

## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 5

### Economía y financiación sanitaria

O-027

#### LA UTILIZACIÓN DEL MECANISMO DE ASIGNACIÓN PER CÁPITA: LA EXPERIENCIA DE CATALUÑA

I. Vargas Lorenzo

*Consorci Hospitalari de Catalunya.*

**Introducción:** El Servei Català de la Salut (CatSalut) ha puesto en marcha una prueba piloto para evaluar la implantación de un sistema de compra en base poblacional en cinco zonas de Cataluña. A cambio de cubrir una cartera de servicios para una población definida geográficamente, el sistema de salud integrado (SSI), constituido por la alianza de los proveedores que operan en el territorio, recibe una asignación per cápita ajustada por variables de necesidad en salud. El objetivo del nuevo modelo de compra es estimular la creación de SSI, mediante la alianza de los proveedores que operan en un territorio.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es doble: en primer lugar analizar el diseño del nuevo modelo de compra que se quiere implantar en Cataluña, para comprobar en qué medida se ajusta a los objetivos que se pretenden alcanzar, y en segundo lugar, evaluar en qué medida las distintas estrategias que se están implantando en cada territorio permitirán alcanzar un mayor grado de integración clínica.

**Metodología:** En primer lugar se elaboró un marco conceptual que incluye aquellos elementos que se consideran esenciales en los diferentes modelos teóricos que utilizan la asignación per cápita: fórmula de ajuste, nivel de riesgo e incentivos a la integración. A continuación se analizó el modelo utilizado en Cataluña a partir del marco conceptual desarrollado.

**Resultados:** La principal debilidad del modelo, desde el punto de vista de la equidad, reside en la fórmula de ajuste diseñada y en la inexistencia de una redistribución global de los recursos de toda Cataluña utilizando una fórmula de asignación capítativa. Desde la perspectiva de la integración asistencial las dificultades más importantes son los incentivos insuficientes a la coordinación que presenta el modelo diseñado, y la escasa autonomía de gestión de algunos de los proveedores que participan en la prueba.

**Conclusión:** Para alcanzar los objetivos del nuevo sistema de compra se sugieren algunos cambios en el diseño del proyecto, entre los que se encuentran: la mejora de la validez de la fórmula, la redistribución global de los recursos a través de la asignación per cápita y el traspaso de una cápita global.

O-026

#### BCN OBSERVATORIO DE TENDENCIAS DE SERVICIOS SANITARIOS

J. Sobreques Soriano, J. Estany Ricart, A. Guarga Rojas, E. Torné Vilagrassa, A. Plaza Tesias y A. Pozuelo García  
*Consorcio Sanitario de Barcelona.*

**Objetivos:** Disponer de un instrumento para hacer explícitos y visibles indicadores de estructura, proceso y resultados de Barcelona, objetivar su tendencia temporal y servir de base para una estrategia de Benchmarking.

**Métodos:** Las áreas de interés y los indicadores se escogen por consenso entre los proveedores agrupados en la Corporación Sanitaria de Barcelona y el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Los indicadores pueden estar agrupados dentro de sus categorías por accesibilidad a los servicios, efectividad de la práctica clínica, eficiencia y receptividad.

**Resultados:** El BOTSS presentará un conjunto de indicadores (aproximadamente 100) en un entorno de trabajo virtual para la discusión y análisis de los principales aspectos relacionados con los sistemas de información y evaluación de servicios sanitarios. El comité técnico del observatorio será el responsable de escoger los indicadores de las cuatro grandes áreas de interés. Estas hacen referencia a la actividad de 14 hospitales, 66 áreas básicas de salud, 21 centros sociosanitarios y 16 dispositivos de salud mental del sistema sanitario público de la ciudad de Barcelona. Los datos de los indicadores se presentan en tablas y gráficos de valores absolutos, tasas y tendencias.

**Conclusiones:** El BOTSS ha de servir a los participantes implicados en el proyecto como instrumento para generar una estrategia de Benchmarking y puedan visualizar el análisis comparado de su información respecto a los mejores resultados del grupo y a indicadores nacionales e internacionales.

O-028

#### IMPACTO DE LOS NUEVOS MEDICAMENTOS REGISTRADOS EN EL PERÍODO 1998-2001 SOBRE LA PRESCRIPCIÓN EN CATALUÑA

C. Zara Yahni, M. Torralba Guirao, A. Prat Casanovas y T. Gilabert Perramon

*Consorci Sanitari de Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar la evolución del consumo de los nuevos fármacos (NF) registrados entre 1998-2001 en Cataluña y cuantificar el consumo según su relevancia.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de la prescripción desde el año 1998 al 2001 de los 72 nuevos principios activos o asociaciones registradas desde 1998 y financiados por el SNS, cuyo ámbito de utilización es la atención primaria (fuente datos: aplicación informática de farmacia CatSalut).

**Resultados:** Los NF representaron el 10,75% (133.88 millones euros) del importe neto total especialidades farmacéuticas (EF) y el 3,46% (3.569.000) del total en envases consumidos durante el 2001. En 6 casos se observa una disminución en envases en el 2001 respecto al 2000. El precio medio por envase es tres veces superior en los NF (37,51 euros) respecto al global de EF prescritas en el 2001 (12,08 euros). En relación al grado de innovación, un 25% del consumo en importe y un 22% de los envases en el 2001 pertenecen al grupo A y B (Importante o modesta mejora terapéutica). Seis fármacos representan un 50,9 % del total del consumo de NF en el 2001: fluticasona-salmeterol (14,8%), clopidogrel (8,9%), rofecoxib (7,7%), celecoxib (6,9%), candesartan (6,7%), raloxifeno (5,9%). Los tres primeros subgrupos en importe durante los cuatro años son: anti-asmáticos (19,7%), ARA II (18,1%) y AINE (16,9%).

**Conclusión:** 6 NF representaron un 5,7% del consumo de EF durante el 2001. El coste de los NF es tres veces superior al coste medio de las EF prescritas. Las innovaciones relevantes representan una baja proporción del consumo en importe de los NF registrados.

O-029

**LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA HOSPITALARIO EN CATALUÑA. EL BALANCE DE UNA DÉCADA**F. Cots Reguant, X. Castells Oliveres, M. Riu Camps y R. Manzanera López  
IMAS.

La preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario ha seguido creciendo a medida que se ha constatado que el incremento de la demanda es sostenido, mientras que la expectativa de crecimiento de recursos públicos para darle respuesta queda por debajo de las necesidades. El nuevo sistema de financiación autonómico podría haber mejorado la financiación de la sanidad pero, en la mejor de las interpretaciones, en un porcentaje muy pequeño y que, en ningún caso, cubre el gap creciente entre demanda y capacidad de oferta. La Central de Balances de CatSalut ha permitido conocer la relación de actividad y recursos del conjunto de hospitales de la red de hospitales de utilización pública (XHUP) desde el año 1993 hasta el 2000. Con su análisis hemos podido conocer como ha funcionado el sector hospitalario público en Cataluña a lo largo de los años 90, haciendo especial atención a la evolución de la productividad general del sistema hospitalario en el tiempo.

**Métodos:** Se han construido tres series entre 1993 y 2000. Una primera de actividad valorada en Unidades Básicas de Asistencia (UBA), una segunda de gastos de explotación valorada en pesetas constantes de 1999 y una tercera, de ingresos de explotación también valorada en pesetas constantes de 1999. Se ha analizado el incremento de las diferentes magnitudes y se ha calculado el valor económico del incremento de productividad y el déficit de explotación en todo el periodo de análisis.

**Resultados:** La actividad ha crecido un 4,1% anual acumulativo, los gastos un 1,8% y los ingresos un 1,9%. El coste por UBA ha evolucionado de manera que el año 2000 era un 85,3% del coste unitario de 1993. El incremento de productividad del sector hospitalario se ha valorado en 243.916 millones de pesetas y el déficit de explotación acumulado se ha valorado en 111.680 millones de pesetas.

**Discusión:** El sector hospitalario ha mejorado su capacidad de transformación de recursos en actividad, su productividad entendida de forma genérica, de manera que el coste de la actividad realizada ha descendido intensamente. La reducción del coste ha sido capitalizado por la administración sanitaria, al indexar los ingresos a la evolución de los costes. En el periodo analizado, el sector hospitalario ha ido acumulando un déficit de explotación que ha generado un coste financiero insostenible y que ha impedido realizar las inversiones necesarias para afrontar las innovaciones tecnológicas y el mantenimiento del capital instalado. Parte del incremento de productividad del sector debe buscarse en la moderación salarial, que se ha traducido en un incremento inferior al del coste unitario general por UBA. Esta situación ha llegado a forzar una conflictividad laboral que en el año 2001 y 2002 están haciendo insostenible la dinámica de la década de los 90.

O-031

**SEGUIMIENTO DEL CAMBIO EN EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: DEL PAGO POR ACTIVIDAD AL PAGO PERCÁPITA**M.L. de la Puente Martorel, F. Brossa Linares, X. Salvador Vilalta, C. Casas Puig, A. Prat Casanovas e I. Cardona Pascual  
Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

**Antecedentes y/o objetivos:** El año 2002 el CatSalut inicio un proyecto piloto de cambio de sistema de pago a los proveedores sanitarios: del pago por estructura y actividad al pago per cápita. La hipótesis de trabajo es que el sistema de pago capitativo aportamos equidad, calidad y eficiencia al sistema sanitario. La base territorial de los cinco territorios seleccionados corresponde geográficamente a zonas de influencia hospitalaria. La población de las 5 zonas seleccionadas es de 450.000 habitantes. El proyecto afecta a 28 centros de atención primaria, 6 hospitales de agudos, 10 centros sociosanitarios y 11 centros de salud mental. Se presenta la metodología propuesta para efectuar el seguimiento y evaluación de dicho proyecto y algunos resultados iniciales.

**Métodos:** Para establecer el seguimiento el CatSalut ha creado una comisión central y 5 comisiones regionales. En las comisiones están representados miembros del CatSalut y de los proveedores territoriales implicados en el proyecto. Para poder dar respuesta a la hipótesis de trabajo se han seleccionado indicadores de accesibilidad, calidad, eficiencia, frecuentación, mortalidad, satisfacción y colaboración entre proveedores.

**Resultados:** Se presentan las variables indicativas de necesidad que se utilizarán para seleccionar las zonas (Control, del proyecto y la metodología de dicha selección. Se muestran los indicadores de seguimiento sanitario y los sistemas de información utilizados para la monitorización del proyecto.

**Conclusiones:** El pasar de un sistema sanitario financiado por estructura y actividad a un sistema per capita se manifiesta como una oportunidad clara de mejoría para nuestro sistema. El reto es avanzar en la orientación de los servicios a la salud de la población, a la equidad y a la eficiencia. Y a su vez monitorizar dicho cambio. Los sistemas de información disponibles, la gestión por líneas de servicios y la mentalidad anclada en la actividad son los mayores obstáculos a los que nos enfrentamos.

O-030

**EL COSTE DE LAS DIFICULTADES SOCIO SANITARIAS DE LOS PACIENTES HOSPITALARIOS**F. Cots Reguant, X. Castells Oliveres, M. Riu Camps y R. Manzanera López  
IMAS.

El coste del paciente hospitalario es fruto de la patología que implica el ingreso pero también de otras variables clínicas como son las comorbilidades, la severidad o bien las complicaciones. Las diferencias estructurales del centro que atiende al paciente también pueden significar diferencias de coste. Todas ellas, las clínicas y las estructurales pueden medirse de forma correcta y ajustar así las causas de la variabilidad del coste hospitalario. Las variables socioeconómicas también implican diferencias de costes en el coste de la asistencia hospitalaria y de ellas no se dispone de información ya que no forma parte de las variables mínimas que se recogen sistemáticamente. El objetivo es analizar el impacto de las dificultades socioeconómicas de los pacientes en el coste del alta hospitalaria mediante el uso del registro de intervenciones de la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFIS).

**Metodología:** Se dispone del CMBDAH de los pacientes de los hospitales del IMAS 2001 con su agrupación GRD, su coste, marcaje de casos extremos, medidas de comorbilidades, complicaciones, reingresos, las circunstancias al ingreso y al alta, y por último, el hecho de haber recibido una intervención de la UFIS a petición del personal clínico o de enfermería. Se ajusta una regresión lineal por MCO del coste de cada paciente sobre la base del coste medio por GRD i ajustado por el resto de variables que explican variabilidad de coste. Las variables se transforman logarítmicamente para internalizar la distribución lognormal de los costes de pacientes hospitalarios.

**Resultados:** Se analiza el coste de 27.458 pacientes que asciende a 60,8 millones de Euros. El modelo ajustado consigue explicar el 60,2% de la variabilidad del coste por paciente. Este ajuste muy elevado (10 puntos superior al de los últimos estudios) incluye la variable de intervención UFIS en 1.340 casos (5% de los casos) y que significa un incremento del coste del 23% para los pacientes que han necesitado intervención.

**Discusión:** El modelo consigue un ajuste global muy elevado que permite pensar que la elasticidad coste de la intervención UFIS queda suficientemente ajustada por el resto de variables que influyen en la variabilidad del coste. La solvencia de la variable como indicador de nivel sociosanitario y su capacidad para explicar variabilidad del coste es robusta ya que presenta una significación del 99% y no presenta problemas de colinealidad con el resto de variables. El 23% de sobrecoste del 5% de los casos, viene a representar el 1,1% coste hospitalario total. Este volumen de recursos en el ámbito hospitalario tendría una importancia mucho mayor en el ámbito sociosanitario y posiblemente un resultado mucho más eficiente. Esta cuantificación debería servir para pensar en el volumen de recursos que podrían ser reasignados a la atención sociosanitaria si las intervenciones de la UFIS fueran efectivas.

**EVALUACIÓN DE UN PROCESO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

M.L. López González, M. Madrazo Pérez, M.J. Díez Lamadrid, A. de Blas Gutiérrez, J. Blanco Diego y C. Gonzalo Rodríguez

**Introducción:** Evaluar una Intervención Educativa (IE) para reducir riesgo cancerígeno exige controlar el sesgo del profesional. El objetivo fue evaluar el proceso de implementación de una IE protocolizada, basada en el modelo A.S.E. y en el estudio de Prochaska y DiClemente.

**Pacientes y método:** *Elementos a estudio:* 24 profesionales y su entorno, de 14 centros de salud en 3 comunidades autónomas. 485 pacientes de 15-50 años con parientes cancerosos, elegidos al azar entre los 1.490 pacientes del grupo de intervención del Programa FAPACÁN.

**Método:** Visita al centro de salud y cumplimiento de una 'check list'. Puntuación: [- 7 a 39 ]. -7 = (pésima implementación); 39 = (óptima implementación)]. Encuesta telefónica a los pacientes. Puntuación: [0 a 8]. 0 = pésima implementación; 8 = óptima implementación.

**Análisis de datos:** Estadística descriptiva, coeficientes de correlación de Pearson y Kruskal Wallis y análisis multivariante mediante regresión múltiple, para encontrar factores asociados a la calidad de la implementación.

**Resultados:** De la evaluación del profesional en su centro de salud: La puntuación media fue 28,36 [24,0 - 32,72]. El 77,3 tuvo algún apoyo de los directores médicos y el 68,2% de los de enfermería. Los años de ejercicio profesional se asociaron inversamente con la calidad de implementación (coeficiente de Pearson = - 0,503 (p < 0,001). No encontramos diferencias significativas (p > 0,05) entre los distintos centros de salud.

*De la evaluación del profesional, mediante encuesta telefónica al paciente:* La puntuación media fue 6,5. Se encontró asociación paciente - profesional (p = 0,002). Tener mayor nivel de estudios y no haber sido captado en Asturias son las covariables que mejor explican la calidad de implementación.

**Conclusiones:** A pesar de las dificultades para implementar un programa en Atención Primaria con el rigor que la investigación demanda, la calidad de la implementación parece suficiente, cuando la realizan profesionales voluntarios y formados.

O-032

O-033

**10 AÑOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. RESULTADOS 1992-2001**

D. Salas Trejo, J.C. Antón Pascual\*, J. Miranda García, J. Ibáñez Cabanell, F. Ruiz Perales, I. Vizcaino Esteve, C. Herranz Fernández, D. Cuevas Cuerda, Grupo de trabajo del programa de Prevención de Cáncer de Mama de la CV

*Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Comunidad Valenciana.*

**Objetivos:** Presentamos resultados 1992-2001, diez primeros años de funcionamiento del programa. Aunque el objetivo es la reducción en un 30% de la mortalidad.

**Metodología:** Citación poblacional de mujeres entre 45 y 69 años, cobertura es del 100% población con un intervalo bienal. Existen 23 unidades en funcionamiento, se presentan los resultados como: cribado inicial: (mujeres que participan por primera vez) y cribado sucesivo (mujeres que exploradas con anterioridad en el programa).

**Resultados:** La participación del 75,68% para el cribado inicial, la tasa de adhesión del 91,72. En el 4,65% de las mujeres de cribado inicial, se efectúan proyecciones adicionales, siendo el 4,20% para los sucesivos. Se remite a los hospitales para continuar estudio el 6,26% de las mujeres en el primer estudio, y desciende al 2,1% en los estudios consecutivos. La tasa de detección de cánceres (4,8 por mil en el cribado inicial y 3,3 por mil en los sucesivos). Respecto a la precocidad diagnóstica, tanto las tasas de cánceres "in situ" como las de carcinomas invasores < 10 mm están dentro de las recomendaciones.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en estos 10 años, junto con la alta tasa de participación de las mujeres en el Programa, nos permite esperar una disminución de la mortalidad por esta causa en los próximos años. Actualmente ya se observa un descenso de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama, tanto en España como en la Comunidad Valenciana en el período 1991 al 2000.

O-035

**HISTORIA NATURAL DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LA ADOLESCENCIA: SEGUIMIENTO A LOS 3 AÑOS**

C. Ariza Cardenal, M. Nebot Adell, Z. Tomás Bonodo y S. Valmayor Safont

*Servicio de Promoción de la Salud, Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivo:** La falta de estudios longitudinales en nuestro medio ha impedido hasta el presente la descripción detallada de la historia natural del hábito tabáquico en los primeros estadios. El objetivo de este estudio es describir la evolución del hábito tabáquico desde el inicio de la adolescencia y a lo largo de la educación secundaria.

**Métodos:** Se distribuyó un cuestionario sobre estilos de vida que incluía diversas variables relacionadas con el hábito tabáquico en una muestra representativa de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) entre 1998 y 2001. En este período, 729 escolares de 43 escuelas de Barcelona contestaron anualmente un cuestionario sobre hábitos de vida incluido el hábito tabáquico. Se diferenciaron cinco estadios de evolución del hábito: precontemplación, contemplación, consumo ocasional (menor a semanal), consumo regular (semanal o diario) y cesación.

**Resultados:** Al inicio del estudio un 69,2% de los escolares se declaraba no fumador (precontemplador o contemplador), un 29% declaraba un consumo ocasional y un 1,8% un consumo regular. El 69,2% que declaraba no haber probado el tabaco al inicio de la Secundaria se reducía a un 51,8% el segundo año, a un 39,2% el tercero y a un 28,6% al final de la etapa. Por el contrario, la evolución del consumo regular de tabaco desde el 1,8% al inicio, se incrementaba al 8,3% el segundo año, al 16,3% el tercero y al 28,9% al final del estudio. Los porcentajes de consolidación (paso de consumo ocasional a regular) fueron del 17% del primer al segundo año, del 21,1% del segundo al tercer año y del 27,2% del tercer al cuarto año. Un 15,4% de los que declaraba un consumo regular al principio del estudio había dejado espontáneamente el hábito al final del mismo. Los porcentajes de cesación fueron del 41,7% del primer al segundo año, del 26,7% del segundo al tercero y del 14,5% del tercero al cuarto.

**Conclusiones:** El mayor incremento relativo en el consumo regular de tabaco se produce del primer año al segundo de la Educación Secundaria. Aproximadamente uno de cada 5 consumidores ocasionales progresa a un consumo regular con el paso de cada año de la etapa. Un 15% de los fumadores regulares al inicio del estudio cesa espontáneamente a lo largo de la etapa, siendo el porcentaje de cesación decreciente a lo largo de la misma.

O-034

**PROGRAMA PILOTO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER. UN AÑO DE IMPLANTACIÓN**

A. Pozuelo García\*, E. Torné Vilagrasa, A. Plaza Tesías, C. Zara Yanhin y A. Guarga Rojas

*Consorcio Sanitario de Barcelona.*

**Antecedentes:** El acceso preferente a Atención Especializada de los pacientes con sospecha de cáncer detectados en Atención Primaria, puede tener implicaciones en su pronóstico, al reducir intervalo temporal para confirmación diagnóstica.

**Objetivos:** Describir los resultados de la evaluación tras un año de implantación.

**Métodos:** Se incluyeron el cáncer de pulmón, próstata, mama y colon-recto. El programa se inició en noviembre de 2001 e incluyó 20 Zonas Básicas de Salud (ZBS) y 5 hospitales de Barcelona (436.128 habitantes - 29% de la población de la ciudad). Indicadores de evaluación: tasa poblacional de utilización, proporción de diagnósticos positivos entre las sospechas y la proporción de diagnósticos positivos sobre los diagnósticos hospitalarios.

**Resultados:** Hasta diciembre de 2002, fueron incluidos 365 casos. Las sospechas de cáncer de colon-recto (50%) y próstata (21%) fueron las más frecuentes. La tasa poblacional de utilización fue de 8,3 por 10.000 habitantes (Por ZBS, mediana: 6,7 rango: 0-42). Datos referidos a 2 hospitales, mostraron una proporción de diagnósticos positivos entre las sospechas del 22% (IC95% 17-28%); siendo para colon-recto del 14% (IC95% 8-22%) y para próstata 30% (IC95% 20-42%). El programa representó el 18% (IC95% 13-24%) de los diagnósticos hospitalarios.

**Conclusiones:** Existe una limitada utilización de los circuitos establecidos, con destacadas diferencias territoriales que se podrían explicar por la existencia previa de vías informales ya funcionantes. Un mayor accesibilidad a la colonoscopia y una menor implantación de vías informales podría justificar la mayor utilización del programa para el cáncer de colon-recto y para próstata.

O-036

**COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS ESCUELAS DE BARCELONA**

C. Ariza Cardenal, E. Díez David, M. Nebot Adell, J.R. Villalbí Herter y A. Plasencia Taradach

*Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivo:** El hecho más evidente al que aboca la investigación de la promoción de la salud es la transformación en acción de los conocimientos ya existentes. La monitorización de los estilos de vida y conductas de riesgo en los jóvenes permite la identificación de los problemas más relevantes susceptibles de una intervención comunitaria. El objetivo de este estudio es describir la cobertura de los programas desarrollados en la ciudad de Barcelona en respuesta a las tendencias observadas a lo largo de diez años en las conductas relacionadas con la salud de sus escolares.

**Métodos:** Desde el estudio sobre factores de riesgo y estilos de vida ligados a la edad evolutiva (FRISC) de 1987, se han realizado cuatro mediciones más de estas conductas hasta 1999. En este período, se han puesto en marcha cinco programas: Prevención del abuso de sustancias adictivas (PASE, 1989; actualmente PASE.bcn), Programa de Educación sobre sustancias adictivas-Decideix! (PESA-Decideix, 1993), Prevención del HIV/Sida en la escuela secundaria (PRESSEC, 1995), Cambios en la adolescencia, nutrición, valoración personal, imagen y salud (Programa CANVIS, 2001) y Prevención del HIV/SIDA en la escuela secundaria postobligatoria (PARLEM CLAR, 2002). Al inicio de curso se ofrece a las escuelas la participación en los programas. Anualmente, las escuelas han de inscribirse, asumiendo el compromiso de la realización de los mismos para obtener la adecuada certificación de las actividades. Los programas se desarrollan en el aula por el propio educador y suponen entre 6 y 10 horas lectivas. Cuentan con el soporte de material y asesoramiento técnico de profesionales de la salud de la Agencia de Salud Pública. Anualmente se recoge información detallada del cumplimiento y aplicación de cada programa. Se valoran las coberturas de cada programa al acabar el curso 2001-02.

**Resultados:** En junio de 2002 un 75% de escuelas realizaba algún programa. El programa PASE.bcn presentaba una cobertura del 46,2% de escuelas y cubrió a 5.667 escolares-diana de la ciudad (66,5%). Las coberturas para los otros programas eran: DECIDEIX, 44% de escuelas y 5.519 escolares (59,9%); PRESSEC, 24% de escuelas y 2.526 escolares (27,4%); CANVIS, 33,7% de escuelas y 4.186 escolares (45,5%); y PARLEM CLAR, 4,8% de escuelas y 472 escolares (5,4%).

**Conclusiones:** A pesar de que la educación para la salud no es una materia curricular obligatoria, en 2002 tres cuartas partes de las escuelas de Barcelona desarrolló algún programa promovido por la Agencia de Salud Pública, dos terceras partes de escuelas desarrolló algún programa de prevención de drogodependencias, casi la mitad de ellos un programa de promoción de hábitos alimentarios saludables y prevención de trastornos alimentarios y una tercera parte algún programa de prevención del HIV/SIDA.

O-037

**PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN LA ESCUELA SECUNDARIA POSTOBLIGATORIA. ENSAYO COMUNITARIO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA PARLEM CLAR**E. Díez<sup>1</sup>, C. Riera<sup>2</sup>, O. Juárez<sup>2</sup>, S. Fernández<sup>1</sup>, E. Cobo<sup>3</sup>, I. Luque<sup>3</sup>, L. Aliste<sup>3</sup> y F. Villamarín<sup>4</sup><sup>1</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>Associació CEPS. Associació per la Prevenció i la Promoció de la Salut. <sup>3</sup>Universitat Politècnica de Catalunya. <sup>4</sup>Universitat Autònoma de Barcelona.

**Antecedentes:** Parlem Clar (Hablemos Claro) es un programa de prevención del VIH/sida y del embarazo no deseado en estudiantes de secundaria postobligatoria (17 años). Consta de 4 sesiones, administradas en parte por compañeros de clase (iguales), promueve el acceso a preservativos en el centro y una visita al centro de salud sexual del barrio. Se diseñó en 2000 mediante la metodología Intervention Mapping, que identifica determinantes psicosociales individuales y de entorno modificables.

**Métodos:** Ensayo comunitario de intervención. En octubre 2000 se ofreció la participación en el ensayo a todos los centros de Barcelona. Cumplieron los criterios de inclusión 10 centros (601 alumnos). Se asignaron aleatoriamente al grupo intervención o de control, estratificando por titularidad (público, privado o concertado) y estudios (bachillerato, módulo profesional). Los alumnos respondieron una encuesta en diciembre de 2000 y mayo de 2001. Se concatenaron 421 cuestionarios (70%). Se compararon las diferencias por grupos de intervención y se realizaron análisis para cada género. Variables: conocimientos, susceptibilidad y gravedad percibidas, autoeficacia, norma subjetiva, actitudes, intención de conducta y conducta.

**Resultados:** Mejoran los conocimientos sobre la visibilidad de la infección, la transmisión, los efectos indeseables, la dificultad del tratamiento y la localización de los centros de salud sexual. Aumenta la gravedad percibida aunque no la susceptibilidad. Mejoran las actitudes sobre el preservativo, su rotura y la reducción del placer. Aumenta la intención de su uso con pareja esporádica. No cambian la norma subjetiva y la autoeficacia. La intervención no adelanta el inicio de las relaciones coitales ni su frecuencia. Aumenta el uso del preservativo en la última relación coital entre los sexualmente activos, así como el acceso a preservativos en la farmacia y la escuela.

**Conclusiones:** El programa Parlem Clar no promueve relaciones sexuales más tempranas y cambia los determinantes de la conducta sexual. Aumenta los conocimientos sobre VIH/sida, la intención y actitudes favorables al uso del preservativo y el uso del mismo en la última relación sexual. El desarrollo sistemático de la intervención, el acceso a preservativos en los centros escolares y la administración del programa por compañeros (iguales) son probablemente factores determinantes de los resultados favorables.

O-038

**PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA: ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN**

R. Puigpinós i Riera, M.I. Pasarín i Rúa y C. Borrell i Thió

Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes:** En 1995 se inicia un programa piloto de detección precoz de cáncer de mama en dos distritos de Barcelona. Propone mamografías bianuales a todas las mujeres de 50 a 64 años y seguimiento hasta los 69. En el 2002 el programa se extiende a toda la ciudad, distribuyendo el territorio entre los 4 principales proveedores hospitalarios de la red pública de la ciudad. Se crea una Oficina Técnica, con el objeto de desarrollar, entre otras funciones, un Plan de Comunicación (PC).

**Objetivos:** Describir la metodología para desarrollar el PC con el objeto de estimular al máximo la participación en el programa.

**Métodos:** El Plan de Comunicación, se dirige a las mujeres (PC individual) y a los mediadores sanitarios y sociales (PC comunitario), mediante dos canales de comunicación: directo e indirecto. Las distintas actuaciones son:

	PC individual	PC comunitario
Información directa	Identificación población diana (padrón, mortalidad, datos hospitalarios) Cartas personalizadas de presentación/información, citación y convocatoria charla informativa Acto en el mercado junto con mediadores Otras iniciativas que surjan	Información escrita personalizada Sesiones informativas Reuniones y/o sesiones con autoridades locales Consejo de mujeres Otras iniciativas
Información indirecta	Distribución en el territorio de material de divulgación Medios de comunicación Informal Retorno de información desde el programa	

**Resultados:** Anualmente se envían 150 000 cartas a mujeres, material e información a 700 farmacias y 800 asociaciones. Se hacen 35 presentaciones a sanitarios, 35 charlas informativas para mujeres y 20 actos en mercados municipales. La participación en el programa oscila entre un 30 y un 60% en función de las características socioculturales del territorio.

**Conclusiones:** Se considera necesario mantener y potenciar el PC como estrategia para incrementar la participación. Es importante intentar uniformar y consensuar los mensajes de salud, así como aumentar la implicación del personal sanitario. Buscar vías para llegar a sectores de población marginales y/o específicos y tener en cuenta el amplio abanico de perfiles socioculturales de mujer a los que nos dirigimos, así como el tiempo de implantación del programa en cada territorio de la ciudad.