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Describir las características del consumo automedicado de fármacos en la población adulta española, identificando aquellos factores asociados.

**Métodos:** Estudio descriptivo y transversal. *Fuentes de datos:* Encuesta Nacional de Salud de España del año 2003. *Población de estudio:* Adultos de 16 y más años de ambos sexos. Se han utilizado un total de 19.514 encuestas. Como variable dependiente dicotómica ("sí" o "no") hemos considerado el "Consumo de fármacos automedicados" entendiendo como tal, el consumo de medicamentos sin receta médica, en las dos últimas semanas. *Variables independientes:* sociodemográficas y del perfil de salud. Se han obtenido las correspondientes odds ratio ajustadas mediante análisis multivariante utilizando para ello modelos de regresión logística.

**Resultados:** El 18,1% (3534) de la población española se automedica. Destacan dentro de los más consumidos por automedicación los medicamentos para adelgazar (58,1%), antigripales (45%), analgésicos (39,4%), los anticonceptivos (36,2%) y los antibióticos (17,7%). El género se comporta como predictor del consumo automedicado, el ser mujer presenta una asociación estadísticamente significativa con la automedicación (OR = 1,48 [IC 95%: 1,34-1,64]; la categorías de edad comprendida entre 25-44 años (OR = 1,75 [IC 95%: 1,44-2,13] presenta la asociación más elevada, al igual que la formación universitaria. El consumo de alcohol y el hábito tabáquico se comportan también como predictores del consumo automedicado. Sin embargo una mala percepción de la salud no es un factor de riesgo para automedicarse.

**Conclusiones:** Un porcentaje importante de la población española se automedica, destacando los analgésicos y los antibióticos. En nuestro estudio el género se comporta como un predictor del consumo automedicado.

*Financiación.* Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).

## Inmigración

### PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES CHINAS EN BARCELONA

N. Barcons, V. Vadillo, E. Díez, L.I. Estruga, M. Foz et al  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La identificación de actitudes, creencias y factores culturales relacionados con la salud reproductiva facilita el desarrollo de intervenciones preventivas adecuadas a las diferentes comunidades inmigradas. Esta investigación explora la percepción de mujeres chinas inmigradas a Barcelona sobre la maternidad, la planificación familiar, los embarazos no deseados y el aborto.

**Métodos:** Investigación cualitativa de grupos focales. Contacto previo con dos informantes clave. Muestreo de conveniencia, a través de asociaciones y referentes de la comunidad. Se hicieron dos grupos focales de 7 participantes. Tras dos grupos se consideró que la información fue suficiente. La mayor parte de participantes eran estudiantes o empresarias de hostelería. Los grupos fueron guiados por una moderadora. Las conversaciones se grabaron y transcribieron completamente. Dos investigadoras analizaron los textos con el programa Atlas.ti para extraer categorías. Los resultados se verificaron en la comunidad.

**Resultados:** La maternidad es un valor personal y social. Requiere estabilidad y preparación. Permite completar la familia y unir al matrimonio. En China se regula la edad de matrimonio (21 años mujeres y 22 hombres) y el número de hijos (máximo 2). Las residentes en Barcelona en buena situación socioeconómica tienen más hijos que en su país. El embarazo adolescente se considera inadecuado por las posibles repercusiones sociales, económicas, psicológicas y familiares. Se aceptan las relaciones sexuales prematrimoniales excepto en algunas familias tradicionales. En China las mujeres poseen un elevado conocimiento de los métodos contraceptivos y los utilizan. En cambio, en Barcelona no suelen hacer planificación familiar. Algunas tienen opiniones negativas de algunos anticonceptivos por sus efectos secundarios. Son contrarias al aborto por motivos de salud de la mujer aunque lo aceptan en determinadas circunstancias. La religión no influye en estas creencias y valores ya que la mayor parte de las participantes se declara atea. El idioma es la principal barrera al uso de los servicios sanitarios.

**Conclusiones:** La transferibilidad del estudio puede limitarse a las mujeres de niveles socioeconómicos medio y alto. Crean que la maternidad es importante y debe prepararse; no obstante aquí no suelen hacer planificación familiar. Lo atribuyen a la ausencia de leyes regulatorias y al escaso uso de servicios sanitarios por la barrera idiomática.

*Financiación. Financiado parcialmente por el FIS (05/2618).*

### DESIGUALDADES EN EL DESENLACE DEL EMBARAZO SEGÚN EL PAÍS DE ORIGEN DE LAS GESTANTES

G. Pérez, I. García Subirats, M. Rodríguez, J. Salvador, M. Jané, C. Borrell et al

*Agència de Salut Pública de Barcelona. Direcció General de Salut Pública. Dpte. de Salut.*

**Antecedentes y objetivos:** La incorporación de población inmigrante a la ciudad de Barcelona está teniendo impacto en múltiples aspectos de la salud si bien el aspecto más visible es la contribución a la recuperación de la natalidad de la ciudad. Probablemente esta población presenta aspectos diferenciales en la utilización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). El objetivo de este estudio es describir las desigualdades en el desenlace de los embarazos en la ciudad de Barcelona teniendo en cuenta el país de origen de la mujer del año 2005.

**Métodos:** *Estudio transversal.* La población de estudio son los embarazos de mujeres residentes en la ciudad de Barcelona el año 2005, ya que éste es el único año que se dispone del país de origen de la mujer que ha realizado una IVE. Las fuentes de información son el Registro de IVE del Departament de Salut y el Registro de Nacimientos del Institut d'Estadística de Catalunya. La variable dependiente es el desenlace del embarazo (nacimiento o IVE). El país de origen se ha dicotomizado en países desarrollados (incluida España) y el resto. La asociación de esta variable con el país de origen se ha calculado con Odds Ratio (OR) a través de modelos de regresión logística ajustados por edad de la gestante, estado civil y número de hijos vivos previos.

**Resultados:** El 24% de todas las gestaciones (exceptuando los abortos espontáneos) fueron de inmigrantes de países no desarrollados. Entre las gestantes españolas o de países desarrollados, el 22% de sus embarazos acabaron en una IVE, mientras que esta proporción alcanza el 37% de mujeres inmigrantes de países no desarrollados. Tras ajustar por edad, estado civil y número de hijos, se registra una relación entre el país de origen y el desenlace del embarazo en el sentido de que las gestantes inmigrantes de países no desarrollados tienen más de que su embarazo acabe en una IVE que las gestantes españolas o inmigrantes de países desarrollados (ORa = 2,11; IC 95%: 1,93-2,31).

**Conclusiones:** Se observan desigualdades por país de origen en el desenlace del embarazo en el sentido de que las mujeres inmigrantes de países no desarrollados utilizan más la IVE que las autóctonas y las mujeres inmigrantes de países desarrollados. Las IVE solucionan una parte del problema de los embarazos no planificados, pero conllevan otro de salud pública importante. Para disminuir las desigualdades por país de origen se debería apostar por una planificación del embarazo efectiva y universal para todos los sectores sociales, así como facilitar el acceso a los anticonceptivos efectivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia y los métodos anticonceptivos permanentes.

### INDICADORES DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN NACIONALIDAD DE LA MADRE. CATALUÑA, 1999-2005

F. García García, A. Puigdefàbregas Serra, G. Ribas Serra, R. Gisbert Magarolas et al

*Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** La mortalidad infantil y perinatal son indicadores fundamentales del nivel de salud de la población. Son sensibles a las intervenciones de los servicios sanitarios y dependientes del nivel de natalidad. El objetivo es analizar la evolución de los indicadores de mortalidad infantil, en función de la nacionalidad de las madres residentes en Cataluña durante este período.

**Métodos:** Los datos proceden de las estadísticas oficiales de nacimientos y de mortalidad de Cataluña (Institut d'Estadística y Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya) de 1999 a 2005 y se refieren a personas residentes en Cataluña. Se utiliza la variable nacionalidad para categorizar los datos (españolas y extranjeras). Se calculan los indicadores: tasas de mortalidad infantil (TMI), perinatal (TMP) y neonatal (TMN) según sus definiciones demográficas clásicas. Se analiza la distribución de los factores de riesgo: edad de la madre, multiplicitad, prematuridad y bajo peso al nacer para las muertes perinatales.

**Resultados:** El incremento del número de nacidos en mujeres de nacionalidad española ha sido del 14,5%, mientras que en mujeres extranjeras ha crecido un 276%. Para todo el período, los hijos de las extranjeras presentan una TMI de 1,99; la TMP es 5,10 y la TMN es 1,37. Para los hijos de españolas 3,46; 4,49 y 2,38 respectivamente. Las TMI y TMN son inferiores en los hijos de madres extranjeras, mientras que la TMP en este grupo es ligeramente superior a la TMP de los nacidos de mujeres españolas, fundamentalmente a causa del número de nacidos muertos. Los indicadores del grupo de las españolas presentan un gradiente descendiente a lo largo del período, mientras que las tasas de los hijos de extranjeras no muestran un cambio temporal. Se presentarán los resultados del análisis de los factores de riesgo indicados.

**Conclusiones:** El patrón de los indicadores de mortalidad infantil es distinto entre los nacidos de madres extranjeras y autóctonas. Las diferencias podrían deberse a problemas en la declaración de los casos.

O-084

**DESIGUALDADES EN MORTALIDAD ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA**M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell, R. Puigpinós, G. Pérez et al  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La nueva realidad sociodemográfica debida a la incorporación de la población inmigrante en los últimos años (8,5% de la población residente en España y el 15,4% en Barcelona el año 2005) requiere un análisis específico para mejorar el conocimiento sobre su salud y sus necesidades. El objetivo del estudio fue analizar las desigualdades en la mortalidad entre población inmigrante y autóctona en Barcelona el año 2004.

**Métodos:** Estudio de diseño transversal, la población estudiada consta de los residentes en la ciudad de Barcelona según el Padrón Municipal de habitantes del año 2004, incluyéndose todas las defunciones obtenidas del Registro de Mortalidad de la ciudad. Las variables estudiadas fueron el sexo, la edad (< 25, 25-39, 40-64, > 64 años), el país de nacimiento (Estado Español/Extranjero) y la causa básica de defunción (CBD) global y según grandes grupos. Se obtuvieron las tasas de mortalidad específicas por edad por 10.000 hab. (TE), y se estimó el riesgo relativo de mortalidad según el país de nacimiento (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) mediante el ajuste de modelos de Poisson. Los análisis se realizaron por separado para hombres y mujeres, y para cada CBD.

**Resultados:** Se registraron un total de 15.496 defunciones mayores de 1 año, un 3,3% fueron personas de origen extranjero. El porcentaje de mayores de 65 años fue 80% y 57% en hombres autóctonos y extranjeros respectivamente, y en mujeres fueron 91% y 81%. Las principales causas de mortalidad fueron los tumores (35% en hombres y 23% en mujeres) y las enfermedades del aparato circulatorio (28% en hombres y 35% en mujeres); en menores de 25 años las causas externas fueron la primera causa de mortalidad (73% en hombres y 33% en mujeres). Se observaron desigualdades en la mortalidad según el país de origen, para ambos sexos, y dependiendo del grupo de edad. En la población mayor de 65 años se observó una mayor mortalidad global en la población extranjera (RR = 2,9 IC 95% = 2,4-3,4 en hombres y RR = 1,9 IC 95% = 1,6-2,1 en mujeres), y se repite en la mortalidad por grandes causas. En los hombres menores de 25 años también es mayor la mortalidad global (TE = 5 en extranjeros, y TE = 2 en autóctonos) y por causas externas (TE = 4 y TE = 1). Por el contrario, se observó una mayor mortalidad en la población masculina autóctona de 25 a 64 años.

**Conclusiones:** Con el objetivo de conocer y disminuir la existencia de desigualdades en salud en la población inmigrante es conveniente dirigir esfuerzos a mejorar los sistemas de información para conocer el impacto poblacional de este colectivo. Este conocimiento permitirá plantear una planificación socio-sanitaria equitativa, así como, orientar intervenciones de salud pública y otras políticas públicas adaptadas a las necesidades de estos grupos sociales.

**PERCEPCIONES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

R. Terraza Núñez, M.L. Vázquez Navarrete, I. Vargas Lorenzo, T. Lizana Alcazo et al

*Servei d'Estudis. Consorci Hospitalari de Catalunya. Pla Director d'Immigració. Departament de Salut de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** El rápido incremento de la población inmigrante en Cataluña plantea nuevos retos para los servicios sanitarios. A pesar de que este colectivo no presenta problemas de salud muy distintos a los de la población autóctona, poseen algunas características que podrían generar necesidades de apoyo específico para el personal sanitario. No obstante, los estudios se han centrado en el análisis de aspectos relativos a los inmigrantes y patrón de utilización y consumo de recursos. El objetivo es analizar las necesidades del personal sanitario en la provisión de atención a la población inmigrante, desde el punto de vista de los actores principales.

**Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de carácter exploratorio y fenomenológico. Se llevaron a cabo entrevistas individuales semi-estructuradas a una muestra teórica de informantes: directivos de proveedores —gerentes, directores asistenciales, jefes de servicios y coordinadores de atención primaria (15); y profesionales— atención primaria y especializada (35). Las entrevistas se grabaron y transcribieron textualmente. Se hizo un análisis narrativo del contenido con segmentación por grupo de informantes y temas. El área de estudio la constituyeron cinco comarcas (Barcelonès, Cerdanya, Montsià, Selva, Urgell) con una elevada concentración de población inmigrante y colectivos predominantes diferentes.

**Resultados:** Los entrevistados coinciden en considerar como facilitadores del acceso la existencia de comunidades de una misma nacionalidad en el área y de un sistema nacional de salud y como dificultadores los horarios y la precariedad del trabajo. En relación al proceso de atención, las dificultades percibidas por los profesionales fueron el idioma, aspectos culturales, la feminización de los servicios y la carga asistencial. Aunque los directivos consideran que se comportan como población autóctona de niveles socioeconómicos bajos. En el discurso de profesionales emergen como facilitadores el país de procedencia y la escolarización de los hijos que salva la barrera idiomática. También destacan la presencia de organizaciones de colectivos inmigrantes y figuras influyentes dentro de las comunidades a las que pueden recurrir en situaciones complejas.

**Conclusiones:** Aunque se valoran elementos facilitadores de la atención, se identifican barreras, tanto inherentes a la población inmigrante, como al contexto y el propio sistema que requerirían intervenciones específicas.

**Financiación.** *Plan Director de Inmigración de la Dirección General de Evaluación y Planificación del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

O-086

O-085

**INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH: IMPORTANCIA DE LOS INMIGRANTES**

P. Godoy, T. Puig, A. Artigues, C. Vicente de Vera, A.M. Gort, J. Torres, M. Aisedà et al

*Servicios Territoriales de Salud de Lleida. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Hospital de Santa Maria.*

**Antecedentes y objetivos:** Estimar la incidencia de nuevos diagnósticos de la infección por el VIH y determinar los factores asociados a los casos en el grupo de inmigrantes.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de la incidencia anual de nuevos diagnósticos de la infección VIH para el periodo 2001-2003. La población del estudio fueron los residentes en la provincia de Lleida y los pacientes del estudio se detectaron mediante un sistema de declaración voluntario de nuevas infecciones (instaurado de forma piloto en toda Cataluña) basado en un identificador que permitió asegurar la confidencialidad y detectar duplicidades. Para cada caso nuevo se realizó una encuesta epidemiológica. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, país de origen, grupo de transmisión, pruebas anteriores del VIH negativas, fecha del primer diagnóstico VIH positivo, estadio clínico. Se calculó la incidencia por 100.000 personas-año. La asociación de la variable dependiente, infección VIH en inmigrante, con el resto de variables del estudio se determinó con la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. La existencia de diferencias estadísticamente significativas se determinó con la prueba de  $\chi^2$  y la t de Student con un grado de significación (p) inferior a 0,05.

**Resultados:** Se detectaron 250 nuevas infecciones. De ellos, el 28,4% eran hombres (71/250), la media de edad fue de 35,1 años (DE = 10,7), un 54,2% procedía de otro país (135/250), el 70,0% pertenecía al grupo de transmisión heterosexual (175/250), y el 15,2% a usuarios de drogas vía parenteral (38/250). Un 58,4% eran totalmente asintomáticos en el momento del diagnóstico (146/250) y el resto presentaba alguna sintomatología (20,4% sida y 21,4% sintomáticos no sida). La tasa de incidencia fue de 13,2 (IC 95% 8,1-14,2). Los inmigrantes respecto al resto de casos presentaron una edad inferior (p < 0,01). Además la infección VIH en inmigrantes fue más frecuente en el grupo de transmisión heterosexual (OR = 2,9; IC 95% 1,7-5,2) y tenían una probabilidad inferior ser UDVP (OR = 0,3; IC 95% 0,1-0,8), estar en estadio sida (OR = 0,6; IC 95% 0,4-1,0) de tener una prueba previa de infección por el VIH (OR = 0,2; IC 95% 0,1-0,6).

**Conclusiones:** La incidencia de nuevas infecciones se considera elevada. Se debería mejorar el acceso a las pruebas de detección de la infección por el VIH, especialmente en inmigrantes jóvenes. Además en este colectivo se deben reforzar las actividades preventivas para evitar la transmisión heterosexual por el VIH.

**ESTADO DE SALUD Y ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN BRITÁNICA RESIDENTE EN LA COSTA BLANCA**

D. La Parra, M.A. Mateo, M.C. Albert et al

*IUDES. Departamento de Sociología II. Universidad de Alicante.*

**Antecedentes y objetivos:** Estudio poblacional del estado de salud y el acceso a los servicios sanitarios de la población británica residente de forma permanente en la Costa Blanca (Alicante)

**Métodos:** Cuestionario con visita a domicilio realizado a una muestra de 155 residentes en distintos municipios de la provincia de Alicante. Para garantizar la aleatoriedad en la selección de casos se trazaron rutas aleatorias en los municipios seleccionados, y se establecieron cuotas de edad y sexo. *El cuestionario contiene preguntas sobre:* estado de salud autopercebido, limitación de la actividad principal, principales enfermedades de tipo crónico, EuroQoL, consumo de tabaco y alcohol, utilización de servicios (médico general y hospital) percepción de discriminación, grado de aculturación. Los datos son comparados con la Encuesta Nacional de Salud 2003, el Panel Europeo de Hogares (muestra ampliada 2000), el Health Survey for England 2003 y el British Household Panel Survey 2004.

**Resultados:** El perfil de salud de la población británica que vive en Alicante es equiparable al de la población española y británica. Obtiene mejores resultados que los españoles y los británicos en algunos indicadores: menos problemas de movilidad, menos problemas crónicos y una superpercepción del estado de salud más positiva. El servicio público de salud valenciano cubre a un 62% de esta población. El número de visitas al médico general es similar al de la población española, mientras que el número de hospitalizaciones es comparable con el de la población británica en el Reino Unido. Estos niveles se alcanzan mediante una utilización más intensiva de los servicios de salud privados.

**Conclusiones:** La cobertura de salud pública es amplia, pero no universal. El impacto relativo sobre la demanda del sistema de salud público de esta población es bajo. Existen barreras culturales y/o administrativas de acceso al sistema de salud.

**Financiación.** *Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ref. PI042287.*

O-087

O-088

**FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRADA DE ORIGEN EXTRANJERO EN CATALUNYA: SITUACIÓN Y PROPUESTAS**

D. Malmusi, J.M. Jansà, E. Alonso et al

*Agència de Salut Pública de Barcelona. Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** Analizar la situación de los sistemas de información sanitaria de Catalunya revisando variables y datos disponibles sobre la salud de la población inmigrada. Formular recomendaciones y propuestas sobre las variables que cada sistema debería recoger y los indicadores que haría falta producir para conocer las necesidades y el estado de salud de esta población.

**Métodos:** Se realizaron entrevistas abiertas a informantes clave, reclutados entre responsables y técnicos de la mayoría de registros sanitarios de Catalunya. Se obtuvo información sobre las variables recogidas, atendiendo al año de inicio, calidad de los datos, análisis y publicación de la información y a la posibilidad de incluir nuevas variables. Las recomendaciones generales se basaron en las conclusiones de un grupo de trabajo interdisciplinario sobre definiciones y variables para el estudio de la población de origen extranjero en el ámbito de la salud y de las ciencias sociales [Malmusi et al, Gac Sanit 2006;20(Espec Congr):28]. Las propuestas específicas para cada sistema tuvieron en cuenta la factibilidad de la recogida y la posibilidad de calcular los indicadores más relevantes para identificar desigualdades en salud, seleccionados a partir de una revisión de la literatura científica y gris sobre inmigración y salud.

**Resultados:** La mayoría de sistemas de información analizados ya están recogiendo variables de origen del individuo, permitiendo la obtención de indicadores sobre determinantes, estado de salud y uso de servicios sanitarios. Las mayores carencias se hallan en los registros asistenciales, pero podrían paliarse obteniendo las variables a partir de la Tarjeta Sanitaria Individual a través del cruce con el Padrón. De los sistemas que ya incluyen variables, algunos recogen sólo nacionalidad y otros sólo lugar de nacimiento o país de origen. Sobre la base de las conclusiones del citado grupo, se propone que en todos los sistemas se recoja el lugar de nacimiento, para poder identificar a la misma población siguiéndola a lo largo del tiempo, y siempre que sea posible, nacionalidad y año de llegada a nuestro país como variables para diferenciar a la población inmigrada según nivel de integración y asentamiento.

**Conclusiones:** Los sistemas de información sanitaria deben acelerar la inclusión y análisis de variables de origen, verificar la calidad de los datos, y utilizar categorías de acuerdo al consenso científico existente. Se propone la confluencia de todos los datos sobre la salud de los inmigrantes en Catalunya en un único informe periódico para implementar una estrategia de vigilancia y promoción de la salud coordinada e intersectorial.

**Servicios sanitarios 2**

O-089

**CONDICIONES DE EMPLEO Y LA SALUD PERCIBIDA DE LOS TRABAJADORES MARROQUÍES EN BARCELONA**

V. Porthé, E. Ahonen, M.L. Vázquez, M. Amable, J. Benach, F.G. Benavides et al

*Unitat de Recerca en Salut Laboral. UPF. Barcelona. Servei d'Estudis. CHC. Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En enero de 2006 (INE) los extranjeros empadronados eran 3,88 millones, 8,7% de la población española. Cataluña es la cuarta comunidad autónoma con mayor proporción de población extranjera (12,2%). El colectivo de origen marroquí es de los más numerosos y representa el 13,7% del total de los inmigrantes. A pesar de la extensión de este fenómeno, sabemos poco sobre la salud de este colectivo. El objetivo de esta comunicación es analizar las condiciones de empleo de los marroquíes en situación regular y la relación con su salud percibida.

**Métodos:** Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, mediante entrevistas semi-estructuradas. Población de estudio son los trabajadores marroquíes en situación regular residentes en Barcelona. A partir de la revisión de la literatura, se diseñó una muestra teórica, con definición de los perfiles con posibles discursos diferentes: sexo y situación legal en España. En la selección se buscó variación máxima en cuanto a sectores de trabajo y edades. Se realizaron 24 entrevistas (12 hombres y 12 mujeres) entre septiembre 2006 y febrero 2007. Fueron grabadas y transcritas literalmente. Se realizó un análisis narrativo del contenido.

**Resultados:** Los entrevistados se insertan principalmente en los sectores de construcción y hostelería (hombres) y servicios (mujeres). Refieren contratos temporales, con períodos de tres meses y alta rotación en el empleo. Mencionan jornadas laborales de hasta 10 y 12 diarias, sin remuneración por horas extras. Consideran que su salario escaso y no corresponde con el tipo de trabajo, ni de horas realizadas. La participación sindical es escasa y poseen una percepción negativa y politizada de los mismos. Consideran que la inestabilidad en los trabajos es un obstáculo para ejercer sus derechos laborales. Prefieren solucionar los problemas laborales de forma individual con los jefes. Los problemas de salud más mencionados son musculoesqueléticos, cansancio o agotamiento, dolores de cabeza e irritación de ojos y con menos frecuencia, de problemas de salud mental que atribuyen a las preocupaciones relacionadas con el trabajo y situación vital.

**Conclusiones:** Los trabajadores marroquíes perciben malas condiciones de empleo y ausencia de estabilidad laboral. La inestabilidad laboral resulta un obstáculo a la hora de ejercer sus derechos laborales. Los problemas de salud mencionados parecen estar más relacionados con el trabajo, y los de salud mental son fundamentalmente atribuidos al contexto laboral y condiciones de vida.

**Financiación.** Proyecto Financiado por Fondo Investigaciones Sanitarias (FIS) "Inmigración, trabajo y salud" (PI050497).

**COSTE-EFECTIVIDAD DE LAS ESTATINAS PARA REDUCIR EL COLESTROL-LDL**

P. Plans Rubió et al

*Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.*

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo de este estudio ha sido evaluar el coste-efectividad del tratamiento con estatinas para reducir el colesterol-LDL.

**Métodos:** Se ha investigado el coste-efectividad del tratamiento con 20, 40 y 80 mg/día de lovastatina y fluvastatina y 10, 20 y 40 mg/día de pravastatina, simvastatina y atorvastatina. Se ha determinado el coste-efectividad medio e incremental de los tratamientos, comparado los costes y la eficacia para reducir el colesterol-LDL derivada de un meta-análisis de ensayos clínicos publicados entre 1993 y 2003. El coste-efectividad se midió en términos de coste en € por porcentaje de reducción del colesterol-LDL. Los costes de medicación se estimaron a partir del coste medio por miligramo para las diferentes estatinas teniendo en cuenta los precios de venta al público de las diferentes presentaciones. La efectividad para reducir el colesterol-LDL se obtuvo a partir de un meta-análisis de los ensayos clínicos publicados entre 1993 y 2003. Se determinó el coste-efectividad para alcanzar los objetivos terapéuticos de reducción del colesterol-LDL: < 100 mg/dl en individuos con un riesgo cardiovascular elevado, < 130 mg/dl en individuos con un riesgo moderado y < 160 mg/dl en individuos con un riesgo bajo.

**Resultados:** Los tratamientos más coste-efectivos según el coste-efectividad medio fueron: 10 mg/día atorvastatina, 10 mg/día simvastatina, 20 mg/día lovastatina y 20 mg/día fluvastatina. El tratamiento con atorvastatina 10, 20 y 40 mg/día análisis era el más coste-efectivo según el análisis del coste-efectividad incremental. La línea de eficiencia mostrando qué tratamientos eran eficientes para diferentes niveles de reducción del colesterol incluía 20 mg/día fluvastatina, 20 mg/día lovastatina, 10 mg/día simvastatina y 10-40 mg/día atorvastatina. El tratamiento con atorvastatina era el más coste-efectivo para conseguir una reducción del colesterol-LDL  $\geq 30\%$ , mientras para reducciones < 30% los tratamientos eficientes incluían la fluvastatina, 20 mg/día lovastatina y 10 mg/día simvastatina. El tratamiento con atorvastatina era el más coste-efectivo para alcanzar los objetivos terapéuticos en los pacientes con un riesgo cardiovascular elevado y moderado y el tratamiento con fluvastatina en los pacientes con un riesgo cardiovascular bajo.

**Conclusiones:** La atorvastatina debería ser el medicamento prioritario cuando es necesario reducir el colesterol-LDL  $\geq 30\%$  y en los individuos con un riesgo cardiovascular elevado y moderado. La fluvastatina debería ser el medicamento prioritario en los individuos con un riesgo cardiovascular bajo.

O-090



O-091

**EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS UTILIZADAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS**

M.M. Mercado Reyes, M.A. Vacca Carvajal, C. Puerta bula, L. Cruz, M.C. Quintero, J. Gil, M. Montilla, A.C. Florez, A.K. Carrascal et al  
*Laboratorio de Parasitología Departamento de Microbiología Pontificia Universidad Javeriana. Unidad de Cardiología Hospital Universitario San Ignacio. Grupo de Parasitología Instituto Nacional de Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** La distribución de la Enfermedad de Chagas (ECh) ha demostrado una variación del comportamiento del Trypanosoma cruzi de una región a otra generando dificultades en el diagnóstico y tamizaje, por el empleo de pruebas con cepas no autóctonas. El objetivo de este trabajo fue determinar las características operativas de las pruebas serológicas convencionales y comparárlas con las pruebas de IFI y ELISA modificadas para diagnóstico de ECh.

**Métodos:** El diseño fue de pruebas diagnósticas con fase de laboratorio donde se desarrollaron pruebas modificadas con más de una cepa nativa de Trypanosoma cruzi (IFIm, ELISAm). La concordancia por consistencia y por conformidad se evaluó elaborando un constructo como patrón de oro (clínica, antecedente epidemiológico y PCR S35-S36). El estudio fue multicéntrico con pacientes colombianos sanos y con sospecha de Enfermedad. A todos los sujetos se le realizó examen físico, electrocardiograma y pruebas serológicas convencionales y modificadas de (IFic, IFIm, ELISAc, ELISAm, Chagatek® así como la prueba molecular de PCR S35-S36).

**Resultados:** 245 pacientes fueron incluidos en el análisis de consistencia y 105 para el análisis de conformidad (64 positivos y 41 negativos). La sensibilidad para IFic fue de 73,4% (IC 95% 67,7-83,3), para ELISAc 67,2% (IC 95% 54,2-78,1), para IFIm 73,4% (IC 95% 60,7-83,3), para ELISAm 70,3% (IC 95% 57,4-80,8) y para el Chagatek® fue de 76,6% (IC 95% 64-85,9). La especificidad fue de 100% para todas las pruebas exceptuando Chagatek® 92,7% (IC 95% 79-98,1). Los índices Kappa fueron superiores en las pruebas modificadas.

**Conclusiones:** La sensibilidad de las pruebas serológicas disponibles para diagnóstico y tamizaje de la Enfermedad de Chagas ha sido sobreestimada en varios estudios previos de consistencia. La sensibilidad establecida en este estudio es sub-óptima para ser segura en la práctica clínica y estos resultados podrían cambiar las recomendaciones internacionales para tamizaje y diagnóstico de la enfermedad. El uso de más de una cepa nativa no incrementó las características operativas de la IFIm. Aunque la sensibilidad de la ELISAm fue clínicamente mayor, esta diferencia no fue significativa. Se recomienda que para tamizaje en bancos de sangre se incluyan dos pruebas serológicas con diferente principio hasta tener información del desempeño de las pruebas convencionales.

*Financiación. Pontificia Universidad Javeriana.*

**NECESIDADES DE PLANTILLA PARA LOGRAR LOS "10 MINUTOS DE CONSULTA"**

S. March, A. Anguera, C. García, M.A. Mir, L. Escriche, J. Llobera et al  
*GAP Mallorca. IB-Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** La sociedad y los profesionales de atención primaria (AP) demandan más tiempo para las consultas. Se propone establecer un modelo que permita conocer las necesidades de ampliar las plantillas de los equipos de AP para que se pueda dedicar una media de 10 min por visita y al menos dos horas de la jornada laboral para actividades distintas a la consulta.

**Métodos:** *Ámbito:* AP Mallorca, 808.615 tarjetas sanitarias, 40 CS. Año 2006 Se parte de 5h 30' diarias de consulta por médico cuando no hay sesión formativa y 5h si hay sesión, durante 248 días laborables/año. Se calculó el tiempo de consulta anual en minutos por profesional. *Se establecieron dos modelos:* Modelo A: se obtuvo la frecuentación media de Mallorca para cada grupo de edad y se aplicó a la población del mismo grupo en cada CS, obteniendo las visitas esperadas por CS. Se multiplicaron las visitas esperadas por 10' y se dividió por el tiempo de consulta anual en minutos, obteniendo el tamaño óptimo de la plantilla para alcanzar los 10 min por consulta. Comparándolo con la plantilla real, se obtuvo la necesidad de aumento de plantilla por CS. El modelo B: Parte de que los CS con mejores indicadores de cobertura y calidad son los que mejor gestionan la consulta y que la buena gestión de la consulta supone menor frecuentación a igual cartera de clientes. Se seleccionaron 10 CS (25%) con mejores indicadores y se les calculó la diferencia porcentual entre visitas esperadas, obtenidas anteriormente, y visitas observadas. Este porcentaje se aplicó a las visitas esperadas por frecuentación de cada CS, obteniendo unas visitas teóricas que se corresponden a las que atendería cada CS, si se comportase como los mejores. Con estas visitas teóricas se calculó la necesidad de aumento de plantilla en cada CS como en el modelo A. En ambos modelos, también se calculó una corrección de las poblaciones visitadas, aplicando los índices de población atendida (porcentaje de población visitada último año en un CS/mismo porcentaje para todos los CS) y de sin estudios (porcentaje de población sin estudios en un CS/mismo porcentaje toda Mallorca).

**Resultados:** En el modelo A eran necesarios 84 profesionales médicos más en la AP de Mallorca para cumplir el objetivo de 10 min de media por consulta. Si se consideraban los índices de población atendida y población sin estudios la cifra era 77. En el modelo B eran necesarios 43 médicos para conseguir el mismo objetivo; 40 aplicando los índices. El porcentaje entre esperados y observados en los centros seleccionados era 9,5%.

**Conclusiones:** Para asignar nuevos recursos es interesante establecer mecanismos de priorización que recojan particularidades de la población atendida. El modelo B utiliza técnicas de Benchmark, calculando recursos de acuerdo a aquellos que gestionan mejor la consulta.

O-093

O-092

**EFFECTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL**

A. Brugos Larumbe, M. Ciaurriz Martín, J. Díez Espino, P. Buil Cosiales, C. Fernández-Martínez Alegría, F. Guillén Grima et al  
*Servicio Navarro Salud. Universidad Pública de Navarra.*

**Antecedentes y objetivos:** La Hipertensión Arterial (HTA) es un importante problema de salud pública por su elevada morbimortalidad cardiovascular. *Objetivos:* identificar la prevalencia detectada de hipertensión en la práctica clínica de Atención Primaria y su grado de control; conocer con qué fármacos hipotensores los estamos tratando y los factores que influyen en la efectividad del control de la HTA.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de la población del Centro de Salud de Villava (11.909 habitantes: 9.228 habitantes  $\geq 18$  años año 2006), que cuenta 1.530 pacientes hipertensos. Analizamos los datos de historia informatizada (años 2.003 y 2.006). *Variables:* edad, género, TA sistólica, TA diastólica, Colesterol, HDL, LDL, Triglicéridos, tabaquismo, peso y talla (IMC) en ambos años, tratamiento hipotensor en año 2006 (alfabloqueantes, diuréticos, betabloqueantes, IECA, ARA II). Mostramos la prevalencia detectada por año y proporción de hipertensos controlados (TA < 140/90). En variables cualitativas mostramos proporciones e intervalo de confianza (IC: 95%); test  $\chi^2$  para comparar proporciones. En variables cuantitativas utilizamos t student apareada para comparar medias entre ambos años. Utilizamos regresión logística para estimar la probabilidad de estar en buen control en 2006 a partir de las variables señaladas.

**Resultados:** En población  $\geq 18$  años la prevalencia detectada en 2.003 era 11,6% (IC: 10,9-12,3); en 2.006 era 16,6% (IC: 15,8-17,4) (987 vs 1.530 pacientes  $p < 0,001$ ). Entre los hipertensos que se registró la TA (80,6% 2003 y 83,5% 2006) tenían buen control: año 2003: 44,5% (IC: 41,0-48,0); año 2006: 52,5% (IC: 49,7-55,2) ( $p < 0,05$ ). Entre los hipertensos que constaban en ambos años (981 pacientes) en 2003 el 34,7% tenía buen control frente a 43,7% en 2006 ( $\chi^2 = 17,58$ ;  $p < 0,0001$ ). Las variables asociadas significativamente a buen control fueron: Edad (OR: 0,965 (IC: 0,955-0,974)), Ansiedad (OR: 0,634 (IC: 0,465-0,866)), Vasculopatía periférica (OR: 0,502 (IC: 0,287-0,880)), tratamiento con ARA II (OR: 2,155 (IC: 1,501-3,095)). En los hipertensos registrados en ambos años: Género (Hombre/Mujer) (OR: 1,391 (IC: 1,030-1,878)), Edad (OR: 0,958 (IC: 0,958-0,970)), Vasculopatía periférica (OR: 0,399 (IC: 0,202-0,788)), tratamiento con ARA II (OR: 2,564 (IC: 1,654-3,973)).

**Conclusiones:** La prevalencia de HTA detectada es baja en relación con la existente en la literatura. El nivel de control ha mejorado pero todavía un gran número de pacientes superan los niveles óptimos de control. El tratamiento con ARAII y el género masculino se asocian a un mejor control, la vasculopatía periférica, la edad y ansiedad a peor.

**EFFECTO DE DIFERENTES ESPECIES POLÍNICAS SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN LA CIUDAD DE MADRID**

J. Díaz, C. Linares, A. Tobías et al  
*Fundación General de la UAM. Escuela Nacional de Sanidad.*

**Antecedentes y objetivos:** En los últimos años se ha incrementado de forma notable en los países industrializados la incidencia de enfermedades de tipo respiratorio, lo cual es atribuido a una combinación entre la contaminación atmosférica química y los alérgenos existentes en la atmósfera de las grandes ciudades. Pese a esto, existen escasos estudios que analicen el efecto de diferentes especies polínicas sobre distintas causas de ingreso hospitalario que no sean exclusivamente por asma. El objetivo planteado en este trabajo es analizar la influencia de 4 especies polínicas, las más abundantes y de mayor potencial alérgico en la atmósfera de Madrid, sobre los ingresos hospitalarios diarios por urgencias por todas las causas y causas respiratorias y circulatorias, según diferentes grupos de edad y controlando por diversos factores de confusión.

**Métodos:** Se han considerado los ingresos diarios por urgencias, no programados, ocurridos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, desde 1995 hasta el año 2000. Las causas analizadas han sido "todas las causas" menos traumatismos y partos, causas respiratorias y causas circulatorias. La metodología utilizada ha sido el análisis de series temporales y la cuantificación de los impactos se ha realizado a través de modelos de Regresión Poisson. Se han tenido en cuenta, así mismo, las epidemias de gripe, los días de la semana y funciones seno y coseno de periodicidades anual, semestral y trimestral así como variables meteorológicas y de contaminación atmosférica química y acústica.

**Resultados:** Se encuentran asociaciones estadísticamente significativas no sólo por causas respiratorias, sino también por todas las causas y por causas circulatorias. Por regla general, el impacto es mayor en los grupos de menor edad y son las concentraciones de gramíneas y de plátano las especies polínicas más relacionadas con las distintas causas de ingreso. Para el caso de la especie más alérgica, que ha resultado ser las gramíneas, para aumentos de sus concentraciones entre los percentiles 95 y 99, corresponden incrementos del riesgo atribuible de un 43% en los ingresos por todas las causas en menores de 10 años.

**Conclusiones:** Los riesgos encontrados muestran un importante efecto sobre la salud de las especies polínicas analizadas en todos los grupos de edad, y por causas circulatorias y respiratorias. El riesgo atribuible atribuible a las especies analizadas superior al detectado para las variables ambientales de contaminación química presentes en una atmósfera urbana.

O-094

O-095

**LAS REPRESENTACIONES DE LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL**

C. Valdés, D. Moreno, F. Ortega et al

*Unidad de Investigación de Resultados en Salud. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Antecedentes y objetivos:** El trasplante renal es una terapia que implica un conjunto de creencias y problemas. Con el propósito de dar sentido y respuesta a la enfermedad, los pacientes crean sus propios modelos o representaciones de la enfermedad. Estas representaciones pueden incluir dudas o creencias falsas sobre la enfermedad, los beneficios del tratamiento, y la adherencia a la medicación inmunosupresora. Diferentes representaciones sobre la enfermedad tienen diferentes efectos en los resultados clínicos, desde que ellas están modulando la relación entre el paciente y la enfermedad. Los objetivos de este estudio son: 1) explorar las representaciones de la enfermedad en los pacientes trasplantados renales y la relación entre estas representaciones y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la ansiedad y la depresión; y 2) identificar las características de los pacientes que influyen dichas representaciones.

**Métodos:** Estudio transversal con 200 pacientes aleatorizados con diferentes tiempos de trasplante. Las representaciones de la enfermedad fueron evaluadas con la versión española del Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R), la CVRS con el Cuestionario de Salud SF-36, y los niveles de ansiedad y depresión con la escala Hospital Anxiety and Depression scale (H.A.D.S). Un índice de Comorbilidad, datos sociodemográficos y clínicos fueron recogidos.

**Resultados:** Se presentan aquí los datos previos de 30 pacientes, todos ellos en su primer año de trasplante. Se encontró que unos mayores ingresos hospitalarios, mayor comorbilidad, y menores niveles de hemoglobina y hematocrito tuvieron una influencia negativa en las representaciones de la enfermedad ( $p < 0,05$ ). Por otro lado, las representaciones de la enfermedad correlacionaron con los aspectos mentales de la CVRS ( $p < 0,05$ ), pero no con los físicos. Tener la enfermedad de carácter hereditario, no asumir la enfermedad como crónica, reportar más consecuencias negativas en la vida diaria por tener la enfermedad, y percibir menor control personal sobre la enfermedad correlacionaron con mayores niveles de ansiedad y depresión ( $p < 0,05$ )

**Conclusiones:** Las creencias de los pacientes parecen tener un impacto importante en la adaptación a la enfermedad. Identificar aquellos pacientes con creencias negativas es necesario para prevenir niveles bajos de CVRS, ansiedad, depresión y comportamientos como baja adherencia a la medicación, principal causa de pérdida de trasplante renal.

O-097

**DETECCIÓN PRENATAL ECOGRÁFICA DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL EN BARCELONA**

J. Salvador, A. Borrell, E. Carreras, A. Lladonosa et al

*Agencia de Salut Pública de Barcelona. Hospital Clínic de Barcelona. Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. ADKNOMA.*

**Antecedentes y objetivos:** Los Defectos del Tubo Neural (DTN: anencefalia, espina bífida y encefalocele) son uno de los grupos de anomalías congénitas más graves y frecuentes. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de la detección prenatal ecográfica de los DTN en la ciudad de Barcelona en un período de 13 años mediante información de base poblacional.

**Métodos:** Entre 1992 y 2004 el Registro poblacional de Defectos Congénitos de Barcelona detectó 152 casos con DTN (43 recién nacidos y 109 interrupciones voluntarias del embarazo) entre 167.415 gestaciones de mujeres residentes en Barcelona. Mediante una encuesta a las gestantes y a partir de las historias clínicas se obtuvo información relacionada con la detección prenatal de estas anomalías y sobre el momento de la misma. Para analizar la evolución temporal de la detección, los datos fueron agrupados en 3 períodos: 1992-1996, 1997-2000 y 2001-2004. El análisis se efectuó para cada uno de los 3 DTN separándolos según si se presentaron como única anomalía (aislados) o acompañada de otras (múltiples) y considerando 3 etapas gestacionales (todo el embarazo, antes de las 24 semanas de gestación y durante el primer trimestre).

**Resultados:** La tasa global de DTN fue de 9,1 por 10.000 (anencefalia 4,5, espina bífida 3,7 y encefalocele 0,9). Prácticamente todos los casos de anencefalia, tanto aislados como múltiples, fueron detectados prenatalmente antes de la semana 24 de gestación. La proporción de anencefalías detectadas durante el primer trimestre aumentó entre el 17% del primer período al 86% del último. Alrededor del 80% de las espinas bífidas aisladas fueron detectadas por ecografía, la mayoría de ellas antes de la semana 24 de gestación, mientras que durante el primer trimestre sólo se detectaron un 6%, porcentaje que no ha experimentado variaciones durante el período. Desde 1997 se detectan ecográficamente todos los casos de espina bífida múltiples gracias además a la detección de alguna de las otras anomalías presentes, aunque sólo se detectan alrededor del 56% de estos casos antes de la semana 24 de gestación y un 20% en el primer trimestre, proporciones que no han tenido variaciones apreciables a lo largo del período. Prácticamente todos los casos aislados de encefalocele han sido detectados en el primer trimestre.

**Conclusiones:** La detección prenatal ecográfica de DTN en el primer trimestre de la gestación sólo registra una apreciable mejoría para la anencefalia. La detección precoz de espina bífida es extremadamente baja y no ha experimentado variaciones apreciables a lo largo del período.

*Financiación. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), I. Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.*

O-096

**ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. CATALUÑA 2003-2006**

M. Clèries Escayola, E. Vela Vallespin, A. Mallol Kirchner, M. Bustins Poblet, Registro CMBD et al

*División de Gestión de Registros de Actividad. Servicio Catalán de la Salud. Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet.*

**Antecedentes y objetivos:** Múltiples estudios han demostrado que los resultados del tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) con angioplastia primaria (ACTP) son mejores que los obtenidos con fibrinólisis. Según datos del Registro español de hemodinámica y cardiología intervencionista, Cataluña es una de la CCAA con tasas menores de ACTP en infarto agudo de miocardio. El objetivo de este trabajo es analizar los factores que influyen en la probabilidad de recibir tratamiento con ACTP en el IAM en Cataluña.

**Métodos:** Se han seleccionado todos los ingresos urgentes por IAM, en los hospitales de la red de utilización pública de Cataluña, de los pacientes residentes en Cataluña y mayores de 17 años, durante el período 2003-2006 (número de infartos: 24.062). Se ha utilizado la prueba de  $\chi^2$  para la comparación de proporciones y la regresión logística para el análisis de los factores que influyen en la prescripción de la ACTP. Para calibrar el modelo se utilizó la prueba de Hosmer-Lemeshow y la de la curva ROC para valorar la discriminación.

**Resultados:** Los resultados muestran que el 26,6% de los hombres y el 16,1% de las mujeres con IAM fueron tratados con ACTP ( $p < 0,0001$ ) y que conforme aumenta la edad disminuye la utilización de la técnica (33,5% en los pacientes de 15 a 44 años y 12,5% en los mayores de 74 años) ( $p < 0,0001$ ). También se encontraron variaciones según la región sanitaria (RS) de residencia (entre el 27,9% y el 7,3%), el nivel hospitalario del primer contacto (entre 37,9% y 6,4%) y el año del alta (en 2003 el 17,1% y en 2006 el 30,7%), siendo todas ellas estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). El análisis multivariado muestra que las mujeres y los residentes en determinadas RS tienen menor probabilidad de ser tratados con ACTP, ajustando por la edad, el año del alta, el nivel hospitalario del primer centro de atención, la localización del infarto y la comorbilidad (presencia de diabetes e índice de Charlson).

**Conclusiones:** La utilización de ACTP en el tratamiento primario del IAM ha experimentado un importante aumento en los últimos años. Sin embargo, se observa desigualdades en la utilización de esta técnica en relación al sexo y a la residencia del paciente. Por lo tanto, se deberían poner las medidas y recursos necesarios para mejorar la equidad de acceso a este tratamiento.