

## PÓSTERS

**INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 1990 A 2000**

C. Martín Marín, M.S. Gutiérrez Pérez, H. Marcos Rodríguez y C. Ruiz Cosín

*Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.*

**Antecedentes y objetivos:** La posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo es un hecho con importantes y directas repercusiones en la salud de la embarazada. Por otro lado, la Planificación Familiar se ha de promover como un medio para reducir al mínimo la frecuencia de IVE. Por todo ello, estudiar la evolución de la magnitud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es imprescindible para planificar cualquier actuación en materia de educación para la salud, planificación familiar y planificación de los servicios asistenciales. En este estudio se describe la magnitud de las IVE realizadas a mujeres residentes en Castilla y León durante los años 1990 a 2000.

**Métodos:** Se utilizaron los datos de IVE notificadas al Registro Regional de Castilla y León y los proporcionados por el Ministerio de Sanidad referentes a mujeres intervenidas en otras Comunidades Autónomas pero residentes en Castilla y León. Se calculan tasas de IVE por 1.000 mujeres en edad fértil, tasa de embarazo (nacidos vivos e interrupciones voluntarias del embarazo por 1.000 mujeres en edad fértil) y razón de abortividad o frecuencia de IVE por 1.000 nacidos vivos y se estudian tendencias temporales. Los denominadores de población se obtuvieron de las Proyecciones de población española para los períodos 1981-1990 y 1990-2005 realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y los nacidos vivos por edad de la madre se obtuvieron del Movimiento Natural de la Población del mismo Instituto.

**Resultados:** La tasa de IVE realizadas por 1000 mujeres residentes en la Comunidad de Castilla y León es, en promedio de 5,52 (IC95%: 4,73-6,33), con valores que oscilan desde 6,25 (IC95%: 3,55-8,96) en el año 1990 a 5,37 (IC95%: 2,68-8,05) en el año 2000. La media nacional para el mismo período es de 6,11 (IC95%: 5,90-6,33). Con respecto a la evolución en el tiempo de las tasas por grupo de edad y total, se observa como los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años presentan los mayores valores a lo largo de todo el período estudiado. Además, en el grupo de 20 a 24 años se observa una tendencia ascendente, al igual que a nivel Nacional, aunque menos pronunciada y posterior en el tiempo. La frecuencia de IVE por 1.000 nacidos vivos no ha experimentado grandes diferencias a lo largo del período estudiado, con valores que oscilan de 152,97 en el año 1990 a 158,95 en el año 2000, sin embargo se observa un importante aumento en los grupos de edad de 19 años y menos, 20 a 24 años y 25 a 29 años, habiendo descendido en el resto de los grupos.

**Conclusiones:** La tasa de Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas en mujeres residentes en la Comunidad de Castilla y León es similar a la media Nacional y no presenta variación en el período de tiempo estudiado. La mayor parte de las mujeres que se someten a una IVE en Castilla y León tienen entre 20 y 29 años de edad. Se observa un importante aumento en el número de IVE en las mujeres menores de 30 años, en relación con los nacimientos ocurridos en mujeres pertenecientes a esos mismos grupos de edad.

P-002

P-001

**ALGIAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL: IMPACTO SANITARIO, ECONÓMICO Y ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS**

J. Sette Cotta Filho, M. Morales Suárez-Varela, R. Minardi Mitre Cotta, A. Llopis Gonzales y J. Peiro Escrivá

*Centro de Trabajo: Universidad de Valencia.*

**Objetivos:** Caracterizar los ingresos y analizar el impacto sanitario y económico de los problemas de algias de la columna vertebral (ACV), a la vez que se valora la proporción de adecuación de ingresos hospitalarios en un área sanitaria, mediante el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

**Material y métodos:** El estudio consta de dos fases: 1) Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de todos los ingresos registrados en los hospitales de la provincia de Minas Gerais del sistema sanitario brasileño, con diagnósticos al alta de ACV en 2000. 2) Con el objetivo de valorar la adecuación de los ingresos hospitalarios por ACV, se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal de todos los pacientes ingresados en los 15 hospitales correspondientes a la DRS-PN.

**Resultados y discusión:** Los TDC se caracterizan por ser un grupo patológico más predominante en el sexo masculino, los varones ingresan más que las mujeres, tienen una estancia hospitalaria superior, y consumen más recursos financieros. En cuanto a las OD, se observa una ausencia significativa de diferencia entre los sexos. Respecto a la edad, se observó en estas patologías (TDC y OD) un predominio en las franjas de 30-59 años, lo que genera una gran repercusión socioeconómica y hace suponer al factor laboral y a la edad como elementos importantes en estas patologías. Las patologías específicas de la columna vertebral, son importantes causas de consumo de recursos sanitarios, representado un 12,97% del total del coste económico de los ingresos por patologías de la CIE-10-XIII. Según los criterios del AEP, la inadecuación de los ingresos hospitalarios, fue de un 81,19%.

**Bibliografía**

- Heijden VD, Leffers P, Bouter LM. Shoulder disability questionnaire design and responsiveness of a functional status measure. *J Clin Epidemiol* 2000;53(1):29-38.
- Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN CONDICIONES DE VIDA Y SALUD AUTOPERCIBIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ANDALUCÍA**

P. Eguiguren Bravo, M.M. García-Calvente, G. Maroto Navarro, I. Mateo Rodríguez, J.J. Sánchez Cruz y A. Daponte Codina

*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes:** Las evidencias sobre las diferencias de salud entre ambos sexos introducen la necesidad de incorporar en las encuestas de salud variables que reflejan posiciones estructurales de desigualdad de género, relacionadas al poder de las mujeres para manejar sus vidas y los procesos de desarrollo de la salud.

**Objetivos:** Analizar las diferencias de salud autopercebida entre hombres y mujeres y describir las diferencias en nivel educacional, ámbito laboral, de trabajo doméstico y de cuidados.

**Método:** Encuesta de Salud de Andalucía 1999, de base poblacional, muestra de adultos no institucionalizados, mayores de 16 años, 3.243 hombres y 3.243 mujeres. Como variables de salud el cuestionario SF36 y escala de autovaloración de salud. Se cuenta con variables sociodemográficas, de trabajo productivo y reproductivo.

**Resultados:** Las mujeres tienen peor autopercepción de su salud (67,4% en buena salud frente al 77,4% de los hombres), y menor puntuación en las 8 sub-dimensiones de la escala SF-36, con diferencias estadísticamente significativas después de ajustar por edad. En niveles superiores de educación, los hombres superan los porcentajes de mujeres, al contrario de lo que sucede en los niveles inferiores. Entre los 25 - 64 años el 25 % de las mujeres trabaja (65,3% de los hombres), 14,2% de mujeres trabajan sin contrato (5,9% de los hombres) y un 20,3% tienen jornadas semanales inferiores a 30 horas (4,2% de los hombres). El 20,7% de los hombres y el 79% de las mujeres que no cohabitan con su pareja tienen a su cargo hijos/as. En hogares con personas que requieren cuidados, 25 - 48% de las mujeres los asumen sin ayuda (1,3 - 8% de los hombres) y dedican más tiempo diario al trabajo doméstico.

**Conclusiones:** Las mujeres tienen un peor estado de salud percibido que los hombres en todas las edades. Su incorporación al ámbito laboral y el alcance de mayores niveles educacionales se encuentra en plena transición. Se aprecian condiciones laborales más precarias en el caso de las mujeres. Ellas asumen mayoritariamente las tareas de trabajo doméstico y de cuidado, lo cual implica repercusiones para su salud física y mental. Con mayor frecuencia son ellas quienes enfrentan la monoparentalidad, y viven solas en las etapas finales de su vida.

\* trabajo realizado en el marco del proyecto "Desigualdades de género en la salud y utilización de servicios sanitarios de la población adulta en Andalucía" financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (exp 257).

P-003

P-004

**CAMBIOS EN EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR LAS MADRES EN LOS TRES PRIMEROS MESES DESPUÉS DEL PARTO**

G. Maroto Navarro, V. Porthé, M.M. García-Calvente, I. Mateo Rodríguez, I. Ruiz Pérez, M.J. Moreno García, J. Romero González y A. Chileme López

*Escuela Andaluza de Salud Pública; Hospital Costa del Sol y Hospital General Básico de la Axarquía.*

**Antecedentes y objetivos:** El puerperio constituye una etapa de gran vulnerabilidad para la madre y el hijo/a, quienes requieren de forma especial, diferentes tipos de ayuda para adaptarse progresivamente a los numerosos cambios que tienen lugar en un corto período de tiempo. En este trabajo pretendemos comparar la evolución del apoyo social percibido por las madres en los tres primeros meses después del parto.

**Métodos:** Estudio epidemiológico de seguimiento prospectivo con 459 madres de la Costa del Sol y Axarquía malagueña, en tres momentos diferentes después del parto (al alta hospitalaria, al mes y al tercer mes postparto). Se utilizan cuestionarios estructurados administrados mediante entrevista personal.

**Resultados:** Desde el embarazo al tercer mes disminuye significativamente la percepción global de apoyo recibido (1 a 5) [(Medias: (embarazo 4,84; alta 4,95; mes 4,46 y tercer mes 4,49)  $p < 0,001$ ]. Las madres perciben menos apoyo emocional y confidencial (de 11 a 55), al mes (50,1) que al tercer mes (51,3) ( $p < 0,001$ ). El apoyo de la red informal (familia y amigos) aumenta significativamente al mes y tercer mes respecto del alta, aunque no se observan diferencias estadísticas en el apoyo formal de los servicios sanitarios en este período. La demanda de las madres de diferentes tipos de ayuda es significativamente mayor al mes que al tercer mes ( $p < 0,001$ ). Más madres necesitan ayuda en las tareas domésticas (Mes 67,5%; tercer mes 44,4%); información sobre el cuidado del bebé (Mes 17,4%; tercer mes 7,5%) y necesidad de afecto y comprensión (Mes 29,2%; tercer mes 19,2%).

**Conclusiones:** Aunque las madres perciben un alto nivel de apoyo social en los tres primeros meses después del parto, el primer mes constituye un período clave, donde son mayores las demandas, de acuerdo a la menor percepción de apoyo.

\* Trabajo realizado en el marco del proyecto "Apoyo social a madres durante el postparto en relación con indicadores de salud. Demandas de apoyo en los primeros años de crianza" financiado por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

P-006

**COMPARACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS DE SALUD DE LA C. VALENCIANA DE LOS AÑOS 1991 Y 2000-2001**

S. Fernández Martínez, J.B. Sanchis Álvarez, R. Alfonso Gil y A. Piera Ventura

*Oficina del Plan de Salud. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana; Servicio Medicina Preventiva del Hospital Universitario Dr. Peset\*. Valencia.*

**Antecedentes y objetivos:** Uno de los objetivos principales a la hora de realizar una encuesta es la de poder comparar sus resultados con encuestas similares realizadas en otros lugares o en otra época. De esta manera ha surgido la posibilidad de comparar la evolución del hábito tabáquico a lo largo de 10 años, tiempo transcurrido entre la realización de las dos macroencuestas de salud de la Comunidad Valenciana, coincidiendo esta última con la elaboración del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana y formando parte de su fase de análisis de la situación de salud de nuestra población.

**Material y métodos:** La encuesta realizada en el año 2000-2001 tiene una muestra total de 6691 individuos, con edad  $\geq 16$  años y residentes en viviendas familiares, obtenida a partir de un muestreo aleatorio estratificado y polietápico. La encuesta de salud realizada en el año 1991 tiene un tamaño muestral total de 9362 mayores de 15 años. Se utilizará la técnica de Chi cuadrado para la comparación entre los resultados de las dos encuestas.

**Resultados:** Respecto a la población no fumadora en el año 1991 el porcentaje era del 39,6% y en el año 2001 un 52,2%. La población que fuma diariamente ha descendido desde el 35,4% al 32,0% en los años 1991 y 2001 respectivamente. En los hombres se observa un aumento en el porcentaje de las personas que nunca han fumado, pasando del 18,9% en 1991 hasta el 37,7% del año 2001. En el género femenino este porcentaje también ha aumentado del 59,1% en 1991 al 65,9% del 2001. En lo que se refiere a los porcentajes de fumadores habituales, se observa que en los hombres ha disminuido de un 49,0% en 1991 a un 40,5% en el 2001. Esta diferencia se mantiene en todos los grupos de edad. Por el contrario en las mujeres se aprecia un aumento del porcentaje de fumadoras habituales del 22,6% en 1991 al 23,8% en el año 2001. El consumo de cigarrillos diarios en el año 2001 ha aumentado sensiblemente respecto al año 1991. El porcentaje de los que fuman menos de 10 cigarrillos/día ha disminuido de un 39,8% a un 29,9%. Por el contrario, los consumidores de cigarrillos de entre 11 y 20 y más de 20 cigarrillos al día han aumentado en el año 2001. Si en el año 1991 fumaban más de veinte cigarrillos al día un 15,4%, este porcentaje asciende al 17,7% en el 2001.

**Conclusiones:** El porcentaje de población no fumadora ha experimentado un sensible aumento entre los años 1991 y 2001, pasando del 39,6% al 52,2%. La población fumadora habitual ha descendido del 35,4% al 32,0% en este mismo período de tiempo. Este descenso se produce a expensas de la disminución en el hábito tabáquico en los hombres, ya que las mujeres experimentan una estabilización e incluso un leve aumento de la prevalencia de mujeres fumadoras habituales.

P-005

**MUERTES ATRIBUIBLES AL ALCOHOL POR NEOPLASIAS EN CATALUÑA**E. Revuelta Muñoz, P. Godoy García\*, M. Fareny Blasi  
*ABS Pla d'Urgell. Universidad de Lleida. ABS Balafra-Pardiñes.*

**Objetivo:** El estudio de las muertes atribuibles al alcohol (MAA) suministra información acerca del impacto del consumo de alcohol en la salud comunitaria y permite valorar los programas dirigidos a corregir este problema. El objetivo del estudio fue estimar las MAA y los años potenciales de vida perdidos (APVP) por cáncer en Cataluña y su evolución temporal.

**Métodos:** Estudio descriptivo de mortalidad a partir de las defunciones habidas entre los residentes en Cataluña de 1988 a 1997. Mediante los datos de mortalidad facilitados por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat y aplicándose las fracciones poblacionales atribuibles al alcohol (FPA) se calcularon las MAA por causa neoplásica y los APVP durante el período citado.

**Resultados:** De 1988 a 1997 hubieron 28.788 MAA en Cataluña, que supusieron el 5,5% del total de muertes. De ellas, 8.043 (un 27,9%) fueron por neoplasias, siendo el cáncer de esófago la cuarta causa específica más importante (supuso un 7,4% del total de MAA). Durante el período se objetivó un aumento de las MAA por neoplasias, que pasó de suponer un 24,7% respecto al total de MAA en 1988 a ser un 30% en 1997. Del mismo modo, se constató un aumento porcentual de los APVP por neoplasias respecto al total de APVP, que pasó del 11,4% en 1988 al 17,5% en 1997.

**Conclusiones:** Dentro de las causas de mortalidad asociadas al consumo de alcohol las neoplasias generaron más de la cuarta parte de las MAA en Cataluña. Aunque globalmente las MAA y los APVP han ido en descenso, la mortalidad atribuible al alcohol por neoplasias en Cataluña ha ido en aumento. Esto podría justificarse, en parte, porque los efectos beneficiosos de una disminución del consumo de alcohol se verían a largo plazo en el caso de las neoplasias.

P-007

**EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACION EN LA ENCUESTA DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2000-2001**

J.B. Sanchis Álvarez, S. Fernández Martínez, R. Alfonso Gil, A. Piera Ventura

*Oficina del Plan de Salud. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana; Servicio Medicina Preventiva del Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Antecedentes y objetivos:** Entre los años 2000 y 2001, coincidiendo con la elaboración del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana y formando parte de su fase de análisis de la situación de salud de nuestra población, se realizó la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 (ESCV) con el objetivo de obtener información sobre las necesidades de salud de los ciudadanos. Uno de los aspectos estudiados fueron los estilos de vida, y en concreto uno de ellos fue el hábito tabáquico, uno de las principales causas de muerte y morbilidad potencialmente evitables. Tener información epidemiológica sobre este hábito permite adecuar las estrategias para abordar este problema de salud.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico transversal a partir de los datos de ESCV, con una muestra total de 6.691 individuos, con edad  $\geq 16$  años y residentes en viviendas familiares, obtenida mediante un muestreo aleatorio estratificado y polietápico. Se mostrarán resultados de la variable dependiente fumar (sí/no) en relación con otros factores como la edad, el sexo, el nivel de estudios e ingresos familiares.

**Resultados:** El 32% de la población fuma diariamente, consumiendo una media de 17,7 cigarrillos al día. Si distinguimos entre los sexos, el 40,5% de los hombres fuman diariamente, mientras que en las mujeres este porcentaje es del 23,8%. El porcentaje de exfumadores es del 11,8%, y el 52,2% de la población dice no haber fumado nunca. Un 69,7% de los que fuman diaria o esporádicamente, opina que ahora fuma la misma cantidad de tabaco que hace un año. Aquellas personas que fuman o han fumado comenzaron a hacerlo con una edad media de 17,6 años. Todas las diferencias comentadas presentan significación estadística con una  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Según esta encuesta, el 32% de la población fuma diariamente (el 40,5% de los hombres y el 23,8% de las mujeres). El porcentaje de exfumadores es del 11,8%. Un 69,7% de los que fuman diaria o esporádicamente, opina que ahora fuma la misma cantidad de tabaco que hace un año.

P-008

**INTERVENCIÓN EN EL COLECTIVO DE PERSONAS MAYORES. I EL TALLER COMO ESTRATEGIA PARA LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES**

C. Ramírez Sampedro, E.J. Huguet García, M.V. Seguí Mestre y C. Fernández García  
*Centro de Salud Pública de Alzira. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

**Justificación:** El colectivo de personas mayores presenta características particulares diferentes a las del resto de la población y, en lo que respecta a la alimentación y nutrición, tienen fuertes creencias que conforman sus actitudes. Por ello, para conseguir la adquisición de hábitos alimentarios saludables por su parte, es necesario utilizar una estrategia que permita de forma amena y participativa el que puedan reconocer sus errores, tomar conciencia de ellos y adoptar una actitud de cambio hacia actitudes más positivas para la salud.

**Objetivo:** Conocer la viabilidad de los talleres sobre mitos y errores en la alimentación en la consecución de comportamientos alimentarios saludables.

**Métodos:** Se realizaron 12 talleres de 1,5 horas de duración en los cuales participaron 300 personas. Cada taller se proyectó de forma que se pudiesen detectar los errores y creencias sobre alimentación, tomar conciencia de ellos e intentar cambiarlos. Se estructuraron de forma siguiente: 1. Fase: Cumplimentación de un cuestionario sobre mitos, errores y creencias en torno a la alimentación. 2. Fase: Debate sobre las cuestiones presentadas. 3. Fase: Cumplimentación de un cuestionario de evaluación sobre el contenido y desarrollo del taller.

**Resultados:** 1) Análisis de las encuestas sobre mitos, errores y creencias. Los conocimientos de este grupo de población en torno a la alimentación, están llenos de confusiones, influenciados por los medios de comunicación a la hora de la compra y presentan gran desconocimiento en materia de higiene alimentaria. En este colectivo, el problema es mucho mayor en los hombres ya que, la responsabilidad de la alimentación recae en la mayoría de los casos sobre la mujer. 2) Análisis de los cuestionarios de evaluación. Convencimiento de la existencia de errores en torno a la alimentación, esclarecimiento de las dudas que presentaban y actitud positiva en lo que respecta a la adquisición de hábitos alimentarios saludables. Necesidad de continuidad en la línea iniciada por considerar muy positiva la información recibida.

**Conclusiones:** El taller es una herramienta adecuada para los profesionales de salud pública en la consecución de hábitos alimentarios saludables. Posibilidad de extensión a personas responsables del cuidado de personas mayores.

P-010

**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN MUJERES Y VARONES, ¿SE ESTÁN PRODUCIENDO CAMBIOS? ENCUESTA DE SALUD DE CATALUÑA, 1994 Y 2002**

P. Brugulat Guiteras, E. Séculi Sánchez, A. Medina Bustos, S. Juncà Valdor, V. Martínez Beneyto, D. Martínez Castela y R. Tresserras Gaju  
*Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.*

**Introducción:** Es conocido que el patrón de salud de mujeres y varones es diferente, caracterizándose el de aquellas por una peor percepción de salud, peor estado de salud y mayor utilización de servicios, a la vez que presentan peor situación en estos aspectos las pertenecientes a las clases más desfavorecidas.

**Objetivo:** Conocer si el perfil de salud de mujeres y varones y la utilización de servicios sanitarios se ha modificado en relación a la ESCA 1994.

**Métodos:** Entrevista a 8.400 personas no institucionalizadas de todas las edades. Se analizan la autopercepción de salud, declaración de enfermedades crónicas y discapacidades, restricción de actividad por motivos de salud, utilización de servicios sanitarios y consumo de medicamentos.

**Resultados:** El 74,9% (IC95%  $\pm$  1,3) de las mujeres y el 81,9% (IC95%  $\pm$  1,2) de los varones declara que su salud es excelente, muy buena o buena. El 75,5% (IC95%  $\pm$  1,4) de las mujeres y el 62,9% (IC95%  $\pm$  1,5) de los varones mayores de 14 años manifiestan padecer o haber padecido algún trastorno crónico. El 14,4% (IC95%  $\pm$  1,0) de las mujeres y el 10,6% (IC95%  $\pm$  0,9) de los varones padecen discapacidades. La restricción de actividad es más frecuente entre las mujeres (15,3%, IC95%  $\pm$  1,1) que entre los hombres (11,1%, IC95%  $\pm$  1,0). El 92,3% (IC95%  $\pm$  0,8) de las mujeres y el 84,9% (IC95%  $\pm$  1,1) de los varones declaran haber visitado a un profesional sanitario el último año y el 58,9% (IC95%  $\pm$  1,5) de las mujeres y el 46,2% (IC95%  $\pm$  1,5) de los varones manifiestan haber tomado algún medicamento en los dos últimos días. Las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas presentan peor situación en las variables estudiadas. En comparación con 1994, ha aumentado significativamente en ambos sexos la declaración de padecer trastornos crónicos y discapacidades, restricción de la actividad, utilización de servicios (no significativo) y consumo de medicamentos y también la proporción de los que valoran positivamente su salud, siendo éste aumento significativo en las mujeres (1994, 71,4%,  $p \leq 0,05$ ).

**Conclusiones:** Se mantiene el patrón de salud según género. Así mismo, en el 2002, mujeres y varones están más aquejados por problemas crónicos y discapacidades y sin embargo ha mejorado en ambos la percepción sobre su estado de salud, siendo esta mejora más elevada en las mujeres, lo que ha reducido las diferencias entre sexos en relación a esta variable. Cabe explorar el efecto que el envejecimiento de la población y las expectativas sobre su salud tienen en este fenómeno.

P-009

**PREVALENCIA DE CEFALEAS Y USO DEL TELÉFONO MÓVIL**

P. Godoy García, P. Casado Francés y C. Maimó Domingo  
*Facultad de Medicina, Universidad de Lleida.*

**Objetivo:** El uso del teléfono móvil puede comportar algún riesgo para la salud. El objetivo fue estudiar la relación entre la cefalea y el uso del teléfono móvil.

**Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico de prevalencia. Se eligieron usuarios de teléfono móvil de Lleida y se estudiaron a través de entrevista telefónica. Se hicieron 451 llamadas para obtener el tamaño de muestra calculado. Para estudiar la relación de la variable dependiente "cefalea" con las otras variables independientes se calculó la odds ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95%. También se utilizó la prueba de  $c^2$  con un nivel de significación ( $p$ ) inferior a 0,05.

**Resultados:** La participación fue del 79%. De los participantes un 76% tenía móvil y de estos, un 67,9% lo usaba poco. Padecían cefalea un 30,2% de los participantes. Se observó que los más jóvenes eran los que más usaban el teléfono móvil ( $c^2 = 18,71$ ;  $P = 0,00$ ) y que la prevalencia de cefaleas aumentaba si se incrementaba el uso del teléfono móvil ( $c^2 = 6,3$ ;  $P = 0,04$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de cefalea aumenta con el uso del teléfono móvil, y se considera un factor de riesgo para los valores más extremos de uso.

P-011

**COBERTURA PÚBLICA Y DOBLE COBERTURA DE ASEGURAMIENTO SANITARIO: POBLACIONES DIFERENTES?**

A. Medina Bustos, E. Séculi Sánchez, J. Fusté Sugrañes, P. Brugulat Guiteras, S. Juncà Valdor y R. Tresserras Gaju  
*Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.*

**Introducción:** Según la Encuesta de salud de Cataluña de 2002, el 99,2% de la población dispone de cobertura sanitaria pública y un 24,8% está además afiliada a una mutua voluntaria o privada.

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en las características sociodemográficas y de estado de salud entre la población que ha optado por tener doble aseguramiento sanitario y la que tiene únicamente la cobertura pública.

**Método:** Entrevista a 8.400 personas no institucionalizadas de todas las edades. Se han seleccionado los casos de personas que tenían cobertura de servicios sanitarios públicos y/o de mutua obligatoria, entre los cuales se ha diferenciado los que también tenían cobertura por mutua voluntaria. Se han analizado las variables: edad, sexo, nivel de estudios, clase social, autopercepción del estado de salud, enfermedades crónicas, discapacidades y estilos de vida.

**Resultados:** El porcentaje de población con doble cobertura (DC) de mayores de 64 años es del 12,6% (IC95%  $\pm$  1,4) frente al 17,5% (IC95%  $\pm$  0,9) de la población con cobertura únicamente pública (CUP). El 48,2% (IC95%  $\pm$  2,2) de la población DC tiene estudios de bachillerato, formación profesional o universitarios, mientras que en la población CUP es el 28,2% (IC95%  $\pm$  1,1). En cuanto a la clase social según ocupación, las más favorecidas representan el 65% (IC95%  $\pm$  2,1) en la población DC y el 36,5% (IC95%  $\pm$  1,2) en la CUP. El 85,5% (IC95%  $\pm$  1,5) de DC declaran que su estado de salud percibida es excelente, muy buena o buena y el 76,0 (IC95%  $\pm$  1,1) de CUP. La prevalencia declarada de trastornos crónicos es superior en el grupo CUP para la hipertensión arterial, artrosis, dolor de espalda, varices, bronquitis crónica y diabetes ( $p < 0,01$ ) y también para las discapacidades estudiadas. El 53,3% (IC95%  $\pm$  2,3) de la población DC declara un consumo de alcohol moderado y el 44,2% (IC95%  $\pm$  1,3) el grupo CUP. La población con DC manifiesta ser sedentaria o mínimamente activa en un 35,2% (IC95%  $\pm$  2,3) frente al 40,0% (IC95%  $\pm$  1,3) de la población CUP.

**Conclusiones:** Se constata perfiles sociodemográficos y de salud diferentes entre las poblaciones DC y CUP. La población DC se caracteriza por ser más joven, tener mayor nivel de estudios, pertenecer a clases sociales más favorecidas, tener mejor percepción del estado de salud, declarar menos enfermedades crónicas y discapacidades, y unos hábitos de vida más saludables.

P-012

**DIFERENCIAS EN NIVELES DE INFORMACIÓN Y ACTITUDES DE HOMBRES Y MUJERES EN RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD EN BRASIL Y COLOMBIA**

M.L. Vázquez, M.E. Delgado, M.R. Ferreira, E. Siqueira, A. Diniz, Y. Zapata, M. Hernán y J.M. Jiménez

CHC Consultoria i Gestió, S.A; Institute for Health Sector Development; Universidad del Valle (Colombia); Universidade de Pernambuco; Instituto Materno Infantil de Pernambuco; Universidade Federal de Pernambuco; Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo general del estudio era determinar la efectividad de las políticas de reforma del sistema de salud en fortalecer la participación de la población en el control de la calidad de los servicios de salud y comparar los resultados en Brasil y Colombia. Los objetivos de esta comunicación son analizar de forma comparativa transnacional a) las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a niveles de información y utilización de los mecanismos institucionales de participación en los servicios de salud y b) su actitud frente a la participación en salud.

**Métodos:** Se realizó una encuesta poblacional con un cuestionario estructurado que incluía preguntas abiertas y cerradas sobre mecanismos institucionales de participación en los servicios de salud establecidos en las políticas de salud de Brasil y Colombia. Se seleccionó una muestra aleatoria de la población, cuyo tamaño final fue de 1590 usuarios/as en Brasil y 1497 en Colombia. Se realizaron análisis uni y bivariados, utilizando SPSS. El área de estudio la constituían los municipios de Cabo Santo Agostinho y Camaragibe en el Noreste de Brasil y Tuluá y Palmira en Colombia.

**Resultados:** En Brasil, tres de los mecanismos de participación eran conocidos por casi la mitad la población (el buzón de quejas y sugerencias (42,5%), el seguro salud (59,5%) y el CMS (42,4%). Una mayor proporción de mujeres refería estar al tanto de su existencia, pero las descripciones de los hombres eran algo más pertinentes. En Colombia, los mecanismos más conocidos eran: el buzón de sugerencias (63%) y la línea telefónica (47,6%), y la proporción de entrevistados que conocía la existencia de los otros mecanismos no llegaba al 10%. Para todos, los hombres mostraron un mejor nivel de conocimiento. En Brasil, la actitud hacia la participación era más positiva en los hombres, mientras que en Colombia, la tendencia más favorable se encontraba en las mujeres. La tasa de utilización de cualquiera de los mecanismos no superó el 5% en Brasil, existiendo diferencias por sexo y tipo de mecanismo, mientras que en Colombia era de 20,4% para la línea telefónica, 7% los buzones y menos del 1% para los restantes mecanismos, sólo se encontraron diferencias por sexo en el caso de los buzones.

**Conclusiones:** En ambos países se observan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a niveles de información y utilización de los mecanismos institucionales de participación, así como su actitud frente a la participación. Las tendencias en ambos países son diferentes. Se necesita un análisis más exhaustivo que permita la interpretación de las diferencias. Estudio financiado por la Comisión Europea DGXII y Ministerio de Salud de Brasil.

P-014

**DESIGUALDAD EN SALUD: MORTALIDAD EN VALLECAS**

N. García Marin, E. Gil Montalban, E. Rodríguez Baena, E. Córdoba Deorador y M. Cisneros Brito

Servicio Salud Pública Área 1. Instituto Salud Pública. Consejería Sanidad Comunidad de Madrid.

**Antecedentes:** En la valoración del estado de salud de la población, las estadísticas de mortalidad son una de las fuentes de información más importante. El objetivo es analizar las patologías que causan una sobremortalidad en Vallecas con respecto a la Comunidad de Madrid.

**Metodología:** Se estudiaron las defunciones acumuladas 1994-1998, calculando las tasas de mortalidad brutas y específicas por causa y sexo, y años potenciales de vida perdidos (APVP). Comparándose los resultados con los de la Comunidad, mediante la estandarización directa, utilizando la población europea de 1990 como estándar. Se calculó el Índice de Mortalidad Comparativo y la razón de APVP. Se compararon las tasas estandarizadas con un test de significación estadística de diferencia de tasas ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Las principales causas de muerte en Vallecas son las enfermedades del aparato circulatorio, tumores y enfermedades del aparato respiratorio. El SIDA es la primera causa hasta los 45 años. Existe una sobremortalidad tanto general como prematura (APVP), principalmente en varones. Las enfermedades que presentan la mayor sobremortalidad son EPOC, VIH/SIDA, cáncer de estómago y neumonías.

**Conclusiones:** Las causas de muerte coinciden con la Comunidad y países de nuestro entorno, destacando el impacto del SIDA en jóvenes. La sobremortalidad detectada es otro indicador más de la situación desfavorable que presenta Vallecas con respecto a la Comunidad.

P-013

**PLAN VALLECAS: LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA MEJORA DE LA SALUD PÚBLICA**

E. Gil Montalban, N. García Marin, E. Rodríguez Baena, E. Córdoba Deorador, M. Cisneros Brito, y Grupo Técnico del Plan Servicio Salud Pública Área 1. Instituto Salud Pública. Consejería Sanidad. Comunidad De Madrid.

**Antecedentes:** "El Plan Integral de Mejora de la Salud Pública de Vallecas" surge del acuerdo entre Gobierno de la Comunidad de Madrid, Federación Regional de Asociaciones de Vecinos (AA.VV) y Coordinadora de AA.VV de Puente y Villa de Vallecas. El objetivo es dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos de Vallecas en materia de salud pública mediante un plan integral de intervenciones.

**Metodología:** Para el desarrollo del plan se formó un equipo interdisciplinar (Grupo Técnico). La metodología de trabajo consiste en el abordaje integral de diferentes ámbitos de actuación de Salud Pública. Los principios básicos son la coordinación entre el grupo técnico y ciudadanos (AA.VV) y colaboración entre diferentes instituciones, estableciendo un canal de comunicación permanente entre los agentes implicados.

**Resultados:** Las acciones emprendidas hasta la actualidad se engloban dentro de las siguientes líneas estratégicas: Análisis de situación: estado de salud, identificación de riesgos ambientales y recursos de prevención y promoción de la salud; Investigación de necesidades de salud percibidas por la población; Planificación/ejecución de intervenciones para la población general o colectivos específicos; Atención de demandas de la población.

**Conclusiones:** Destacar la importancia del abordaje integral de las actuaciones en Salud Pública y la consolidación del trabajo conjunto de instituciones y ciudadanos como herramienta para la mejora de la salud.

P-015

**EVALUACIÓN DE LA TERCERA VUELTA EN UN PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA DE BARCELONA**

M. Casamitjana\*, F. Macià\*, X. Castells\*\*, I. Collet\* y F. Ferrer\*\*\*

Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), Barcelona. \*Unidad de Prevención y Registro de Cáncer; \*\*Servicio de Estudios; \*\*\*Servicio de Radiodiagnóstico.

**Objetivos:** La eficacia de los programas de detección precoz del cáncer de mama como instrumento útil para la disminución de la mortalidad por este tipo de cáncer ha sido cuestionada recientemente; pero la polémica desatada entorno a su validez ha subrayado en todo caso la necesidad de mejorar los mecanismos de evaluación de dichos programas. Dado que la reducción de mortalidad no se puede atribuir ni directamente ni únicamente al cribado, hay que poner especial atención a los llamados indicadores intermedios de efectividad, así como a los que miden el impacto potencial de un programa y la calidad del proceso de cribado y de confirmación diagnóstica. La tercera vuelta de un programa permite determinar las tendencias de dichos indicadores en relación a los de la primera y segunda y también la comparación de comportamiento entre el grupo de cribado inicial (CI) y el de sucesivo (CS).

**Métodos:** En el periodo 1999-2001, todas las mujeres de entre 50 y 69 de los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí de la ciudad de Barcelona fueron invitadas a realizarse una mamografía de cribado en el marco del Programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama de Barcelona; la primera vuelta constituyó el programa piloto de esta ciudad. Se consideraron del grupo CI a las mujeres que se incorporaron por primera vez al programa (por edad, por cambio de residencia y las no participantes en vueltas anteriores. Formaron parte del grupo CS las que ya habían participado alguna vuelta anterior. Para el cálculo de las tasas e indicadores se ha seguido básicamente las recomendaciones de las European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening (3ª ed, 2001).

**Resultados:** Un total de 33.660 mujeres fueron invitadas a realizarse la mamografía (13.992 en CI y 19.668 en CS). La tasa de cobertura fue del 85,2% (71,9% en CI y 94,3% en CS): 20.885 mujeres (65,2%) se realizaron la mamografía a través del programa y 6.401 (20,0%) ya se la habían realizado por otras vías. La tasa de reconvoocatoria para efectuar exploraciones complementarias fue en conjunto del 5,3% (1.098 mujeres), con una gran variación entre CI (11,2%) y CS (3,8%). La tasa de detección de cáncer fue de 3,8 cánceres por mil mujeres cribadas (3,4 en CI y 3,9 en CS), con un 14,3% de carcinomas ductales in situ y un 36,7% de carcinomas invasivos  $\leq 10$ mm. Fue posible efectuar tratamiento conservador en un 87,1% de los tumores. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 24 días de mediana. La tasa de cánceres de intervalo estimado es de 0,9 por cada mil mujeres (1,1 y 0,9 en primera y segunda respectivamente).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos se hallan dentro de los valores de referencia europeos. La cobertura final está por encima del 85%, con un ligero aumento respecto a la anterior (84,9%). Destaca todavía el elevado porcentaje de mujeres que se realizan la mamografía por otras vías (20%) un poco por debajo de la anterior (21,3%), consecuencia de una práctica preventiva ya muy extendida con anterioridad al programa. La tasa de reconvoocatoria ha sido inferior al 6% y la de detección de cáncer se sitúa dentro de los límites estimados para la zona.

P-016

**PERFIL DE LA ASISTENCIA AL PARTO DE LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

V. Escrivà Aguir, C. Barona Vilari A, Fullana Montoro  
*Servei de Salut Xiquet i de la Dona. Direcció General per a la Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas y estilos de vida de las mujeres atendidas por el programa de seguimiento del embarazo de la Comunidad Valenciana; así como la evolución del perfil del parto de estos embarazos desde el 1996 hasta el 2001.

**Métodos:** El de programa del Control Básico del Embarazo de la Dirección General para la Salud Pública de la Generalitat Valenciana, plantea la atención integral a la salud de la mujer a lo largo del embarazo, parto y puerperio. Este programa está orientado hacia la promoción, prevención y educación sanitaria, pero también se contemplan criterios de selección para identificar precozmente a las mujeres que presenten riesgos específicos y precisan una asistencia sanitaria especial. El soporte de recogida de la información que permite el seguimiento del mismo es a partir de la „hoja resumen del embarazo“, complementada por las matronas que participan en el programa. Las variables utilizadas en el análisis han sido: a) características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres atendidas por el programa (edad, estado civil, ocupación, paridad, embarazo de riesgo, consumo de tabaco durante el embarazo, educación maternal, parto pretérmino); b) variables relacionadas con el parto (presencia del padre en el momento del parto, instrumentalización del parto). El análisis de los datos corresponde a una muestra aleatoria de mujeres que acudieron a este programa desde el año 1996 hasta el 2001, siendo la muestra en el 2001 de 12.460 mujeres.

**Resultados:** En lo referente a las características sociodemográficas y estilos de vida de las gestantes atendidas por el programa, el 70% tienen una edad entre 25 y 35 años, mayoritariamente casadas, un 55% ejerce un trabajo productivo, y un 23% fuman durante la gestación. Un alto porcentaje de mujeres es captado en las 12 primeras semanas de gestación (87%) y en el 62% de los partos está el padre presente. Desde 1996 al 2001 en los hospitales públicos y sobretodo en los privados se aprecia un importante incremento de la utilización de la anestesia epidural, siendo en el 2001 del 23% y 70%, respectivamente. Se aprecia un incremento de los partos inducidos en los hospitales privados, manteniéndose constante en los públicos, siendo en el 2001 del 41% y 25%, respectivamente. La práctica de cesáreas se ha mantenido constante en los hospitales privados (30-32%), mostrando un pequeño incremento en los públicos. El porcentaje de partos pretérmino (< 37 semanas de gestación), también permanece constante (6%).

**Conclusiones:** A pesar de que las complicaciones del embarazo se mantienen estables se aprecia un exceso de intervencionismo durante el parto sobretodo en los hospitales públicos.

P-018

**ANÁLISIS DE LOS REQUISITOS ASISTENCIALES DE LA POBLACIÓN ACONDROPLÁSICA Y VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE UN CENTRO DE REFERENCIA**

O. de Solà-Morales Serra y J.M.V. Pons Ràfols  
*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM).*

**Objetivo:** Evaluar los requisitos sanitarios diferenciados de la población acondroplásica para valorar la necesidad de un centro de referencia.

**Métodos:** Revisión exhaustiva de la literatura para detectar qué procesos inciden con una frecuencia distinta a los acondroplásicos y requieren de un abordaje terapéutico específico y especializado que justifique la creación de un centro de referencia.

**Resultados:** La evidencia disponible proviene en la mayoría de los casos de estudios retrospectivos descriptivos. Actualmente, la prevalencia de la acondroplasia en España es de 950-1050 casos. Los individuos acondroplásicos tienen un exceso de mortalidad en el primer año de vida, un 12% de riesgo hasta los 12 años y de un 14% hasta los 14 años por problemas tratables. Tienen necesidad de servicios supra-especializados en las aéreas de neurología y neurocirugía, neumología, otorrinolaringología y logopedia, ortodoncia, nutrición, ortopedia y rehabilitación, ginecología-obstetricia, consejo genético, radiología, anestesia y de psicoterapia y grupos de apoyo.

**Conclusión:** La población acondroplásica presenta demandas específicas y diferenciadas de atención en distintas esferas de la salud. Del mismo modo, creemos que la baja prevalencia de esta condición justifica la creación de un centro de referencia para mejorar la eficacia y la eficiencia de la provisión de servicios.

P-017

**LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ALTA TECNOLOGÍA O TERCIARIOS EN LA RED SANITARIA PÚBLICA**

L. Padró Pitarch, Ll. Franch Viñas, R. Martínez Abella y T. Salas Ibáñez  
*Divisió D'Atenció Hospitalària. Servei Català de la Salut (CatSalut).*

**Antecedentes:** Los sistemas sanitarios públicos son organizaciones complejas, entre otras razones por la cantidad de diferentes tipos de servicios que prestan. Un enfoque posible es identificarlos y clasificarlos por niveles y/o complejidad. Un tipo de servicios es la alta tecnología o terciarismo.

**Objetivos:** Definir "terciarismo", explorar metodologías de análisis de situación en Cataluña y proponer instrumentos de planificación.

**Métodos:** Un enfoque retrospectivo cuantitativo, basado en CMBDAH 2000 considerando terciarios una lista de DRGs por complejidad y concentración; otro prospectivo, cualitativo y participativo analizando una lista de servicios terciarios.

**Resultados:** Enfoque cuantitativo: 10.052 altas terciarias (1,53% de altas y 8,3% del gasto en hospitalización), peso medio de 5,5. Esto permitió comparaciones entre niveles, hospitales y territorios y analizar flujos. Enfoque cualitativo: se obtuvo una definición de terciarismo y una lista preliminar de servicios terciarios, extensa y diversa, requiriendo validación por sociedades científicas y por encuesta de situación en la red de hospitales.

**Conclusiones:** La situación del terciarismo es similar (rápida incorporación, tecnología) a otros países, pero su distribución territorial no es homogénea. Abarca una pequeña cantidad de actividad y gasto hospitalario; incluye amplia gama de técnicas y procedimientos. Es importante disponer y mantener una lista de servicios terciarios, su mapa, un sistema de información específico y la evaluación selectiva de costes y resultados.

P-019

**INMIGRANTES SIN RECURSOS NI RESIDENCIA LEGAL CON TARJETA SANITARIA VERSUS SIN TARJETA SANITARIA. COMPARACIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN Y LUGAR DE RESIDENCIA**

C. Medina Molina y S. Ferré de Diego  
*Consorci Sanitari de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En Cataluña, en el año 2000, se descentralizan a las Regiones Sanitarias las autorizaciones de atención sanitaria urgente a inmigrantes sin tarjeta sanitaria y la solicitud de tarjetas sanitarias (TSI) a inmigrantes sin recursos. La Región Sanitaria Barcelona Ciudad se plantea la recogida de información sistemática para una gestión más eficiente de los recursos. En este estudio se compara respecto al país de origen y lugar de residencia, la población inmigrante que solicita TSI de la que sólo solicita servicios sanitarios urgentes.

**Método:** La información procede de los datos suministrados mensualmente por los hospitales para la autorización de atención urgente a inmigrantes sin TSI y de los datos suministrados por los centros de atención primaria sobre la solicitud de TSI a inmigrantes sin residencia legal y sin recursos. Se estudian las variables país de origen y lugar de residencia recogidas en ambas bases de datos durante el año 2002. Los datos se analizan mediante una prueba de comparación de proporciones.

**Resultados:** En el 2002 se solicitaron 30.254 TSI para inmigrantes sin recursos, empadronados pero sin residencia legal; y se realizaron 6.700 autorizaciones para la asistencia sanitaria urgente a inmigrantes sin TSI. La distribución del lugar de residencia según los diferentes distritos es significativamente diferente en los dos tipos de población salvo para el distrito I (26% en ambos registros), el más desfavorecido de la ciudad. La población con TSI reside también en los distritos II y X. En las autorizaciones se recoge además la categoría de "Fuera de Barcelona", el segundo en importancia con un 19% de la población, y un 17% manifiestan "domicilio desconocido" o "no consta". Sin tener en cuenta estas tres categorías, en el análisis de las autorizaciones, más de un 40% de esta población manifiesta residir en el distrito I ( $p < 0,00001$ ). Sobre el país de origen ambas distribuciones son significativamente diferentes, especialmente los procedentes de América Central y del Sur (65,3% con TSI frente al 39,3% sin TSI) y del Norte de África (6,3% con TSI frente a 18,7% sin TSI). Los procedentes de otros lugares no presentan diferencias en ambas distribuciones.

**Conclusiones:** La población sin TSI procede de África del Norte y vive mayoritariamente en el distrito I, mientras que la que solicita TSI procede en su mayoría de América Central y del Sur y aunque reside en el distrito I, también adquieren importancia los distritos II y X. Estas diferencias pueden deberse entre otros a un problema de accesibilidad lingüística. La disminución del número de autorizaciones debe ir acompañado al aumento de la emisión de TSI a fin de normalizar la situación sanitaria de los inmigrantes sin residencia legal y ofrecerles mejor servicio sanitario.

P-020

**EVOLUCIÓN DEL IMPACTO Y EFECTIVIDAD DE DOS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA: FIV E ICSI. CATALUNYA, PERÍODO 1993-2000**

R. Bosser Giralt, M. Torné Farré, A. Calancha Llorens, R. Gispert Margolas y E. Busquets Bou

*Servei d'Informació i Estudis. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes:** En 1984 se produjo el primer nacimiento en el Estado español mediante una técnica de reproducción humana asistida (RHA), concretamente con la fecundación in vitro (FIV). Casi diez años después, con el auge de estas técnicas, se creó un registro de RHA para recoger los datos de las actividades que se realizan en Catalunya.

**Métodos:** Los datos se recogen en una versión modificada del cuestionario del *International Working Group for Registers in Assisted Reproduction* (1991). Se obtienen datos agrupados (no individuales) de la actividad de cada centro sanitario. Se ha estudiado la evolución de diferentes indicadores: frecuencia de ciclos, efectividad (embarazos y nacidos vivos/ciclo) e impacto sobre la natalidad (% nacidos vivos por RHA), de estas técnicas para el período 1993-2000.

**Resultados:** Los nacidos mediante técnicas de RHA han pasado del 0,43% sobre el total de nacidos vivos al 2,15%. El porcentaje de embarazos por ciclo iniciado sigue una evolución creciente (13,34% en 1993 hasta un 33,74% en el 2000) con un porcentaje de cambio del 152,93%. El número de nacidos vivos por ciclo iniciado sigue una tendencia similar (11,87% en 1993 al 28,21% en el 2000) con un porcentaje de cambio del 137,69%. La utilización de las dos técnicas más frecuentes (FIV, ICSI) tienen tendencias inversas: la proporción de nacidos por FIV disminuye un 62,57% y por ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) aumenta un 104,16%. El porcentaje de nacidos con ICSI por ciclo iniciado ha pasado del 18,82% al 39,38% y con FIV del 12,86% al 31,61%.

**Conclusiones:** El número de nacidos por técnicas de RHA empiezan a tener impacto sobre la natalidad. El uso y la efectividad de estas técnicas se han incrementado en este período, siendo la ICSI la técnica de mayor importancia en estos dos aspectos.

P-022

**PERFIL DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA EN LA MUJER RURAL ESPAÑOLA**

C. Gallardo Pino\*, P. Carrasco Garrido, R. Jiménez García y A. Gil de Miguel

*Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón-Madrid).*

**Objetivo:** Describir el perfil de salud y los estilos de vida en la mujer rural de nuestro país.

**Métodos:** Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal. Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España del año 1997. Muestra de mujeres adultas (16 y más años) del estado español. Como variables independientes se han recogido características sociodemográficas, de morbilidad percibida y estilos de vida. Estadística descriptiva global de las variables del estudio. Se realizó el test exacto de Fisher y la  $\chi^2$  de Pearson para variables cualitativas y el test "t" de Student para la comparación de variables cuantitativas. Todas las pruebas utilizadas en el análisis de los datos se han realizado considerando un error tipo alfa máximo de 5% ( $p < 0,05$ ) y contraste bilateral.

**Resultados:** El 24,7% de las mujeres viven en ámbito rural. Edad media  $46,7 \pm 18,8$  años. Un 65,5% están casadas y el 71,9% con estudios primarios. Se dedican a sus labores el 42,9%. La mujer rural tiene distinta percepción de la salud que la mujer urbana, ( $p < 0,05$ ). El hábito tabáquico y el consumo de alcohol alcanza valores inferiores en la mujer rural frente a la urbana ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La percepción de la salud varía según los ámbitos poblacionales estudiados.

P-021

**UNA APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DEL PERFIL DEL INMIGRANTE SIN TARJETA SANITARIA SOLICITANTE DE SERVICIOS SANITARIOS**

C. Medina Molina y S. Ferré de Diego

*Consorci Sanitari de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En el año 2000 en Cataluña se descentralizan, a las Regiones Sanitarias, las autorizaciones de atención sanitaria urgente a inmigrantes sin tarjeta sanitaria. A partir de este momento se dispone de información sobre esta población. El objetivo de este estudio es describir la población inmigrante sin tarjeta sanitaria solicitante de servicios sanitarios de urgencia en la Región Sanitaria Barcelona Ciudad y explorar los motivos de consulta.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal. La información procede de los datos suministrados por los hospitales, durante los años 2001 y 2002, sobre los episodios de atención a inmigrantes sin tarjeta sanitaria que contactan con los servicios de urgencia y notificados a la administración para su autorización. Las variables que se analizan son: edad, sexo, centro hospitalario, tipo de servicio, país de origen, lugar de residencia y diagnóstico o motivo de consulta. Esta última se empieza a recoger en el 2002.

**Resultados:** En el 2001 se realizaron 9.861 autorizaciones de asistencia sanitaria mientras que en el 2002 fueron 6.700. Las variables analizadas siguen una distribución prácticamente igual durante los dos años. En el 2002 el 65% son hombres y el 45% mujeres, el 55% tienen entre 25-44 años y el 33% entre 15-24; un 39% son de América Central y del Sur y un 19% de África del Norte; el 27% residen en el distrito más desfavorecido de la ciudad, mientras que un 19% son de fuera de Barcelona; el 48% son derivados a otros Servicios Médicos y el 17% al servicio de Medicina Interna; el 16% consulta por contusión/erosión, el 10% por herida incisa y el 7% por examen médico por razones legales. El resto de diagnósticos está muy repartido.

**Conclusiones:** El perfil mayoritario es un hombre entre 25-44 años de América Central y del Sur residente en el distrito más desfavorecido de la ciudad que consulta por contusión/erosión. Otros perfiles que se estudian ayudan también a diseñar de manera específica y segmentada intervenciones sanitarias y reconducir hacia otros niveles asistenciales -Atención Primaria- motivos de consulta acordes con el nivel de atención que favorezcan una gestión más eficaz y eficiente de los servicios sanitarios. Se potencia paralelamente el empadronamiento y la obtención de la tarjeta sanitaria.

P-023

**CONTAMINANTES CLORADOS EN NUESTRA DIETA: APORTANDO PIEZAS AL ROMPECABEZAS**

A. Vicente, J. Arqués, J.R. Villalbí, F. Centrich, E. Serrahima y C. Casas

*Agencia de Salut Publica de Barcelona.*

Las alertas alimentarias que se suceden exigen el desarrollo de un sistema de información sobre la seguridad de los alimentos al servicio de la salud pública, en el que la vigilancia de la contaminación por contaminantes organoclorados persistentes ha de ocupar un espacio relevante.

La principal vía de absorción en humanos es la alimentaria. En nuestro país se desconocen los niveles de exposición salvo en estudios puntuales. Algunos servicios de salud pública realizan el cribado de la presencia de niveles superiores a los fijados por las normativas de control. Aunque así se puede controlar que en ningún alimento se superen estos límites, ello no impide que la exposición acumulada en la dieta pueda superarlos. Falta una visión integral e integrada.

Se presentan las bases de un sistema de información sobre contaminantes orgánicos clorados en los alimentos. Se parte del programa IQSA desarrollado por los servicios municipales de salud pública de Barcelona desde 1984 tras la crisis del aceite de colza. Permite la realización de analíticas sobre aditivos, contaminantes y patógenos en muestras de alimentos adquiridos en el mercado, en principio libres de sospecha y representativos. Los resultados se informatizaron desde 1989, y conforman una base de datos con 12.000 muestras alimentarias entre 1989 y 2002, de las que en 3.200 se han determinado análisis de contaminantes organoclorados. Se presentan los resultados agregados, así como propuestas de agrupación de alimentos y contaminantes y productos con potencial como trazadores.

P-024

**EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA VARICELA**

I. Peña-Rey Lorenzo, C. Amela Heras, N. Pérez Farinós, M. Cortés García, R. Pastor Barriuso, J. Damián Moreno y S. Rubio Cebrián  
*Centro Nacional de Epidemiología.*

La varicela es una enfermedad muy contagiosa producida por el virus varicela-zóster. En adultos presenta con mayor frecuencia complicaciones, incluso la muerte. Tras la primoinfección, el virus puede reactivarse como herpes zóster, en un 21% de la población. Ante la autorización de una vacuna a los 13 años se plantea el objetivo de conocer el coste-efectividad de vacunar o no vacunar a la cohorte de 441.739 niños con 13 años en 1999, analizándose los costes directos tangibles desde el punto de vista del proveedor de servicios: Dado que desconocemos la efectividad de la vacuna europea, usamos la de la americana (71%); el 24% de los vacunados tendrán una varicela vacunal % (menos de 50 vesículas y buen pronóstico) y en el 5% restante será ineficaz. Costes: vacunación: 104 euros; determinación de IgG: 11 euros; costes de la enfermedad (Soikos): consulta de Atención Primaria: 3.657 euros; hospitalización: 42.510 euros. El coste de vacunar es 8.826.031 euros y de no vacunar 1.019.232 euros. Número de complicaciones evitadas: 146; número de casos evitados: 21.956. La estrategia de vacunar es mucho más cara que la de no vacunar a una cohorte completa. Habría que incorporar los gastos de herpes zóster a este estudio.

P-026

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS Y EL GRADO DE CONTROL CLÍNICO**

I. Rosich Martí y M. Soler Cera

*SAP Alt Penedes Garraf. Institut Català de la Salut.*

**Antecedentes/objetivos:** La investigación en resultados de salud permite evaluar la calidad de la Atención Sanitaria, conocer sus resultados en términos clínicos y diseñar estrategias para mejorarlos. En Atención Primaria se pretende mejorar el control de los pacientes con enfermedades crónicas como la Hipertensión arterial (HTA) realizando intervenciones que mejoren su gestión clínica. Los objetivos de este trabajo fueron: (1) Conocer las pautas terapéuticas y el grado de control clínico de los pacientes hipertensos en relación con la presencia de patologías que aumentaban el riesgo cardiovascular; (2) establecer estrategias de mejora en el cuidado de los pacientes hipertensos.

**Método:** Estudio descriptivo transversal realizado en el ámbito de la Atención Primaria de salud durante el año 2001 en el que se revisaron 1349 historias clínicas de atención primaria (HCAP) seleccionadas al azar por muestreo aleatorio estratificado de pacientes atendidos en nuestros centros. Del total de 621 pacientes diagnosticados de HTA, 197 eran exclusivamente hipertensos, 135 coexistía la HTA y la dislipemia, en 86 la HTA, la diabetes mellitus y la dislipemia. En 127 pacientes no constaba el diagnóstico de la diabetes o de la dislipemia, por lo que fueron excluidos del análisis. Las variables analizadas fueron entre otras: edad, género, hábitos tóxicos, pautas de tratamiento farmacológico y grado de control clínico según cifras de tensión arterial (TA).

**Resultados:** La estrategia más utilizada en todos los grupos es la monoterapia oscilando entre el 41,6% para los pacientes diagnosticados exclusivamente de HTA y el 49,6% en los pacientes con HTA y dislipemia. Las pautas farmacológicas más frecuentemente utilizadas fueron por orden de uso en los pacientes con sólo hipertensión: (1) Diurético + IECA (Inhibidor del enzima convertidor de angiotensina), (2) IECA, (3) diurético, y (4) finalmente los ARA II (Antagonistas del receptor de angiotensina II). En los pacientes con HTA y otras patologías fueron los IECA solos los que tuvieron un mayor uso, con un rango que oscilaba entre el 22,4% y el 18,5%. El grado de control óptimo, es decir menor a TA de 140/90 mmHg osciló entre el 32,6% de los pacientes con HTA y diabetes mellitus y el 43,4% de los pacientes con las tres patologías de riesgo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas para el control parcial de la TA con rangos que oscilaban entre el 27,4% y el 39,5%.

**Conclusiones:** Se debería realizar un esfuerzo para aumentar el grado de control clínico de los pacientes con hipertensión arterial y otros factores de riesgo. Se ha de incidir en la revisión de la terapia farmacológica: ajustando dosificaciones e introduciendo terapias combinadas para conseguir mejores objetivos de control clínico. Este esfuerzo ha de ser máximo en el grupo de pacientes que presentan otras patologías que aumentan el riesgo cardiovascular.

P-025

**DERIVACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONOCIMIENTO DEL PROCESO Y POSIBILIDADES DE MEJORA**

M. Soler Cera, I. Rosich Martí, A. Giménez Álvarez, M. Rafecas Ruiz y J. Hernández Millán

*SAP Alt Penedès Garraf. Institut Català de la Salut.*

**Antecedentes y/o objetivos:** Debido a los problemas de la atención primaria respecto a las listas de espera para ciertas especialidades, así como una creciente preocupación por parte de los hospitales hacia un posible exceso de derivaciones desde la atención primaria se creyó conveniente realizar una revisión de las derivaciones. El objetivo principal fue el conocer calidad de las derivaciones realizadas por los médicos de tres Equipos de atención primaria, así como el nivel de información que en ellas se incluía.

**Métodos:** Se propuso revisar todas las derivaciones de tres áreas básicas de salud (ABS) de l'Alt Penedès realizadas durante el mes de abril de 2002 (ABS Vilafranca Urbana, ABS Penedès Rural, ABS Sant Sadurní). Se generó un cuestionario en el que se valoraban características de las derivaciones como (1) identificación del médico derivador, del director del ABS, fecha de la derivación; (2) servicio y centro al que se derivaba, (3) parámetros de urgencia y justificación en el caso de que existiera, (4) motivo de la derivación, descripción de las pruebas complementarias realizadas, y finalmente diagnóstico de sospecha de la derivación. Se construyó una base de datos de ACCES y los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 10.

**Resultados:** Se revisaron 1.437 derivaciones de las 1.488 realizadas por los médicos de atención primaria, lo que suponía el 96,6%, oscilando entre un 95,5% y un 99,2% según el área básica. Respecto a la información presente en la derivación, un 96% tenía identificado el médico derivador, en un 87% constaba la fecha y en un 96% constaba el CIP (código identificador personal), sin diferencias estadísticamente significativas según el ABS. Respecto a la preferencia de la derivación, un 33% eran de carácter ordinario, un 19% preferente y un 10% urgente. En un 37% de los casos no se notificaba por parte del médico de atención primaria del grado de preferencia. Respecto a la información sobre la patología, en un 83% de los casos se incluía el motivo de la visita, en un 49% estaba identificada la sintomatología, en un 21% constaba el estudio previo y en un 75% había una orientación diagnóstica. Por servicios las derivaciones iban dirigidas a traumatología (24%), dermatología (22%), a otorrinolaringología (13%) y a cirugía (10%).

**Conclusiones:** La calidad de las derivaciones realizadas en la atención primaria del Alt Penedès en referencia a criterios administrativos es muy buena. En referencia a criterios asistenciales debe aumentar de forma significativa la aportación de información respecto a las características de la patología derivada y de las exploraciones complementarias realizadas.

P-027

**EVOLUCIÓN DE LOS EMBARAZOS ENTRE LAS ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN (1990-2000)**

M. Gutiérrez Pérez, C. Martín Marín, H. Marcos Rodríguez y C. Ruiz Cosín

*Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.*

**Antecedentes y objetivos:** La OMS define la adolescencia como el período comprendido entre los 15 y los 19 años de edad. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados. Por otro lado, el embarazo en adolescentes tiene, en todos los casos, importantes consecuencias físicas y sociales para las mujeres. En este estudio se describe la evolución de los embarazos y de las interrupciones voluntarias del mismo en la población de mujeres adolescentes residentes en Castilla y León durante los años 1990 a 2000.

**Métodos:** Se consideró adolescentes a las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 19 años. Los nacimientos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística así como las proyecciones de población utilizadas para el cálculo de los denominadores. Los datos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) se han obtenido de los correspondientes Registros Regional y Nacional. Se han calculado las siguientes tasas: \* Tasa de Embarazo: número de nacidos vivos más IVE en mujeres de una determinada edad dividido entre el número de mujeres de esa edad por 1000\* Tasa de Fecundidad: número de nacidos vivos de mujeres de un grupo de edad dividido entre la población de mujeres pertenecientes a ese grupo de edad por 1000\* Tasa de IVE: número de IVE declaradas en mujeres de un grupo de edad dividido por la población de esa edad por 1.000.

**Resultados:** Durante el período de estudio, tuvieron lugar en Castilla y León 6.056 nacimientos en mujeres adolescentes, lo que supone un 2,94% de todos los nacimientos. Durante este mismo período se declararon un total de 4.196 IVE en este mismo grupo de edad y población de referencia (13,05% de todas las IVE declaradas). El porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes disminuyó desde un 4,26% en el año 1990 a un 2,01% en el año 2000; igualmente disminuyó el porcentaje de IVE realizadas en adolescentes, desde 15,29% en 1990 a 11,59% en el 2000. La evolución de la tasa de fecundidad presenta una tendencia descendente, tanto para la población general (mujeres de 15 a 49 años) como para adolescentes; sin embargo la razón entre ambas tasas aumenta desde valores de 3,81 en el año 1990 hasta 5,85 en el año 2000. En el mismo período de tiempo, las tasas de IVE, tanto en población general como en adolescentes apenas varían, decreciendo ligeramente la razón de tasas. La evolución de la tasa de embarazos en adolescentes muestra una tendencia descendente desde valores de 14,73% en 1990 a 9,72% en el año 2000, al igual que en la población general; sin embargo la razón de tasas aumenta desde 3,20 en 1990 a 4,02 en el año 2000.

**Conclusiones:** respecto al total de nacimientos, a lo largo del período de tiempo estudiado, se observa un descenso en los nacimientos en madres adolescentes residentes en Castilla y León. Esto mismo ocurre en el número de IVE declaradas en ese grupo de edad respecto al total de IVE declaradas. La tasa de fecundidad y la tasa de embarazo ha descendido tanto en adolescentes como en población general, pero el descenso ha sido menor en adolescentes. La tasa de IVE se ha mantenido más o menos estable en la población general respecto a la de adolescentes.

P-028

**ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LISTAS DE ESPERA ¿QUÉ PONEN EN EVIDENCIA?**A.C. Pérez Segarra y J. Farrés Quesada  
*Consorcio Sanitario de Barcelona.*

**Antecedentes:** En Sistemas Nacionales de Salud con puerta de acceso libre, la lista de espera para procedimientos de cirugía programada ha sido explicada como una medida de racionamiento ante un desequilibrio entre la demanda y la oferta. La evidencia al respecto es débil, tal y como muestra una publicación reciente del BMJ(1) en el que analiza los datos del NHS inglés.

**Objetivos:** Describir la situación de lista de espera para cirugía programada en Barcelona a diciembre de 2002.

**Métodos:** Estudio descriptivo y transversal. La unidad de análisis es cada uno de los 12 hospitales de la red pública. Se definió paciente con espera prolongada (PEP) como el paciente con una espera igual o mayor a 6 meses para 14 procedimientos de cirugía programada. Para cada procedimiento, se calculó la proporción de PEP sobre de actividad anual del 2002. Para estudiar si la distribución era homogénea entre hospitales, para cada procedimiento, en los 2 hospitales con mas PEP, se halló la proporción de PEP sobre el total, y se compara con la proporción de actividad de estos 2 hospitales sobre el total.

**Resultados:** La espera prolongada varió, por procedimiento, del 16% al 71%. 13 de los procedimientos tenían una proporción inferior al 30% de PEP en relación a la actividad. Los 2 hospitales con más PEP, por procedimiento, acumulan entre el 54% y el 96% de la lista de espera de los 14 procedimientos y sólo representan entre el 12% y el 53% de la actividad. En el caso de la prótesis de rodilla, los 2 hospitales con más PEP acumularon el 43% de los PEP y representan el 44% de la actividad.

**Conclusiones:** Los datos, únicamente descriptivos, muestran que pocos hospitales acumulan la mayoría de pacientes con espera prolongada y no aportan una proporción de la actividad en igual medida. Esto apoyaría la hipótesis de problemas en determinados centros más que dificultades globales en el sistema, salvo para el caso de la prótesis de rodilla. Se requiere un estudio más específico que explique el diferente comportamiento del caso de la prótesis de rodilla.

(1) BMJ. 2003 Jan 25;326 (7382):188.

P-030

**CARGA DE ENFERMEDAD ATRIBUIBLE A LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL ESPAÑOLA**M. Cortés García, C. Amela Heras, J. Pereira Candel, I. Peña-Rey Lorenzo, I. Pachón del Amo y R. Génova Maleras  
*Centro Nacional de Epidemiología.*

**Antecedentes:** Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) son una medida sintética de salud de las poblaciones que tiene en cuenta, de forma conjunta, las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades. Tiene mayor sensibilidad que indicadores clásicos (mortalidad y esperanza de vida) para detectar cambios en salud debido a intervenciones sanitarias, sobre todo, en países desarrollados como España. Su utilización se ha extendido y generalizado en el ámbito internacional. También sirve para la definición de prioridades.

**Objetivo:** Analizar, mediante los AVAD, la importancia relativa de las enfermedades inmunoprevenibles en la salud infantil y juvenil española.

**Métodos:** Cálculo de AVAD, para 1999, atribuible a todas las enfermedades según edad y sexo. Utilizamos datos de mortalidad registrada y estimaciones de incidencia y discapacidad: directas para enfermedades inmunoprevenibles e indirectas con datos de OMS 2001 (Euro-A) para resto de enfermedades.

**Resultados:** Las enfermedades inmunoprevenibles dentro y fuera del calendario vacunal representan menos del 1% del total de AVAD.

**Conclusiones:** Con una medida de salud única establecemos el orden de importancia de las enfermedades inmunoprevenibles frente al resto de enfermedades que afectan a la población infante.

P-029

**EL FACTOR DE IMPACTO DE GACETA SANITARIA: SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS**

A. Plasència\*, E. Fernández\*, A. Vicente\*, A.M. García\*, M. Badía\*\* y J. Alonso\*\*

\*Equipo Editorial Gaceta Sanitaria, \*\*Editorial Doyma.

**Introducción:** El Factor de impacto (FI), es la "estrella" de los indicadores del *Institute for Scientific Information* (ISI) y se publica en el *Journal Citation Reports* (JCR). Es el cociente de las citas recibidas durante un año por los trabajos publicados en una revista durante los dos años previos y el total de artículos citables publicados en dicha revista en esos mismos dos años. Dentro de las líneas estratégicas de Gaceta Sanitaria, su inclusión en el (ISI) figura como un elemento clave, por ello, en colaboración con la Editorial Doyma se decidió calcular el FI de Gaceta Sanitaria del 2.002.

**Material y métodos:** Mediante el Science Citation Index-Expanded (SCI-E), se contabilizaron las citas recibidas el 2002, los artículos publicados en Gac Sanit en los años 2000 y 2001 y se dividieron por los artículos citables\* publicados en Gac Sanit durante los años 2000 y 2001. La información del SCI-E se obtuvo del campo 'Cited Work' ga\* san\* y dentro de la categoría "Public, environmental&occupational health". **RESULTADOS:** Durante el 2002, las citas recibidas de trabajos publicados en el 2000 y 2001 fueron=48 y el número total de artículos citables publicados en GS en el 2000 y 2001 fue de=86, el FI resultante es de 0,56. El 57% de las citas recibidas se produjeron en revistas extranjeras. De acuerdo con su FI, si Gaceta Sanitaria se incluyera en la lista del JCR bajo la categoría de "Salud Pública", se situaría en el puesto 71/ 88, por encima de las revistas de salud pública británicas, francesas y de América Latina actualmente indizadas.

**Conclusiones:** El FI permite posicionar a las revistas científicas en relación con otras de su mismo ámbito de interés y supone un elemento de referencia creciente para los autores. De hecho, los resultados presentados situarían a Gaceta Sanitaria como la primera revista de Salud Pública en lengua no inglesa en el caso de figurar en la lista actual del ISI. Ello anima al Equipo Editorial a avanzar en la gestión de su inclusión en el ISI. Para ello, agradecemos todas las contribuciones que, desde el Consejo Editorial, SESPAS y sus sociedades, la Editorial DOYMA y todos los autores, puedan ayudar a este proceso que sin duda será trabajoso a medio plazo. Pero, contando con vuestro apoyo y, sobre todo, con vuestras citas, confiamos en poder lograrlo.

P-031

**ANÁLISIS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DE UN HOSPITAL**M. Riu Camps, X. Castells Oliveres y F. Cots Reguant  
*Institut Municipal d'Assistència Sanitària. IMAS.*

**Introducción:** Los hospitales tratan, mayoritariamente, a la población de su área de influencia. Las características sociodemográficas de esta población puede diferir mucho de unas zonas a otras y el hospital debe incorporar en su organización los mecanismos apropiados que le permitan responder a los problemas de la población que tiene asignada.

**Objetivo:** Caracterizar la población residente en el área de influencia del Hospital del Mar (IMAS), de Barcelona, con el fin de conocer los rasgos que la diferencian del conjunto de la ciudad.

**Metodología:** Análisis de los principales indicadores sociodemográficos de la población y su comparación con los del conjunto de la ciudad.

**Resultados:** El área está formada por el sector sanitario (SS) de Ciutat Vella (CV), con 89.000 habitantes y la zona sur del SS de Sant Martí (SM) que tiene una población de 87.000 habitantes. Estos dos SS están divididos en 9 áreas básicas de salud (ABS). De las nueve ABS solamente una presenta diferencias apreciables respecto del resto.

Índice de envejecimiento CV 248, SM 167, Barcelona 189.

Porcentaje de población inmigrante CV 34,7%, SM 8,3, Barcelona, 10,7%.

Índice de capacidad económica familiar (ICEF) CV 65,4, SM 91,7, Barcelona 100.

Esperanza de vida CV hombre 67,9, Mujeres 79, SM hombres 75,2, mujeres 82,3, Barcelona hombres 74,5, mujeres 82,2.

Razón mortalidad comparativa CV 125,9, SM 100,4, Barcelona 100.

**Conclusiones:** La población del área de influencia del hospital tiene unas características que la diferencian completamente del resto de población de Barcelona: una tasa de inmigrantes muy elevada, la mayoría de reciente incorporación, muy envejecida, con menor capacidad económica, mayor tasa de mortalidad.

Esta población utiliza mucho los servicios sanitarios y es muy dependiente del sector público.

P-032

**IMPACTO DEL PROGRAMA DE REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**

M. López Jiménez, M. Riu Camps, X. Castells Oliveres, F. Cots Reguant, R. Manzanera López  
*Institut Municipal d'Assistència Sanitària – IMAS.*

**Introducción:** El área de referencia del Hospital del Mar (imas) está formada por los Sectores Sanitarios de Ciutat Vella y de Sant Martí. El Hospital tiene asignada la atención especializada de las cinco ABS que conforman el Sector de Ciutat Vella y, hasta el momento, de tres de las diez de Sant Martí.

**Objetivo:** Analizar el impacto que tiene sobre el hospital la implantación de la Reordenación de la Atención Especializada (RAE).

**Material y métodos:** Análisis descriptivo de la evolución de la actividad: altas y primeras visitas del año 1993 y del 2001. Este análisis se hace separando el área que tiene implantada la RAE de la que no la tiene, así como las especialidades con o sin RAE.

**Resultados:** Las altas del Hospital han incremento en 3.727, un 19%. El 62% de éstas (2.339) proceden de las ABS con RAE, el 21% del resto de ABS del sector de Sant Martí, y el 17% restante se distribuye entre el resto de Barcelona y otras áreas. Si analizamos este incremento de forma separada en las especialidades con y sin RAE observamos que en las especialidades con RAE el incremento es casi exclusivamente en las ABS RAE, mientras que en otras zonas éste es negativo. Para las otras especialidades el incremento es similar en las ABS RAE y es algo inferior, aunque positivo, para el resto de zonas. En cuanto a las primeras visitas, en este período ha habido un incremento de 16.858 en el conjunto del hospital. El 70% de este incremento corresponde a las primeras visitas efectuadas en la RAE.

**Conclusiones:** El programa RAE ha consolidado la accesibilidad y ha supuesto una fidelización de la población de estas ABS en detrimento de las de fuera del área de referencia. Ha producido un incremento en la actividad del hospital en estas áreas.

P-034

**INCIDENCIA DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH: IMPORTANCIA DE LOS INMIGRANTES**

P. Godoy García, M. Rubio, A. Artigues, D. Estallo y A.M. Gort  
*Sección de Epidemiología de Lleida.*

**Objetivos:** Estimar la incidencia de nuevos diagnósticos de la infección por el VIH y determinar las características de los casos en grupo de inmigrantes.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de la incidencia anual de nuevos diagnósticos de la infección VIH para el período 2001-2002. La población del estudio fueron los residentes en la provincia de Lleida (353.000 habitantes) 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, municipio de residencia (Lleida y el resto), 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 los casos en inmigrantes con el resto de variables del estudio se determinó con la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** Se detectaron 82 nuevas infecciones, de las cuales 76 correspondían a residentes de la provincia de Lleida. De ellos, el 75,0% eran hombres (57/76), la media de edad fue de 37,1 años (DE=10,8), un 39,5% procedía de otro país (30/76), el 72,4% pertenecía al grupo de transmisión heterosexual (55/76), y el 19,7% a usuarios de drogas vía parenteral (15/76). Un 55,3% eran totalmente asintomáticos en el momento del diagnóstico (42/76) y el resto presentaba alguna sintomatología (28,9% sida y 15,8% sintomáticos no sida). La tasa de incidencia fue de 10,8 (IC 95% 7,8-14,6). La infección en inmigrantes fue más frecuente en hombres (OR = 1,6 IC 95% 0,5-4,7); menores de 40 años (OR = 3,4; IC 95% 1,0-11,3); y en el grupo de transmisión heterosexual (OR = 3,8; IC 95% 1,1-12,8) y tenían una probabilidad inferior de tener una prueba previa de infección por el VIH (OR = 0,3; IC 95% 0,1-1,5), aunque algunas de estas diferencias no fueron estadísticamente significativas debido a la falta de poder estadístico del estudio.

**Conclusiones:** La incidencia de nuevas infecciones se considera elevada. En la población de varones inmigrantes menores de 40 años se deben incrementar las actividades preventivas para evitar la transmisión heterosexual por el VIH. También se debería mejorar el acceso a las pruebas de detección de la infección por el VIH para su detección de forma precoz.

P-033

**TOXIINFECCION ALIMENTARIA CAUSADA POR VIRUS NORWALK-LIKE**

P. Nieto Cervera, E. Martín Vallejo, P. Aldana; Espinal e I. González  
*Distrito de Atención Primaria Sevilla.*

**Antecedentes y objetivos:** El día 4 de febrero de 2003 se produce una Alerta sanitaria en la Residencia la Universitaria Pino Montano de Sevilla debido a la aparición de varios casos de GEA. en los residentes. En total se producen 68 casos entre los días 1 y 4 de Febrero.

El objetivo del estudio es la investigación, clínica epidemiológica y bacteriológica del posible brote de Toxiinfección alimentaria

**Método:** Se realizó encuesta epidemiológica, a 56 casos y 17 controles. Se confeccionó un mapa de riesgo por dormitorios según la fecha de aparición de casos. Se hizo un estudio de casos y controles y se calculó la tasa de ataque para cada alimento en los expuestos y entre los no expuestos. Se calculó la ODD Ratio y su intervalo de confianza del 95% por alimento. Se obtuvieron 19 muestras dobles de heces de los afectados una para cultivo convencional y otra para determinación de virus Norwalk. Se analizaron las aguas de consumo de la residencia, muestras de comida y coprocultivos a los manipuladores de alimentos.

**Resultados:** El alimento con una mayor tasa de ataque (0,86) en expuestos y menor en no expuestos (0,50) fue una ensalada servida el día 31. La Odds ratio obtenida fue de 6,29 (I.C. 60 -25,78); X<sup>2</sup> = 9,69; p = 0,0018. de confianza fue significativo. La mediana del período de incubación fue de 70 horas. Mediante estudio por microscopía electrónica, en dos muestras de heces se observan partículas compatibles con CALICIVIRUS NORWALK-LIKE. En los manipuladores de alimentos se ha detectado un portador de Salmonella ssp. y un portador de Estafilococo enterotoxigénico. Los resultados de las muestras de aguas y alimentos han sido correctos.

**Conclusiones:** Creemos que el brote de gastroenteritis ha sido producido por el consumo de ensalada de lechuga contaminada por virus Norwalk-like. La transmisión del virus Norwalk está descrita a través del consumo de alimentos crudos y por contacto directo de persona a persona. Aunque la mediana del período de incubación supera las 50 horas pensamos que en algunos casos se dio transmisión secundaria de persona a persona dada la acumulación de casos en dormitorios contiguos con fechas de aparición de síntomas coincidentes.

P-035

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. COMEDORES ESCOLARES COMO INSTRUMENTO DE SALUD I**

C. Ramírez Sampedro, E.J. Huguet García, C. Fernández García, M.V. Seguí Mestre, J. Barrachina Gimeno, R. Sanz Bou y V. Mascarell Mascarell

*Centro Salud Pública de Alzira. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

**Justificación:** Los niños que comen fuera del hogar, indudablemente lo hacen en los centros donde estudian, lo cual resalta la importancia del comedor escolar como clave de intervención para el aprendizaje y adquisición de hábitos alimenticios saludables.

**Objetivos:** 1) Conocer la población diana, clave para la intervención. 2) Conocer la gestión de los diferentes comedores para consensuar actuaciones futuras

**Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Análisis descriptivo de las características de los comensales y de los comedores escolares. Herramienta para la obtención de información: Cuestionario informativo sobre datos generales del centro y de gestión del comedor.

**Resultados:** Se evalúa la información de 54 colegios con servicio de comedor, (88 % de los colegios implicados en el estudio). La gestión de los centros es del 63% pública, concertada en un 30% y privada 5%. Los comensales representan el 33% de todos los alumnos y de ellos el 52% son de primaria. La gestión del comedor, es en un 63% de catering, un 20% por el centro y el resto, empresas que cocinan en el propio centro. En la mayoría de los casos, el menú, se supervisa por el consejo escolar y la dirección del propio centro.

**Conclusiones:** La intervención debe realizarse en la población escolar que va de 1º a 6º de primaria, ya que representa un mayor porcentaje de comensales, con los mismos requerimientos nutricionales. Las empresas de catering juegan un papel importante en la alimentación de nuestros escolares, por lo que debemos intervenir en dicho sector alimentario. La participación del consejo escolar y el AMPA en la supervisión de los menús es fundamental ya que facilita la implicación de los padres en la complementación del menú en el hogar.

P-036

**ÁMBITOS DE INFLUENCIA HOSPITALARIA: UN INSTRUMENTO PARA LA PLANIFICACIÓN**

M.R. Martínez Abella, LL. Franch Viñas, T. Salas Ibañez y L. Padró Pitarch

*Servicio Catalán de la Salud.*

**Introducción:** El modelo sanitario de prestación de servicios de hospitalización de agudos en Cataluña no permite una asignación directa e inequívoca de territorio y población por hospital. Esta situación dificulta en ocasiones la planificación de los recursos hospitalarios necesarios en un territorio de acuerdo con las necesidades de la población.

**Objetivos:** Definir ámbitos territoriales de influencia hospitalaria. Elaborar distintos tipos de indicadores con la finalidad de disponer de estándares de referencia.

**Material y método:** La tasa bruta de hospitalización por mil habitantes se ha calculado con las altas del año 2001 que constan en el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBDAH) de Cataluña, generadas por los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (RHUP) y la población del censo del año 2001. Los hospitales se han clasificado en cuatro niveles de acuerdo con criterios de estructura, contratación, situación y complejidad de la patología atendida. Los ámbitos de influencia hospitalaria se han definido teniendo en cuenta la residencia de los pacientes atendidos en uno o varios hospitales de un territorio, respetando las delimitaciones normativas (ordenación territorial de Áreas Básicas de Salud). Se han agrupado en cuatro tipos:

A: ámbito con un hospital aislado

B: ámbito con un hospital general básico

C: ámbito con al menos un hospital de referencia

D: ámbito con al menos un hospital de alta tecnología

**Índice de procedencia** = % de altas de residentes en un ámbito atendidos en los hospitales de dicho ámbito, respecto al total de altas del hospital.

**Índice de penetración** = % de altas de residentes en un ámbito atendidos en los hospitales de dicho ámbito, respecto del total de altas de residentes en el ámbito.

**Resultados:** Los 65 hospitales de la RUHP están distribuidos en 35 ámbitos de influencia hospitalaria.

Tipo de ámbito	Ámbitos (N)	Tasa bruta de hospitalización	Índice de procedencia (%)	Índice de penetración (%)
A	6	130	85	67
B	13	106	91	64
C	13	105	87	82
D	3	97	68	86
Total	35	103	98	100

**Conclusiones:** Es posible delimitar ámbitos de influencia hospitalaria que ayuden a conciliar parcialmente indicadores referidos a la actividad con indicadores poblacionales. Esto permite analizar y comparar conjuntamente indicadores de estructura, de utilización de servicios, de calidad y de costos.

**PROGRAMA DE LA UNIÓN EUROPEA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA (2003-2008)**

A. Calvete Oliva

*Ministerio de Sanidad y Consumo.*

Después de una introducción en la que se dan a conocer brevemente los antecedentes y el contexto y base jurídicos del programa, se hace un recorrido por el mismo explicando artículo por artículo.

El objetivo de esta exposición es que los profesionales de la salud pública conozcan el programa comunitario recientemente aprobado, hacerles conscientes de las implicaciones que el desarrollo del mismo puede tener en su trabajo y, finalmente, animarles a presentar proyectos que puedan ser financiados con fondos europeos y que redunden en beneficio de la población española.

P-038

P-037

**UTILIDAD DE INTERNET EN LA SALUD, SEPARANDO EL GRANO DE LA PAJA**

I. Antepara

Los cambios experimentados en las últimas décadas causados por avances técnicos (radio, TV, telefonía móvil, etc.) son cada vez más rápidos y determinantes. Esta idea nos indujo, hace dos años, a sobrevalorar el impacto de INTERNET en todas nuestras actividades. Una vez desinflada la llamada burbuja tecnológica conviene analizar el verdadero alcance de internet sobre todo para aprovechar sus indudables ventajas en favor de la mejora de la salud y la medicina, en sus diferentes ámbitos. Obviando deliberadamente todas las aplicaciones orientadas al ocio, internet nos aporta unas posibilidades hasta ahora impensables en tres áreas: Acceso a la información, Comunicación entre agentes más o menos dispersos, y plataforma de transacción de bienes y servicios. En esta ponencia desarrollaremos la incidencia y el alcance de internet estas tres áreas tan importantes en la gestión sanitaria. Damos por hecho que los sistemas sanitarios públicos europeos funcionan muy bien, es decir se atiende al enfermo y vive más años. Pero esta conclusión no es determinante ya que es muy cara y la tecnología para poder conseguir estos objetivos es de coste exponencial e impredecible. Por ello los sistemas sanitarios quieren utilizar sus medios de forma adecuada para conseguir salud a un precio sostenible. En este sentido los mayores agujeros actualmente son la información y la comunicación, con ello se puede conseguir utilizar los medios disponibles de la mejor forma posible y conseguir el mejor coste oportunidad en la tecnología. Como hemos expuesto internet puede ofrecer en este campo: 1) Acceso a la información al usuario, 2) Comunicación entre agentes más o menos dispersos, 3) Plataforma de transacción de bienes y servicios. Las enfermedades banales pueden ser tratadas a distancia con una mera información, de tal forma que un triage no dependiente de sistemas asistenciales puede disminuir los costes de la salud. También la información de prevención, dietas, consejos de salud, bienestar, etc. pueden poder ser difundidos sin la actuación de los sistemas asistenciales, haciendo al usuario copartícipe de su salud. Es otra forma de contener costes. Los tiempos que se utilizan o más bien que no se pueden utilizar por el sistema sanitario (médicos, enfermeras, etc.) en explicar procesos, enfermedades, cuidados, forma de tomar medicamentos, cuidados postoperatorios, cuidados de puericultura, etc. pueden ser sustituidos por un acceso a información en línea o consultas informativas a través de internet. Además el propio usuario puede disminuir sus costos indirectos (Traslados, pérdida de horas laborales) de acudir al sistema asistencial para solucionar dudas sencillas. Internet permite que el usuario se informe o obtenga servicios cuando tiene tiempo, y no es necesario que este momento coincida con el servicio asistencial correspondiente, no hay que quedar dos partes (usuario-servicio de salud) a una hora, cada uno realizará su cometido en un tiempo establecido por sí mismo. Los riesgos y procedimientos de cirugía o de ciertas exploraciones invasivas pueden estar al alcance de los pacientes en la red, de tal forma que el usuario no tenga más que aclarar ciertos aspectos en sus decisiones y no decidir en un momento en una consulta sobre que debe de hacer. El cliente informado es un hecho que debe tenerse en cuenta y que cada vez el sistema sanitario debe de asumir y contar con ello en las propuestas de actuaciones en estos campos. En el siglo 21 no va a existir un paciente sumiso, si puede ser un paciente manejable, pero el riesgo de tener poco control sobre la información que recibe es un riesgo incluso mayor que el sumiso. Por ello el paciente debe de ser instruido e informado sobre los procedimientos de forma oportuna con referencias concretas de que es y que no es verdad, por su propio proveedor de salud. El dejar las tecnologías de la información al libre albedrío del usuario puede generar una situación de desconfianza y anarquía, por ello la tendencia natural será que los sistemas sanitarios tiendan a ofrecer información clara y verdadera sobre lo que se puede esperar de cada intervención o procedimiento asistencial. La comunicación entre el sistema sanitario y sus usuarios dada la dispersión de la población en ciertas áreas o bien por problemas laborales (tiempo) tenderá a ser por medios tecnológicos. El teléfono es un avance para las citaciones y agendas, pero el sistema debe de asumir los costos de mantener estos sistemas. Las posibilidades de internet son diferentes, ya que el usuario podrá citarse en agendas, ver su situación en listas de espera, puede obtener información sobre donde acudir para solucionar ciertos temas, etc. Asumiendo de nuevo un papel activo en sus cuidados de salud. Los trámites burocráticos de acceso a protecciones especiales, productos especiales, medicamentos de uso especial, van a poder ser tramitados a través de internet con un menor coste y con una participación más activa por el usuario. En este sentido el éxito de las declaraciones de hacienda vía internet es un buen ejemplo a tener en cuenta. En resumen el abrir una vía nueva de comunicación para la "asistencia" sanitaria de bajo coste y con participación del usuario además de ser un hecho imparable debe tenerse en cuenta para poder racionalizar su uso y poder educar a la población en la realidad. El no hacerlo puede llevar al riesgo del usuario malinformado y que quiere hacerse siempre de todo lo tecnológicamente posible para tratar cualquier cosa. Los ejemplos de problemas de salud cuando no se ha establecido una información adecuada saltan a los medios y alarman a la población, el no hacerlo será un problema en el siglo 21.

**SITGES-PER-PREVENCIÓN**

Martin Gretz MPH

Se trata de un modelo de la integración, presentado en Sitges/Barcelona (22.12.2002 y 13.03.2003). El concepto es utilizable para la prevención de las enfermedades evitables y desarrollado según las normas de la EFQM, según la ley 14/1986, según el anteproyecto de la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de Salud y además lo refleja el Ordre SSS/66/2003 de Catalunya con fecha del día 18 de febrero de 2003. El Alcalde podría encabezar este concepto nuevo que integra no sólo las diferentes estructuras del Sistema Nacional de Salud, sino también varias otras áreas. Según este concepto además cooperan las áreas del comercio, de la industria, de los servicios remunerados, de la ciencia, de la educación, de la formación profesional y de la sociedad española con y según las necesidades de sus ciudadanos en el sentido de la prevención de las enfermedades evitables y de los riesgos del bienestar individual.

P-039

P-040

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA AMPUTACIÓN EN NUESTRO MEDIO**M.C. Rodríguez Burgos, R. del Pino Algarrada e Y. Pons Saracibar  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

La amputación de miembros es una patología muy importante en nuestro medio, tanto por su frecuencia como por la pérdida de independencia y funcionalidad de los pacientes a la hora de realizar todas las actividades de la vida diaria. Existen pocos estudios epidemiológicos, y las publicaciones que encontramos únicamente reflejan una pequeña proporción de los pacientes amputados.

Hemos realizado un estudio en el que analizamos una amplia serie de pacientes amputados de miembro superior e inferior, en la que revisamos edad y sexo de los pacientes, lado y nivel del miembro amputado, etiología responsable de la amputación, índice de protézización y proporción de pacientes doblemente amputados. Tras analizar nuestra serie encontramos que las amputaciones suelen afectar más a varones; las más frecuentes son del miembro inferior (81%); la causa de origen fue la traumática en la mayoría de ocasiones de amputaciones de miembro superior, mientras que fue la vascular en las del miembro inferior, el nivel de amputación más frecuente en el miembro superior fue bajo codo, siendo para el inferior sobre rodilla. El índice de protézización bastante alto (80%) tanto para miembro superior como para el inferior. Sólo el 10% de los pacientes de nuestra serie sufren doble amputación.

P-042

**LOS CLIENTES DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD PÚBLICA**J. Duran, J.R. Villalbí y J. Guix  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

Aunque en la industria y los servicios comerciales el cliente centra los esfuerzos de gestión, esto es menos cierto en los servicios públicos. En los últimos años, se han producido esfuerzos orientados a reorientar la gestión de los servicios sanitarios hacia los clientes como forma de mejorar la calidad total. En el ámbito de los servicios de salud pública, este proceso no se ha dado.

A lo largo de los esfuerzos de mejora de la gestión interna y planificación estratégica desarrollado por los servicios municipales de salud pública de Barcelona como parte del proceso de creación de la Agencia de Salud Pública se ha desarrollado una reflexión orientada a definir su catálogo de servicios y sus clientes. Los clientes de una organización de salud pública se configuran como un conjunto heterogéneo, donde destacan por su peso y percepción interna los directivos de la administración pública y los servicios sanitarios, mientras que los ciudadanos concretos gozan de menor visibilidad y consideración. Se presentan esfuerzos de definición de la cartera de clientes de una organización de salud pública basados en métodos cualitativos y cuantitativos, y algunas reflexiones globales que pueden ser de utilidad para otras organizaciones similares.

P-041

**CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN RECLUSA EN ANDALUCÍA**

C. Gómez Hernández, L. Sánchez Arteaga\*, M. Guerrero Risco, M.A. Lucas Díaz y V. Rodríguez Díaz

*Asociación o entidad: Servicio Planificación Sanitaria, Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*

**Antecedentes y objetivos:** Ante la necesidad de garantizar una Atención Sanitaria Integral a toda la población reclusa radicada en Andalucía, se culminó el 17 de Noviembre de 1.995 un Convenio de colaboración entre la Consejería de Salud y la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia e Interior. Objetivos: Garantizar una Atención Sanitaria Integral a toda la población reclusa radicada en Andalucía a través de una mejor y reglada coordinación, racionalización y complementariedad tanto de la atención sanitaria como de los distintos dispositivos encargados de dispensar la misma.

**Metodología:** A) Se creó un grupo de trabajo técnico entre ambas administraciones para: Análisis de la situación. Identificación de problemas y necesidades. Determinar objetivos y principales líneas de actuación. B) Se llegó a un acuerdo sobre financiación, responsabilidades, actividades a desarrollar y mecanismos de coordinación y seguimiento.

**Resultados:** Estructura Organizativa del Convenio. Tablas: Reuniones de Comisiones Técnicas Provinciales. Unidades de Acceso Restringidos. Hospitales y Distritos Sanitarios de Referencias. Evolución de Ingresos, Estancias y Consultas Externas.

**Conclusiones:** El Convenio ha constituido un modelo de Atención Sanitaria basado en la Coordinación entre Administraciones Públicas, que entendemos altamente eficiente.

P-043

**¿LOS CONTRATOS DE GESTIÓN CLÍNICA DISMINUYEN LA VARIABILIDAD DE LOS PROCESOS CLÍNICOS DE PRIMARIA?**J. Pérez de Arriba Díaz de Argandoña, G. Viñegra García, I. Irizar Leanizbarrutia, J.L. Elexpuru Markaída y A. García de Albizu Andueza  
*Dirección Territorial de Sanidad de Álava.*

**Introducción:** Los Contratos de Gestión Clínica (CGCI) son una nueva herramienta diseñada para la mejora de la calidad en Atención Primaria. La calidad implica una disminución de la variabilidad intercentros. Con este estudio se pretende conocer si la introducción de este tipo de gestión implica una disminución de la variabilidad en los procesos clínicos a los dos años de su puesta en marcha. Se presentan datos de 5 UAPs con CGCI frente a 14 UAPs sin el.

**Metodología:** Una parte del Contrato-Programa de Atención Primaria en el País Vasco evalúa desde el año 2000 diversos problemas comunes atendidos en Atención Primaria. En la Comarca Sanitaria Araba (262.000 habitantes) se estudian 77 indicadores correspondientes a 27 de estos problemas. El estudio se ha realizado en dos ocasiones, en los años 2000 y 2002, mediante muestreo sistemático de 8800 historias clínicas (HC). Obteniéndose datos desagregados a nivel de Unidad de Atención Primaria (UAP). En cada indicador se han calculado los coeficientes de variación de Pearson (CV), para los dos tipos funcionales de UAPs "los que tienen CGCI y los que no lo tienen" y se han comparado mediante la distribución chi cuadrado las proporciones de cada ítem.

**Resultados:** 1) Datos conjuntos: Existe una variabilidad pequeña o moderada -inferior al 50%- en el control de los factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, atención domiciliaria, control del niño sano, vacunas infantiles y vacunación antigripal. La variabilidad es grande -superior al 50%- en las áreas de salud mental, enfermedades respiratorias, prevención del embarazo no deseado y menopausia. 2) Hay menor variabilidad en las UAPs con CGCI en el cribado del tabaquismo e hipertensión, control del hiperlipémico, depresión, demencia y paciente terminal. 3) Hay menor variabilidad en las UAPs sin CGCI en la realización de controles al obeso y en el abordaje del alcoholismo. 4) No existen diferencias en la variabilidad en la vacunación antigripal, prevención de accidentes infantiles, control del niño sano y lactancia materna.

**Conclusiones:** 1) La variabilidad es moderada o baja en las áreas de mayor tradición, como son el control de los factores de riesgo cardiovascular, diabetes, vacunaciones y pediatría. También donde la práctica clínica implica la petición de pruebas complementarias (analíticas, ECG). 2) Las UAPs con CGCI realizan prácticas más homogéneas en salud mental (depresión, demencia) y en la atención al paciente terminal, pero no en el abordaje del alcoholismo. 3) Existe un margen importante para reducir la variabilidad clínica indeseable.