

## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 1

### Vigilancia de la salud

1

#### VALORES POBLACIONALES DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PERFIL DE SALUD DE ADOLESCENTES (CHIP-AE)\*

V. Serra, L. Rajmil, J. Alonso, B. Starfield y A. Riley  
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona; Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona; Johns Hopkins University, Baltimore.

**Antecedentes y objetivos:** El perfil de salud de adolescentes, CHIP-AE, es el primer instrumento genérico de salud para adolescentes de 12-18 años adaptado para uso en España y Cataluña. El objetivo del estudio fue obtener los valores de referencia de la versión española del CHIP-AE.

**Métodos:** Se administró el CHIP-AE a una muestra representativa de adolescentes entre 12-18 años escolarizados en la ciudad de Barcelona, mediante muestreo por conglomerados, en dos etapas, estratificado según titularidad del centro (público o concertado) y el índice de capacidad económica familiar de la ciudad de Barcelona (ICEF: bajo, medio y alto). Se estandarizaron las puntuaciones de las subdimensiones y dimensiones del CHIP-AE a una media arbitraria de 20 y desviación estándar de 5. Se calcularon los deciles de las subdimensiones. Se compararon las medias de las puntuaciones del CHIP-AE por edad, género y nivel socioeconómico (nivel de estudios de los padres e ICEF) y se realizó un análisis de la covarianza. Mediante las pruebas post-hoc se comprobaron dónde se encontraban las diferencias.

**Resultados:** Las tasa de respuesta fue del 83% (n = 902). En general las chicas presentaron puntuaciones más bajas (peores) en satisfacción con la salud, autoestima, disconfort emocional y físico. Los chicos presentaron puntuaciones más bajas (peores) en amenazas a logros, influencia de pares, resolución de problemas y rendimiento académico. Los adolescentes de más edad presentaron puntuaciones más bajas en Disconfort y Enfermedades, respecto a los más jóvenes. Los adolescentes de menor nivel socioeconómico presentaron puntuaciones más bajas en la mayoría de dimensiones del CHIP-AE, en relación a adolescentes de nivel socioeconómico más elevado. Los resultados de la versión española son similares a la versión original norteamericana.

**Conclusiones:** Se confirmaron las diferencias esperadas por edad, género y nivel socioeconómico. Los resultados de la muestra de referencia permitirán establecer comparaciones con adolescentes de otras regiones, y/o con diferentes problemas de salud y describir desigualdades sociales durante la adolescencia.

\*Child Health and Illness Profile, Adolescent Edition (CHIP-AE)  
Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (contrato N°98/0617).

#### RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

P. García de Olalla\*, M.T. Brugal\*, J.M. Jansà\*, R. Guerrero\*\* y J.A. Caylà\*  
\*Servicio de Epidemiología, Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona; \*\*Programa Sanitario, Instituciones Penitenciarias de Cataluña.

**Fundamento:** A pesar de que en la mayoría de los países de renta elevada, la disponibilidad de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH y la accesibilidad a la misma es alta, diversos estudios sugieren que una proporción de personas infectadas por este virus no es diagnosticada hasta que cumplen algún criterio diagnóstico de SIDA, o poco antes. El objetivo de este trabajo es determinar la magnitud del retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH, su tendencia en los últimos años, y las características epidemiológicas de los individuos diagnosticados tardíamente. **Pacientes y métodos:** Se analizan los casos de SIDA incluidos en el Registro entre 1994-2000, en residentes en Barcelona y mayores de 13 años. Se considera retraso cuando la fecha de la primera determinación positiva es la misma que la del diagnóstico de SIDA. Se calculan *Odds ratio* (OR), con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%), en el análisis de tendencias el Ji-cuadrado de Mantel-Haenszel, y en el multivariado se utiliza la regresión logística.

**Resultados:** De los 2.655 casos de SIDA, 697 (26,3%) fueron diagnosticados de infección VIH y SIDA en el mismo momento, con rango del 21% en 1994 y el 35% en 2000. En el análisis multivariado, ajustado por edad y sexo, las siguientes variables se asociaron con el retraso: el distrito -área con los peores indicadores socioeconómicos y de salud de la ciudad- Riesgo Relativo (RR): 1,46 (IC del 95%: 1,17-1,81), antecedentes penitenciarios: RR: 0,31 (0,22-0,44), la vía de transmisión -homosexual, RR: 1,57 (1,22-2,03); heterosexual, RR: 2,97 (2,31-3,82); desconocida RR: 6,25 (4,02-9,739); comparadas con la vía parenteral; la tuberculosis como enfermedad diagnóstica de SIDA, RR:1,39 (1,13-1,72).

**Conclusiones:** Es importante conocer el porcentaje y las características de los pacientes diagnosticados con retraso para poder diseñar estrategias que permitan mejorar la aceptabilidad de la prueba en estas poblaciones. Es necesario continuar asegurando y promoviendo la confidencialidad para evitar la discriminación, y poder dar consejo e información de los beneficios que la terapia actual ofrece cuando se inicia precozmente.

2

#### MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN EN MUNICIPIOS TURÍSTICOS DE LAS ISLAS CANARIAS

J.M. Saavedra\*, L. Bello\*, P. Ortega\*, D. Núñez\* y M.J. Medrano\*\*  
\*Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias. \*\*Servicio de Epidemiología de Enfermedades Cardiovasculares (Centro Nacional de Epidemiología).

**Objetivos:** Las provincias canarias presentaron en 1997 las mayores tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, dentro del contexto español, tanto en las Palmas (hombres: 169,1\*10<sup>5</sup>; mujeres: 84,2\*10<sup>5</sup>) como en S/C de Tenerife (hombres: 160,2\*10<sup>5</sup>; mujeres: 67,1\*10<sup>5</sup>). Al estudiar esta causa de muerte en las zonas turísticas más importantes de Canarias, según capacidad alojativa, observamos en S Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria) una tasa de 430,7 y en Adeje-Arona (Tenerife) de 384,6, o sea el cuádruple y el triple respectivamente de la tasa media de Canarias (1990-4) para igual causa y periodo. Es posible que estas tasas se deban a la inclusión de los fallecidos por EIC no empadronados en dicho municipio (turistas y/o trabajadores del turismo). El objetivo de este trabajo es conocer con exactitud los fallecidos en estos municipios por EIC (410-414) en función a su residencia o empadronamiento en los años 1998-1999.

**Métodos:** Se estudian todos los fallecidos por EIC (CIE 9 410-414) de los municipios turísticos de S Bartolomé de Tirajana (37.163 h) (Gran Canaria), Adeje y Arona (39.917 h) (Tenerife), y un municipio no turístico de control, Telde (Gran Canaria) (83.733), durante los años 1998 y 1999. Las fuentes de información fueron los boletines estadísticos de defunción de los registros civiles y los padrones de los municipios citados. Se comprobó si cada fallecido (nominalmente) estaba empadronado en los respectivos ayuntamientos y se calculó la tasa específica de mortalidad tanto para los empadronados como para los no empadronados, además de la razón estandarizada de mortalidad con sus intervalos de confianza, por el método indirecto, utilizando la de Canarias como tasa estándar.

**Resultados:** Se registraron en total 611 muertes por EIC. En los municipios turísticos se produjeron 75 fallecidos en los empadronados (tasa 48,6\*10<sup>5</sup>), mientras el de control 165 (tasa 98,5\*10<sup>5</sup>) (p < 0,005). Los no empadronados los fallecidos fueron 327 (tasa 212,1\*10<sup>5</sup>) y 44 (26,2\*10<sup>5</sup>) en el control (p < 0,05). La Razón Mortalidad Estándar en hombres empadronados oscila entre 63,8 y 73, y 104,4 en el municipio control. En los no empadronados, oscila entre 348,7 y 403,8, y 35,9 en el control (p < 0,05). En las mujeres, oscila entre 86,1 y 111 en las empadronada y 133 en el control. En las no empadronadas: 146,4-463,2, y en el control 22,2 (p < 0,05).

**Conclusiones:** Se está produciendo una sobreestimación de la mortalidad por EIC en Canarias, al añadirse los fallecidos foráneos. Así, quizá por el turismo, hay un fenómeno de mortalidad importada, explicando en parte las altas tasas de mortalidad cardiovascular en comparación con el resto del Estado, con el sobrecoste añadido en servicios sanitarios.

3

4

**MEDICIÓN Y VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA**

A. Pujol, V. Thomas, E. Calatayud y J. Pomar

*Direcció General de Sanitat. Conselleria de Sanitat i Consum.***Objetivos:** Conocer la percepción del propio estado de salud de los habitantes de las Islas Baleares.**Métodos:** La información procede de la Encuesta de Salud de las Islas Baleares del 2001, que es un estudio transversal por entrevista en domicilio de una muestra representativa de la población no institucionalizada y residente en las Islas Baleares. La muestra real se realizó a través de 1144 entrevistas en Mallorca, 352 en Menorca y 349 en Eivissa-Formentera, a partir del padrón municipal a 31 de diciembre de 1999. Por edad, sexo e Islas no hay diferencias entre la muestra y la población. Se utilizó el instrumento de medida de calidad de vida relacionada con la salud, EuroQoL (EQ-5D), que clasifica los estados de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y con tres niveles de gravedad. Además se les pasó la escala visual analógica, indicador cuantitativo del estado general de salud (100 indica el mejor estado de salud imaginable y 0 el peor estado de salud imaginable).**Resultados:** El problema más prevalente es el dolor/malestar que afecta al 31% de la población de más de 14 años, seguido de la ansiedad/depresión (20%), los problemas de movilidad (15%), los problemas en las actividades cotidianas (13%) y los problemas en el cuidado personal (6%). Al observar el conjunto de dimensiones encontramos que los problemas son más importantes en las mujeres, que aumentan con la edad y entre las personas de clase social más desfavorecida. Por islas, los problemas son superiores en Mallorca, seguido de Menorca y Eivissa-Formentera, donde manifiestan porcentajes inferiores. Al valorar el grupo de edad mayor de 64 años encontramos que el 1,5% debe estar en cama, el 4% es incapaz de lavarse o vestirse, el 7% es incapaz de realizar sus actividades cotidianas, el 12% tiene mucho dolor/malestar y el 9,3% está muy nervioso/deprimido.

La valoración del estado de salud hoy nos da una mediana de 80 puntos. Un 25% tienen valores de 90 o superiores y solamente un 8,5% lo valoran por debajo de 50 puntos. No hay diferencias por sexo. Por edad, la valoración empeora a medida que aumenta la edad; la mediana disminuye desde los 90 puntos en menores de 15 años hasta los 60 en mayores de 64 años. Las mujeres mayores de 64 años hacen la peor valoración de estado de salud (55). La clase social V presenta peor valoración (70) y no se observan diferencias por islas.

**Conclusiones:** La utilización de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud nos proporciona datos para medir y valorar la salud de una población, conocer su percepción y puede ser de utilidad para la asignación de recursos sanitarios.

6

**ENCUESTA DE SALUD EN LAS ISLAS BALEARES**

J. Pomar, V. Thomas, A. Pujol, A. Muñoz y F. González

*Direcció General de Sanitat. Conselleria de Sanitat i Consum.***Objetivos:** Conocer la frecuencia y distribución de los hábitos de vida, identificar los principales problemas de salud, conocer el grado de utilización de los servicios sanitarios y la satisfacción percibida y describir las principales características sociodemográficas de la población de las Islas Baleares y su relación con la situación de salud.**Métodos:** La información procede de la Encuesta de Salud de las Islas Baleares de 2001, que es un estudio transversal por entrevista en domicilio de una muestra representativa de la población no institucionalizada y residente en las Islas Baleares donde la población total es de 796.483 habitantes a 31 de diciembre de 1998. La muestra real se realizó a través de 1.144 entrevistas en Mallorca, 352 en Menorca y 349 en Eivissa-Formentera, a partir del padrón municipal a 31 de diciembre de 1999. El muestreo fue no proporcional por islas para poder hacer estimaciones fiables por islas y en cada una de ellas proporcional por edad y sexo, no habiendo diferencias significativas entre la muestra y la población. Las estimaciones globales para Baleares tienen una precisión de  $\pm 2,6\%$ .**Resultados:** El 75% de la población valora positivamente su salud y el 81% está satisfecha o muy satisfecha con los servicios sanitarios utilizados el último año. El EuroQoL nos revela que el problema más prevalente es el dolor/malestar (31%) seguido por la ansiedad/depresión (20%), los problemas de movilidad (15%), los problemas en las actividades cotidianas (13%) y los del cuidado personal (6%). Hábitos de vida: a) la obesidad (12,6%), y siguen el colesterol (21,7%), con mayor frecuencia por exceso de peso (9%); b) la prevalencia de tabaquismo es del 32,9%; c) realizan actividad física ligera (52%), moderada (27%), intensa (14,5%) de la población y d) el alcohol 11% consume alcohol diariamente. Como prácticas preventivas observamos que un 41% se realiza un examen médico sistemático preventivo, se toma la tensión arterial (48%) y se revisa el colesterol (41%) y la glucemia (37%) de los entrevistados. Utilización de servicios: más del 90% de las personas ha sido visitadas por un profesional sanitario en el último año, siendo el médico de familia/pediatra (74%) el más frecuente y el 16% han consultado a un médico en los últimos 15 días. La población declara en un 30% haber precisado atención de urgencias y en el 12% dice haber sido hospitalizado en el último año. El motivo principal de restricción de la actividad son los problemas relacionados con el aparato locomotor, tanto en los últimos 15 días (28,4%) como en el último año (44,2%).**Conclusiones:** La realización de una encuesta de salud en las Islas Baleares nos ha proporcionado una importante fuente de información y nos sirve como instrumento de planificación y evaluación de algunos objetivos de salud en nuestra comunidad.

5

**LA ENCUESTA DE BASE POBLACIONAL EN LA VIGILANCIA DE LOS ACCIDENTES INFANTILES**M.C. Martos<sup>1</sup>, M. Esteban<sup>1</sup>, G. García-Carpintero<sup>1</sup>, C. Tomás<sup>2</sup>, T. Alcalá<sup>2</sup> y E. Gascón<sup>3</sup><sup>1</sup>Gobierno de Aragón; <sup>2</sup>Universidad de Zaragoza; <sup>3</sup>Universidad de Alicante.

Las fuentes de información rutinarias existentes en Aragón, son insuficientes para la vigilancia de los accidentes infantiles, ya que infravaloran el problema por el sesgo en la identificación de casos y además, la información sobre las circunstancias y factores asociados al accidente no suele estar disponible en la mayoría de ellas.

**Objetivos:** Validar la encuesta de base poblacional como fuente de información para conocer el impacto de los accidentes infantiles e identificar los factores asociados a los mismos, como base para la planificación de programas de control.**Métodos:** Se seleccionó una muestra representativa de niños menores de 15 años residentes en la provincia de Zaragoza. En primer lugar, se agruparon, mediante análisis de cluster, las zonas de salud según indicadores socio-demográficos y posteriormente, se realizó un muestreo estratificado por edad, sexo y cluster con afijación proporcional al tamaño de la población en cada estrato. Tras un estudio piloto para probar el cuestionario, se llevó a cabo la encuesta a un total de 1.276 padres de los niños seleccionados. El periodo de estudio fue de un año (1 junio 1999-31 mayo 2000), realizándose la recogida de datos en dos oleadas de 6 meses. Para valorar el sesgo de selección, se compararon las variables: grupo de edad y sexo, residencia y ser atendido por accidente en urgencias hospitalarias durante el periodo de estudio de las no respuestas con las de las encuestas realizadas, utilizándose el test del Ji-cuadrado. Se obtuvo el grado de cumplimentación de las variables relativas a las circunstancias del accidente y al nivel socioeconómico. El sesgo de recuerdo se ha estudiado utilizando como fuente complementaria los registros de urgencias.**Resultados:** La participación fue del 83%. El 3% de los padres de los niños seleccionados rehusaron realizar la encuesta y el 14% no se localizó. Las diferencias de las variables estudiadas entre las respuestas y no respuestas no fueron estadísticamente significativas, excepto para los casos no localizados que fueron superiores en la zona urbana. Los factores asociados al accidente se obtuvieron en más del 95% de los casos y la cumplimentación de las variables: estudios y ocupación del padre y madre osciló entre 99% y 94%. Un total de 46 accidentes fue identificado en urgencias hospitalarias (8% del total) y no declarados en la encuesta. Sin embargo, la incidencia anual de accidentes infantiles estimada, 32% (95% IC: 29%-35%), no difiere estadísticamente de la obtenida al considerar este sesgo de recuerdo.**Conclusiones:** La encuesta poblacional es un instrumento útil para la vigilancia de los accidentes infantiles, ya que permite conocer los factores asociados e identificar diferencias sociales en el riesgo de estos accidentes, variables que difícilmente están disponibles en otras fuentes de información.

## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 2

### Estilo de vida y salud

7

#### PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LAS ISLAS BALEARES

V. Thomas, A. Pujol, D. Medina\*, B. Seguí y J. Pomar

*Direcció General de Sanitat. Conselleria de Sanitat i Consum. \*C.S. Son Servera, In-salud.*

**Objetivos:** El tabaquismo es una de las epidemias más importantes en nuestra sociedad. Para impulsar iniciativas que puedan modificarla nos planteamos conocer y analizar la prevalencia del hábito tabáquico en las Islas Baleares.

**Métodos:** La información procede de la Encuesta de Salud de las Islas Baleares del 2001, que es un estudio transversal por entrevista en domicilio de una muestra representativa de la población no institucionalizada y residente en las Islas Baleares. La muestra real se realizó a través de 1144 entrevistas en Mallorca, 352 en Menorca y 349 en Eivissa-Formentera, a partir del padrón municipal a 31 de diciembre de 1999. Por edad, sexo e Islas no hay diferencias entre la muestra y la población. Los datos relacionados con el tabaco se obtienen de la población mayor de 14 años.

**Resultados:** La prevalencia de fumadores entre la población mayor de 14 años es del 32,9% (37,3% en hombres y 28,7% en mujeres). Un 12,6% son exfumadores y un 53,8% se declara no fumador. Por grupos de edad, la prevalencia del tabaquismo entre los 15-44 años (42,9%) es similar en ambos sexos; entre los 45-64 años es inferior (27,3%), tanto en hombres (37,1%) como en mujeres (17,8%); en el grupo de mayor edad la disminución es más importante (18,3% y 2,6%, respectivamente). Eivissa-Formentera tiene la menor prevalencia (29,4%) y se observan diferencias por clase social (desde un 30,9% a un 37,9%). La mediana de edad de inicio se sitúa en los 16 años. El 90% empiezan a fumar antes de los 21 años y en un 10% antes de los 14 años. La población fuma una mediana de 20 cigarrillos/día, un 10% fuman 6 o menos cigarrillos/día y un 10% fuman 30 o más. Entre los jóvenes, la prevalencia del tabaco aumenta conforme la edad: entre los 15-19 años (33,8%), entre los 20-24 años (38,1%) y entre los 25-29 años (40%). Las mujeres presentan una mediana inferior (15 cigarrillos/día) y por edad, los que más fuman son el grupo entre 45-64 años con una mediana de 20 cigarrillos/día. Por islas, los habitantes de Menorca fuman menos con una mediana de 15,2 cigarrillos/día. Entre los motivos para dejar de fumar destaca la voluntad propia (45,6%), por consejo del médico (29,6%), la preocupación por los efectos nocivos del tabaco (27,1%) y por las molestias que padece a causa del tabaco (25,2%).

**Conclusiones:** El consumo de tabaco en las Islas Baleares representa un problema de salud pública e indica la necesidad de diseñar estrategias de prevención y de abordaje del tabaquismo.

#### LA COCAÍNA EN BARCELONA. UNA ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA

M.T. Brugal<sup>1</sup>, A. Domingo<sup>2</sup>, E. Díaz de Quijano<sup>3</sup>, J.A. Caylá<sup>1</sup> y L. Torralba<sup>3</sup>  
*<sup>1</sup>Servicio Epidemiología, IMSP; <sup>2</sup>Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMIM; <sup>3</sup>Plan de Acción de Drogas de Barcelona, IMSP.*

**Objetivos:** Estimar la prevalencia mediante el método de captura-recaptura de los consumidores problemáticos de cocaína, así como conocer las características de los mismos, a partir de las urgencias atendidas en la ciudad de Barcelona.

**Métodos:** Los datos proceden del indicador de urgencias del Sistema de Información de Drogas de Barcelona. El período analizado fue todo el año 1999. Se consideró caso toda urgencia efectuada por un residente en Barcelona y relacionada con el consumo de cocaína según la hoja de urgencias. Las variables analizadas fueron: las precedentes del registro administrativo; las extraídas del informe de urgencias y consignadas por el médico; y las autorreportadas por el paciente en la anamnesis clínica. Para la estimación de la prevalencia se utilizó el método de captura-recaptura con un solo registro, dividiendo la muestra en cuatrimestres y considerando cada período como una muestra distinta. Para establecer individuos asociados a un episodio se creó un identificador formado por las tres letras de cada apellido, la fecha de nacimiento y el sexo. Para minimizar la heterogeneidad de la captura, se estratificó según drogas consumidas conjuntamente con la cocaína. Para el cálculo de la población desconocida se ajustaron modelos de regresión log-lineal saturados para cada uno de los estratos definidos. El intervalo de confianza al 95% se calculó según el método de Regal-Hook.

**Resultados:** Durante el año 1999, en Barcelona se atendieron un total de 4.035 urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. De estas, en 1656 (41%) constaba el consumo de cocaína. Estas urgencias correspondían a 1402 individuos (1,2 visita por paciente y año). La tasa estimada de consumidores problemáticos fue de 3,1 (IC 95% 1,5-6,9) por 100 habitantes de 15-54 años. Esta tasa representa 25.988 usuarios con problemas con la cocaína para este grupo de edad para el año 1999. De todos los casos el 41% habían consumido cocaína más heroína, este grupo era el que presentaba una edad media más elevada, mayores prevalencias de vía inyectada y de HIV+ . En este grupo la causa fundamental para acudir a urgencias eran las complicaciones orgánicas relacionadas con el HIV. La población más joven era consumidora de cocaína más otros estimulantes, representando ésta el 29% de todas las urgencias. En esta población destacan como motivo de urgencias las sobredosis (29%) y las complicaciones psiquiátricas (34%).

**Conclusiones:** La contribución más importante de este estudio ha sido poder estimar la prevalencia de consumo problemático de cocaína mediante la técnica de captura-recaptura y caracterizarlo según distintos perfiles. La cocaína es un fenómeno más extendido que el consumo de heroína, aunque hasta ahora haya sido menos visible y haya dado menos problemas socio-sanitarios.

8

#### ENSAYO COMUNITARIO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ALIMENTARIA EN EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

E. Díez, O. Juárez, S. Fernández, M. Soria y E. Cobo

*Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona; Centro de Estudios para la Promoción de la Salud; Àmbit Prevenció; Universitat Politècnica de Catalunya.*

**Objetivos:** Evaluar los efectos del programa Canvis entre los alumnos de 2º de ESO de Barcelona (BCN). El programa pretende promover: 1) comportamientos alimentarios sanos mediante la mejora de las actitudes, los conocimientos y las intenciones, y 2) una valoración positiva del propio cuerpo y la personalidad en la adolescencia

**Métodos:** Diseño experimental: ensayo comunitario de intervención. Medidas pre y post para grupo de intervención y de control. La intervención consiste en material para el profesorado (8 unidades lectivas), material para el alumnado y formación del profesorado. Se ofreció la participación a todos los centros en otoño de 1999. Se incluyeron los centros adheridos cuyos profesores asistieron a la formación.

Asignación aleatoria de los centros según 9 estratos (titularidad y nivel socioeconómico del barrio de la escuela). Cuestionario autoadministrado basado en ECERS, YRBS y CATCH. Prueba piloto a 3 aulas y entrevistas. Encuestas en diciembre de 1999 y abril de 2000 por personal formado. Variables: 1) conocimiento del alimento más sano entre parejas ((-0,85), 2) conocimiento de la pirámide alimentaria, 3) intención de escoger el más sano entre pares de alimentos ((-0,65), 4) consumo de alimentos por grupos de la pirámide, consumo de cada alimento, dieta, imagen personal y autoestima. Análisis bivariado, multivariado y multilevel (efecto de escuelas) para las escalas de conocimientos e intenciones. Muestra: 1ª encuesta: 2.541 (87% de los matriculados, y 28% de la población de 2º de ESO de BCN), 2ª encuesta: 2.530, 1ª y 2ª encuesta: 2065 (82%). Análisis de pérdidas: más chicos, mayores, más escuela pública entre los no concatenados. Muestra: 13,5 años, 50,2% chicos, titularidad pública 25%, concertada 62%, privada 12% (BCN: 27%, 64% y 8%). Comparabilidad: más edad, y más escuela pública y privada en el grupo intervención.

**Resultados:** Con la intervención aumentan significativamente los conocimientos de la pirámide alimentaria en cuanto a los cereales, verduras y frutas, huevos y carnes rojas. Los conocimientos del alimento más saludable entre un par no aumentan en chicos aunque sí en chicas. La intención de escoger el alimento más sano entre un par mejora. Aumenta el consumo del grupo de los cereales y del grupo de la carne blanca. Aumenta el consumo de zumos de fruta y de queso. No se modifica el número de personas que hacen o han hecho dieta para adelgazarse. No se modifica la autoestima y mejora la satisfacción con la propia personalidad.

**Conclusiones:** 1) Alta participación de los centros, 2) efectos positivos sobre los determinantes y conductas alimentarias sin efectos indeseables sobre la autoestima 3) para potenciar los cambios, se precisan también intervenciones sobre los menús escolares y las prácticas de los padres y madres.

9

10

**EL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES. ANÁLISIS CON MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES**Z. Tomás, M. Nebot, C. Ariza y S. Valmayor  
*Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona.***Objetivos:** Explorar la utilidad de la técnica de modelos de ecuaciones estructurales para explicar y predecir los factores relacionados con el inicio consumo de tabaco en una muestra de escolares de secundaria.**Métodos:** Se administró el cuestionario del Proyecto ESFA (European Smoking prevention Framework Approach) a 1041 escolares de 1º de ESO en 1998 y al año, a 990 de 2º de ESO. La muestra corresponde a los 921 escolares que realizaron ambas encuestas (470 chicos y 439 chicas). Se trata de un cuestionario autoadministrado que incluye variables sociodemográficas, determinantes del hábito tabáquico (presión social percibida, el consumo de las personas del entorno, autoeficacia y actitudes) y preguntas sobre otros comportamientos relacionados con la salud. Con los resultados obtenidos en el análisis multivariado de regresión logística, se aplicó la técnica de Modelos de Ecuaciones Estructurales para explorar el peso (Standardized Regression Weights) de cada uno de los determinantes sobre el consumo de tabaco y la proporción de varianza (Squared Multiple Correlation) que explican de dicha conducta. Se muestran los resultados separados por género, tanto para datos transversales como longitudinales.**Resultados:** Para el inicio del consumo de tabaco, en el primer año, el modelo de las chicas explica una proporción de varianza mayor que el de los chicos (40% frente 24%). Los determinantes que tienen mayor peso en la conducta fumadora de las chicas son el hábito tabáquico de las personas cercanas (0,53), las actitudes en contra de fumar (0,23) e ir a la discoteca (0,19). En la conducta fumadora de los chicos los determinantes de mayor peso son las actitudes a favor y en contra de fumar (0,26), la presión de las personas cercanas (0,23) y la norma social de los amigos (0,14). Respecto a los factores predictivos del inicio consumo de tabaco al año, tanto el modelo de las chicas como el de los chicos explican un porcentaje de varianza similar (17% y 13%, respectivamente). La intención de fumar al año es uno de los determinantes predictivos con mayor peso tanto para las chicas (0,21) como para los chicos (0,22). Además, en los chicos destaca como predictor el dinero disponible (0,17) y en las chicas el preferir estar con gente no fumadora (0,15).**Conclusiones:** Los modelos de ecuaciones estructurales son útiles para conocer el peso y la aportación que cada determinante explica de la conducta fumadora en adolescentes. Las variables que más se relacionan son las de influencia social y de actitudes. La intención de fumar es uno de los factores más predictivos del inicio del consumo al año.

12

**TENDENCIAS EN LOS ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ESCOLARES DE BARCELONA (1987-1999)**C. Ariza, M. Nebot, J.R. Villalbí, Z. Tomás y S. Valmayor  
*Servicio Promoción de la Salud, Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.***Objetivos:** Monitorizar los estilos de vida y conductas de riesgo mediante sucesivos estudios en adolescentes a lo largo de más de una década, para valorar el impacto de las estrategias en curso y reorientarlas en función de las evidencias observadas.**Métodos:** Encuestas transversales realizadas a escolares de 2º ESO (8º EGB en el sistema anterior) los cursos 1986-87, 1991-92, 1993-94, 1995-96 y 1999-00. Los cuestionarios eran anónimos y autocontestados. Durante este tiempo se han realizado intervenciones en el aula sobre prevención de tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas. Se dispone de datos de 5.013 escolares que participan en alguna de las 5 encuestas. El análisis estadístico se realizó mediante la comparación de proporciones con la prueba de ji-cuadrado.**Resultados:** Entre el curso 1986-87 y el curso 1995-96 se había registrado una disminución en la experimentación con el tabaco, con una disminución global, y estadísticamente significativa, del 50,5% de escolares que decían haber fumado durante el mes anterior a la encuesta y del 23% para el consumo habitual desde la primera encuesta, con un estancamiento en la cuarta encuesta. Tanto para el consumo experimental como para el habitual de tabaco los resultados de la quinta encuesta (1999) muestran un claro aumento, del 27% para el consumo en el último mes y del 11% para el consumo habitual respecto de los valores más bajos registrados en 1996.

Se observa una disminución global del 20% de escolares que ha bebido al menos medio vaso de alcohol a lo largo de las cinco encuestas. Sólo un 1 de cada 10 escolares consume alcohol el fin de semana en las tres últimas encuestas y sólo 1 o 2 de cada 100 lo hace diariamente. Se observa un aumento del consumo de alcohol de las chicas respecto al de los chicos, con un 14% de las chicas respecto del 10,5% de los chicos que se ha emborrachado alguna vez en 1999. Otros parámetros de consumo problemático de alcohol como beber 4 o 5 copas en una ocasión se estabiliza en los chicos, mientras que experimenta un marcado aumento en las chicas. Un 7% de la población estudiada, sin diferencias entre los sexos, dice haber probado el cannabis.

Finalmente, hay una tendencia a la disminución de la práctica de ejercicio físico en las dos últimas encuestas, con importantes diferencias entre chicos y chicas, que se acentúan para la práctica de 5 o más sesiones semanales que realizan el 33,9% de los chicos frente al 14,3% de las chicas en 1999.

**Conclusiones:** La reducción en la experimentación con tabaco evidenciada en la década 1987-1996 en Barcelona desaparece en los datos de 1999, aunque se observa un aumento tanto para el consumo experimental como para el habitual, a expensas fundamentalmente de un mayor incremento del consumo en las chicas. Se iguala el consumo problemático de alcohol entre ambos sexos, a partir, igualmente, de un aumento en las chicas. Se mantienen las diferencias de práctica deportiva entre ambos sexos que ya habían puesto de manifiesto anteriores encuestas.

11

**EL CONSUMO DE TABACO Y LOS JÓVENES DE SEGUNDO CICLO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA DE BARCELONA. UN ESTUDIO CON GRUPOS DE DISCUSIÓN**O. Juárez, M. Nebot, C. Ariza, L. Egea y S. Valmayor  
*Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.***Objetivos:** Explorar en los jóvenes de segundo ciclo de enseñanza secundaria los factores asociados al inicio del consumo de tabaco, situaciones de consumo y etapas en las que se consume con mayor frecuencia, intención de futuro en relación al consumo y la cesación, nivel de autoeficacia para dejar de fumar.**Métodos:** Se realizan 4 grupos de discusión. El grupo de discusión es una técnica cualitativa, que consiste en una conversación, diseñada para obtener información, en un ambiente permisivo, no directivo, llevada a cabo con un grupo de personas (entre 4 y 12), seleccionadas con criterios preestablecidos y guiadas por un moderador entrenado e imparcial. Se contacta con 9 escuelas de 8 de los 10 distritos municipales de Barcelona. Se presenta telefónicamente el estudio a profesores de 4º de ESO y se les hace llegar dos documentos: uno en el que se resume el proyecto y otro con la información a transmitir a los alumnos. Los participantes son voluntarios y reciben una gratificación al final de la discusión.**Resultados:** Se realizan 4 grupos de discusión, 2 de chicos (13 jóvenes, 8 de 4º de ESO y 5 de 3º de ESO, edad media 15,4 años, de 5 centros escolares pertenecientes a 5 distritos de Barcelona, 6 no fumadores, 5 fumadores, 2 ex fumadores) y 2 de chicas (16 jóvenes, 13 de 4º de ESO y 3 de 3º de ESO, edad media 15,2 años, de 3 centros pertenecientes a 3 distritos de Barcelona, 10 no fumadoras y 6 fumadoras). Los aspectos que más influyen en el inicio del consumo de tabaco son, según los/las jóvenes participantes: el entorno (los amigos, los padres y la percepción que se tiene del consumo en su entorno) y la curiosidad por probarlo, la búsqueda de una experiencia nueva.

En relación a las situaciones en las que los jóvenes consumen tabaco, se identifican principalmente dos momentos: los espacios relacionados con el instituto (entre clases, hora del patio, antes de entrar al centro escolar y en el momento de salir de éste) y los espacios de ocio (al salir con amigos, en la discoteca, los fines de semana). Cuando se les pregunta a cerca de las etapas en las que los jóvenes fuman con mayor frecuencia, coinciden en aquellas en las que están más nerviosos/as (por exámenes o por tener problemas personales) y en vacaciones de verano (mayor tiempo libre, etc.).

Respecto a la intención futura, la mayoría de los/las no fumadores/as piensan que en un futuro no fumarán. La mayoría de los jóvenes fumadores piensan que en un futuro seguirán fumando, mientras que la mayoría de las chicas fumadoras piensan que en un futuro dejarán de fumar. Los problemas de salud como consecuencia del consumo de tabaco y el precio son los aspectos que más influyen para plantearse dejar de fumar. A estos aspectos se les suma el apoyo del entorno a la hora de dejar definitivamente el consumo de tabaco. La mayoría de jóvenes no se sienten capaces de dejar de fumar en el momento del estudio.

**Conclusiones:** Los resultados coinciden en su mayoría con los de diferentes estudios cuantitativos. Los grupos de discusión se muestran útiles para profundizar en diferentes aspectos de la salud de los jóvenes. Se detectan importantes diferencias entre géneros.

## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 3

### Vigilancia y control farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud

#### SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ALERTAS FARMACÉUTICAS EN ARAGÓN

E. Desentre, M. Doria, A. Ballester, I. Isiegas, T. Mateos, I. Miguel y R. Tena

*Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestarsocial. D.G.A.*

**Justificación:** Los medicamentos que presentan una calidad deficiente o en los que su relación beneficio/riesgo está comprometida o que no han sido previamente evaluados y autorizados suponen un peligro para la salud pública. Por ello es necesario detectar estas situaciones y adoptar una serie de medidas en las que siempre media la difusión de información que incluso puede constituir una medida en sí misma.

**Objetivos:** 1) Presentar el sistema de difusión de alertas farmacéuticas implantado en nuestra Comunidad Autónoma. 2) Analizar todas las alertas relacionadas con medicamentos y registradas desde julio de 2000 a julio de 2001.

**Métodos:** En una primera fase se revisaron todas las alertas hasta entonces remitidas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo a las Comunidades Autónomas. Posteriormente se seleccionaron las variables básicas para establecer un sistema de información sobre alertas. Finalmente se elaboró un formato de difusión para alertas y se estableció una vía de transmisión de las mismas.

**Resultados:** Se ha elaborado un procedimiento normalizado de trabajo sobre transmisión de alertas farmacéuticas. Se ha consensado el concepto de alerta farmacéutica, a efectos de aplicar este procedimiento, como aquella comunicación recibida del Ministerio de Sanidad y Consumo, que afecte a productos farmacéuticos (medicamentos, productos sanitarios, cosméticos...) y que suponga la adopción de alguna medida como la retirada del mercado o la difusión de información. Se eligió el telefax como mecanismo de transmisión y los destinatarios mínimos que deben recibir las alertas que afectan a medicamentos: almacenes farmacéuticos de distribución, gerencias de área, gerencias de hospitales, Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Colegios Oficiales de Médicos y Centro de Farmacovigilancia de Aragón.

Durante el periodo estudiado se han procesado 50 alertas farmacéuticas que suponian la retirada del mercado de medicamentos. Las causas más frecuente fueron una calidad deficiente (presencia de partículas extrañas, sobredosificación de conservantes etc.) que afectaba a especialidades farmacéuticas autorizadas y comercializadas (32), y no haber sido sometidos a la evaluación y autorización preceptiva (14 casos). Las comunicaciones relativas a seguridad han afectado a 13 medicamentos de uso humano y en algunos de ellos se ha modificado la ficha técnica.

**Conclusiones:** El sistema de información de alertas farmacéuticas establecido en esta Comunidad Autónoma permite una transmisión ágil de la información y facilita a los profesionales sanitarios la adopción de medidas adecuadas y en el momento oportuno. No obstante es necesario completar este sistema con normas que regulen y apoyen la actuación y responsabilidad de las partes implicadas.

14

13

#### UTILIZACIÓN DE VIGABATRINA: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

T. Cuchí, L.R. Samaniego, M.J. Amorín, E. Sánchez, M. Bartolomé y Grupo de Farmacéuticos Colaboradores

*Centro de Farmacovigilancia de Aragón; Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública; Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación.*

**Introducción:** La vigabatrina (VGB) es un antiepiléptico autorizado en 1992 para el tratamiento de la epilepsia parcial resistente y de los espasmos infantiles. En 1997 los sistemas de farmacovigilancia de varios países detectaron una reacción adversa grave no descrita: la reducción del campo visual que afectaba al 33-52% de los pacientes. En 1999, esta situación llevó a las autoridades regulatorias a restringir su uso en caso de vacío terapéutico, a su indicación y seguimiento por un experto y a campimetrías periódicas de los pacientes. En Aragón, se llevó a cabo una política de información y sensibilización activa desde el Centro de Farmacovigilancia que incluyó: reuniones con las autoridades sanitarias del Gobierno de Aragón y del INSALUD y neurólogos; notas informativas en el boletín y en la página web del Centro; y carta informativa a los médicos que lo recetaban, a los Colegios Oficiales de Médicos, a las asociaciones médicas de Aragón y Directores Médicos del INSALUD.

**Objetivos:** Valorar el impacto de las medidas recomendadas por las autoridades sanitarias en la indicación de la VGB y en el control y seguimiento de los pacientes.

**Método:** Se realizó un estudio observacional prospectivo del consumo de VGB de diciembre de 2000 a mayo de 2001. Se pasó una encuesta a los pacientes o familiares en las oficinas de farmacia dispensadoras que incluía datos demográficos, del facultativo que prescribe, tiempo de uso, exploraciones oftalmológicas e información del proceso. Las ventas y nº de médicos que recetan fueron facilitados por la inspección farmacéutica del INSALUD de 1999 a 2000.

**Resultados:** Se remitieron 94 encuestas de las que se recibieron 54. Todos los pacientes procedían de la Seguridad Social y su edad media era de 30 años. La recomendación del tratamiento estuvo realizada por el neurólogo en el 98% de los casos, aunque el seguimiento es realizado por el médico de atención primaria en el 91%. El tiempo de tratamiento era superior al año en todos los pacientes ( $\geq 3$  años en el 78%; entre 2 y 3 años en el 18%). Sólo el 40% de los pacientes son sometidos a un examen oftalmológico periódico y un 32% a ninguno. Este examen incluía campimetría únicamente en el 27% de los casos. Respecto al consumo, se ha observado un descenso tanto en el número de médicos que lo recetaban (reducción del 34%) como en el número de envases (reducción 42%) entre 1999 y 2000.

**Conclusiones:** La indicación actual de la VGB es correcta, pero no el seguimiento de los pacientes tratados. Se identifican dos problemas de salud pública: la necesidad de condiciones de autorización más estrictas en la seguridad de los medicamentos y la responsabilidad de las autoridades sanitarias, que no sólo deben ofertar a la población medicamentos seguros, eficaces y de calidad, sino además garantizar que éstos se administran en las condiciones adecuadas y bajo el control y seguimiento necesario. No es suficiente con informar a los profesionales sanitarios, ya que se les debe facilitar los recursos adecuados.

#### DETECCIÓN DE DISPENSACIONES IRREGULARES DE MEDICAMENTOS DOPANTES EN ARAGÓN

A. Ballester, M. Doria, I. Isiegas, E. Desentre, T. Mateos, I. Miguel y R. Tena

*Departamento de Sanidad Consumo y Bienestar Social.*

**Introducción:** La utilización de medicamentos dopantes sin el correspondiente control médico, puede llegar a producir problemas de salud importantes. Es responsabilidad de la Administración Sanitaria controlar su dispensación y adoptar las medidas oportunas en el caso de detectar irregularidades en su utilización.

**Objetivos:** Evaluar las dispensaciones irregulares de medicamentos con efecto dopante en las Oficinas de Farmacia (O.F.) de Aragón.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio en las O.F. existentes en Aragón, durante el año 2000. Se han seleccionado 3 tipos de medicamentos dopantes: anabolizantes esteroideos, hormona de crecimiento, y eritropoyetina. Las fuentes de información utilizadas han sido: compras almacenes de distribución y recetas facturadas a INSALUD. Las O.F. identificadas con posibles actuaciones de dispensación irregular, eran inspeccionadas controlando las recetas particulares existentes y el stock de estos medicamentos

**Resultados:** En el año 2000 de las 678 oficinas de farmacia de Aragón, se sospecharon irregularidades en 20: se inspeccionaron 15 en la provincia de Zaragoza, 3 en la provincia de Huesca y 2 en la provincia de Teruel. Se detectaron 14 O.F. con dispensación irregular, se iniciaron 6 expedientes sancionadores, 8 apercibimientos y el resto, justificó la diferencia entre las compras y las recetas facturadas, bien con la presentación de recetas médicas o por justificantes de devolución al almacén proveedor. Solo se detectaron irregularidades en la dispensación de anabolizantes esteroideos, no ocurriendo lo mismo en la hormona de crecimiento ni en la eritropoyetina.

**Conclusiones:** En general podemos concluir que no existe en Aragón una dispensación irregular de medicamentos dopantes, salvo algún caso puntual. No obstante, las características particulares de estos medicamentos hacen necesario mantener un sistema de vigilancia y control por parte de la Administración Sanitaria.

15

16

**TRANSMISIÓN DE LAS ALERTAS FARMACÉUTICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: NECESIDAD DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO**

P. Viedma Gil de Vergara, J. Muelas Tirado, P. Villalba Garnica y J.L. Gomis Gavilán

*Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.*

**Objetivos:** Se entiende por alerta farmacéutica, el procedimiento de urgencia que se realiza por parte de las autoridades sanitarias con el objeto de la protección de la salud pública cuando se detecta un posible defecto o alteración de la calidad o seguridad de un medicamento. En este procedimiento están implicados desde la Agencia Española del Medicamento, hasta las unidades provinciales de cada Comunidad Autónoma. El objetivo de este trabajo es redactar de una forma clara y concisa todas las actuaciones que se derivan de una alerta, con el fin de uniformizar las actuaciones en la Comunidad Valenciana y de esta manera garantizar la calidad en la transmisión de las mismas. Nos hemos centrado en la elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de alertas, por considerar que sus actuaciones tienen una mayor trascendencia en el control del medicamento y su procedimiento de notificación requiere una mayor celeridad para evitar posibles riesgos para los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

**Métodos:** Se ha utilizado como referencia el PNT para alertas farmacéuticas de la Agencia Española del Medicamento y hemos aplicado al control del medicamento la metodología descrita en las normas ISO 9000 y EN 45000, que surgieron con objeto de normalizar los principales elementos y actividades de los Sistemas de Calidad.

**Resultados:** Se ha elaborado un PNT para la transmisión de las alertas farmacéuticas, desde el servicio de ordenación y control del medicamento de la Dirección General para la Prestación Farmacéutica, en la Comunidad Valenciana. En él se han recogido de forma detallada: el objeto del mismo, el ámbito de aplicación, los organismos implicados, los productos afectados, los tipos de alerta, la clasificación de los defectos origen de una alerta farmacéutica, las medidas de intervención cautelar y su clasificación, el procedimiento y la vía de transmisión de la alerta, el procedimiento de archivo, un diagrama de flujo, bibliografía y los documentos base para la historia de cambios, copias adicionales y registro de lectura.

**Conclusiones:** Del PNT de transmisión de alertas farmacéuticas hay que resaltar su utilidad como instrumento para actuar con urgencia de manera que se garantiza la calidad de la notificación, esto es, asegurarnos que llega a todos los destinatarios (definidos previamente), que la información es comprendida por todos (es clara y breve) y que además es fiable (se respeta la información y el formato original). Finalmente, se debe diseñar un sistema para evaluar la eficacia del procedimiento. De esta manera se han expuesto las bases para elaborar el resto de PNTs considerados necesarios para el control del medicamento, sin olvidar que todo procedimiento bien diseñado se debe caracterizar por su inteligibilidad, factibilidad y reproducibilidad.

18

**LA DECISIÓN DE EXCLUSIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA**

N. Martín Cruz, A.M. Gutiérrez Arranz y A.I. Rodríguez Escudero

*Universidad de Valladolid.*

**Objetivos:** *Objetivo 1.* La descripción de los medicamentos objeto de exclusión de la financiación pública en 1993 y en 1998, así como la comparación entre sendos grupos de medicamentos. *Objetivo 2.* El estudio de la relación entre el tiempo de permanencia en la financiación de los medicamentos y la decisión de exclusión.

**Métodos:** El primer objetivo, de naturaleza puramente descriptiva, tiene por objeto proporcionar un panorama general de los medicamentos excluidos de la financiación pública los años 1993 y 1998. Para el segundo objetivo utilizaremos el "análisis de supervivencia". Los análisis antes descritos se realizarán sobre una muestra aleatoria con afijación proporcional por el año de exclusión de 367 especialidades farmacéuticas, 224 correspondientes a 1993 (un 61%) y 143 a 1998 (un 39%).

**Resultados:** *Análisis descriptivo.* Predilección por determinadas categorías terapéuticas a la hora de adoptar la decisión de excluir determinados medicamentos de la financiación. Predominio claro de ciertas presentaciones y formas de prescripción. Senda ascendente del número de bajas desde 1er Medicamentazo. Puntos álgidos en los años 1993 y 1998. *Análisis comparativo. Análisis de la varianza.* Los excluidos en 1993 llevaban 20,9 años en el mercado y los excluidos en 1998 llevaban 20,1 años (no diferencia significativa entre ambas medias al 95%). En 1993 las especialidades tardan 3 años aproximadamente en darse de baja y en 1998 la baja es prácticamente automática (existe una diferencia significativa). La proporción de medicamentos de baja tras la segunda exclusión mucho menor que en la primera (22,4%). *Análisis de la Chi cuadrado.* En 1993, las especialidades de las categorías R y S no se retiran de la financiación y las categorías A, C y D dominan la exclusión. En 1998, las categorías R y S suponen el 48% de los medicamentos excluidos y las categorías A, C y D cuentan sólo con cierta representación en la exclusión. En 1993 y 1998 no existen diferencias significativas en el tipo de presentación y la forma de prescripción excluidos. *Análisis de supervivencia.* El 50% de los medicamentos excluidos llevaban más de 23,18 años siendo financiados por el estado. Las presentaciones oral y tópica menor número de años de financiación estatal que el resto. La categoría cardiovascular, las excluidas han sido financiadas un menor número de años que el 50% de los excluidos. Los órganos de los sentidos, las excluidas han tenido un tratamiento especial y han entrado únicamente en la última decisión de exclusión en 1998. Se confirma que los medicamentos excluidos en las dos decisiones públicas llevaban un tiempo similar en el mercado. No hay discriminación entre los medicamentos que precisan receta del resto.

**Conclusiones:** En 1993 y 1998 un total de 1.821 especialidades farmacéuticas fueron objeto de exclusión de la financiación por parte de las autoridades sanitarias. Junto con el objetivo prioritario de control del gasto farmacéutico, otras razones como el fomento de la competitividad o el mantenimiento de la eficiencia de los medicamentos que se comercializan impulsaron la adopción de esa medida de intervención pública en el mercado. Este estudio ha contribuido a desentrañar algunas de dichas razones a través de la caracterización de una muestra de medicamentos excluidos de la financiación estatal.

17

**MODELOS PREDICTIVOS DEL GASTO DE FARMACIA A PARTIR DE LA EDAD, GÉNERO Y CRONICIDAD DE LOS PACIENTES**

A. Brugos Larumbe, F. Guillén Grima, F. Mallor Giménez y C. Fernández Martínez de Alegría

*Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra; Universidad de Navarra.*

**Objetivos:** Establecer modelos explicativos y predictivos del gasto farmacéutico a partir de la edad, género y patologías crónicas de los pacientes

**Métodos:** Se analiza el coste de las prescripciones farmacéuticas durante 1999 en dos centros de salud de Navarra (España) que atienden a 22.539 habitantes. Se utilizan los registros de historias clínicas informatizadas. Se exploran modelos con dos objetivos diferentes: 1) Explicar y predecir mediante regresión lineal múltiple por el procedimiento paso a paso el consumo de farmacia individual a partir la edad, género y las 28 patologías crónicas más frecuentes introducidas como variables Dummy. 2) Explicar y predecir el gasto medio de los individuos de una misma edad mediante regresión lineal, cuadrática y cúbica. Se exploran modelos por tramos de edad. La capacidad explicativa de los modelos se analiza mediante el coeficiente de determinación  $R^2$ . Se comprueban las condiciones de aplicación de la regresión.

**Resultados:** Se analizaron 212.614 prescripciones. *Predicción del gasto individual:*  $R^2 = 0,469$ . Se cumplen los requisitos de la regresión. *Predicción gasto medio:* destacamos dos modelos que cumplen aceptablemente los requisitos de la regresión: 1) *Todas las edades:*  $R^2 = 0,876$  (v. independientes: edad<sup>2</sup>, edad<sup>3</sup> y edad); 2) *De 0 a 80 años:* supone el 85,8% del consumo.  $R^2 = 0,966$  (variables independientes: edad<sup>3</sup> y edad); 15 y más años: supone un 97,9% del consumo.  $R^2 = 0,798$  (variables independientes: edad).

**Conclusiones:** La edad, género y cronicidad explican en gran medida el consumo farmacéutico y de modo similar a otros sistemas de case-mix. La edad permite establecer modelos predictivos y explicativos del gasto medio de farmacia de enorme capacidad, que pueden ser de utilidad para establecer presupuestos prospectivos.

## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 4

### Medio ambiente

#### MEDIDAS INTERINSTITUCIONALES PARA GARANTIZAR LA POTABILIDAD DE LOS ABASTECIMIENTOS DE AGUA PROCEDENTES DE EMBALSES EUTROFIZADOS

T. Martín Zuriaga y M.V. Cañada Guallar  
*Servicio Aragonés de Salud. Diputación General de Aragón.*

**Objetivos:** Describir las medidas adoptadas tras la detección de un aumento masivo de un "bloom" de algas tóxicas en una fuente de abastecimiento.

**Métodos:** Descriptivo.

**Resultados:** En septiembre de 2000 la Confederación Hidrográfica del Ebro nos comunica el crecimiento de algas tóxicas en el embalse de La Estanca como consecuencia de un proceso de eutrofización. Este embalse es la fuente de abastecimiento de agua de dos núcleos de población.

A lo largo del seguimiento, que continúa actualmente, se han ido proponiendo y adoptando distintas medidas en función del proceso de eutrofización del embalse, resultados analíticos, demandas de la población, posibilidades económicas y del grado de implicación de las distintas instituciones afectadas (Confederación Hidrográfica, Ayuntamiento, Diputación Provincial, distintos Departamentos de la Diputación General de Aragón...).

Las medidas propuestas fueron factibles en distintos grados: el seguimiento analítico del agua de abastecimiento se ha realizado plenamente, mientras que tras una semana de lluvias copiosas y excedentes en la cuenca se propuso realizar aportes extras para provocar una dilución del agua embalsada y debido a los daños catastróficos como consecuencia de las riadas no fue factible.

Durante todo el proceso debieron realizarse importantes esfuerzos para implicar a distintas instituciones que podían tener responsabilidades en este asunto. Se espera que con la entrada en vigor del Real Decreto que establece criterios sanitarios de calidad del agua de consumo humano, en el que aparecerá la Microcistina como nuevo parámetro a controlar en abastecimientos que procedan de embalses conozcamos mejor el comportamiento de esta toxina, en los sistemas de abastecimiento y su repercusión en la salud de la comunidad.

**Conclusiones:** Nos encontramos con un problema ambiental emergente en nuestro entorno y poco estudiada en general. Surge la necesidad de disponer de protocolos de vigilancia y control de estas situaciones, así como la difusión de los estudios que se lleven a cabo de este asunto. Sería deseable tener un directorio con los datos de los técnicos que tengan experiencia en este campo. Conviene formalizar las relaciones interinstitucionales para dar mejor respuesta a estos problemas.

20

19

#### PRÁCTICAS DE UTILIZACIÓN DE PLAGUICIDAS EN AGRICULTORES

J.A. Ramírez\*, A.M. García\*\* y F.G. Benavides\*

\*Unidad de Investigación en Salud Laboral. Universidad Pompeu Fabra. \*\*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia.

**Objetivos:** Describir las prácticas de utilización de plaguicidas en una muestra de 89 agricultores de la Comunidad Valenciana, en base a la información obtenida en una encuesta personal de exposición.

**Métodos:** En el marco de un estudio de casos y controles sobre exposición a plaguicidas y malformaciones congénitas realizado en la Comunidad Valenciana entre 1993 y 1996, se utilizó un cuestionario específico para caracterizar la exposición a plaguicidas en los trabajadores agrícolas que hubieran realizado aplicaciones durante los dos años que cubrieran la ventana temporal de interés en relación a la concepción y el embarazo del niño seleccionado. En dicho cuestionario se incluyeron las siguientes variables: tipos de cultivos trabajados (altos; bajos), períodos trabajados (meses cálidos; meses fríos), equipos de aplicación utilizados (manual; tractor), elaboración de mezclas con plaguicidas (sí; no), prácticas higiénicas (ducha al finalizar el tratamiento o la jornada), lavado de equipos (sí; no), autoevaluación del conocimiento y del nivel de peligro relacionado con el manejo de plaguicidas (escala 1-5: 1 = nulo; 5 = muy alto) y uso de equipo de protección personal (según prendas utilizadas y frecuencia de uso; protección correcta; protección incorrecta).

**Resultados:** Los 89 aplicadores de la muestra trabajaron mayoritariamente en cultivos altos (82%). Los tratamientos se realizaron principalmente durante todo el año o durante los meses cálidos (respectivamente 48% y 43% de los trabajadores). Habitualmente se utilizaron equipos manuales para las aplicaciones (61%), y eran frecuentes las situaciones de exposición relacionadas con la realización de mezclas de los preparados (66%) y el lavado de equipos (60% de los agricultores). La mayoría de los trabajadores se duchaban al finalizar la jornada (71%). La utilización de prendas de protección personal no se relacionó con la época del tratamiento, ni con la edad, el nivel de estudios o de ingresos familiares del trabajador. Cerca de 2 de cada 3 agricultores no utilizaban protección o lo hacían de forma incorrecta. EL 90% de los encuestados declaró conocer los riesgos para la salud por el manejo de plaguicidas, aunque al valorar el nivel de riesgo por esta práctica el 34% lo calificaban como muy alto o alto, el 45% como medio o bajo y el 21% como nulo.

**Conclusiones:** Los datos obtenidos evidencian un riesgo elevado de exposición a plaguicidas en la muestra estudiada. El conocimiento de los trabajadores en relación con la toxicidad de los productos que utilizan es escaso. Los diferentes determinantes de la exposición a plaguicidas se deben valorar adecuadamente en los estudios epidemiológicos sobre los efectos de la exposición a plaguicidas en agricultores.

#### LA PRECARIEDAD LABORAL Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL MEDIANTE EL USO DE TÉCNICAS CUALITATIVAS

S. González, M. Amable y J. Benach

*Unidad de Investigación en Salud Laboral. Universidad Pompeu Fabra.*

**Objetivos:** El incremento de la flexibilidad laboral en la UE durante la última década ha comportado un notable aumento de la precariedad laboral y de las nuevas modalidades de empleo. Entre ellas, los contratos temporales son particularmente elevados y muy especialmente en España. Aunque varias razones hacen plausible que la precariedad laboral afecte negativamente a la salud de los trabajadores y de sus familias, el conocimiento conceptual y empírico sobre este tema es actualmente muy limitado. El objetivo de este estudio es delimitar el marco conceptual de la precariedad laboral, definir sus principales variables y dimensiones, así como sus probables relaciones con la salud.

**Métodos:** La utilización de las técnicas cualitativas permite realizar una aproximación conceptual en relación a un tema poco investigado. Se escogió la técnica de los *grupos de discusión* para obtener información simultánea de diversas experiencias individuales y de las dimensiones subjetivas. Se realizaron seis grupos con trabajadores con contratos temporales, homogeneizados según su edad y género: 1) mujeres menores de 30 años, 2) varones menores de 30 años, 3) mujeres entre 40 y 45 años, y 4) varones entre 35 y 50 años. Con el objetivo de contrastar la información obtenida sobre la relación entre precariedad y salud se estudiaron dos grupos de referencia, un grupo de representantes sindicales y otro de funcionarios. Se realizó un análisis preliminar de contenidos y de asociación de ideas.

**Resultados:** La precariedad laboral se ha definido a través de cuatro dimensiones: temporalidad, vulnerabilidad, nivel salarial y protección social; asimismo, también se observan otras situaciones asociadas a la precariedad laboral como son la discriminación o la desprotección hacia los trabajadores temporales, las diferencias generacionales en la valoración de la estabilidad y las diferencias de género en la organización del tiempo y familiar. Entre los aspectos de salud asociados a la precariedad destacan problemas de salud mental como la ansiedad, el miedo y el sufrimiento, así como dificultades de acceso a los servicios médicos y a la utilización de las bajas laborales.

**Conclusiones:** El enfoque empleado ha sido adecuado para definir la precariedad laboral como un constructo conceptual que puede afectar al conjunto de los trabajadores, e implica otras dimensiones además de la relación contractual de temporalidad. Este trabajo puede permitir la realización de estudios empíricos que analicen el impacto de la precariedad laboral sobre la salud de los trabajadores.

21

**ACCIDENTES DE TRABAJO: LAS CAUSAS OLVIDADAS**

I. Cortès y L. Artazcoz

*Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.*

**Objetivos:** Describir los accidentes de trabajo (AT) ocurridos en Barcelona entre 1994 y 1999 según el peso relativo de los factores laborales.

**Métodos:** Se analizaron todos los AT graves y mortales que cursaron con incapacidad laboral ocurridos en la ciudad de Barcelona entre 1 de enero de 1994 y 31 de diciembre de 1999. Los datos se obtuvieron del registro de AT del Centre de Seguretat y Condicions de Salut en el Treball de Barcelona. Para analizar la implicación de los factores laborales se creó una variable a partir del tipo de accidente y de la forma de producción de éste, obteniéndose cuatro categorías: AT *in itinere* (los que se producen fuera de la jornada laboral, al ir y volver del trabajo), accidentes de tránsito, accidentes por causas naturales y resto de accidentes traumáticos en jornada laboral (estos tres tipos se producen en un centro de trabajo o en desplazamientos durante la jornada laboral). Se analizaron de forma separada los accidentes graves y mortales.

**Resultados:** Entre los años 1994 y 1999 se produjeron en Barcelona 3.103 AT graves y 326 mortales; 492 ocurrieron en el primer año del período estudiado y 678 en el último. Si bien los accidentes graves aumentaron claramente en estos años (pasaron de 434 en 1994 a 624 en 1999), la tendencia en el número de los mortales fue más estable, incluso disminuyeron en el último año (58 en 1994 y 54 en 1999). Las tendencias fueron diferentes según la gravedad y el tipo de accidente. Así, los AT graves de tránsito, *in itinere* y de causa natural se mantuvieron estables hasta 1997, mientras que los traumáticos aumentaron de 244 en 1994 a 305 en 1997. En los dos años siguientes solamente disminuyeron los traumáticos, mientras que los de tránsito, de causa natural e *in itinere* aumentaron, sobre todo estos últimos (136 en 1997 y 210 en 1999). En cuanto a los AT mortales, los más frecuentes en todo el período fueron los *in itinere*, y en los últimos tres años ocuparon el segundo lugar los de causas naturales, accidentes que en todo el período fueron aumentando su peso relativo. En el año 1999 las proporciones de los cuatro grupos analizados fueron las siguientes: 29,6% *in itinere*, 26% causas naturales, 24% traumáticos y 20,4% de tránsito en jornada laboral.

**Conclusiones:** La clasificación de los accidentes laborales en cuatro grupos definidos según el riesgo atribuible de las condiciones de trabajo, permite detectar diferencias en las tendencias según el tipo de accidente y proponer medidas de prevención más efectivas. Los accidentes traumáticos estarían relacionados sobre todo con factores clásicos de seguridad e higiene y también ergonómicos, mientras que los AT por causa natural y quizá parte de los de tránsito podrían estar relacionados con otros factores de riesgo como los psicosociales o la seguridad viaria. Estos resultados ponen de relieve la necesidad de plantear distintas estrategias de prevención que vayan más allá de las adoptadas para los AT traumáticos.

**APHEIS: SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL IMPACTO EN SALUD DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA EN EUROPA**

S. Medina\*, A. Plasencia\*\*, en nombre del Grupo APHEIS

*\*Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, Francia. \*\*Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Dado que la contaminación atmosférica (CA) sigue siendo una amenaza para la salud pública en Europa, APHEIS (Air Pollution and Health-European Information System) pretende proporcionar un instrumento informativo de fácil utilización sobre los efectos de la CA en la salud dirigido a los profesionales de la salud pública y del medioambiente, a los políticos y gestores, a los medios de comunicación y a la población general. Sus objetivos son: 1) determinar la factibilidad de la implantación de un sistema europeo de vigilancia epidemiológica del impacto en salud de la CA; 2) cuantificar los efectos en el tiempo de la CA sobre la salud, a nivel local/regional, nacional y europeo; 3) determinar la importancia de los factores que pueden influir en la relación exposición-riesgo; y 4) proporcionar informes-resumen periódicos sobre el impacto en salud de la CA. Se presentan aquí los resultados del primer año.

**Métodos:** Creación de 5 grupos de trabajo (salud pública, epidemiología, evaluación de impacto, medida de la exposición y metodología estadística) para la elaboración de un protocolo estandarizado de recogida, procesamiento y análisis de la información. Con el objetivo de explorar la factibilidad de la implantación del sistema de información se diseñaron dos cuestionarios, relativos al contexto organizativo e institucional, y a las perspectivas de cumplimiento del protocolo, que se remitieron a los coordinadores de los centros participantes.

**Resultados:** Un total de 26 ciudades europeas de 12 países, incluyendo Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla y Valencia, han participado en esta fase. De entre las aportaciones de los grupos de trabajo, destaca la definición del modelo general de sistema de vigilancia, la identificación de un conjunto mínimo de indicadores de exposición y de salud, de variables modificadoras del efecto para la evaluación de impacto, así como la metodología estadística adecuada para el control de los factores de confusión. El 75% de los centros participantes corresponde a agencias de la administración de salud pública y/o de medioambiente a nivel local o regional, que en general operan con una infraestructura técnica y en un contexto de competencias y relaciones interinstitucionales adecuados a las necesidades del proyecto. El 75% de los centros disponen del conjunto mínimo de indicadores de exposición, mientras que el 95% de los mismos disponen del conjunto mínimo de indicadores de salud, aunque con variaciones importantes en los plazos de disponibilidad de los datos.

**Conclusiones:** La mayoría de los centros cumple con los criterios del protocolo; todos ellos están en condiciones de elaborar el informe-resumen periódico en formato estándar; aunque algunos centros podrán además aportar informes complementarios sobre aspectos específicos del impacto en salud de la CA. Estas perspectivas favorecen el desarrollo del segundo año del proyecto, centrado en la implantación sobre el terreno del sistema de vigilancia. Con ello, APHEIS espera contribuir al acercamiento entre conocimiento y acción en el campo de la salud ambiental en España y en Europa.

Proyecto financiado por la UE (DG-SANCO), Contract nº. SI2.131174 (99CVF2-604)

**GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA: LECCIONES DEL BROTE DE LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN LA BARCELONETA**

J.R. Villalbí, A. Plasencia, J. Guix, P. Rodríguez y R. Manzanera

*Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona; Direcció d'Iniciatives i Vigilància Ambiental, Ajuntament de Barcelona; Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Consorci Sanitari de Barcelona.*

**Objetivos:** En situaciones de emergencia de salud pública, la comunicación es un aspecto clave. En ausencia de una política de comunicación, los medios pueden convertir la emergencia en una crisis, alarmando a la población y dificultando su gestión. Se presenta el modelo de comunicación seguido durante el episodio de legionelosis de la Barceloneta, orientado a proporcionar información a la comunidad afectada y los medios hasta su resolución.

**Métodos:** La política de comunicación se basó en la coordinación de todos los agentes implicados, la centralización de la relación con los medios en el Gabinete de Prensa de Alcaldía, la emisión de comunicados conjuntos periódicos, el consenso institucional, el acceso de los informadores a agentes e instalaciones y la realización de reuniones informativas en el barrio con las entidades activas.

**Resultados:** No se apreció la circulación de mensajes contradictorios, infundados ni confusos durante la investigación. La información proporcionada fue transmitida correctamente. Diversos medios influyentes hicieron referencias explícitas elogiosas al proceso de investigación y a la política de comunicación seguidos.

**Conclusiones:** Es posible definir y desarrollar una política de comunicación efectiva en situaciones de emergencia de salud pública. Esta requiere la implicación de los responsables del proceso y consume recursos, pero permite gestionar de modo más satisfactorio la comunicación.



## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 5

### Gestión clínica y evaluación de tecnologías sanitarias

#### ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE SU IMPACTO

J.M. Carbonell Riera, L.I. Colomé Figuera, L. Ríos Vallés y R. Simón Pérez

Grup SAGESSA. Reus.

Las guías de práctica clínica (GPC) constituyen un instrumento de ayuda a la decisión clínica de amplia difusión. Sin embargo, su profusión contrasta con las dificultades para su implantación efectiva en los diferentes niveles de atención y con las dificultades para realizar la evaluación de su impacto.

**Objetivos:** Desarrollar GPC que engloben las actividades de todos los niveles de atención. Implantarlas en todos los niveles asistenciales de un grupo proveedor de servicios sanitarios. Cuantificar el impacto clínico de su implantación.

**Métodos:** Las GPC se han adaptado mediante metodología participativa y la utilización de técnicas de consenso en un grupo interdisciplinar creado para cada guía, con incorporación de las evidencias científicas más relevantes.

Para su implantación se han realizado actividades de formación en cada centro y se ha aportado documentación específica (texto íntegro, resumen, algoritmos, formato bolsillo,...). Se han utilizado sistemas de recordatorio informatizado cuando la historia clínica informatizada se hallaba disponible.

La medida de su impacto se ha medido en base a la revisión de la práctica mediante evaluaciones pre-post de una muestra de los casos. Se ha utilizado el test de chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados:** Se dispone de 15 GPC adaptadas que contienen las actividades de promoción, prevención y detección, los criterios diagnósticos, las pautas terapéuticas recomendadas, los criterios de derivación entre los diferentes niveles y el sistema de evaluación basado en indicadores. De ellas, 12 se hallan implantadas parcialmente en los diferentes niveles, especialmente en atención primaria y especializada. De las tres GPC evaluadas, la de la otitis media ha supuesto variaciones, estadísticamente significativas en el sentido de una mejora en el proceso de atención (derivaciones según criterios de la guía: 89% vs 97%), una reducción de la variabilidad clínica (uso de cefalosporinas: 25% vs 9%), mejora en la efectividad (recurrencias: 21% vs 12%) y una ligera mejora en la eficiencia.

**Conclusiones:** La utilización de GPC como soporte a las decisiones clínicas de los profesionales contribuye a la reducción de la variabilidad y a la mejora de la continuidad asistencial, de efectividad clínica y de la eficiencia de la atención

26

25

#### TECNOLOGÍAS MÉDICAS EN CATALUÑA: ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN ACTUAL?

M.D. Estrada e I. Parada

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

**Objetivos:** Disponer de información actualizada sobre los equipos de tecnología médica (TM) que permita asesorar a los órganos competentes en políticas de servicios sanitarios así como a todos aquellos profesionales sanitarios que la soliciten.

**Métodos:** El registro de equipos de TM es un estudio transversal descriptivo con recogida de datos retrospectiva mediante un cuestionario diseñado específicamente para este estudio que se envió a 865 centros sanitarios catalanes susceptibles de disponer de alguna de las 13 TM incluidas (aceleradores lineales, angiografía digital, bombas de cobalto, densitómetros óseos, ecógrafos, esterilizadores de equipos médicos, gammacámaras, láseres, litotriptores, mamógrafos, resonancias magnéticas, sistemas de telemedicina y tomógrafos computados). Para su explotación se creó una base de datos con Access.

**Resultados:** A 31 de octubre de 2000, según el registro, Cataluña dispone de 1.880 equipos en funcionamiento distribuidos entre 408 centros (62% privados vs. 38% públicos y 73% extrahospitalarios vs. 27% hospitalarios). Un 17% de los centros privados realizan actividad asistencial para el sector público, mientras que sólo un 4% de los públicos realiza también actividad privada. Por otra parte, un 27% de los centros extrahospitalarios realizan actividad asistencial para un hospital. En cuanto a distribución geográfica, el 44% de los equipos se ubican en la región sanitaria de Barcelona ciudad. El porcentaje entre las siete regiones sanitarias restantes oscila entre el 3% de Tortosa y el 15% de la región Centro. Por lo que se refiere a la difusión, los primeros equipos en introducirse en Cataluña fueron los de radioterapia de alta energía (1958), seguidos de los esterilizadores de material médico (1960) y los láseres (1967). Los sistemas de telemedicina son los de más reciente introducción (1994). Los equipos más numerosos son los ecógrafos (581) y esterilizadores de material médico (522).

**Conclusiones:** Después de ocho años de iniciado el registro de equipos médicos en Cataluña (1992), se observa que todos los equipos han aumentado su número, excepto las bombas de cobalto y los litotriptores; la distribución entre las diferentes regiones sanitarias es más equitativa (muchas de ellas disponen de equipos que antes no tenían), aunque todavía predomina la de Barcelona Ciudad debido a su mayor número de habitantes y de centros sanitarios; parte de la actividad asistencial pública se realiza en centros privados que tienen conciertos con el Servicio Catalán de Salud; existe una tendencia por parte de los hospitales a externalizar algunos de sus servicios contratándolos a centros extrahospitalarios.

#### COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS AUXILIARES EN PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

E. Puigdollers<sup>1</sup>, F. Cots<sup>2</sup>, M.T. Brugal<sup>3</sup>, L. Torralba<sup>4</sup> y A. Domingo-Salvany<sup>1</sup>  
 Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMIM<sup>1</sup>; Servicio de Estudios del IMAS<sup>2</sup>; Servicio de Epidemiología del IMSP<sup>3</sup>; Plan de Acción de Drogas del IMSP<sup>4</sup>. Ayuntamiento de Barcelona.

**Objetivos:** Valorar el coste-efectividad de Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) con servicios auxiliares o sin ellos.

**Métodos:** Participaron un total de 588 pacientes opiáceo-dependientes que por primera vez iniciaban un (PMM) en cualquier Centro de Atención y Seguimiento de Barcelona ciudad. Los pacientes fueron asignados consecutivamente al PMM con mayor prestaciones que estuviera disponible en el centro. Los programas básicos incluían administración de metadona y atención médica básica y los que ofrecían servicios auxiliares además incluían soporte social +/- psicoterapia. Los datos sociodemográficos, médicos y toxicológicos se registraron a través de una entrevista estructurada realizada al iniciar el tratamiento. La efectividad del tratamiento se midió con un instrumento de salud percibida: el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), concretamente se utilizó la diferencia entre la puntuación del PSN inicial y la obtenida un mes después de iniciar el tratamiento. Los costes por paciente se valoraron sobre la base de tiempo estandarizado por tipo de visita establecido por la entidad financiadora del Programa y el coste según tiempo contratado de cada profesional. A partir de la actividad asistencial realizada a los pacientes participantes se valoró su coste total. El coste por día se ha calculado en función del tiempo de seguimiento. Las diferencias de coste por día y cambio en PSN se han analizado con un modelo de regresión con transformación logarítmica de las variables de estudio y posibles confusoras.

**Resultados:** El tratamiento observado de los pacientes no se correspondió totalmente con la intención de tratamiento, por lo que se ha considerado oportuno agrupar los subprogramas con servicios auxiliares. La inclusión en programas con servicios auxiliares representa un incremento porcentual en PSN del 6,7% y de los costes por día de tratamiento del 33,8%. El abandono del programa es la variable de ajuste con mayor capacidad explicativa. Género, nivel educativo y años de consumo, explican parte de la variación tanto en costes como en resultados. La poliadicción y VIH no se relacionan significativamente con diferencias de las variables respuesta. El ajuste por Centro ha resultado significativo para la variable coste por día.

**Conclusiones:** A pesar de la dificultad del cumplimiento de programas de tratamiento más estandarizados por parte de pacientes drogodependientes, se ha podido establecer una relación coste-efectividad de la inclusión de servicios auxiliares en PMM. Parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias 97/0033-01.

27

28

**ESTADO DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO DE LA BRAQUIITERAPIA ENDOVASCULAR CORONARIA E IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA EN ESPAÑA**

G. Oliva y J.M.V. Pons

*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.*

**Objetivos:** *Principal:* Analizar la evidencia científica disponible en relación a la eficacia, efectividad y seguridad de la braquiterapia endovascular coronaria en la reestenosis postangioplastia. *Secundarios:* a) Estimar la implantación de la técnica en España. b) Analizar la repercusión de la técnica sobre la organización del sistema sanitario, las implicaciones legales y el impacto económico del procedimiento. c) Proponer los requerimientos mínimos de los profesionales y de los centros que aplican la braquiterapia coronaria.

**Métodos:** Revisión sistemática de la evidencia científica disponible desde 1990 a abril de 2001 en relación a la eficacia, efectividad, seguridad y costeefectividad de la braquiterapia endovascular coronaria en las principales bases de datos biomédicas: MEDLINE, HealthStar, EMBASE, The Cochrane Library, Índice Médico Español, HTA Database. Revisión y análisis del registro de actividad intervencionista en España, y del registro internacional de braquiterapia coronaria.

**Resultados:** Para el sistema de radiación gamma se identificaron dos ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCA) a doble ciego, una serie clínica y seis ECCA en curso. Para el sistema beta se identificaron un ensayo clínico con control histórico, dos ensayos clínicos con aleatorización de dosis, dos series clínicas, y 4 ECCA en curso. Se observaron mejores resultados angiográficos y finales (muerte, infarto, trombosis en stent, revascularización lesión diana) en el grupo tratado con braquiterapia que el grupo placebo, a los 12 meses de seguimiento. No obstante, se apreció mayor tasa de trombosis tardía en los pacientes tratados con stent más radiación (5-8%). Según el registro español de actividad intervencionista para el año 1999, un 58% de los centros realizan menos de 300 intervenciones, un 25% entre 300-500, y un 17% más de 500. Por el momento, la implantación de la técnica en España se limita a dos centros de cardiología de nivel terciario, pero algunos hospitales ya disponen de la autorización pertinente y otros muchos la han solicitado.

**Conclusiones:** Debido a la limitada evidencia científica existente en relación a los resultados de la braquiterapia coronaria a medio y a largo plazo, los criterios de requerimiento iniciales de los centros deberían restringirse a centros de cardiología terciaria que realizaran más de 800 intervenciones coronarias anuales (5-6 centros, considerando el registro de 1999) y disponer de cirugía cardíaca. El equipo clínico encargado de la realización de la braquiterapia debería poseer amplia experiencia en procedimientos intervencionistas.

30

**EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PUBLICADOS EN REVISTAS BIOMÉDICAS ESPAÑOLAS (1996-2001)**

J.I. García-Montero, C. Aibar Remón y A. Vicente Molinero

*Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.*

**Objetivos:** Cuantificar y evaluar las Guías de Práctica Clínica (GPC) publicadas en revistas biomédicas nacionales determinando su calidad y repercusión, así como determinar la evolución experimentada por las mismas a lo largo del período de estudio.

**Métodos:** Búsqueda sistemática de artículos originales publicados entre el primer trimestre de 1.996 y el primer trimestre de 2.001 en revistas médicas españolas que hagan referencia a desarrollo y evaluación de GPC y valoración posterior de la calidad de las mismas según criterios explícitos de uso común.

**Resultados:** Se aprecia un progresivo incremento en el número de GPC publicadas en revistas de ámbito nacional, fundamentalmente desarrolladas por Sociedades Científicas

En general, cumplen con los criterios de: importancia de las opciones y resultados clínicos considerados, actualidad de los desarrollos realizados por cada guía, importancia práctica y clínica de las recomendaciones realizadas y fuerza de las recomendaciones, aunque no incluyen un proceso explícito de selección de dichas referencias. Debe destacarse la ausencia de estudios de análisis de sensibilidad; falta de revisión por expertos ajenos a su desarrollo y ausencia de procedimientos explícitos para considerar el valor relativo de los distintos pronósticos.

**Conclusiones:** 1) Difusión limitada de las GPC en revistas de ámbito nacional, aunque incremento progresivo en su publicación. 2) Calidad insuficiente de las GPC publicadas (ausencia de sistematización en su elaboración, falta de estrategias explícitas en la revisión de la evidencia, no valoración de la perspectiva del paciente, etc.).

29

**CÁNCER DE PRÓSTATA ÓRGANO CONFINADO Y BRAQUIITERAPIA: ¿EXISTE SUFICIENTE EVIDENCIA CIENTÍFICA?**

G. Oliva Oliva\*, F. Aguiló\*\* y M.D. Estrada\*

*\*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; \*\*Servicio de Urología. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.*

**Objetivos:** En los últimos años, la braquiterapia surge como una terapia alternativa a la prostatectomía radical y a la radioterapia externa en el tratamiento de cáncer de próstata órgano confinado o localizado. El objetivo del estudio fue analizar la evidencia científica disponible en relación a la eficacia, efectividad y seguridad de la braquiterapia. Asimismo, conocer la práctica de esta tecnología en España y el impacto económico del procedimiento.

**Métodos:** Revisión sistemática de la evidencia científica disponible desde 1988 a abril de 2001 en las principales bases de datos biomédicas: MEDLINE, HealthStar, EMBASE, Cancerlit, The Cochrane Library, HTA Database.

**Resultados:** Se identificaron dos informes de revisión realizados por dos agencias de evaluación de tecnologías médicas y 10 series clínicas no incluidas en las revisiones anteriores. No se encontró ningún ensayo clínico controlado y aleatorizado. La tasa de supervivencia libre de enfermedad varió de una serie a otra dependiendo del estadio del tumor (TNM), grado (Gleason) y nivel del PSA pretratamiento (entre un 60-95% a los 10 años). Los resultados en pacientes con bajo riesgo de extensión extraprostática (estadio T1 o T2; Gleason # < 6; PSA # < 10) fueron comparables con los tratados con prostatectomía radical. Entre las complicaciones destacan la prostatitis y la uretritis aguda con más frecuencia que la cirugía, y la impotencia y la incontinencia con menos proporción. En España, actualmente se aplica en 5 centros.

**Conclusiones:** La evidencia científica disponible se limita a múltiples estudios observacionales, la mayoría retrospectivos y no controlados, con pocas posibilidades de comparación por las diferencias que presentan en la selección de los pacientes, medidas de resultado y tiempo de seguimiento. La braquiterapia parece estar indicada en pacientes de bajo riesgo de extensión extraprostática. La evidencia científica disponible es insuficiente para recomendar el uso de la braquiterapia como tratamiento estándar para el cáncer de próstata localizado. Son necesarios ensayos clínicos de diseño aleatorio, con períodos de seguimiento más largo para confirmar su eficacia y seguridad, y valorar la calidad de vida de los pacientes comparado con el tratamiento convencional. La ausencia de una alternativa terapéutica superior y la existencia de efectos secundarios importantes hacen necesario considerar los valores y preferencias de los pacientes.

31

**EFFECTOS DE LA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN ESTANCIAS Y COSTES**

C. Murillo\*, J. Ríos\*, G. Carrasco\*\* y C. Humet\*\*

*\*Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra. \*\*Hospital de Barcelona.*

**Objetivos:** Las infecciones de sitio quirúrgico repercuten en morbi-mortalidad hospitalaria así como en los costes asociados. Las consecuencias económicas, medidas en términos de incrementos de costes, pueden valorarse a partir del conocimiento directo o indirecto de dichos costes. Se trata de calcular el aumento de coste de estancias añadidas por la infección y de los costes alternativos directos en el caso de las infecciones de sitio quirúrgico en apendicectomía y colectomía tomando como referencia una muestra de casos registrados en el Hospital de Barcelona. Se analizan las consecuencias de los reingresos por complicaciones.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de apareamiento de casos (matching) con dos criterios para la determinación de los controles. Los pacientes se agrupan por diagnóstico principal, procedimiento quirúrgico principal y edad. La muestra es de 46 operados de apendicectomía y 40 de colectomía. En el segundo tipo de apareamiento se utiliza también el diagnóstico secundario. La muestra es de 34 en apendicectomía y 28 en colectomía. Los datos provienen del sistema de contabilidad analítica que permite calcular rigurosamente los costes directos reales asimilados a cada paciente.

**Resultados:** Tomando como válidos los cálculos realizados con el segundo matching, la estancia media de los infectados después de la apendicectomía es de 10,9 días (3,6 días en no infectados) y de 25,5 días (10,1 en no infectados) en colectomía. Los costes reales son de 375.003 ptas para los infectados (125.442 en no infectados) en apendicectomía y de 945.198 ptas en infectados (351.986 en no infectados) en colectomía. Los costes alternativos son de 82.841 ptas (19.449 en no infectados) en apendicectomía, y 556.774 ptas (84.176 ptas en no infectados) en colectomía. La estancia media por infección aumenta en 7,3 (apendicectomía) y 15,4 días (colectomía). Los costes alternativos aumentan, respectivamente, en 63.392 y 472.598 ptas, siendo el incremento total de costes directos imputable a la infección de 312.953 ptas (apendicectomía) y 1.065.809 ptas (colectomía). Teniendo en cuenta los reingresos, la prolongación de la estancia media fue de 8,4 (apendicectomía) y 15,4 días (colectomía). Los costes de procedimientos alternativos extras fueron de 63.392 (apendicectomía) y 563.881 ptas (colectomía). Los costes directos reales totales aumentan en 360.338 en apendicectomía y 1.378.789 ptas en colectomía.

**Conclusiones:** Los pacientes con infección de sitio quirúrgico gastan aproximadamente tres veces más con respecto a no infectados. El impacto económico aconseja medidas de control de la infección y políticas de incentivos. La elección de un método u otro de apareamiento repercute en las estimaciones obtenidas.

**DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EUROPA (AGREE\*)**

R. Rico Iturriz, D. San. Gobierno Vasco. Albert Jovell, Fundació Bioteca J. Laporte y la Colaboración AGREE.

**Objetivos:** Desarrollar y validar un instrumento de evaluación de la calidad de las Guías de Práctica Clínica en Europa. Las Guías Práctica Clínica deben servir para facilitar una práctica médica más consistente, efectiva y eficiente. Sin embargo se constata que la amplia proliferación de guías se acompaña, en ocasiones de variaciones en las recomendaciones sobre una misma condición clínica. Ello conduce a la necesidad de establecer unos estándares que mejoren el desarrollo y diseminación de las guías, garantizando que la calidad metodológica se cumple. Tanto las organizaciones profesionales, como los gobiernos que promueven programas nacionales de guías de práctica clínica tienen la obligación moral de asegurar que las guías que promueven sean de alta calidad, que las recomendaciones sean percibidas como legítimas por los clínicos y que sean aceptables para los pacientes.

**Métodos:** El proyecto ha sido financiado mediante una subvención del programa europeo EU BIOMED2(BMH-98-3669). El grupo de trabajo se ha compuesto por investigadores de trece países. El instrumento se ha desarrollado en tres etapas: generación de los ítems y elaboración de un borrador, y dos fases de validación.

Se partió de 82 ítems procedentes de instrumentos evaluados y de literatura relevante sobre el tema capaces de reconocer la calidad de las guías. Se entendió por calidad como la confianza en que los sesgos relacionados con el rigor metodológico, la presentación y la aplicabilidad de la guía estuvieran minimizados. Tras la revisión por los componentes la lista de ítems fue reducida, agrupándose en cinco grandes apartados conceptuales relacionados con la calidad (Objetivo y ámbito de aplicación participación de los implicados en la elaboración, rigor en el desarrollo, claridad en la presentación y aplicabilidad). El instrumento fue testado en 100 guías de 11 países. Cada guía fue evaluada independientemente por cuatro revisores representantes de un amplio espectro de profesionales sanitarios (194 revisores). Se realizó una segunda validación para refinar el instrumento. El análisis se realizó por un análisis de componentes principales para evaluar el marco conceptual de los apartados. Para la evaluación de la fiabilidad de cada apartado se calculó el coeficiente de correlación intraclase.

**Resultados:** El análisis de componentes principales identificó cinco componentes de calidad. Con excepción del componente 4 todos los demás tuvieron un buen acuerdo intraclase (o, 75 a 0,91) la consistencia interna fue aceptable con excepción del componente 6 (independencia editorial, dos ítems) con un coeficiente alfa de 0,64.

**Conclusiones:** El instrumento AGREE es el primero en ser evaluado y testado a escala internacional. Proporciona estándares para el desarrollo y publicación de guías de práctica clínica.

\*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation in Europe

**MESA DE COMUNICACIONES ORALES 6****Organización de la atención a la salud****SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

M.I. Pasarín, C. Borrell y M. Rodríguez

*Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer la satisfacción de la población respecto a la Atención Primaria de Salud (APS), concretamente respecto a las cualidades personales de los profesionales, la competencia profesional y los aspectos de coste-comodidad.

**Métodos:** Población de estudio: residentes en la ciudad de Barcelona en el año 2000. Se obtuvo una muestra estratificada por distritos municipales (Encuesta de Salud de Barcelona 2000). En este estudio se incluye la población mayor de 15 años que tiene un médico de cabecera y lo ha consultado en el último año (1.021 hombres y 1.511 mujeres). El trabajo de campo se realizó durante un año y la recogida de datos se hizo mediante un cuestionario estandarizado administrado en el domicilio de los entrevistados por encuestadores específicamente adiestrados. El cuestionario incluía el cuestionario de satisfacción con la APS de B Hulka. Las variables independientes analizadas fueron: edad, sexo, clase social y tipo de APS (*Servei Català de la Salut* -SCS- modelo reformado, SCS modelo tradicional, mutua obligatoria, y médico/a privado). La variable dependiente analizada fue la satisfacción con: características personales del médico/a de cabecera en su relación con el paciente, la competencia profesional y el coste-comodidad de la atención. Los 27 ítems del cuestionario de B Hulka se agregan en las categorías citadas. A partir de las respuestas se construyó un índice de 0 (muy insatisfecho/a) a 100 (muy satisfecho/a). Para el análisis, la muestra se ponderó para tener en cuenta el diseño muestral. Se realizó un análisis descriptivo mediante la media y desviación estándar (DE) del índice de satisfacción, en cada una de las categorías de las variables independientes.

**Resultados:** El 81% de la población tiene el médico/a de cabecera en el sistema público. Más del 70% de éstos, tienen el mismo médico/a desde hace más de tres años. El 65 % de la población ha visitado a su médico/a en el último año. De los tres componentes de la satisfacción analizados, el más valorado es el de las cualidades personales del médico/a de cabecera, con una media de 67 en los hombres (DE: 12,6) y 67,7 en mujeres (DE:12,5), seguido de la satisfacción de la competencia profesional (58,8 (DE: 11,1) en hombres y 58 (DE:11,4) en mujeres), y de la satisfacción con aspectos de coste-comodidad (57,3 en hombres (DE:13,2) y 57 en mujeres (DE:12,9). En los tres casos la satisfacción aumenta con la edad y disminuye con la clase social. La satisfacción es mayor en las personas que tienen un médico/a de cabecera privados o de mutua obligatoria. De los atendidos por un médico del SCS la satisfacción es ligeramente más alta en los que tienen un centro de APS con modelo reformado (media: 67,9) que los atendidos en la APS tradicional (media: 64,3).

**Conclusiones:** El componente de satisfacción más valorado es el de las cualidades del médico/a de cabecera, aunque la satisfacción aumenta con la edad, disminuye con la clase social y es ligeramente mayor en la población atendida por APS reformada.

34

**MODELOS MATEMÁTICOS: MODELOS DE LOCALIZACIÓN, PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UNA RED DE SALUD APLICADO AL MUNICIPIO DE LEÓN - NICARAGUA**

A. Molina Membreño\*, A.I. García Felipe\*\*, F. Dolado Arnal y E. Rubio Calvo\*\*

*\*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León - Nicaragua. \*\*Universidad de Zaragoza.***Objetivo:** Construir modelos matemáticos, de localización, aplicarlos a la red sanitaria del Municipio de León - Nicaragua, optimizando la localización jerárquica de la red sanitaria.**Métodos:** Datos: población, sistema sanitario en sus distintos niveles de atención y mapa de la red de carreteras del Municipio de León - Nicaragua, tiempos de desplazamiento, considerando las velocidades medias desarrolladas por tipo de carretera según las normativas del ministerio de Transportes de Nicaragua, en invierno y en verano, ponderados por la topografía del terreno.

Modelizamos la situación mediante la creación de una red grafo: modelo de cobertura "Location Set Covering Problem"; para optimizar el número necesario de puntos de asistencia sanitaria, dentro de un radio estándar (tiempo de viaje), tanto en invierno como en verano, resultado mediante programas informáticos de programación lineal entera, programa LINDO. Proporcionando dos soluciones: sin tener en cuenta las localizaciones previas o teniéndolas.

**Resultados:** Si todos fueran puntos de nueva creación se necesitarían como mínimo 13 puntos de atención sanitaria para cubrir toda la población en un tiempo de 20 minutos en verano y con la misma isocrona 17 en invierno, de tal manera que cada uno de los núcleos de población es cubierto por al menos un centro de atención sanitario, así como cada núcleo de población es candidato a ser escogido para ubicar un centro de atención sanitaria. Considerando ubicados los Puestos de Salud existentes, la solución resultante de introducir esta restricción en El "Set Covering Problem" propone, que el valor de la función objetivo óptimo en verano sea de 17, los 12 existentes y 5 nuevos que cubren las lagunas dejadas por los anteriores y en invierno de 21 puestos, modificando el modelo obtenemos más puntos iguales en la solución para dar cobertura en los dos tiempos invierno y verano.**Conclusiones:** En verano en el primer modelo da 13 la localización de puestos de salud, 7 coinciden con los existentes y 6 no. Si mantenemos los 12 existentes el modelo da 17 que nos obligaría a crear 5 nuevos puestos. En invierno los resultados son respectivamente 17 (de los cuales 4 son existentes) y 21 (creando 9 nuevos) puestos de salud. Es importante destacar la utilidad de los modelos matemáticos, de Investigación Operativa, en especial los modelos de localización de la programación lineal entera como ayuda a la toma de decisión en planificación sanitaria, para una optimización de los recursos existentes y de nueva creación.

36

**ISOCRONAS SANITARIAS: ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA A LOS RECURSOS DE LA RED SANITARIA PUBLICA EN NICARAGUA**

A. Molina Membreño\*, A.I. García Felipe\*\*, A. Pueyo Campos\*\*, T. Martínez Terrer\*\* y E. Rubio Calvo\*\*

*\*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León - Nicaragua. \*\*Universidad de Zaragoza.***Objetivo:** Los estudios de Accesibilidad Geográfica de la población hacia los servicios sanitarios de la red pública, permiten obtener una información útil para mejorar la planificación y ordenación de los recursos asistenciales ofertados a los ciudadanos, buscando una distribución más equitativa y una utilización más eficiente de los mismos. Por ello nuestro objetivo será construir las isocronas de la red sanitaria mediante los Sistemas de Información Geográfica.**Métodos:** Los datos corresponden a población, sistema sanitario en sus distintos niveles de atención y mapa de la red de carreteras del Municipio de León-Nicaragua.

Se han calculado los tiempos en minutos de desplazamiento, considerando las velocidades medias desarrolladas por tipo de carretera, en invierno y en verano, ponderados por la topografía del terreno; se considera que la población utiliza sus propios recursos para casos de emergencia.

La información se procesa en bases de datos según el modelo y con la utilización de los Sistemas de Información Geográficos (SIG) se crean los mapas de isocronas sanitarias, de invierno y verano, para proceder al análisis de la situación de la red del sistema sanitario.

**Resultados:** Podemos observar los distintos mapas de isocronas para verano e invierno, tanto para hospital como centros de salud y puestos de salud, éstas se presentan por diferentes graduaciones de color según intervalos de tiempo en minutos, existen zonas en las cuales, sus isocronas superan a las establecidas, así como zonas que quedan claramente desprotegidas.**Conclusión:** Los estudios de accesibilidad geográfica de la población mediante los Sistemas de Información Geográficos (SIG), nos han permitido obtener una visión gráfica sencilla y útil de la localización de los distintos servicios sanitarios y, al detectar deficiencias, sugerir la creación de modelos matemáticos que reubiquen o creen nuevos centros.

35

**EFFECTO DEL VOLUMEN DE RECURSOS MÉDICOS EN LA ESPERANZA DE VIDA**

M.J. Amorín y E.M. Andrés

*Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Dirección General de Aragón.***Introducción:** La esperanza de vida al nacer es utilizada como un indicador básico para evaluar el estado de salud de una población tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Variaciones en este indicador entre distintos ámbitos geográficos han sido relacionadas con el volumen de recursos destinados a la salud y más concretamente con el número de médicos por habitante.**Objetivo:** Identificar si existe concordancia geográfica entre la esperanza de vida y la disponibilidad de recursos médicos en salud en España.**Método:** Se ha utilizado como variables de análisis la esperanza de vida de los años 1980, 1986, 1991 y 1995 y el número de médicos/100.000 habitantes de 1980 y de 1985 a 1992. El ámbito geográfico de análisis ha sido las Comunidades Autónomas (excepto Ceuta y Melilla). Los datos se han obtenido de la 3ª y 4ª evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. Se han empleado técnicas multivariantes para agrupar las Comunidades Autónomas (CCAA) en clusters homogéneos: análisis factorial de componentes principales y análisis clusters utilizando modelos jerárquicos. La significación de los resultados se ha valorado mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. La concordancia entre clusters se ha estudiado a través del estadístico Kappa con pesos.**Resultados:** Se han identificado 3 grupos de CCAA respecto a la esperanza de vida, que por orden de menor a mayor, son: Andalucía, Asturias, Galicia, Baleares, Canarias, Valencia, Extremadura, Murcia y País Vasco; Cantabria, Castilla-La Mancha, Navarra y La Rioja; y Aragón, Cataluña, Madrid y Castilla-León. Respecto al número de médicos/100.000 habitantes, ordenados de menor a mayor, los grupos obtenidos han sido: Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Murcia, Galicia y Extremadura; Asturias, Castilla y León, Cantabria, Cataluña, País Vasco, Valencia y La Rioja; y Aragón, Navarra y Madrid. La concordancia entre los grupos obtenidos para cada indicador ha sido alta superior a 0,9.**Conclusiones:** Se ha encontrado una alta concordancia entre Comunidades Autónomas con mayor esperanza de vida y aquéllas con alta disponibilidad de médicos. Existen pocos estudios que utilicen indicadores de atención sanitaria para explicar diferencias geográficas en el estado de salud. Uno de estos estudios ha sido el publicado recientemente por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos en el que se identifica el número de médicos como uno de los principales determinantes de la salud, al contrario que el gasto per cápita en salud. Hasta la fecha la planificación del número de médicos se ha decidido más por su coste que por sus beneficios. Los resultados de este trabajo, en concordancia con otros internacionales, plantean la necesidad de una reflexión en el proceso de planificación de los recursos destinados a la salud, que debería basarse en los resultados en salud obtenidos y no sólo en su coste.

37

**ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LAS INTERVENCIONES PERCUTÁNEAS, SIN IAM, INSUFICIENCIA CARDIACA O SHOCK (GRD 112)**

J.L. Navarro Espigares\*, M.A. Padial Ortiz\*, A. Ortega Monfuleda\* y P. González de la Flor\*\*

*\*Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, \*\*Hospital Ciudad de Jaén.***Objetivos:** El objetivo de este trabajo es el estudio de la demanda para el GRD 112. Este análisis se centra especialmente en el origen geográfico de los pacientes. Trataremos de determinar si existen unos patrones de comportamiento distintos respecto a la decisión de derivar a un paciente para la realización de un procedimiento cardíaco percutáneo en función de su lugar de residencia y de su renta media.**Métodos:** El ámbito geográfico de nuestro estudio comprende la población de las ciudades de Granada, Almería y una parte de Jaén, aproximadamente 1.281.403 habitantes dependientes del Hospital Universitario Virgen de las Nieves para la realización de este tipo de procedimientos. El ámbito temporal recoge los años 1998 y 2000. La fuente de datos utilizada ha sido el CMBD del hospital durante los años señalados y su agrupación por GRDs. El análisis realizado se basa en la distribución geográfica de los casos y su vinculación con los niveles de renta media para cada unidad geográfico-administrativa.**Resultados:** El número total de pacientes tratados en el H.U. Virgen de las Nieves ha experimentado un notable aumento entre 1998 (250 pacientes) y el año 2000 (328 pacientes). Al mismo tiempo que aumentaba la oferta, la demanda superó con creces dicho aumento pasando la demora media en el registro de demanda de procedimientos percutáneos cardíacos de 38 días en diciembre de 1998 a 198 días en diciembre del año 2000. La tasa de frecuentación para los procesos estudiados ha aumentado notablemente en el caso de la población procedente de Almería. Para los pacientes de la provincia de Almería la frecuentación en el año 2000 (21/100.000 hab) supera a la registrada para pacientes de la provincia de Granada (19/100.000 hab). No se han observado diferencias significativas de renta entre el grupo de pacientes y el colectivo al que pertenecen (Granada Capital, Granada Provincia, Almería Capital y Almería Provincia).**Conclusiones:** La utilización de sistemas de información hospitalarios puede ser una buena fuente para el estudio de la demanda hospitalaria. En el caso estudiado (GRD 112) se ha detectado un incremento notable de la demanda para la población de Almería. Dicho incremento ha contribuido a la disminución de las desigualdades observadas en 1998 en la frecuentación de los grupos de población estudiados. De este análisis puede deducirse la utilidad de elaborar protocolos conjuntos de indicación, al objeto de no generar desigualdades en el acceso a este tipo de cuidados por motivos de origen geográfico.

38

### CONOCIMIENTOS Y OPINIONES DE USUARIOS Y LÍDERES SOBRE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD. UN ESTUDIO EN EL NORDESTE DE BRASIL\*

M.L. Vázquez<sup>1</sup>, R. Ferreira<sup>1</sup>, E. Siqueira<sup>2</sup>, I. Kruze<sup>3</sup>, A. Diniz<sup>3</sup>, I. Leite<sup>2</sup> y A.P. Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute for Health Sector Development, <sup>2</sup>Instituto Materno Infantil de Pernambuco; <sup>3</sup>Universidade Federal de Pernambuco.

**Objetivos:** El objetivo general del estudio es determinar la efectividad de las políticas de reforma del sistema de salud en fortalecer la participación del usuario en el control de la calidad de los servicios de salud en dos municipios de Brasil. Esta comunicación sólo se refiere a dos de los objetivos específicos: a) determinar conocimientos y opiniones de los usuarios y líderes comunitarios sobre la participación en los servicios de salud, así como la capacidad percibida de influenciarlos y b) utilización de los mecanismos de participación institucionales por parte de los usuarios.

**Métodos:** Se utilizó una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos de las ciencias sociales: a) entrevistas individuales y grupos focales a usuarios de los servicios de salud y líderes comunitarios b) encuesta con cuestionario, a una muestra aleatoria de 1.680 usuarios de los servicios de salud. El área de estudio la constituían los municipios de Cabo Santo Agostinho y Camaragibe en el Nordeste de Brasil.

**Resultados:** Tanto usuarios como líderes comunitarios definían dos formas de participar en los servicios de salud: individual y colectiva. En el primer caso, se entendía la participación como una obligación, así como una necesidad de colaborar con los servicios en sus actividades o expresando la propia opinión. La participación colectiva se refería a la acción organizada de la comunidad. El primer concepto era más marcado entre los usuarios, mientras que los líderes tendían a destacar la acción colectiva. Las leyes eran prácticamente desconocidas para los usuarios, mientras que los líderes tenían un mejor conocimiento. Ambos tipos de informantes identificaron barreras tanto institucionales como de la población para la participación, sin embargo pensaban que tenían la capacidad de influir en los servicios. Todo el discurso se hallaba permeado por un concepto de la participación como utilización de los servicios de salud. Los mecanismos de participación institucionales más citados eran el Disque Saúde (59,2%) y el Consejo Municipal de Salud (42%). Un 30% de los entrevistados conocía algún mecanismo y un 5% había utilizado alguno.

**Conclusiones:** Los conceptos de participación en salud de usuarios y líderes parecen reflejar la actuación habitual de los servicios de salud, así como un limitado acceso a la utilización de los mismos. El conocimiento y utilización de los mecanismos es aún limitado, no obstante existe una actitud positiva y confianza en la influencia de interacción. Una mayor participación requiere un esfuerzo institucional de apertura, así como en provisión de información.

\*Estudio de colaboración entre EASP (España), IHSD (Reino Unido), IMP-UFPE (Brasil), y Univalle (Colombia) con la financiación de la Comisión Europea DGXII.

## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 7

### El sistema de salud en España: adecuación y utilización

39

### EVALUACIÓN DEL GASTO HOSPITALARIO Y ALGUNAS VARIABLES DE RECURSOS, SALUD Y NECESIDAD

S.F. Gómez, M.J. Rabanaque y T. Alcalá\*

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. \*Departamento de Métodos Estadísticos. Universidad de Zaragoza.

**Objetivo:** Describir el gasto hospitalario por Comunidad Autónoma, en España, durante la década de 1984 a 1994 y analizar la posible asociación existente entre gasto y algunos indicadores de recursos, de salud y de necesidad.

**Método:** Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal y ecológico en el que se analizó la asociación entre gasto hospitalario en centros públicos y algunas variables, para los años 1984, 1994 y para la variación entre estos periodos. La unidad de análisis ha sido cada una de las 17 comunidades autónomas españolas. Se analizaron variables de gasto hospitalario, de recursos, indicadores de salud y de necesidad. La variable de gasto hospitalario fue analizada considerando el gasto por cama, por paciente y por estancia. La disponibilidad de recursos hospitalarios fue valorada a través del número de camas por habitante y número de médicos y personal de enfermería colegiados por 100.000 habitantes. Las variables de salud y necesidad fueron estimadas a través de los siguientes indicadores: tasa de mortalidad infantil, tasa de VIH, tasa de mortalidad por todas las causas, porcentaje de población con índice de masa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup>, tasa de paro, y tamaño poblacional. La asociación entre el gasto hospitalario y las variables descritas anteriormente se analizó mediante la aplicación de los análisis *factorial*, *cluster* y *escalamiento multidimensional*, utilizando el paquete SPSS para windows.

**Resultados:** Se observaron diferencias importantes, entre comunidades autónomas, en los indicadores de gasto hospitalario, tanto para los dos periodos estudiados como para la variación entre los mismos. Las comunidades autónomas que tenían los valores más altos en los indicadores de gasto hospitalario en 1984 presentaban valores bajos en tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad por todas las causas, y valores altos en tasa de VIH y número de médicos y personal de enfermería por 100.000 habitantes. Las comunidades autónomas con un gasto hospitalario alto en 1994 se asociaron a un mayor número de enfermeras por 100.000 habitantes y un tamaño poblacional alto. Analizando la variación entre 1984 y 1994, en las comunidades con mayor incremento del gasto hospitalario se observó un incremento de porcentaje de personas con índice de masa corporal superior de 30 kg/m<sup>2</sup>, un incremento del número de médicos colegiados por 100.000 habitantes y una disminución de la tasa de VIH.

**Conclusiones:** Se observa una gran variabilidad en los indicadores de gasto hospitalario entre comunidades autónomas en el periodo 1984-1994. El gasto hospitalario no solo parece estar relacionado con indicadores de necesidad, sino que también está asociado con indicadores de recursos y con indicadores indirectos de desarrollo social.

### SOBREUTILIZACIÓN DE PRUEBAS DE CRIBADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN Y PAÍS VALENCIANO

S. Márquez-Calderón<sup>1</sup>, V. Gosálbes<sup>2</sup>, M.J. Rabanaque<sup>3</sup> y J.M. Abad<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública; <sup>2</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia; <sup>3</sup>Universidad de Zaragoza; <sup>4</sup>Consejería de Salud de Aragón.

**Objetivos:** 1) Determinar los conocimientos y prácticas auto-referidas de los médicos de Atención Primaria (AP) en relación a la prescripción de pruebas de cribado no recomendadas en población sana (antígeno prostático específico -PSA-, radiografía de tórax y sedimento urinario). 2) Identificar si existen diferencias entre los médicos de Aragón y País Valenciano en conocimientos y prácticas sobre las pruebas citadas.

**Métodos:** *Sujetos de estudio:* 318 médicos de AP. Muestreo aleatorio, con una única muestra en Valencia (N = 84) y una muestra por área de salud en Aragón (N total = 234). *Datos:* Cuestionario administrado por entrevista personal, basado en 4 casos de pacientes (de 75, 54, 46 y 16 años) que acudían a la consulta de Atención Primaria por un problema de salud banal. Para cada caso se preguntó por un listado de actividades preventivas (o supuestamente preventivas), tanto sobre la opinión acerca de si debían hacerse como sobre la práctica habitual. En este estudio concreto se analizan aquellas actividades sobre las que existe evidencia científica suficiente para hacer una recomendación activa en contra de aplicarlas a personas sanas. Estas son: PSA para cribado de cáncer de próstata, radiografía de tórax para cribado de cáncer de pulmón, sedimento urinario para cribado de cáncer de vejiga y/o infección urinaria. *Análisis de diferencias entre comunidades:* Ji-cuadrado.

**Resultados:** 1) PSA: Un 60% de los médicos cree que debe hacerse PSA en el caso de un hombre de 75 años y un 45% dice hacerlo. La creencia de que debe hacerse PSA en varones sanos es menor a medida que disminuye la edad de los pacientes, llegando al 0,6% a los 16 años, lo mismo que ocurre con la práctica. 2) Radiografía de tórax: El porcentaje de médicos que cree que debe hacerse oscila entre el 11% (en pacientes de 75 y 54 años) y el 2% (a los 16 años), siendo menor el porcentaje que dice hacerla en la práctica. 3) Sedimento urinario: El porcentaje de médicos que cree que hay que hacerlo disminuye a medida que es menor la edad del paciente, yendo desde el 48% a los 75 años al 17% a los 16. Igual ocurre con las prácticas. El sedimento urinario fue la prueba donde la concordancia entre conocimientos y prácticas fue mayor. 4) Variabilidad: No hubo diferencias significativas entre los médicos de ambas comunidades en los conocimientos sobre las 3 pruebas de cribado estudiadas ni en las prácticas, excepto en la realización de PSA en varones de 75 años (los médicos aragoneses declararon hacerla más frecuentemente (p = 0,02)).

**Conclusiones:** Un porcentaje importante de médicos de AP cree que es necesario prescribir pruebas como el PSA y sedimento urinario en personas sanas y declaran hacerlo en su práctica habitual; siendo este patrón similar en Aragón y Valencia.

40

41

**¿POR QUÉ ACUDE LA POBLACIÓN A URGENCIAS: LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS?**

S. Mayoral, J.I. Barrasa, J. Moliner, M.J. Rabanaque, J.M. Abad y C. Aibar

*Servicio de Med. Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.***Objetivos:** Identificar los factores asociados a la utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH), explorando la opinión de los profesionales de dichos servicios mediante técnicas de investigación cualitativa.**Métodos:** Tras un estudio previo, consistente en entrevistas exploratorias individuales, se constituyeron dos grupos de discusión en los que participaron diversos profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as). Uno de los grupos estaba compuesto por personal de los SUH de los hospitales Clínico Universitario de Zaragoza y hospital de Calatayud, y el otro por sanitarios provenientes de los diferentes niveles asistenciales: centros de salud urbanos y rurales, centros de especialidades, servicio especial de urgencias y SUH. Se hicieron dos sesiones de discusión, dirigidas por una persona entrenada, exponiendo el motivo de la reunión y dejando libertad para expresar sus opiniones a los participantes. Las sesiones fueron grabadas íntegramente y posteriormente transcritas a papel para su análisis con el método propio de la investigación cualitativa. El número total de participantes en las sesiones fue de seis personas en el primer grupo y 8 en el segundo.**Resultados:** El modelo explicativo de las motivaciones que tienen los pacientes para acudir a los SUH, según la visión de los profesionales sanitarios, se fundamenta en la imagen de fiabilidad de los denominados *sistemas expertos*. En este caso esa fiabilidad tiene su origen en: 1) Presencia de *alta tecnología*, que por efecto halo contagia su imagen de infalibilidad a todo el servicio y al propio hospital; 2) *Normas de trabajo* que potencian la utilización frecuente de esa tecnología ante cualquier episodio asistencial; 3) *Mayor responsabilidad social* atribuida al hospital, dentro del sistema asistencial (último escalón); 4) *Mayor tiempo de dedicación* al paciente en comparación con otros puntos de atención; 5) *Mayor accesibilidad* de los SUH con respecto al primer nivel asistencial; 6) *Potenciación de la imagen* de los hospitales como sistema experto por los medios de comunicación; 7) *Función* histórica de *hospitalidad* ante determinadas circunstancias en las que falla el soporte social, tales como indigencia, muerte inminente de familiares, o inmigración; 8) *Ocultación* consciente de todo lo que puede dañar su imagen de sistema experto, como la poca experiencia de los médicos internos residentes, o los posibles errores en la interpretación de las pruebas diagnósticas.**Conclusiones:** Los SUH constituyen un punto de acceso a un *sistema experto*, la asistencia sanitaria pública, que presenta una marcada imagen de fiabilidad. Esta imagen se encuentra en la base del modelo explicativo de las motivaciones de los pacientes para utilizar servicios.**LA EVOLUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN LA CIUDAD DE BARCELONA EN LA DÉCADA DE LOS 90**C. Borrell, M. Rodríguez, M.I. Pasarín, J. Ferrando e I. Ricart  
*Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.***Objetivo:** Describir la evolución de las prácticas preventivas y concretamente de la vacunación de la gripe, la toma periódica de la tensión arterial, la realización de citología y mamografía periódicas y la utilización de casco por parte de los usuarios de motos en Barcelona entre los años 1992 y 2000.**Métodos:** La población de estudio fue la residente en Barcelona durante los años 1992 y 2000. Los datos se obtuvieron de las Encuestas de Salud de 1992 y 2000: las dos son encuestas estratificadas por áreas de la ciudad siendo el tamaño de la de 1992 de 5.000 personas y la del 2000 de 10.000. El trabajo de campo se realizó en ambas durante un año y la recogida de datos se hizo mediante un cuestionario estandarizado administrado en el domicilio de los entrevistados por encuestadores específicamente adiestrados. En este estudio se incluye la población mayor de 15 años. Las variables analizadas fueron (además de la edad, el sexo y el distrito): toma periódica de la tensión arterial, vacunación de la gripe anual, realización de citología y mamografía periódica (mujeres) y utilización de casco en motoristas. Para el análisis, ambas muestras se ponderaron para tener en cuenta el diseño muestral. Se presentan porcentajes por grupos de edad, sexo y año.**Resultados:** La vacuna de la gripe se administró a dos terceras partes de la población de más de 64 años en 1992 y en cambio a un 55% de esta población en 1992. La toma periódica de la tensión arterial aumenta sobre todo a partir de los 45 años y se incrementó ligeramente en todos los grupos de edad y sexo entre 1992 y el año 2000. Realizaron la citología vaginal periódica el año 2000 un 45% de las mujeres de 15 a 34 años, un 85% de las de 35 a 49 años y un 73,2% de las de 50 a 64 años, porcentajes que han aumentado respecto a 1992. Respecto a la mamografía se detecta un incremento importante en su realización en los grupos de edad de 35 a 49 años (pasa del 34% al 64%) y de 50 a 64 años (aumenta del 28% al 81%). El año 2000, los distritos que tienen un mayor porcentaje de mujeres que se realiza mamografía periódica son los distritos en que se implementó en primer lugar el programa poblacional de cribaje de cáncer de mama. El año 2000 un 90% de los usuarios de moto declararon llevar siempre el casco, tanto por la ciudad como por carretera, y alrededor de un 3% declararon no llevarlo nunca.**Conclusiones:** Existe un aumento importante de las prácticas preventivas en la década de los 90. La progresiva implantación de la reforma de la atención primaria de salud y del programa poblacional de cáncer de mama en algunos distritos de la ciudad probablemente han influido en estos incrementos.

43

42

**¿ES ADECUADA LA PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN Y VALENCIA?**M.J. Rabanaque<sup>1</sup>, J.M. Abad<sup>2</sup>, V. Gosalbes<sup>3</sup> y S. Márquez-Calderón<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza; <sup>2</sup>Departamento de Sanidad de Aragón; <sup>3</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia; <sup>4</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública.**Objetivo:** a) Cuantificar la proporción de médicos de Atención Primaria de Aragón y País Valenciano que creen que deben realizar actividades de detección precoz y consejo en relación al consumo excesivo de alcohol y de tabaco, e identificar cuántos de ellos refieren practicarlas. b) Analizar posibles diferencias entre ambas regiones.**Métodos:** *Sujetos de estudio:* 234 médicos de Atención Primaria en Aragón y 84 en País Valenciano. En Aragón se hizo un muestreo aleatorio por áreas de salud y en Valencia se eligió una muestra aleatoria entre todos los médicos de la región. *Recogida de datos:* Mediante cuestionario de conocimientos y prácticas autorreferidas, administrado por entrevista personal. El cuestionario estaba basado en 4 casos de pacientes (de 75, 54, 46 y 16 años) que acudían a la consulta de Atención Primaria por un problema de salud banal. En este estudio se analizan los conocimientos y la práctica de actividades de detección y consejo, en relación al consumo de alcohol y tabaco, sobre las que hay evidencia científica suficiente para recomendarlas en todos los grupos de edad. *Análisis:* Las diferencias entre comunidades autónomas se valoraron por el test de chi-cuadrado.**Resultados:** 1) *Detección de consumo excesivo de alcohol:* el porcentaje de médicos que considera necesaria la detección de consumo de alcohol se reduce con la edad de los pacientes (99,1% en los de 16 años frente a 80,2% en los de 75). Un 74,5% de los encuestados manifiestan realizar esta actividad frente a un 88,8% que la consideran indicada. 2) *Consejo sobre consumo de alcohol:* un 94,2% lo consideran indicado y un 88,6% lo realizan; no observándose diferencias en función de la edad de los pacientes. 3) *Detección de consumo excesivo de tabaco:* el porcentaje de médicos que consideran indicada esta actividad fue muy alto, 97,2%, manifestando realizarla el 94%. 4) *Consejo sobre consumo de tabaco:* un 97,5% de los médicos consideran indicada esta actividad y un 95,1% manifiestan realizarla. 5) *Variabilidad:* En todos los casos y para todos los grupos de edad, los porcentajes de médicos que no consideraban necesarias estas prácticas preventivas y/o no las realizaban eran más altos en Valencia que en Aragón.**Conclusiones:** 1) Una parte de los médicos no realizan actividades preventivas que consideran indicadas. 2) Existe una mayor concienciación respecto a la prevención del consumo de tabaco que a la del consumo excesivo de alcohol. 3) Estas prácticas son más frecuentes en población joven. 4) El conocimiento y la práctica de actividades preventivas, respecto al consumo de alcohol y tabaco, es superior en Aragón que en Valencia.**FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA**M.D. León Miranda, C. Martín Castro, J. Gómez Jiménez, A. Cárdenas Cruz, L. Olavarría Govantes y V. León Miranda  
*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias "061" de Andalucía; Facultad de Medicina de Granada; Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital de Poniente de Almería.***Objetivos:** Determinar los factores pronósticos de mortalidad en la parada cardiorrespiratoria atendida por los equipos de emergencias del 061 de Andalucía.**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo desde enero 1998 hasta diciembre 1999 de 1.950 Paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias (PCRE) atendidas por los equipos de emergencia de Andalucía. Se han tomado como variables independientes (predictoras) las definidas en el estilo Utstein y como variable dependiente (resultado) la mortalidad extrahospitalaria. En el análisis estadístico se ha utilizado el test de "Chi-cuadrado" para variables categóricas y la "T de Student" para las continuas, considerando que había significación estadística cuando el error alfa era < 0,05. Se ha realizado un modelo multivariado mediante regresión logística para identificar los factores que nos podían predecir mejor la mortalidad en PCRE.**Resultados:** Incidencia PCRE: 27/100.000 habitantes.

Tras asistencia del equipo de emergencias: 24,95% ingresan vivos en hospital. Se ha encontrado que había una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y cada una de las siguientes variables predictoras: edad, sexo, antecedentes, situación clínica previa, Glasgow, pulso inicial, ritmo inicial, lugar, parada cardiorrespiratoria presenciada, etiología de la parada cardiorrespiratoria, existencia de resucitación cardiopulmonar previa y persona que la realiza, medidas realizadas por el equipo de emergencias y tiempos de actuación. Nuestro modelo ha incluido como factores pronósticos de mortalidad: desfibrilación, número desfibrilaciones, estado general previo del paciente según escala de Glasgow-Pittsburg, lugar PCRE, quién realiza resucitación cardiopulmonar previa, Glasgow a la llegada del equipo de emergencias, minuto inicio masaje cardiaco.

**Conclusiones:** La incidencia PCRE atendida por equipos de emergencia de Andalucía es igual en España, pero inferior a la internacional. La intervención de los equipos de emergencias aumenta supervivencia en PCRE. La desfibrilación previa, estado general previo, lugar donde ocurre la PCRE y el minuto en que se inicia el masaje cardiaco son los factores que más influyen en la mortalidad de las PCR extrahospitalarias.

44

45

**ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**

M. Riu, X. Castellés, R. Balagué, J. Bruguera, J. Caus, F. Escolano, P. García E. Skaf y F. Solsona

*Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), Barcelona.*

**Objetivos:** Los recursos de atención a enfermos críticos en un hospital de agudos están fuertemente sometidos a una demanda asistencial que proviene, básicamente, del área de urgencias y del bloque quirúrgico. El presente estudio tiene como objetivo evaluar el grado de adecuación de la atención a enfermos críticos en un hospital de agudos; considerando como sobreutilización de recursos los pacientes ingresados en la UCI que requieren menos intensidad de cuidados de los que se les puede ofrecer en este servicio; y subutilización los pacientes que requerirían cuidados en una UCI y se tratan en otras áreas del hospital. También se analizó el grado de concordancia en la necesidad del recurso UCI, entre el criterio implícito del médico y una escala que mide intensidad de cuidados en enfermos críticos.

**Métodos:** Durante 6 meses se recogió información diaria de todos los pacientes ingresados en las áreas del hospital donde es posible tratar estos pacientes: UCI, unidad coronaria (UCC), reanimación de quirófano y la sala de observación de urgencias. Se recogió información de todos los pacientes ingresados en UCI, UCC y observación y en reanimación los que permanecían > 24 h. La información recogida fue: área donde estaba ingresado el paciente, servicio donde debería estar según el criterio subjetivo del médico responsable del paciente, e intensidad de tratamiento medido con la escala *Nine equivalents of nursing manpower use score* (NEMS) que registra los cuidados dispensados a un enfermo durante las 24 horas anteriores (ej. monitorización, drogas vasoactivas, ventilación mecánica o diálisis), con puntuaciones distintas para cada tipo de cuidado. El rango de puntuación va de 0 a 56. En este trabajo consideramos que un paciente con una puntuación  $\geq 25$  es tributario de ser tratado en un área de pacientes críticos. Se analizan las estancias puesto que los pacientes pueden requerir distinto recurso durante su ingreso.

**Resultados:** Se recogió información de 5.099 estancias correspondientes a 683 pacientes. En el área de críticos (UCI/UCC) el 76% de las estancias eran adecuadas, según el criterio médico y el 67% tenían una puntuación NEMS  $\geq 25$ . En el resto de áreas el 16% de estancias necesitaban UCI según el médico y el 24% tenían la puntuación definida como tributaria de críticos. Una parte importante de la inadecuación era debida a enfermos que, según el médico, necesitaban semi-críticos: 50% de las estancias inadecuadas. La concordancia entre el criterio del médico y la ubicación del paciente (críticos vs otros) era del 79% con un Kappa 0,59. La concordancia entre el criterio del médico y el NEMS, también analizando críticos vs otros, es del 82%, mientras que el Kappa era de 0,64.

**Conclusiones:** Hay una alta utilización de UCI por parte de pacientes que necesitan menos intensidad de tratamiento, seguramente debido a la falta de un área, en el hospital, donde tratar pacientes semi críticos. Aunque el % de pacientes críticos ingresados en otras áreas del hospital no es muy elevado, clínicamente es un hecho relevante debido a los trastornos que ocasiona la gestión de estos pacientes fuera de los espacios adecuados. Hay una buena concordancia entre la opinión del médico y la puntuación NEMS.

47

**RESULTADOS DE SALUD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS (PROYECTO DEL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD). RESULTADOS PRELIMINARES**

M.L. de la Puente\*, M. Mercader\*, M. Bustins\*, L. Franch\*, P. Magrinyà\*, J. Parellada\*, A. Plaza\*, J.M.V. Pons\*\*, E. Sánchez\*\*, M.G. Torras\*, R. Tresserras\*\*\* y H. Ris\*

\*Servei Català de la Salut (CatSalut); \*\*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica (AATM); \*\*\*Departament de Sanitat (DSSS).

**Objetivos:** El CatSalut como comprador de servicios públicos en Cataluña debe velar por la cobertura y la calidad de los servicios sanitarios que se ofertan al ciudadano. El proyecto pretende 1) Mejorar los conocimientos sobre la accesibilidad, la efectividad de la práctica clínica y el impacto en salud de los servicios sanitarios. 2) Facilitar la información sistemáticamente al Comité de Dirección del CatSalut para contribuir a la toma de decisiones informada.

**Métodos:** Se creó un grupo de trabajo integrado por profesionales del CatSalut, DSSS y AATM. Se identificaron las áreas de valoración de servicios (accesibilidad, calidad y resultados de salud) y se seleccionaron indicadores dentro de cada área. Los servicios estudiados son la atención primaria y la atención especializada (hospitales de agudos, salud mental y sociosanitaria). La selección se llevó a cabo en base a la gravedad y magnitud del problema, la efectividad y factibilidad de la intervención, la variabilidad interterritorial, la elevada frecuentación, la afectación de más de una red de servicios y la factibilidad en la obtención de los datos. Posteriormente, el proyecto se consensuó con directivos de las mismas instituciones y con profesionales externos con experiencia en evaluación y gestión de servicios.

**Resultados:** Los temas trabajados en la valoración de la accesibilidad son las listas de espera, la variación en la utilización y la equidad de acceso. En calidad, las variaciones en la práctica médica (VPM), la mortalidad evitable ligada a servicios, la provisión en el momento adecuado y la organización de servicios. En resultados de salud, la aplicación de medidas preventivas, la reducción del nivel de enfermedad, la mejora de la calidad de vida y la reducción en la mortalidad prematura. Se seleccionaron 5 indicadores de accesibilidad (relacionados con las tasas de hospitalización, las listas de espera y el cribaje de cáncer de mama) y 15 de calidad y de impacto en salud de los servicios (relacionados con la VPM, la enfermedad coronaria, la hipertensión, la diabetes *mellitus*, el cáncer, la depresión, el trastorno mental severo, la atención a la gente mayor, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y el asma infantil). El nivel de agregación de la información es Cataluña y los sectores y regiones sanitarias. Se presentan resultados relacionados con las tasas de hospitalización general, la cobertura del cribaje de cáncer de mama, la hospitalización por enfermedades crónicas y la VPM.

**Conclusiones:** El CatSalut puede y debe tener un sistema que le permita monitorizar la accesibilidad, la calidad y los resultados de salud de los servicios, suponiendo un giro cualitativo a su política de evaluación. Los indicadores deben utilizarse para aproximarse al conocimiento de la realidad, utilizándose en cada territorio y con cada proveedor con cautela, valorando los datos según el contexto. El proyecto puede ser útil para monitorizar progreso, comparar el comportamiento de las regiones, plantear interrogantes e identificar áreas de mejora. También contribuye a la definición de los sistemas de información del CatSalut. Los indicadores propuestos no deberían ser permanentes sino temporales, cambiando dinámicamente a la luz de las evaluaciones y de las nuevas aportaciones científicas.

46

**EVALUACIÓN DE LA OFERTA PREFERENTE DE SERVICIOS SANITARIOS EN COMARCA ARABA. AÑO 2000**

M.I. Martínez Regadera, A. López Ruiz, G. Viñegra García, J. Pérez de Arriba Díaz de Argandoña, J.L. Elexpuru Marcaida e I. Irizar Leanizbarrutia

*Dirección Territorial de Sanidad de Álava.*

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de indicadores de proceso en la Oferta Preferente - parte del producto sanitario de la Atención Primaria relacionada con las diferentes áreas del Plan de Salud - en la Comarca Sanitaria de Álava.

**Métodos:** *Población de estudio:* población atendida por A. Primaria en Comarca Araba con 257.896 habitantes repartidos en 19 Unidades de Atención Primaria (UAPs). *Muestra:* 7.330 Historias Clínicas (1.950 para cribado y 5.380 para cobertura y criterios de buena atención) seleccionadas mediante muestreo aleatorio sistemático. *Diseño estudio:* Descriptivo transversal. *Obtención de datos:* evaluación externa por pares, que previamente unificaron criterios de interpretación para evitar sesgos de información. *Variables a estudio:* Indicadores de *cribaje, cobertura y criterios de buena atención* (CBAs). Las áreas valoradas son: cáncer; factores de riesgo cardiovascular; salud mental; atención a la mujer; programa del niño sano; enfermedades infecciosas; diabetes mellitus; enfermedades respiratorias y atención domiciliaria.

**Resultados:** Este estudio se dimensiona en dos niveles: 1) Valoración global de Comarca Araba: *Cribado:* oscila entre 37,3% y 74,0%; en la detección de factores de riesgo cardiovascular se acerca al 70% siendo mejores en la zona rural - *Cobertura* (relación de pacientes registrados según criterios de inclusión/pacientes esperados): en general es inferior al 50%, exceptuando las áreas de enfermedades infecciosas, salud mental diabetes mellitus y asma. *CBAs:* sólo se han evaluado en las UAPs con censo, en general tienen buenos registros sobre todo en las áreas de factores de riesgo cardiovascular, control del niño sano, salud mental y diabetes mellitus. 2) Comparaciones cualitativas entre los 19 UAPs: la *variabilidad de resultados* es mayor en atención domiciliaria, seguida de salud mental, enfermedades respiratorias y menopausia; y menor en control factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedades infecciosas y control del niño sano.

**Conclusiones:** Se ha encontrado mayor efectividad relativa en los indicadores de proceso referente a prevención del riesgo cardiovascular, vacunaciones, control del niño sano y asma. En general, hay poca cultura de censos sistemáticos. El registro de los CBAs es bueno. La variabilidad es menor en las actividades tradicionales de AP, intermedia en las enfermedades de protocolización más reciente, y máxima en atención domiciliaria a pacientes crónicos y terminales. Es importante destacar que se evalúa la efectividad de indicadores de proceso, es decir, la actividad registrada, no se pueden sacar conclusiones fiables de la actividad realizada, que sin duda obtendría mejores resultados; en todo caso este estudio nos sitúa en un punto de partida para la valoración objetiva de la Oferta Preferente en sucesivas evaluaciones y para estimular la cultura de registros, porque el registro es indicador necesario de la calidad.

## MESA DE COMUNICACIONES ORALES 8

### Desigualdades en salud

#### PROGRAMA LLUNA, TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO EN EL MEDIO PENITENCIARIO. CINCO AÑOS DE INTERVENCIÓN

A. Aviñó Juan-Ulpiano, R. Bustamante Navarro, J. González Aracil, F.J. González Rubio, L. Martínez Martínez, J.J. Paredes Carbonell y M.C. Pitarch Monzó

*E.V.E.S. Valencia.*

**Objetivos:** Describir los resultados más relevantes a lo largo de los cinco años de ejecución del programa tras la evaluación conjunta de las ediciones realizadas.

**Métodos:** En cada edición la evaluación se realiza mediante la aplicación por entrevista de un cuestionario (adaptado para la población penitenciaria) que recoge información sobre variables sociopenitenciarias, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales. Este cuestionario se pasa antes de iniciar el Taller y al mes de haberlo finalizado. Se realiza un análisis para comprobar las diferencias de las variables estudiadas entre las ediciones, para ello se utiliza el test de Ji-cuadrado, y posteriormente se han aplicado los tests T-test, McNemar y Wilcoxon para identificar diferencias entre los resultados previos y posteriores al programa. Los datos son analizados mediante el programa SPSS.

**Resultados:** Efectuando un análisis descriptivo de la población a lo largo de las ediciones, observamos un decrecimiento de VIH+, tanto en los individuos de la intervención (57,0% en el 95 vs 29,2% en el 2000 -p < 0,001-) como en sus parejas (43,0% vs 21,1% -p < 0,001-). Hay un menor uso referido de compartir jeringuillas (p < 0,001). Menores inconvenientes en el uso del preservativo, tanto propios (p < 0,001) como de la pareja (p = 0,016). En la última edición tienen más información sobre el VIH/SIDA (p < 0,001). Disminuye la percepción de control de la situación (p = 0,019). La percepción de riesgo usando el preservativo baja (p < 0,001). Aumenta la percepción de riesgo de reinfección (p = 0,042). Es más importante la opinión de la pareja (p < 0,001) y menor la de los compañeros (p < 0,001).

Si observamos las diferencias que se producen después de la intervención, tenemos que: mejora la información que se tiene sobre la infección por VIH/SIDA (p < 0,001), sobre la desinfección correcta del material de inyección (p < 0,001) y sobre el uso correcto del preservativo (p < 0,001). El uso referido del preservativo es mayor (p = 0,04). Incrementa la valoración de la escala de costes y beneficios del uso del preservativo (p < 0,001). En cuanto a la percepción de riesgo, disminuye el riesgo de contraer la infección si usa el preservativo (p < 0,001), aumenta si no lo usa (p < 0,001) y el de reinfección (p < 0,001). Tiene mayor importancia la opinión de la pareja (p = 0,041). Hay mayor comunicación con la pareja (p < 0,001). Aumenta la percepción de control (p < 0,001). Por último la percepción de estar bien informado aumenta (p < 0,001).

**Conclusiones:** El programa Lluna de talleres de sexo y consumo de drogas más seguro ha permitido mejorar la información sobre la infección por VIH-SIDA, promover actitudes preventivas y adoptar comportamientos más seguros.

49

48

#### TUBERCULOSIS IMPORTADA. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE EN PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

J.A. Caylà, F. Sánchez, X. Vallès, H. Pañella, P. García de Olalla y J.M. Jansà

*Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.*

**Objetivos:** Describir 3 brotes de tuberculosis (TB) importada en Barcelona y plantear estrategias para el control de esta enfermedad emergente en las ciudades de países industrializados.

**Métodos:** Encuesta epidemiológica, incluyendo edad, sexo, país de origen, duración de la estancia en la ciudad, condiciones de vida, cuadro clínico y estudio microbiológico de todos aquellos pacientes tratados por TB en Barcelona durante el año 2000.

**Resultados:** Hasta el 31 de diciembre de 2000 se detectaron 570 nuevos casos de TB (tasa 29/100.000), 120 de los cuales fueron inmigrantes, lo que supone un descenso del 7,9% en la población autóctona y un aumento del 47,2% en inmigrantes. Se observaron 3 brotes epidémicos. Un paciente hindú generó 10 casos secundarios entre los miembros de 3 familias relacionadas; dos hermanos dominicanos generaron 2 casos secundarios (sus parejas) y una monitora escolar española, que había trabajado como cooperante, generó otro caso secundario. El estudio de contactos de este último brote detectó 7 conversiones tuberculínicas entre los 26 niños expuestos (27%). Las cepas aisladas en el primer brote mostraron ser sensibles a todos los fármacos antituberculosos, las aisladas en el segundo fueron resistentes a isoniácida, rifampicina y pirazinamida y las del tercero, resistentes a isoniácida.

**Conclusiones:** Mientras la TB está descendiendo en la población estable de Barcelona, crece en inmigrantes de origen extracomunitario en cuyos países las tasas de TB multirresistente son elevadas. Se propone realizar pruebas de tuberculina a inmigrantes recientes, viajeros y desplazados de riesgo, así como revisar las pautas de prevención de la TB en estas poblaciones.

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS NO SEVEROS DE SALUD MENTAL Y POBLACIÓN A RIESGO EN BARCELONA

J. Ferrando, C. Borrell, M. Rodríguez e I. Ricart

*Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona.*

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de trastornos no severos de salud mental y describir la población a riesgo en relación a aspectos sociodemográficos, de estado de salud, estilos de vida, soporte social y utilización de servicios.

**Métodos:** Datos procedentes de la Encuesta de Salud de Barcelona del año 2000 en la cual se incluyó la versión de 12 preguntas del cuestionario de salud mental General Health Questionnaire (GHQ-12) que detecta trastornos mentales no severos recientes. El universo de la encuesta de salud era toda la población no institucionalizada residente en la ciudad. Se realizó un muestreo estratificado por distritos con entrevistas individuales en el domicilio. En la administración del GHQ-12 sólo se incluyó a la población de edad mayor de 14 años.

**Resultados:** La población entrevistada mayor de 14 años fue de 8.538 sujetos. Un 14,3% (DE = 0,74) presentaban trastornos recientes no severos de salud mental. Del total de varones un 10% presentaban dichos trastornos y el 17,7% del total de mujeres. Los trastornos no severos aumentaban con la edad sobretodo en las mujeres (21,7% de las mujeres mayores de 65 años). Tanto en varones como en mujeres, los trastornos no severos eran superiores en personas separadas (22,7%) o viudas (25,5%), de bajos niveles socioeconómicos (17,2% en las clases sociales IV-V) y en situación de paro (21%). Respecto al estado de salud, las personas que presentaban alguna restricción de sus actividades habituales (31,6%), algún trastorno crónico de salud (17%) o falta de soporte social presentaban una mayor prevalencia de trastornos no severos de salud mental. Un 14% de la población declaraba haber tomado algún tranquilizante en los últimos quince días previos a la entrevista (70% eran mujeres y un 30% varones) y un 5,5% antidepressivos al menos durante tres meses (74% mujeres y 26% varones). Un 6% de la población declaraba haber visitado a algún profesional de la salud mental en los últimos 12 meses.

**Conclusiones:** Aproximadamente unos 214.500 barceloneses presentarían trastornos no severos de salud mental. Los grupos con mayor riesgo serían las mujeres, las clases sociales menos favorecidas, la población en paro, las personas con peor estado de salud y con menos soporte social. Estos datos proporcionan información sobre el estado de la salud mental en Barcelona y contribuyen a poder planificar y diseñar intervenciones tendentes a disminuir este problema de salud.

50



51

**MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL ALCOHOL COMO INDICADOR DE DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE DOS ÁREAS SANITARIAS: 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN**

A. Alberquilla Menéndez-Asenjo, C. González R-Salinas, M. Ugalde Díez y M. Pilas Pérez

*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos:** Comparar el impacto de la mortalidad atribuible al alcohol (MAA) entre dos áreas sanitarias sociológicamente diferentes y su evolución en una década.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de carácter histórico. Dos áreas de salud de Madrid. Población: Todas las defunciones (98.000) ocurridas entre 1988-1998 en el ámbito de estudio. Mediciones: Tasas de MAA según lista de enfermedades y fracciones atribuibles poblacionales propuestas por Cipriani. Se calculan indicadores estandarizados por edad de mortalidad específica y mortalidad prematura medida en Años Potenciales de Vida Perdida (APVP) de MAA.

**Resultados:** Indicadores demográficos y socioeconómicos diferentes entre las dos áreas sanitarias, una de ellas presenta menor nivel educativo y de renta, así como una mayor tasa de desempleo y envejecimiento. Tasas específicas de MAA superiores en el área más desfavorecida socialmente, resultando una Razón de Tasas media del Período de 1,25, siendo el riesgo de morir superior para éste área entre un 3 y 50% según el año. Al ajustar las tasas por edad, la Razón de Tasas disminuye aunque sigue siendo superior: 1,08, manteniéndose el riesgo de morir entre un 3 y un 27% mayor.

Las tasas de Años Potenciales de Vida. Perdidos ajustadas por edad también se mantienen superiores en el área más desfavorecida. La evolución de éstos indicadores presenta una tendencia descendente, tanto para la tasa de mortalidad MAA como para la mortalidad prematura, siendo la disminución mayor en el área menos favorecida socialmente  $p < 0,01$ .

**Conclusiones:** El riesgo de mortalidad atribuible al alcohol es superior en el área más desfavorecida socioeconómicamente. Dos tercios de estas diferencias son explicables por factores demográficos y el resto podría ser debido a las diferencias socioculturales.

**DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA**

M.J. Amorín y E.M. Andrés

*Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Zaragoza.*

**Introducción:** La legalización del aborto ha sido resultado de una necesidad social y sanitaria, ya que ha sido practicado independientemente de la cultura de la mujer, edad, condición económica, etc. La interrupción voluntaria del embarazo es legal en nuestro país desde 1985 en el caso de peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, cuando el embarazo es consecuencia de un delito de violación o cuando el feto naciera con graves taras físicas o psíquicas. En 1986 se establece la obligatoriedad de su notificación en un cuestionario unificado para todas las Comunidades Autónomas.

**Objetivo:** Identificar diferencias geográficas en la interrupción voluntaria del embarazo entre Comunidades Autónomas.

**Método:** Se ha utilizado como variable de análisis el número de interrupciones voluntarias del embarazo por cada 1.000 nacidos vivos de 1987 a 1997. El ámbito geográfico de estudio ha sido las Comunidades Autónomas (excepto Ceuta y Melilla). Los datos se han obtenido de la 3ª y 4ª evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. Se han empleado técnicas multivariantes para agrupar las Comunidades Autónomas (CCAA) en clusters homogéneos: análisis factorial de componentes principales y análisis clusters utilizando modelos jerárquicos. La significación de los resultados se ha valorado mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Se han identificado 4 grupos de CCAA respecto al número de interrupciones voluntarias del embarazo: Asturias con una tasa muy por encima de la media nacional todos los años; le siguen Cataluña, Aragón, Baleares, Canarias y Galicia (esta última con una progresión al alza muy acusada); Madrid, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Cantabria, con un índice intermedio; y finalmente La Rioja, Andalucía, Murcia, Castilla-La Mancha, Extremadura, País Vasco y Navarra donde se registra constantemente el menor número de interrupciones. En todos los años se han detectado diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Se presentan importantes diferencias en el número de interrupciones voluntarias del embarazo entre Comunidades Autónomas. Sin embargo, los datos disponibles no permiten identificar si estas diferencias están relacionadas con otros indicadores sociales (religión, clima de tolerancia social...) como del propio sistema de salud (acceso a servicios de planificación familiar, programas de educación sexual...). La situación detectada en nuestro país podría traducir una situación de falta de equidad en el acceso a los recursos del sistema sanitario y, por lo tanto, en la salud y bienestar de la mujer. Este es un ejemplo claro que apoya la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la política de salud a la hora de establecer recursos aceptables, accesibles, apropiados y competentes.

53

52

**DESIGUALDADES EN EL RIESGO DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA**J.T. Alcalá<sup>1</sup>, M.C. Martos<sup>2</sup>, C. Tomás<sup>1</sup>, M. Esteban<sup>2</sup>, G. García-Carpintero<sup>2</sup> y E. Gascón<sup>3</sup><sup>1</sup>Universidad de Zaragoza. <sup>2</sup>Gobierno de Aragón. <sup>3</sup>Universidad de Alicante.

Diversos estudios se han llevado a cabo con la finalidad de identificar desigualdades en el riesgo de accidentes infantiles. Sin embargo, los resultados obtenidos han sido contradictorios, debido, en parte, a la falta de homogeneidad y comparabilidad de la medición de la clase social en la infancia.

**Objetivos:** Identificar diferencias en el riesgo de accidentes infantiles entre diferentes grupos sociales.

**Métodos:** Se realizó una encuesta poblacional sobre accidentes a padres de niños menores de 15 años residentes en la provincia de Zaragoza. Las zonas de salud se agruparon según indicadores demográficos y socioeconómicos mediante un análisis de cluster y en una segunda fase, se realizó un muestreo estratificado por edad, sexo y cluster con afijación proporcional al tamaño de la población en cada estrato. En el cuestionario se incluyeron las variables: estudios, situación laboral y ocupación de ambos padres. A partir de la ocupación se asignó la clase social según los criterios del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La encuesta se realizó a 1.276 padres de los niños seleccionados. El período de estudio fue un año (1 junio 1999-31 mayo 2000), recogiendo los datos en dos oleadas de 6 meses. Se elaboró un indicador de clase social teniendo en cuenta las variables socioeconómicas de ambos padres mediante análisis de correspondencias múltiples. Las diferencias sociales en el riesgo de accidente se estudiaron mediante la regresión logística, incluyendo como variable explicativa el indicador citado y ajustando por sexo, edad y residencia. El mismo análisis se realizó utilizando separadamente los estudios, situación laboral y clase social de ambos padres.

**Resultados:** La participación en la encuesta fue del 83%. La cumplimentación de las variables socioeconómicas fue: estudios de la madre y padre 98% y 96% respectivamente; clase social de la madre y padre 91% y 89% y situación laboral 97% en ambos casos. No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos sociales al utilizar el indicador social elaborado ni asociaciones entre el riesgo de accidente y el nivel de estudios, situación laboral y ocupación del padre y la madre. Sin embargo, la incidencia de accidentes en la infancia fue superior en la zona rural, con un RR = 1,37 (95%CI: 1,05-1,80)

**Conclusiones:** No se han encontrado desigualdades sociales en el riesgo de accidentes infantiles con las variables estudiadas. Sin embargo en estudios posteriores sería planteable incluir, además, el nivel de ingresos. La encuesta es un instrumento útil para la recogida de información sobre variables socioeconómicas, no disponibles en los sistemas de información rutinarios

**IMPACTO DE LOS CUIDADOS INFORMALES EN LA SALUD DE LAS MUJERES CUIDADORAS DE AVANZADA EDAD Y BAJO NIVEL DE INGRESOS**

D. La Parra

*Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.*

**Objetivos:** Examinar la relación entre la prestación de cuidados de salud informales en favor de algún familiar con una enfermedad de tipo crónico y el estado de salud autopercibido.

**Métodos:** Estudio transversal con datos del Panel Europeo de Hogares para España en 1994, encuesta de presupuestos familiares realizada por el Instituto Nacional de Estadística representativa del conjunto de la población español no institucionalizada mayor de 16 años. La muestra cuenta con un total de 17.907 individuos y 7.206 hogares. Las personas cuidadoras de adultos suponen un 7,3% de los encuestados (1.305 entrevistados). Se analiza el impacto en la salud autopercibida y otras variables indicativas del estado de salud (limitación de la actividad diaria por incapacidad, supresión de actividad por incapacidad física y supresión de actividad principal por incapacidad mental) en función del género, edad y el nivel de ingresos del hogar de la persona cuidadora utilizando regresión logística.

**Resultados:** Las personas que dedican más de 28 horas semanales a los cuidados de salud informales (no remunerados) se clasifican con mayor frecuencia como personas con mala o muy mala salud que las personas que no realizan ningún tipo de cuidados (25,6% vs 13,8%), OR bruta = 2,16 (1,82-2,57). El efecto de una amplia dedicación a este tipo de cuidados se reduce considerablemente cuando se ajusta por la edad y el género OR = 1,32 (1,09-1,59). Probabilidad similar a la obtenida al ajustar por cuartil de ingreso del hogar OR = 1,27 (1,05-1,54). La pertenencia de la persona cuidadora a un hogar con un bajo nivel de ingreso constituye el factor de riesgo más importante OR = 2,76 (2,39-3,20). Las mujeres cuidadoras a tiempo completo pertenecientes a un hogar de bajos ingresos son el colectivo con mayor probabilidad de padecer mala salud autopercibida OR = 4,83 (grupo de referencia varones que no desempeñan cuidados informales y con alto nivel de ingresos). Resultados similares a los obtenidos utilizando las otras variables relacionadas con el estado de salud.

**Conclusiones:** El impacto en la salud autopercibida de realizar cuidados de salud informales se reduce considerablemente cuando se considera la edad, el género y la posición socioeconómica de las personas cuidadoras. El colectivo de personas cuidadoras se forma principalmente por mujeres de avanzada edad y bajo nivel de ingresos. Las medidas para la reducción del impacto en la salud de la realización de cuidados de salud informales no pueden ser independientes de la mejora de la posición social de las mujeres y de la reducción de las desigualdades socioeconómicas.

54

## MESA DE COMUNICACIONES EN PÓSTER I

### Vigilancia de la salud

#### VIGILANCIA DE LA ANOREXIA Y/O BULIMIA A TRAVÉS DEL CMDB DE ANDALUCÍA

D. Moscoso Sánchez, M.D. Galicia García, R. Sillero Sánchez, T. Gea Velázquez de Castro, C. Petit Gancedo y F. Camino Durán  
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**Objetivos:** Los trastornos del comportamiento alimentario, anorexia nerviosa y bulimia, han alcanzado en los últimos años una importante repercusión social. El objetivo de este trabajo es conocer las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en los hospitales andaluces por estas patologías.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los ingresos de pacientes con anorexia y/o bulimia en hospitales públicos andaluces, utilizando como fuente de datos el CMDB de los años 1996 a 1999. Se incluyeron las altas con códigos de la CIE 9-MC 307,1 y 307,51, que apareciesen en cualquier posición de diagnóstico, sin incluir aquellos casos en los que se encontrara un diagnóstico principal compatible con una causa orgánica. El análisis de los datos se hizo con el programa estadístico Epi-info versión 6.0 para DOS, de libre difusión.

**Resultados:** En el período estudiado el número de pacientes ingresados por estas patologías ha oscilado entre 122 y 200. El 73,8% corresponden a casos de anorexia; el 21,7% a bulimia y el 4,4% a ambas. Hubo tres fallecidos por anorexia y ninguno por bulimia. La edad media de pacientes con anorexia fue de 22,4 años, 25,7 para bulimia y 25,7 para anorexia y bulimia. Entre el 15% y el 20% de los pacientes tuvo más de un ingreso durante el período de estudio, con un máximo de 10 reingresos para un mismo paciente en un año. La razón mujer/varón es de 13,8 para anorexia mientras que para bulimia es de 10,5.

Las tasas más altas de ingresos hospitalarios por población atendida para cada hospital en los casos de anorexia aparecen en los hospitales San Cecilio (5,48) y Torrecárdenas (4,98). Para bulimia las más altas corresponden a: San Cecilio (2,65) y Punta de Europa (1,89).

Los hospitales con mayor porcentaje de ingresos por anorexia son San Cecilio (12,8%) y Torrecárdenas (9,9%). Para bulimia son San Cecilio (19,7) y Jerez de la Fra. (14,4%). La tasa media más alta de pacientes ingresados por 100.000 habitantes en el intervalo 1996-1999 para anorexia correspondió al grupo de edad de 16 a 20 años (26,07). Asimismo, este es también el grupo de edad con mayor tasa en los casos de bulimia (9,09). El tipo de alta más frecuente es a domicilio (91,2%) seguido del alta voluntaria (5,5%). La mediana de la duración de los ingresos a lo largo de los 4 años fue de 12 días (mínimo: 0, máximo: 263).

**Conclusiones:** La patología estudiada presenta el mismo patrón epidemiológico durante los cuatro años analizados.

El CMDB se contempla como una de las posibles fuentes de información para la vigilancia de estas patologías; sirve para ver tendencias y cambios en el patrón epidemiológico, pero para su utilización es necesario hacer previamente estudios sobre sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

56

55

#### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS A EN LA COMUNIDAD DE MADRID 1997-2000

C. García-Fernández, C. Febrel, L. García-Comas y R. Ramírez  
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología.

**Objetivo:** La hepatitis A es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) individualizada en la Comunidad de Madrid (CM) desde mediados de 1997. El objetivo del estudio es conocer la evolución y situación actual de la hepatitis A, a través de la notificación al sistema EDO y de las encuestas de Serovigilancia de la CM.

**Métodos:** Se ha estudiado la morbilidad declarada al sistema EDO durante el periodo 1997-2000, a través de la base de datos del sistema de vigilancia EDO, describiéndose la tendencia presentada por la hepatitis A. La prevalencia de anticuerpos anti-VHA en la población de 2 a 60 años de la CM, se obtuvo de las bases de datos de la II y III Encuesta de Serovigilancia. Se describe la distribución de los casos según distintas variables: edad, sexo, estado vacunal, asociación a brotes y confirmación serológica.

**Resultados:** Se declararon un total de 335 casos de hepatitis A, con un porcentaje por grupos de edad que se muestra en la siguiente tabla.

	< 2 años	2-5 años	6-10 años	11-15 años	16-20 años	21-30 años	31-40 años	> 40 años
1997	0,0%	11,7%	27,9%	9,3%	2,3%	23,3%	13,9%	11,6%
1998	3,7%	17,4%	8,3%	6,4%	13,7%	36,0%	11,8%	2,7%
1999	0,0%	4,4%	3,3%	4,4%	5,5%	45,1%	35,1%	2,2%
2000	0,0%	9,2%	7,9%	6,6%	5,3%	42,1%	18,4%	10,5%

En 1997 se declararon 243 casos, 43 de forma individualizada, con una tasa de incidencia acumulada de 4,83 casos por 100.000 habitantes, sólo 2 estaban vacunados, 10 casos estuvieron asociados a brotes y en un 62,3% del total hubo confirmación serológica. Durante 1998 se notificaron 117 hepatitis A, con una tasa de incidencia acumulada de 2,33, de ellos sólo 2 casos estaban vacunados, 40 se asociaron a brotes y en un 75,2% la enfermedad fue confirmada serológicamente. En 1999 se presentaron 93 casos, la tasa de incidencia acumulada fue de 1,85, ningún caso estaba vacunado, se asociaron a brotes 17 casos y el 92,4% del total se confirmaron serológicamente. Durante el 2000 se declararon 81 hepatitis A, tasa de incidencia acumulada de 1,61, ninguno de los casos estaba vacunado, 21 se asociaron a brotes y el 91,3% del total tuvieron confirmación serológica.

Teniendo en cuenta las encuestas de Serovigilancia realizadas en la CM durante los años 1993 y 1999 la prevalencia de anticuerpos anti-VHA en la población de 2 a 60 años, es la siguiente:

	2-5 años	6-10 años	11-15 años	16-20 años	21-30 años	31-40 años	41-60 años
1993	2,0 (0,4-4,2)	3,0 (0,5-4,2)	5,5 (3,2-7,9)	9,3 (5,8-12,8)	34,3 (30,0-38,6)	79,6 (75,1-84,2)	—
1999	1,3 (0,4-3,3)	5,4 (3,3-8,5)	3,5 (1,7-6,1)	8,6 (5,7-12,2)	19,8 (15,6-24,6)	55,8 (49,4-61,5)	96,4 (93,7-98,2)

(IC95%)

**Conclusiones:** Se observa un descenso progresivo de la tasa de incidencia de hepatitis A declarada al sistema de vigilancia EDO, con un cambio en el patrón de edad. Disminuye el número de casos en los grupos de edad más joven y aumenta en los más mayores. Estos datos son congruentes con las encuestas de Seroprevalencia que ha realizado la Comunidad de Madrid en 1993 y 1999 en la que se observa que la susceptibilidad en la población de 21 a 40 años ha aumentado considerablemente.

#### TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA POR VIRUS NORWALK GENOGRUPO II EN UN JURADO POPULAR

P. Godoy\*, A. Prat, J. Torres y M. Alseda

Facultad de Medicina, Universidad de Lleida. Delegación Territorial del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Lleida.

**Objetivos:** Presentar la investigación de un brote de toxiinfección alimentaria que afectó a los miembros de un jurado popular, en el que la epidemiología descriptiva del brote y el análisis microbiológico permitió determinar que el agente etiológico fue el virus *Norwalk* genogrupo II.

**Métodos:** El día 04/04/2001, se detectó un brote de toxiinfección alimentaria que afectaba a un grupo de 11 personas que formaban parte de un jurado popular en la ciudad de Lleida. Se realizó un estudio de cohortes históricas entre los expuestos a los alimentos de los dos únicos menús consumidos los días dos y tres de abril de 2001. Mediante entrevista personal se recogió información sobre el consumo de los 21 alimentos del menú, la presencia de sintomatología clínica y la fecha de inicio de síntomas. Se investigaron las instalaciones y los menús consumidos. Sólo se tomaron muestras de dos alimentos (pastel y pescado fresco) al no quedar restos de los otros alimentos. La investigación microbiológica consistió en el coprocultivo y la determinación por técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de la presencia del ADN del virus *Norwalk* en heces de 5 enfermos y de 3 manipuladores. La implicación de cada alimento se estudió con el riesgo relativo (RR) y el intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** Se entrevistaron al 90,1% de los expuestos (10/11). La tasa de ataque global fue del 70,0% (7/10). La mediana del período de incubación (referido al consumo de alimentos el 2/04/2001) fue de 35,0 horas (máximo de 56 y mínimo de 24 horas). La proporción de síntomas fue: dolor abdominal 100,0% (7/7), náusea 85,7% (6/7), vómitos 85,7% (6/7), fiebre 85,7% (6/7) y diarrea 71,4% (5/7).

Cuatro alimentos resultaron implicados: ternasco (RR = 3,0; IC 95% 0,4-23,1); ensalada-entremeses (RR = 1,7; IC 95% 0,6-4,7); pescado a la marinera (RR = 1,7; IC 95% 0,9-3,2) y carne en fricandó (RR = 1,7; IC 95% 0,3-4,0). Pero el estudio careció de poder estadístico para dilucidar cual de ellos era el responsable. Debido a la toxiinfección el juicio se tuvo que suspender, pero se reanudó el día siguiente debido a la recuperación rápida de todos los pacientes.

Los coprocultivos fueron negativos. En el análisis por PCR, tres de las cinco muestras de heces, resultaron positivas a virus *Norwalk*. También se obtuvo un resultado "indeterminado" al mismo virus en uno de los manipuladores que había presentado un cuadro clínico similar el 29/03/2001. Se detectaron importantes defectos en la empresa elaboradora de los alimentos que se comunicaron a los órganos competentes.

**Conclusiones:** La curva epidémica, el predominio de vómitos (85,7%), el período de incubación y la rápida recuperación de los enfermos cumplen los criterios de Kaplan et al de brote por virus *Norwalk-like*. La técnica de PCR permitió confirmar la etiología del brote como virus *Norwalk* genogrupo II. A pesar de que los enfermos se recuperaron rápido estos brotes pueden tener gran repercusión social.

57

58

**MORTALIDAD POR CÁNCER DE ESTÓMAGO EN ANDALUCÍA**M. Ruiz Ramos<sup>1</sup>, P. Gálvez Daza<sup>1</sup>, D. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, J. Rodríguez Ocaña<sup>1</sup>, A. Nieto García<sup>2</sup> y J.M. Mayoral<sup>3</sup><sup>1</sup>Consejería de Salud; <sup>2</sup>Universidad de Sevilla; <sup>3</sup>Distrito Sanitario de Camas.**Objetivos:** Describir la evolución de la mortalidad por cáncer de estómago en Andalucía de desde 1975 a 1999.**Métodos:** Se han calculado las tasas brutas y ajustadas por edad de mortalidad por cáncer de estómago, tasas ajustadas por edad de Años Potenciales de Vida Perdidos, tasas truncadas de 35 a 64 años ajustadas por edad, y tasas acumuladas desde 0 hasta los 74 años, para cada uno de los años estudiados y para hombres y mujeres por separado. La población utilizada para ajustar por edad ha sido la estándar europea. Para cuantificar los cambios producidos a lo largo de la serie de años analizados se han ajustado modelos de regresión lineal, utilizando como variable independiente el año de defunción y como dependiente la tasa ajustada por edad de mortalidad por cáncer de estómago.**Resultados:** La mortalidad por cáncer de estómago ha descendido de una manera significativa en Andalucía desde 1975 a 1999. Las tasas brutas han disminuido de 14,70 a 7,59 defunciones por 100.000 en las mujeres y de 22,86 a 14,01 en los hombres entre 1975 y 1999. Las tasas ajustadas, que reflejan de una manera más real los cambios habidos, han descendido de 15,90 a 5,82 defunciones por 100.000 en las mujeres entre el primer y último año, y de 33,93 a 14,51 en los hombres para el mismo periodo. Los indicadores de mortalidad prematura han descendido también a lo largo de todo el periodo, así las tasas truncadas han pasado de 10,58 a 5,26 defunciones por 100.000 entre 1975 y 1999 en las mujeres y de 25,29 a 11,92 defunciones por 100.000 en los hombres para el mismo periodo; las tasas acumuladas han pasado de 1,08% a 0,39% para las mujeres y de 2,48% a 1,07% en los hombres entre el primer y último año de la serie; y las tasas ajustadas de APVP de 71,04 a 40,40 años por 100.000 personas en las mujeres y de 179,39 a 82,49 en los hombres para el mismo intervalo de tiempo. La razón de tasas hombres/mujeres se ha mantenido por encima de dos para prácticamente todos los años de la serie. En todo el periodo las mujeres han reducido las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de estómago en un 63,40% en las mujeres y los hombres en un 60,73%.**Conclusiones:** mortalidad por cáncer de estómago ha descendido de una manera notable en Andalucía en el periodo estudiado sin que existan causas bien establecidas que explique este descenso. Aunque podrían considerarse preferentes para estudios factores relacionados con esta enfermedad como la prevalencia de *Helicobacter Pylori*.

60

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTADO SEROLÓGICO DE VIH, HEPATITIS B Y SÍFILIS EN HOMOSEXUALES**C. Paredes Reyes, S. Pita Fernández, M. Sierra y J. Gestal Otero  
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo; Ministerio de Salud de Honduras; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela.**Objetivos:** Determinar la prevalencia de VIH, Hepatitis B y Sífilis en homosexuales y factores asociados al estado serológico**Métodos:** *Ámbito de estudio:* Ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula (Honduras)**Periodo de estudio:** Noviembre/2000**Tipo de estudio:** Observacional de prevalencia**Muestra Estudiada:** Homosexuales que voluntariamente aceptaron participar (n = 425; 225 de San Pedro Sula, 200 de Tegucigalpa)**Mediciones:** Se determina la serología de VIH, Sífilis y Hepatitis B. Se suministra un cuestionario autoadministrado de 35 preguntas**Análisis estadístico:** Se realiza un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio con la estimación de su 95% Intervalo de confianza (IC). Se realiza un análisis de regresión logística para identificar variables asociadas a la serología positiva.**Resultados:** La media de edad es de 25,3 ± 9,6 años, la media de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 15,1 ± 4,7 y el tiempo de ejercicio de la homosexualidad es de 10,1 ± 9,0 años. La media de parejas sexuales hombres en el último mes es de 4,3 ± 10,1. El 8,0%, 95% IC (5,62 - 11,12) son VIH positivos, el 16,9%, 95% IC (13,5 - 20,9) son Hepatitis B positivos y el 1,2%, 95% IC (0,4 - 2,9) son reactivos a sífilis.

Ajustando por diferentes covariables las que determinan el riesgo de ser VIH positivos son el número de años de ejercicio de la homosexualidad (OR = 1,07) y tener una pareja estable del sexo femenino (OR = 0,047), no estando asociados la edad de inicio de las relaciones, el nº de parejas hombres en el último mes o dedicarse a la prostitución. Las variables asociadas a la Hepatitis B positiva son el tiempo de ejercicio de la homosexualidad (OR = 1,1) y el tener pareja estable con efecto protector, se encuentra en el límite de la significancia estadística. En la sífilis el tiempo de ejercicio de la homosexualidad sigue siendo determinante de riesgo (OR = 1,08)

**Conclusiones:** El tiempo de ejercicio de la homosexualidad es el determinante constante de riesgo para las patologías estudiadas.

59

**MORTALIDAD POR DEMENCIAS Y DESORDENES NEURODEGENERATIVOS EN LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. PERIODO 1987-1998**

I. Melchor, C. García, A. Nolasco, J. Moncho, S. Valero, P. Martínez, E. Gascón, J. Verdú y M.J. Pérez

Registro de Mortalidad CV. Servicio de Epidemiología. DGSP. Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana; Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

**Objetivos:** Las demencias y desórdenes neurodegenerativos tienden a elevarse debido al aumento de la esperanza de vida, por ello se calcula que en el año 2025 habrá 10.000.000 millones de personas con estas patologías en los países desarrollados. La carga económica y social que representan hace de ellas un problema de salud pública mundial, existiendo la necesidad imperiosa de acometer acciones preventivas. Ante estos hechos el objetivo del trabajo es estudiar la evolución de la mortalidad por estas patologías en la Comunidad Valenciana.**Métodos:** Se han estudiado 9819 defunciones del periodo 1987-1998 de residentes en la Comunidad Valenciana con edad mayor o igual a 65 años cuya causa básica de defunción eran demencias y desórdenes neurodegenerativos. Estas patologías se han desagregado en 3 grupos a estudio: Grupo 1. Psicosis orgánica senil y presentil (CIE9: 290 y 331,2), Grupo 2. Enfermedad de Alzheimer (CIE9:331,0) y el Grupo 3. Otras demencias y desórdenes degenerativos (CIE9: 046, 331, 333, 334, 298,9, 323,5, 8, 9). Las poblaciones de 65 y más años de la Comunidad Valenciana para el cálculo de los indicadores propios de mortalidad se han obtenido para los años 1987-1998 de las estimaciones de población publicadas por el INE, por el IVE y por interpolación geométrica, todas ellas desagregadas por sexo y grupos de edad. La población estándar utilizada es la de la Comunidad Valenciana de 65 y más años del año 1987.**Resultados:** El total de defunciones por demencias y desórdenes neurodegenerativos en el año 1987 para los grupos de edad a estudio fue 95 (mortalidad proporcional: 0,84) y de 504 (mortalidad proporcional: 3,46) en el año 1998 para hombres, en mujeres en el año 1987 hubo 143 defunciones (mortalidad proporcional: 1,16) y 996 (mortalidad proporcional: 6,56) en el año 1998. El riesgo relativo de muerte entre el año 1998 y el año 1987 para el total de demencias y desórdenes neurodegenerativos es para hombres de 3,51 (con IC95% de [2,92, 3,9]) y para mujeres de 4,53 (con IC95% de [3,94, 5,21]). Para el grupo 1 este riesgo es de 3,17 (con IC95% de [2,55, 3,94]) para hombres y de 4,30 (con IC95% [3,65, 5,07]) para mujeres; para el grupo 2 este riesgo es para hombres de 8,36 (con IC95% [5,36, 13,05]) y para mujeres 11,17 (con IC95% de [7,90, 15,78]) y para el grupo 3 este riesgo en hombres es de 1,30 (con IC95% de [0,67, 2,52]) y en mujeres es de 0,79 (con IC95% de [0,44, 1,42]).**Conclusiones:** El incremento de las defunciones y del riesgo de muerte por demencias y desórdenes neurodegenerativos podría explicarse por el aumento de población de personas de 65 y más años, por el aumento de la prevalencia de este tipo de enfermedades con la edad, y por otro lado, no hay que olvidar la mejora en el diagnóstico y certificación de estas patologías.

61

**HELMINTIASIS INTESTINAL: UN PROBLEMA PERMANENTE EN BRASIL**M.R. Ferreira de Silva, M.M. García Gil, O. Vall Combelles, E. Pessoa Pérez, W. Vieira de Souza y A. Freire Furtado  
Universidade de Pernambuco; Universidad Autónoma de Barcelona. CpqAM/FIOCRUZ.**Objetivos:** La literatura es bastante rica en el estudio de la evolución de las helmintiasis intestinal relacionando su presencia o altas tasas de infestación con condiciones ambientales, sociales y económicas. Por otro lado, éstos problemas continúan siendo una de las principales causas de morbilidad en niños y adolescentes en países en desarrollo. Sin embargo, en muchas regiones de Brasil no se conoce la magnitud de estas enfermedades. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de las helmintiasis intestinal y su posible asociación con las variables edad y sexo en un grupo de niños y adolescentes, residentes en una zona rural del noroeste de Brasil.**Métodos:** Se determinó una muestra probabilística, de tamaño muestral que permita estimaciones binomial, a partir de los supuestos del 75% de prevalencia de helmintiasis intestinal (230 participantes) y una precisión del 5%. Se recogieron dos muestras de heces de cada persona, en días consecutivos. Se utilizó MIF (Mertiolate Iodo Formol) para conservación del material y posterior observación microscópica de huevos y larvas. El examen coprológico fue realizado a través de técnica de Hoffman. Los datos fueron procesados a través del programa EPI INFO versión 5.0 y analizados a través del SPSSWIN.**Resultados:** Fueron estudiados 265 individuos de 1 a 16 años. La prevalencia de helmintiasis fue de 82,0% (n = 261). Las prevalencias observadas para el *A. lumbricoides* fue de 64,0% (IC = 57,8-69,7), *T. trichiura* 58,6% (IC = 52,4 - 64,7), *Acyllostomideos* 28,7% (IC = 23,3 - 34,6), *S. stercoralis* 11,9% (IC = 8,2 - 16,4), *E. vermicularis* 4,2 (IC = 2,1 - 7,4), *S. mansoni* 1,1% (IC = 0,24 - 3,32). Se observó un aumento de la prevalencia de helmintiasis a medida que aumenta la edad (Test de tendencia para la edad:  $\chi^2 = 7,22$ ; p = 0,02). El 72,0% de los niños menores de 2 años y el 94,4% de los adolescentes de 13 - 16 años estaban parasitados. No se observó asociación estadística significativa entre la prevalencia de helmintiasis y sexo ( $\chi^2 = 3,08$ ; g1 = 1; p > 0,05).**Conclusiones:** Las altas prevalencias de helmintiasis intestinal evidencian el fracaso de los programas de control centrados en la atención individual a través de educación para la salud y tratamiento de todas las personas aunque sin diagnóstico individual. El efectivo control de estas enfermedades exige además de las medidas específicas que se adopten otras intervenciones que puedan garantizar la mejoría de la calidad de vida.

62

**EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS NORMAS DE HIGIENE DE LAS COCINAS DE HOSPITALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

L. Zubeldía Lauzurica y J. Gomar Fayos

*Servicio de Higiene de Alimentos. Dirección General para la Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana*

**Objetivos:** La finalidad del presente estudio es evaluar el grado de adecuación a las normas de higiene de las cocinas de hospitales de la Comunidad Valenciana a través del estudio de los resultados de las operaciones de control oficial.

**Métodos:** Los datos del estudio proceden del desarrollo de los programas de control oficial de la Comunidad Valenciana durante los años 1998, 1999 y 2000. Los establecimientos objeto del estudio son las cocinas de los hospitales dependientes de la Conselleria de Sanidad. Para la evaluación de las condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos se ha aplicado la Reglamentación Técnico-Sanitaria de los Comedores Colectivos. Para la evaluación higiénico sanitaria de los menús, se han utilizado las normas microbiológicas de comidas preparadas que diferencian entre gérmenes indicadores, testigos de falta de higiene y patógenos.

**Resultados:** De las 1.674 actas de inspección levantadas durante el periodo del estudio, el 28,8% reflejaban alguna deficiencia. Un 12,2% de los establecimientos inspeccionados presentaron deficiencias imputables a la falta de higiene de locales, equipos y utillajes, un 13,4%, al personal dedicado a la preparación, elaboración y en general manipulación de alimentos y un 38,8% de los establecimientos presentaron algún tipo de deficiencia relacionada con las condiciones estructurales.

De las 803 muestras de comidas preparadas analizadas, el 17,9% incumplía alguno de los parámetros investigados. El grupo de comidas preparadas sin tratamiento térmico y de comidas con tratamiento térmico que lleven ingredientes no sometidos a tratamiento térmico, es el que presenta mayor porcentaje de muestras con irregularidades, si bien son debidas a recuentos de gérmenes indicadores. En un 2,5% de muestras se detectaron gérmenes testigo de falta de higiene. En ningún caso se ha detectado presencia de *Salmonella*. En el 0,5% de las muestras se detectó presencia de *Listeria monocytógenes*.

**Conclusiones:** Los resultados de la inspección de los establecimientos señalan una situación mejorable en cuanto a las condiciones estructurales. Las prácticas de manipulación en general son satisfactorias. Destaca la buena calidad microbiológica de los menús objeto del estudio en cuanto que no se ha detectado presencia de gérmenes patógenos, siendo muy bajo el porcentaje de muestras con gérmenes testigo de falta de higiene. Estos resultados sugieren la conveniencia de reforzar las medidas de autocontrol con el fin de mejorar las condiciones higiénico sanitarias de estos establecimientos y como consecuencia, elevar la calidad microbiológica de los menús mediante la aplicación de requisitos previos de higiene y la implantación de sistemas de autocontrol basados en el análisis de peligros y puntos de control crítico.

64

**ESTRATEGIAS MULTISECTORIALES EN EL CONTROL DE LA BRUCELOSIS EN ARAGÓN**M.V. Cañada<sup>1</sup>, P. Sánchez<sup>1</sup>, C. Hernández<sup>1</sup>, J.A. Amigot<sup>1</sup>, C. Tremul<sup>2</sup>, F. Ramos<sup>3</sup>, P. Chocarro<sup>3</sup>, J. Horno<sup>3</sup>, C. Navarro<sup>4</sup> y C. Jasonada<sup>4</sup>*<sup>1</sup>Servicio Aragonés de Salud Área IV- Teruel, Departamento de Sanidad, consumo y Bienestar Social el Gobierno de Aragón. <sup>2</sup>Servicio Provincial de Agricultura de Teruel, Diputación General de Aragón. <sup>3</sup>Hospital Obispo Polanco Teruel. INSALUD. <sup>4</sup>Hospital de Alcañiz. INSALUD.*

**Introducción:** La brucelosis es una enfermedad infecciosa que además de ser un importante problema de salud de la población, tiene importantes consecuencias económicas y destacadas implicaciones laborales y sociales. Teruel ha sido una de las provincias de España más castigadas por esta patología.

**Objetivos:** Valorar si el descenso de la incidencia de brucelosis humana en Teruel está relacionado con un descenso de este proceso en el ganado. Identificar qué actividades, tanto en el sector sanitario como agrícola, han propiciado este descenso.

**Métodos:** Se ha analizado la evolución temporal de la brucelosis humana en los últimos 20 años a partir de los datos suministrados por el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). La exhaustividad de este sistema se ha valorado mediante el método captura-recaptura para el año 2000. Finalmente se han identificado las actividades de prevención y control realizadas desde el Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y del de Agricultura.

**Resultados:** La brucelosis se ha mantenido alta en Teruel desde 1981 a 1996, año en el que se produce un punto de inflexión con un descenso marcado. La exhaustividad del sistema EDO es del 78% y con la declaración microbiológica se eleva al 95%. Este proceso ha afectado fundamentalmente a varones (razón de masculinidad 3/1) y a población en edad laboral (15 a 64 años). La mayoría de los casos corresponden a enfermedad profesional. A finales de los años 80 se inicia una serie de medidas de control de la brucelosis en el ganado: sacrificio de animales afectados, vacunación y control de la producción y comercialización de productos lácteos. Se han realizado programas de educación para la salud dirigidos a la población, de sensibilización de los profesionales sanitarios y de medidas de actuación inminente en brotes, especialmente de los producidos por el consumo de queso fresco.

**Conclusiones:** En la provincia de Teruel se ha producido un descenso de los casos de brucelosis humana motivado por la adopción de medidas de prevención y control realizadas desde los Departamentos de Agricultura y de Sanidad. Se pone de manifiesto que las estrategias multisectoriales son imprescindibles y que el futuro de la salud pública en el siglo XXI necesita de la colaboración de profesionales sanitarios y de otros sectores. Hoy se hace imprescindible evaluar el impacto sanitario de las políticas y programas adoptadas desde otros Departamentos no sanitarios.

63

**EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS NORMAS DE HIGIENE DE LAS COCINAS DE RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

J. Gomar Fayos y L. Zubeldía Lauzurica

*Servicio de Higiene de Alimentos. Dirección General para la Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana*

**Objetivos:** La finalidad del presente estudio es evaluar el grado de adecuación a las normas de higiene de las cocinas de residencias de la tercera edad de la Comunidad Valenciana a través del estudio de los resultados de las operaciones de control oficial.

**Métodos:** Los datos del estudio proceden del desarrollo de los programas de control oficial de la Comunidad Valenciana durante los años 1998, 1999 y 2000. Los establecimientos objeto del estudio son las cocinas de las residencias de la tercera edad de titularidad pública y privada. Para la evaluación de las condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos se ha aplicado la Reglamentación Técnico-Sanitaria de los Comedores Colectivos. Para la evaluación higiénico sanitaria de los menús, se han utilizado las normas microbiológicas de comidas preparadas que diferencian entre gérmenes indicadores, testigos de falta de higiene y patógenos.

**Resultados:** De las 2.661 actas de inspección levantadas durante el periodo del estudio, el 18% reflejaban alguna deficiencia. Un 2,3% de los establecimientos inspeccionados presentaron deficiencias imputables a la falta de higiene de locales, equipos y utillajes, un 2,2%, al personal dedicado a la preparación, elaboración y en general manipulación de alimentos y un 4% de los establecimientos presentaron algún tipo de deficiencia relacionada con las condiciones estructurales.

De las 797 muestras de comidas preparadas analizadas, el 17,9% incumplía alguno de los parámetros investigados. El grupo de comidas preparadas sin tratamiento térmico y de comidas con tratamiento térmico que lleven ingredientes no sometidos a tratamiento térmico, es el que presenta mayor porcentaje de muestras con irregularidades, especialmente el grupo de ensaladas, si bien éstas son debidas a recuentos de gérmenes indicadores. En un 1,9% de muestras se detectaron gérmenes testigo de falta de higiene. En ningún caso se ha detectado presencia de *Salmonella*. En el 0,25% de las muestras se detectó presencia de *Listeria monocytógenes*.

**Conclusiones:** Los resultados de la inspección indican que estos establecimientos presentan unas condiciones higiénico sanitarias muy satisfactorias tanto en lo referente a condiciones estructurales, higiene de locales y utillaje como a las prácticas de manipulación e higiene del personal. Destaca la buena calidad microbiológica de los menús objeto del estudio en cuanto que no se ha detectado presencia de gérmenes patógenos, siendo muy bajo el porcentaje de muestras con gérmenes testigo de falta de higiene.

65

**EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES INFANTILES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE ZARAGOZA. PERIODO (SEMANAS 40/2000-20/2001)**

F.J. Montes Villameriel\*, C. Magallón Botaya, M.A. Lázaro Belanche y J. Guimbao Bescós

*Red Centinela, Sección de Vigilancia Epidemiológica, Gerencia de área del Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza; \*MIR Medicina Preventiva, Hospital Universitario Miguel Servet.*

**Objetivos:** Conocer el perfil de los accidentes infantiles en población pediátrica (< 15 años) atendidos en Atención Primaria a través de una Red Centinela.

**Métodos:** Descriptivo. Definición de caso: se considera accidente infantil aquel suceso o evento imprevisto que sobreviene en un menor de 15 años, produciéndole una alteración o daño que le ocasiona limitación de su actividad de al menos un día y/o que requiere de atención sanitaria. Fuente de datos: Red Centinela provincia de Zaragoza. Los datos recogidos por 31 médicos generales y 10 pediatras que cubren una población homogénea de 10205 niños (< 15 años), lo que supone un 7,42% sobre una población de 137.511. Variables: edad, sexo, lugar producción, causa, momento, nivel estudios padre y madre, actividad laboral padre y madre, derivación.

**Resultados:** El número de casos fue de 355, distribuyéndose en 61,6% niños y 38,4% niñas. La mayor parte de los accidentes se dio entre los 10-14 años (41,1%). El lugar de producción del accidente más frecuente fue la escuela/guardería (39,7%), seguido del domicilio (26,5%). Como causa de producción destacan las caídas al mismo nivel (41,7%) y los golpes con personas/objetos/animales (36,3%). Un 50,42% se producen durante el juego y un 24,2% durante la práctica de deporte. El nivel de estudios más frecuente de los padres/madres es Graduado Escolar que está en torno al 36%. El 87% de los padres y el 42,5% de las madres están ocupados según actividad laboral. Un 15,5% se derivan al hospital, 5,35% directamente al especialista y la mayor parte (78%) de los accidentes no se derivan, siendo tratados directamente en Atención Primaria.

**Conclusiones:** Los accidentes infantiles son un problema prioritario de Salud Pública, dada la morbilidad y mortalidad que ocasionan siendo una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos. Los datos obtenidos coinciden con los de otros estudios. Está información viene a completar la aportada hasta ahora por el registro de mortalidad, y se debería complementar con la información recogida en los servicios de urgencias de los hospitales.

66

**DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN MALLORCA**

E. Cabeza, R. Ocaña-Riola\*, I. Garau, C. Campillo\*\*, P. Franch y A. Obrador  
*Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca; \*Escuela Andaluza de Salud Pública; \*\*Gerencia de Atención Primaria. Insalud Baleares.*

**Objetivos:** El cáncer de cuello uterino aparece con más frecuencia en clases sociales desfavorecidas. En España, las tasas de este tipo de neoplasia son bajas excepto en Mallorca, cuya tasa está entre las más elevadas de la UE. El objetivo de este estudio es analizar la distribución geográfica a nivel municipal de este tipo de tumor y de la lesión preneoplásica (CIN III) con el fin de identificar patrones de riesgo.

**Métodos:** Se han incluido todos los casos incidentes de cáncer de cérvix y de lesiones preneoplásicas (CIN III) registrados durante el periodo 1988-1994 en los que constara el lugar de residencia. La unidad de análisis adoptada ha sido el municipio, utilizando como referencia la población del año 1991. Para cada uno de los 53 municipios de la Isla se ha calculado la razón de incidencia estandarizada (RIE) y, posteriormente, para controlar la sobredispersión o variabilidad debida en parte a la heterogeneidad geográfica, una razón de incidencia suavizada mediante modelos bayesianos con una componente aleatoria espacial. En el análisis se ha tenido en cuenta la exhaustividad del registro. Se ha empleado el programa Winbugs para la estimación de riesgos y el Epimap para la representación gráfica de los mapas.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se han registrado 355 casos de cáncer de cérvix invasivo y 646 casos de lesión preneoplásica CIN III (tasa de incidencia ajustada de 13,83 y 28,1 por  $10^5$  habitantes/año respectivamente). La distribución geográfica de ambas patologías muestra un patrón similar destacando un aumento de riesgo en el noroeste de la isla.

**Conclusiones:** El análisis geográfico ha permitido detectar zonas de riesgo elevado de cáncer de cérvix y aporta información esencial para planificar programas de detección precoz, sobre todo de aquellos dirigidos a grupos de riesgo. Los futuros análisis se deberían realizar en unidades geográficas más pequeñas (entidades colectivas de población), incorporando variables socioeconómicas y de exclusión social.

**MESA DE COMUNICACIONES EN PÓSTER II****Salud y trabajo**

67

**ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR COINFECTADOS POR EL VIH EN CATALUÑA**

P. Godoy\*, A. Domínguez, J.M. Jansà, N. Camps, J. Álvarez, J. Alcaide  
 por el grupo de trabajo del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT)

*Delegación Territorial de Sanidad y Seguridad Social de Lleida.*

**Objetivos:** Los pacientes tuberculosos con lesiones en el parénquima pulmonar tienen la capacidad de generar nuevas infecciones. El papel de los pacientes tuberculosos coinfectados por el VIH en la epidemia tuberculosa es controvertido. El objetivo de este estudio fue determinar factores asociados a pacientes con tuberculosis pulmonar coinfectados por el VIH en Cataluña.

**Métodos:** Se estudiaron los casos nuevos de tuberculosis, residentes en Cataluña, en el periodo de mayo de 1996 a abril de 1997 en el marco del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis, para el conjunto de la población de Cataluña. La definición de caso utilizada en el Proyecto fue presentar bacteriología compatible o en su defecto presentar prescripción de dos o más fármacos antituberculosos. Se clasificaron como tuberculosis pulmonar los casos con lesiones pulmonares exclusivamente, aquellos con ambas localizaciones y los casos de tuberculosis miliar. Las variables para este trabajo fueron: coinfección por el VIH, edad, sexo, región sanitaria, drogadoición, consumo de alcohol, antecedentes de ingreso en prisión y baciloscopia del esputo. La asociación entre la variable dependiente (tuberculosis pulmonar con coinfección por el VIH) con el resto de variables se estudió con la odds ratio y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Para determinar el efecto independiente de cada factor las odds ratio se ajustaron ( $OR_a$ ) mediante un modelo de regresión logística no condicional.

**Resultados:** Se identificaron 2.508 casos de tuberculosis. El 76,8% presentaron una tuberculosis pulmonar (1926/2508). El porcentaje de casos coinfectados por el VIH fue del 18,4% (355/1926).

Los casos de tuberculosis pulmonar coinfectados por el VIH se asociaron positivamente con la drogadoición ( $OR_a = 41,6$ ; IC % 26,9-64,3); el antecedente de ingreso en prisión ( $OR = 7,7$ ; IC 95% 3,5-16,6); los grupos de edad de 25-34 ( $OR_a = 2,7$ ; IC % 1,7-4,3) y 35-44 ( $OR_a = 3,1$ ; IC % 1,7-4,3); con los hombres ( $OR_a = 2,4$ ; IC % 1,6-3,7); y negativamente con la edad inferior a 15 años ( $OR_a = 0,2$ ; IC % 0,1-1,0) y la baciloscopia positiva ( $OR_a = 0,6$ ; IC % 0,4-0,9). No se observaron diferencias estadísticamente significativas por región sanitaria ( $p > 0,05$ ), ni consumo de alcohol ( $p > 0,05$ )

**Conclusiones:** Los casos de tuberculosis pulmonar con antecedentes de drogadoición, ingreso en prisión, del grupo de edad de 25-44 y del género masculino presentan un riesgo superior de coinfección por el VIH. La microscopia positiva del esputo se asocia negativamente con la coinfección por VIH y se postula que el papel del VIH en la epidemia tuberculosa es limitado.

68

**UNA EXPERIENCIA DEL USO DEL MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO PARA LA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO**

E. Molinero, H. Pañella, A. Ferrer y R. Maldonado

*Instituto Municipal de Salut Pública, Barcelona.*

**Objetivos:** Confirmación de la hipótesis de intoxicación por exposición a clorpirifos entre los días 17 y 21 de noviembre de 2000, a través de la asociación existente entre la aplicación del pesticida y la aparición de sintomatología, posterior a la misma, entre los trabajadores de un centro de trabajo.

**Métodos:** Se pasaron dos encuestas epidemiológicas para la identificación de síntomas esperados en la intoxicación por organofosforados (una de inicio de sintomatología aguda y otra de afectación neuropsiquiátrica y de ap. reproductor a los dos meses). Se definió como caso cualquier persona con algún síntoma de los descritos en las intoxicaciones agudas por organofosforados presentado con un patrón temporal (1º Irritativos, 2º neurotóxicos agudos, 3º neurotóxicos retardados), los dos primeros de inicio y final súbito. Dado que los síntomas esperados son en su mayoría inespecíficos, se pasaron las encuestas a 66 personas que estuvieron en el centro de trabajo entre los días 17 y 21 de noviembre y a otra población de características laborales y demográficas similares (41 p). Con relación a los trabajadores se utilizó un diseño longitudinal retrospectivo y prospectivo, la medida de asociación fue el riesgo relativo con IC de 95%. Asimismo se investigaron los cambios en la acetilcolinesterasa intraeritrocitaria (ACI), presencia de metabolitos de clorpirifos en orina y presencia de este y otros pesticidas en el ambiente y superficies del centro.

**Resultados:** *Incidencia de sintomatología:* El RR de presentar los síntomas definidos entre los trabajadores del centro, tomando de referencia la población no expuesta, fue de 1,6(IC 1,2-2,2), 2(IC 1,3-3,1) y 1,6 IC (1,2-2,2). Se demostró una relación directa entre el tiempo de exposición y la media de síntomas presentados y su duración. *Patrón de brote:* el RR de presentar estos síntomas en la última semana de noviembre o posterior entre los trabajadores del centro fue de 4,9(IC 2,01-11,8), 4,4(IC 1,9-10,1) y 4,3(IC 1,7-10,8) respectivamente. *Secuencia temporal:* la proporción de personas que presentaron síntomas posteriormente a la aplicación de clorpirifos, primero irritativos, después de neurotoxicidad aguda y después retardada fue de un 93% entre los trabajadores del centro y de un 29% entre los de referencia. Se pudo determinar la presencia de pesticida en las superficies aunque no se detectó presencia en orina de metabolitos de clorpirifos. Sí se demostró un aumento significativo de los valores medios de las parejas de ACI postexposición y ACI al mes y las parejas de esta última y ACI a los dos meses entre los clasificados como casos; el aumento no era significativo entre los no casos.

**Conclusiones:** La utilización de metodología epidemiológica permitió confirmar la existencia de una intoxicación por exposición a clorpirifos en un centro de trabajo y se demuestra eficaz en el estudio de asociación entre la exposición a factores de riesgo en el ámbito laboral y los efectos que tienen sobre la salud, especialmente cuando estos pueden presentarse con sintomatología inespecífica.

69

**INCAPACIDAD TEMPORAL Y EXIGENCIAS FAMILIARES EN HOMBRÉS Y MUJERES**

J. Merino, L. Artazcoz, E. Molinero y A. Sánchez  
*Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.*

**Objetivos:** Determinar la relación entre las exigencias familiares y la incapacidad temporal (IT) y examinar si existen diferencias de género.

**Métodos:** La población de estudio fueron los 1702 trabajadores y 1430 trabajadoras del Ayuntamiento de Barcelona que acudieron a la revisión médica de empresa en el periodo comprendido entre febrero de 1999 y octubre de 2000 y respondieron un cuestionario autocontestado (tasa de respuesta 77%). La IT se recogió a partir del fichero de la plantilla del Ayuntamiento. Se consideraron tres variables diferentes para la medida del absentismo laboral: 1) Un episodio de IT de corta duración frente a ninguno, 2) Tres o más episodios de IT de corta duración frente a ninguno y 3) Un episodio de IT de larga duración frente a ninguno. El punto de corte para definir la IT de corta o larga duración fue 10 días, porque a partir del décimo día se reduce el salario. Las exigencias familiares se midieron con tres variables: número de hijos en casa (ninguno, 1 y 2 o más), convivencia con hijos menores de seis años y convivencia con mayores de 65 años. Las variables de ajuste fueron la edad (continua), la ocupación con cinco categorías y el estado de salud percibido. Se ajustaron modelos de regresión logística multivariada separados por sexo, para el cálculo de odds ratios ajustadas (ORa) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC95%).

**Resultados:** No se observaron diferencia de género en la incidencia de IT corta. El 54% de los trabajadores hizo algún episodio de IT de corta duración y el 15% hizo tres o más. El 27% de los hombres y el 24% de las mujeres hizo uno o más episodios de IT de larga duración. La convivencia con hijos pequeños se asoció a hacer un episodio de IT de corta duración tanto en hombres (Ora = 1,43; IC95% = 1,02-1,99) como en mujeres (Ora = 1,72; IC95% = 1,21-2,43). También se relacionó con IT largas (Ora = 1,56; IC95% = 1,06-2,311) y más de tres episodios de IT cortas en mujeres (Ora = 2,27; IC95% = 1,43-3,58). En hombres las exigencias familiares se asociaron con episodios de IT de larga y corta duración. La probabilidad de IT de corta duración fue menor entre los que convivían con mayores de 65 años (Ora = 0,68; IC95% = 0,48-0,97). El número de hijos en el hogar se asoció negativamente con las ITs de larga duración, de forma que la ORa asociada a vivir con dos hijos o más fue 0,58; (IC95% = 0,43-0,80). Mientras en hombres los tres indicadores de IT se asociaron positivamente con mal estado de salud, en mujeres no se observó esta relación en ningún caso.

**Conclusiones:** Los episodios de IT de corta duración, sobre todo en mujeres, pueden estar relacionados con su responsabilidad principal en el cuidado de la familia y del hogar. El rol tradicional del hombre como principal proveedor de recursos económicos podría explicar el hecho de que aquellos con familias más numerosas hagan menos episodios de IT de larga duración que implican una reducción en su salario.

71

**DEMANDAS PSICOLÓGICAS EXPRESADAS POR EL PERSONAL FACULTATIVO HOSPITALARIO**

V. Escrivà -Agüir, Y. Bernabé Muñoz y M. López Correll  
*Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut (EVES). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

**Objetivos:** Establecer las demandas psicológicas expresadas por el personal facultativo hospitalario respecto al estrés laboral asociado a su práctica profesional.

**Métodos:** Estudio realizado con metodología cualitativa. Una encuestadora especializada ha llevado a cabo 47 entrevistas semiestructuradas de manera individual y presencial. La población estudiada ha sido personal facultativo especialista hospitalario de las siguientes especialidades: Medicina Interna, Oncología, Traumatología, Cirugía, Radiología y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las variables estructurales consideradas para la elección de la muestra han sido características sociodemográficas (género, edad, especialidad, antigüedad profesional y cargas familiares). Las entrevistas han sido grabadas en audio y posteriormente transcritas en su totalidad. Finalmente, se ha analizado su contenido teniendo como marco teórico de referencia el modelo de Karasek y Theorell de demanda y control, que considera las demandas psicológicas un tipo específico de estresores laborales. Para ilustrar la síntesis de contenidos, se han seleccionado comentarios representativos de las respuestas de las personas participantes para ser utilizados posteriormente como citas textuales en la exposición de los resultados.

**Resultados:** Las principales demandas psicológicas expresadas por la muestra estudiada en su conjunto son la sobrecarga de trabajo y la falta de personal sanitario y no sanitario, debidas fundamentalmente a las características organizativas del trabajo del hospital. Otro de los elementos más estresantes de la profesión médica es el contacto diario con el sufrimiento y con la muerte, así como el sentirse responsable de vidas humanas. Las relaciones interpersonales en el entorno laboral, sobretudo en el caso de los familiares de los pacientes, constituyen también una demanda psicológica destacable. Otros factores estresantes son: la incertidumbre -implícita a la práctica médica- del facultativo ante el diagnóstico y el tratamiento junto con las posibilidades de ser demandado/a por mala práctica por los pacientes y el tener que transmitir malas noticias sobre algún paciente a él mismo o a sus familiares.

**Conclusiones:** El personal facultativo hospitalario expresa un alto número de demandas psicológicas asociadas al desarrollo de su actividad profesional. Unas de relacionadas específicamente con las características de la profesión médica (contacto con el sufrimiento y con la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, incertidumbre ante diagnóstico y tratamiento), otras con la organización del trabajo (sobrecarga de trabajo y falta de personal), así como otras de carácter más general relativas a la relación médico-paciente.

Trabajo financiado parcialmente con una ayuda de la Conselleria de Sanitat-Generallitat Valenciana (1/1/2000).

70

**Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en personal facultativo hospitalario**

V. Escrivà -Agüir, Y. Bernabé Muñoz M. López Correll

*Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut (EVES). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

**Objetivos:** Determinar las principales estrategias utilizadas por el personal facultativo hospitalario para afrontar el estrés laboral resultante de su práctica profesional.

**Métodos:** Se ha utilizado metodología cualitativa. Se han realizado 47 entrevistas semiestructuradas a personal facultativo especialista de diversos hospitales de la Comunidad Valenciana, pertenecientes a las especialidades de: Medicina Interna, Oncología, Traumatología, Cirugía, Radiología y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las variables estructurales consideradas en el estudio han sido características sociodemográficas (género, edad, especialidad, antigüedad profesional y cargas familiares). Teniendo en cuenta estas variables se ha realizado el diseño muestral representativo de la población de estudio. Las entrevistas han sido llevadas a cabo por una encuestadora especializada y de manera individual y presencial. Han sido grabadas en audio y posteriormente transcritas en su totalidad. Finalmente, se ha analizado su contenido en función de los objetivos planteados. Se ha estructurado la información generada durante las entrevistas contrastándola con la literatura y enmarcándola en categorías temáticas. Para ello, se han identificado los temas que aparecen en las entrevistas. A continuación, se ha llevado a cabo la lectura crítica repetida del material. Esta lectura se ha realizado por temas monográficos, correspondientes a las áreas temáticas que se reflejan en los resultados. Para cada tema, se han efectuado resúmenes de todas las respuestas dadas por las personas participantes. Y finalmente se han seleccionado comentarios claves para ser utilizados posteriormente como citas textuales en la exposición de los resultados.

**Resultados:** El análisis cualitativo indica que las principales estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral utilizadas por la muestra estudiada en su conjunto son las estrategias de desconexión (que implican la realización de actividades alejadas de la práctica profesional, como las actividades de ocio, y permiten una desconexión conductual y emocional de los efectos del estrés laboral), seguidas de la búsqueda de apoyo social emocional (como el compartir lo que se siente con otras personas) y del afrontamiento activo y la organización del trabajo, que incluye planificar las tareas, suspender actividades y priorizar actividades, consultar a otros profesionales, solicitar más pruebas y estudiar.

**Conclusiones:** Las principales estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral utilizadas por el personal facultativo especialista son las centradas en las emociones-fundamentalmente desconexión y búsqueda de apoyo social emocional-. Las estrategias centradas en el problema son utilizadas en menor medida, siendo las más habituales el afrontamiento activo y la planificación del trabajo.

Trabajo Financiado parcialmente con una ayuda del FIS 99/0704

## MESA DE COMUNICACIONES EN PÓSTER III

### Estilos de vida y educación para la salud

#### OBSTÁCULOS PARA LLEVAR A CABO LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

L. Maceiras y A. Segovia

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Vigo; Consellería de Educación e Ordenación Universitaria de la Xunta de Galicia.

**Objetivo:** Identificar las dificultades y obstáculos del profesorado de las escuelas unitarias rurales de Galicia para llevar a cabo la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela.

**Métodos:** Estudio transversal sobre una muestra de 135 personas. Población origen de la muestra: profesorado de las escuelas unitarias de Galicia en el curso académico 1999-2000. Método de recogida de datos: cuestionario de preguntas cerradas, autoadministrado.

**Resultados:** El peso de los factores que valoraban los obstáculos ha sido, de mayor a menor: programas sobrecargados (0,6667), carencia de material didáctico (0,6545), falta de coordinación con los compañeros (0,6152), escasa preparación en este tema (0,5730), exceso de alumnado (0,5625), falta de motivación personal (0,5606), falta de interés del alumnado (0,5077) y poco alumnado (0,4222); también consideraron importante la falta de coordinación con el personal sanitario y de medio ambiente, y la falta de colaboración de las familias, visto desde el punto de vista de la intersectorialidad; desde el punto de vista interno, señalaron como problemas la edad del alumnado y la dificultad de trabajar con varios niveles distintos. La variable que media que no había problemas de importancia pesó 0,4500. A la pregunta de cómo consideraban su preparación para impartir EpS, un 50% respondió que insuficiente.

**Conclusiones:** La contradicción entre exceso y déficit de alumnado es sólo aparente: hay poco alumnado en números totales, pero hay muchos niveles distintos (situación que se ha dado siempre en las zonas rurales de España), y esto multiplica la tarea del profesorado, que ha de preparar e impartir varias clases al mismo tiempo; en la misma línea está la sobrecarga del programa escolar; si a esto le añadimos la EpS, el profesorado se siente desbordado, y en solitario ante la situación. Esta situación es similar a la sobrecarga de trabajo de los profesionales de Atención Primaria, comparados con los de Especializada, y a los profesionales de la salud de zonas rurales, donde habitualmente no existen Centros de Salud. Si los profesionales-base no se sienten apoyados (en recursos materiales y humanos) para sus tareas cotidianas, no se van a resentir la docencia 'troncal' ni la asistencia sanitaria, la cuerda romperá, como siempre, por el lado más débil que, en este caso, es el de los programas y actividades de EpS y de Promoción de la salud. Sigue siendo necesario un esfuerzo específico para llevarlas a cabo.

Este estudio ha recibido financiación de la Cátedra Figueira Valverde de la Universidad de Vigo (641023902/1999).

73

72

#### EDUCACIÓN PARA LA SALUD REALIZADA EN LAS ESCUELAS RURALES DE GALICIA CON ALUMNADO DE INFANTIL Y PRIMARIA

L. Maceiras y A. Segovia

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Vigo; Consellería de Educación e Ordenación Universitaria de la Xunta de Galicia.

**Objetivo:** Analizar qué temas de Educación para la Salud (EpS) considera el profesorado de las escuelas rurales de Galicia que es más conveniente tratar, y qué temas desarrolló realmente.

**Métodos:** Estudio transversal. Población origen de la muestra: profesorado de las escuelas unitarias de Galicia en el curso académico 1999-2000, interesado en participar en temas de EpS y de Formación del Profesorado (N = 135, 125 mujeres y 10 hombres). Se les entregó un cuestionario de preguntas cerradas para autoadministrar, cuyas respuestas estaban valoradas según una escala de tipo Likert, de 1 a 5.

**Resultados:** 88 respuestas (81 mujeres y 7 hombres). El valor obtenido por los distintos temas de EpS a tratar, de mayor a menor, según la importancia que consideraron que tenían, fue: limpieza e higiene personal (4,9091), alimentación y nutrición (4,7931), desarrollo físico (4,7356), medio ambiente (4,7326), consumo (4,6905), actividad, descanso y tiempo libre (4,5747) igualado con prevención de accidentes y primeros auxilios (4,5747), prevención y control de enfermedades (4,4368), sexualidad (4,0843), drogodependencias (3,7317) y salud mental (3,6951). El 90,9% del profesorado había realizado actividades de EpS en la escuela. Por temas, los porcentajes fueron, de mayor a menor: limpieza e higiene personal (realizadas por el 88,6% del profesorado), alimentación y nutrición (81,8%), medio ambiente (78,4%), consumo (73,9%), actividad, descanso y tiempo libre (67%), desarrollo físico (63,6%), prevención y control de enfermedades (50%), prevención de accidentes y primeros auxilios (42%) igualado con sexualidad (42%), drogodependencias (37,5%) y salud mental (18,2%).

**Conclusiones:** No hay que olvidar que estamos hablando de temas para tratar con alumnado de infantil y primaria; desde este punto de vista, entra dentro de la lógica los temas que valoraron como más importantes. Es de reseñar que los dos que más trataron en las aulas, coinciden con los dos que consideran más importantes. Llama la atención la poca importancia que se le da a la salud mental, siendo Galicia una Comunidad Autónoma con una elevada tasa de suicidios, habría que insistir más en la relación entre salud mental y emocional, y entre ellas y la salud relacional, afectiva y sexual, y también con la autoestima, toma de decisiones..., aunque es probable que el profesorado piense que esos temas competen más a la familia que a la escuela. Lo mismo pasa con el tema de drogodependencias, que en otras comunidades autónomas unen, en estas edades, al de alimentación insistiendo en las bebidas saludables. Este estudio ha recibido financiación de la Cátedra Figueira Valverde de la Universidad de Vigo (641023902/1999).

#### PREFERENCIAS ALIMENTARIAS EN UNA MUESTRA DE ESCOLARES DE GALICIA

A. Martínez y L. Maceiras

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Vigo.

**Objetivo:** Conocer las preferencias alimentarias de una muestra de escolares de Galicia.

**Métodos:** Estudio transversal, en una muestra de 199 escolares, entre 11 y 12 años, (tanto de colegios públicos como privados), obtenida de una población de colegios cuyo profesorado y APAS (Asociaciones de Padres de Alumnos) estaban interesados en la Educación para la Salud y, en concreto, en la alimentación y nutrición. Se aplicó un cuestionario autoadministrado, pero 'monitoreado' por el profesorado.

**Resultados:** 199 respuestas. Se encontró una mayor preferencia por las pastas, el marisco y los alimentos cárnicos. De los alimentos englobados dentro del grupo de los cereales, destaca la preferencia por la pasta (84,3%) más que por el arroz (11,7%) y el pan (3,9%). Respecto al grupo de pescados, en general prefieren el marisco (82,8%) al pescado (14,2%). Sólo un 8,5% de la muestra eligió huevos como alimento favorito. La pizza y otros platos preparados tienen gran aceptación entre los escolares. Así, un 11,5% de la muestra escogió pizza como alimento favorito, porcentaje superior al obtenido para huevos, arroz, verduras y legumbres (2,5%). Las frutas han sido elegidas como alimento preferido en un 1,5% y sólo por las niñas. Ningún escolar ha señalado alimentos lácteos como favoritos. El pescado y las legumbres fueron los alimentos más rechazados por los niños, mostrando mayor unanimidad para elegir alimentos que no les gustan que para los que prefieren. Ambos géneros manifiestan su disgusto por las verduras y pescados en proporción similar. Sin embargo, entre los niños destaca el rechazo a platos tradicionales de su cultura. El 99% de la muestra toma un desayuno aceptable, un 46% consume a diario 'snacks' o picoteos y un 44% toma habitualmente bebidas de cola.

**Conclusiones:** Los escolares prefieren alimentos con alto contenido en proteína animal, pastas y productos procesados, y rechazan verduras, legumbres y platos o alimentos tradicionales en su cultura. Presentan un alto consumo de productos tipo 'snacks' y bebidas azucaradas. Creemos, por tanto, que se hace necesario realizar actividades de Educación para la Salud y Promoción de la Salud, tanto en la edad escolar como en la adulta, con el colectivo de padres, ya que éstos pueden restringir determinados alimentos a sus hijos y facilitar la exposición a otros más recomendables favoreciendo la adquisición de hábitos alimentarios saludables desde una edad temprana.

74

75

**PROYECTO UNIVERSIDAD SALUDABLE. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL TABAQUISMO. RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE PREVALENCIA, DEPENDENCIA Y ESTADIOS DE CAMBIO**J. De Irala<sup>1</sup>, M.J. Duaso<sup>2</sup>, N. Canga<sup>2</sup>, I. Serrano, I. Aguinaga<sup>2</sup>, J. Santamaría<sup>3</sup>, M.A. Martínez-González<sup>1</sup> y P. Cheung<sup>4</sup><sup>1</sup>Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Medicina; <sup>2</sup>Escuela Universitaria de Enfermería y <sup>3</sup>Química y Edafología, Universidad de Navarra. <sup>4</sup>Centre for Health Studies, University of Durham, UK.**Objetivos:** El objetivo del proyecto *Universidad Saludable* es promocionar estilos de vida saludables en la Universidad de Navarra. Se ha comenzado con el tabaquismo por su relevancia sanitaria. Antes de iniciar un programa de deshabituación y de implantar medidas restrictivas en nuestra universidad se ha realizado un estudio de la situación actual en los empleados de la misma.**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con los trabajadores de la Universidad de Navarra. Los sujetos participantes fueron escogidos al azar, con la ayuda de un listado de números aleatorios generados por el programa EpiInfo, y de una lista de empleados correspondiente a la guía telefónica de la Universidad donde están presentes la práctica totalidad de los trabajadores. La población diana consistió en los 1.923 trabajadores del campus de Pamplona (se excluyeron los 1438 empleados de la Clínica Universitaria de Navarra). Para la estimación del tamaño muestral se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: prevalencia esperada del 32,5%, precisión del 3%, error  $\alpha$  de 0,05. Estos supuestos exigen un tamaño muestral mínimo suficiente de 630 individuos. Se escogió una muestra de 642 sujetos. Los empleados seleccionados rellenaron un cuestionario validado que valoraba diferentes aspectos relacionados con el tabaquismo (prevalencia, exposición al tabaquismo ambiental, actitudes ante el tabaquismo en el trabajo y ante medidas restrictivas, dependencia a través del test de Fagerström, y Estadios de Cambio de Prochaska). Para la determinación del tabaquismo ambiental, se han tomado medidas en continuo con un monitor automático de partículas, para el análisis de las fracciones PM<sub>10</sub>, PM<sub>2,5</sub> y PM<sub>1</sub>.**Resultados:** En esta presentación se adelantan resultados preliminares sobre la prevalencia de tabaquismo, grado de dependencia de la nicotina y estadios de cambio de los fumadores de nuestra Universidad. Los resultados corresponden a los primeros 386 cuestionarios respondidos a fecha del 10/05/01. Se excluyeron 22 cuestionarios que fueron devueltos por ausencia de los interesados, dando una proporción de respuesta del 62%. La prevalencia de tabaquismo entre los empleados que han respondido es del 25%. Es algo mayor la prevalencia en hombres (25,3%) que en mujeres (23,0%). Se contactará por teléfono con los que no respondieron para valorar, al menos, su estatus de tabaquismo y acercarnos a la prevalencia real de fumadores en nuestro entorno. El 75,6% de los fumadores presenta una dependencia mínima de la nicotina y el 60% se encuentra en el estadio de precontemplación.**Conclusiones:** La prevalencia de fumadores en el estadio de precontemplación sugiere que debemos aumentar el conocimiento de los empleados sobre los efectos del tabaco.

76

**VALORACIÓN DE LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA. COMPARACIÓN ENTRE LOS AÑOS 1995 Y 2000**E. Séculi, P. Brugulat, A. Medina, S. Juncà y R. Tresserras  
S.G. de Planificació Sanitària. Departament de Sanitat i Seguretat Social.**Objetivos:** Valorar la detección de factores de riesgo cardiovascular (CV) y el consumo de alcohol en la población atendida en las Áreas Básicas de Salud (ABS) en el año 2000 y compararla con los resultados de 1995.**Métodos:** Audit externo de una muestra aleatoria de 5.875 historias clínicas (HC) de pacientes adultos de 59 ABS representativas de la red reformada de atención primaria. Se estudia el registro en la HC de valores y diagnósticos en relación con: tensión arterial, colesterolemia, glucemia, peso, hábito tabáquico y consumo de alcohol.**Resultados:** La colesterolemia es la variable anotada con mayor frecuencia (57,3%), seguida de la tensión arterial (52,9%) y glucemia (51,3%). El hábito tabáquico (40%), peso (35,4%) y consumo de alcohol (32%) son registrados en menor proporción. La anotación de las variables estudiadas aumenta a medida que los grupos son de mayor edad y es más elevada en las mujeres que en los hombres, excepto para el hábito de fumar y consumo de alcohol. En cuanto a diagnósticos, en el 39,8% de las HC no consta ninguno. Hipertensión arterial (32,9%) y tabaquismo (41,7%) son los más frecuentes. Los bebedores excesivos de alcohol y los diabéticos son los pacientes que presentan con mayor frecuencia otros diagnósticos y los fumadores los que menos. Se encuentran en situación de control, el 75,2% de los hipertensos (PAS<160mmHg-PAD<95mmHg), el 92,7% de los diabéticos (HbA<sub>1c</sub> ≤10) y el 31,2% de los pacientes con hipercolesterolemia (LDL<160 mg/dl). Comparando estos resultados con los obtenidos en el audit realizado con la misma metodología en 1995, la variación de la frecuencia de anotaciones es estadísticamente significativa en todos los factores de riesgo CV estudiados. El hábito de fumar y consumo de alcohol han dejado de ser las anotaciones más frecuentes en las HC (66,5% y 59,5% respectivamente en 1995). El registro de tensión arterial y peso también ha descendido (57,8% y 40% en 1995, respectivamente) y ha aumentado el de colesterolemia y glucemia (55% y 45,2% en 1995, respectivamente). En relación con la anotación de diagnósticos en la HC, se observa un descenso de la diabetes y obesidad, y un aumento del tabaquismo y consumo excesivo de alcohol. Estas variaciones son estadísticamente significativas.**Conclusiones:** Los resultados sugieren que puede estar produciéndose un cambio en la práctica de la detección de factores de riesgo, especialmente con los relacionados con estilos de vida, en los que se observa un importante descenso. Cabe plantearse los factores que pueden influir en la variación del nivel de registro (presión asistencial, organización, etc.), asumiendo también que toda la actividad realizada no es siempre registrada.

77

**PREVALENCIA DEL USO DEL TELÉFONO MÓVIL DURANTE LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS**

I. Astrain, J. Bernaus, J. Claverol, A. Escobar y P. Godoy\*

Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Delegación Territorial del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Lleida.

**Objetivos:** El uso del teléfono móvil durante la conducción de vehículos incrementa el riesgo de accidentes. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia del uso del teléfono móvil durante la conducción de vehículos en el área metropolitana de la ciudad de Lleida.**Métodos:** Se realizó un estudio de prevalencia entre los conductores de vehículos de la ciudad. Entre el 8 y el 16 de junio de 2001 se seleccionó una muestra aleatoria de 1.536 automóviles en 6 cruces regulados por semáforos de la ciudad de Lleida (3 con tráfico urbano y 3 con tráfico interurbano). Se excluyeron ciclistas, motoristas y automóviles de autoescuela. Cuatro observadores entrenados en un estudio piloto, recogieron la información de las variables del estudio mediante observación directa. Las variables fueron: uso de teléfono móvil, sexo, edad (18-40; 41-60; > 60), conductor con acompañante, tipo de cruce (tráfico urbano/interurbano), día de la semana (laboral/festivo) y hora del día (punta/no punta).

Se calculó la prevalencia del uso del teléfono móvil en tantos por ciento con un intervalo de confianza (IC) del 95%. La relación de la variable dependiente (uso del teléfono móvil) con el resto de variables independientes se estudió con la odds ratio (OR) y con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** se realizaron 1536 observaciones directas y se detectó el uso del teléfono móvil en 50 conductores. La prevalencia fue del 3,3% (IC 95% 2,4-4,3). Esta prevalencia del uso del móvil fue superior en los hombres (OR = 2,2; IC 95% 1,0-3,0) en los mayores de 60 años (OR = 2,2; IC 95% 0,6-7,1) y en el grupo de 18-40 años (OR = 1,5; IC 95% 0,8-2,8), en conductores sin acompañante (OR = 3,0; IC 95% 1,5-6,3), en cruces urbanos (OR = 2,7; IC 95% 1,2-5,9), en días laborales (OR = 2,0; IC 95% 1,0-4,7) y en horas punta (OR = 1,4; IC 95% 0,8-2,4).**Conclusiones:** La prevalencia del uso del teléfono móvil durante la conducción se considera elevada dado el incremento del riesgo de accidentes y especialmente si se tiene en cuenta que es una práctica prohibida por la ley. El perfil de los usuarios se corresponde con hombres de 18-40 años y mayores de 60, en circuitos urbanos, sin acompañante, en días laborales y horas punta. Se recomienda introducir medidas para reducir el uso del móvil durante la conducción.

78

**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE LLEIDA**

J.L. Bozal, P. Godoy\* y A.M. Portillo

Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Delegación Territorial del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Lleida.

**Objetivos:** El consumo de alcohol durante la adolescencia puede constituir un importante problema de salud pública. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de consumidores de bebidas alcohólicas entre adolescentes de la ciudad de Lleida.**Métodos:** Se realizó un estudio de prevalencia entre población escolarizada de secundaria de la ciudad de Lleida, que en el curso 1998-99 era de 10.534 alumnos. Se seleccionó una clase por cada tipo de estudios en 10 centros (5 públicos y 5 concertados) de los 24 existentes en la ciudad. Los centros se eligieron mediante un muestreo aleatorio, sistemático y estratificado (por tipo de centro: público o concertado), a partir del listado general. La muestra fue de 1.456 alumnos.

Entre el 6 de abril y el 6 de mayo de 1999, se realizó una encuesta mediante un cuestionario autoadministrado que constó de 10 preguntas junto con una explicación de 5 minutos en la que se insistió en la confidencialidad de la información.

La variable dependiente de este estudio fue el consumo habitual de bebidas alcohólicas (consumo diario, varias veces a la semana, semanal, mensual y nulo) y el resto de variables independientes fueron: sexo; edad (&lt; 14; 14-15; 16-17 y &gt; 17); tipo de centro (público o concertado); hábito tabáquico en el último mes. Se consideró consumidor habitual de bebidas alcohólicas al consumo al menos semanal y fumador el que en el último mes fumó diaria u ocasionalmente.

Se calculó la prevalencia del consumo de alcohol en tantos por ciento. La relación de la variable dependiente (consumo habitual de alcohol) con las independientes (sexo; edad; tipo de centro y hábito tabáquico) se estudiaron con la odds ratio (OR) y con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Para estudiar la contribución independiente de cada variable al consumo de alcohol, las OR se ajustaron (ORa) mediante un modelo de regresión logística no condicional.

**Resultados:** La prevalencia del consumo habitual de alcohol fue del 35,4% (494/1394). Esta prevalencia de consumo fue superior en los hombres (42,0%), en el grupo de edad mayor de 17 años (63,1%), y en el de 16-17 años (53,0%), en los estudiantes de escuelas públicas (37,0%) y en los fumadores (62,6%).

En el análisis de regresión logística el consumo de alcohol se asoció de forma independiente con los hombres (ORa = 2,3; IC 95% 1,7-3,0), con el grupo de edad mayor de 17 años (ORa = 10,5; IC 95% 6,3-17,7), el de 16-17 años (ORa = 7,8; IC 95% 5,0-12,2) y de 14-15 años (ORa = 3,1; IC 95% 2,0-4,9), y con la condición de fumador (ORa = 4,7; IC 95% 3,6-6,2).

**Conclusiones:** La prevalencia del consumo habitual de bebidas alcohólicas en estudiantes de secundaria se considera elevado y se asocia con el género masculino, la edad y el consumo de tabaco. Se recomiendan intervenciones educativas en centros de secundarias dirigidas a reducir el consumo de tabaco y alcohol.



79

**FACTORES ASOCIADOS A LA COMPRA DE TABACO EN ESTANCOS EN ADOLESCENTES FUMADORES MENORES DE 16 AÑOS**

P. Godoy\*, A.M. Portillo y J.L. Bozal

*Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Delegación Territorial del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Lleida.*

**Objetivos:** La restricción de las ventas de tabaco en menores de 16 años constituye uno de los elementos del control del tabaquismo. El objetivo del estudio fue estimar el porcentaje de adolescentes menores de 16 años que adquieren el tabaco en el estanco y determinar factores asociados a esta compra.

**Métodos:** Se realizó un estudio de prevalencia entre población escolarizada de secundaria de la ciudad de Lleida (de 12 y 18 años) que en el curso 1998-99 era de 10.534 alumnos. Se seleccionó una clase por cada tipo de estudios de 10 centros (5 públicos y 5 concertados) de los 24 existentes en la ciudad. Los centros se eligieron mediante un muestreo aleatorio, sistemático y estratificado, por tipo de centro, a partir del listado general. La muestra fue de 1.456 alumnos, de los cuales el 56,7% eran menores de 16 años (825/1456), y de ellos el 22,1% eran fumadores (182/825) y constituyeron la muestra de adolescentes para este estudio.

Entre el 6 de abril y el 6 de mayo de 1999, se realizó una encuesta mediante un cuestionario anónimo y autoadministrado que constó de 10 preguntas.

La variable dependiente de este estudio fue la compra de tabaco en estancos y el resto de variables independientes fueron: sexo; edad (12-16 años); tipo de centro (público o concertado); hábito tabáquico en el último mes, en la familia y en el mejor amigo/a. Se consideró fumador el que en el último mes fumó diaria u ocasionalmente.

Se calculó la prevalencia del consumo global de tabaco en tantos por ciento. La relación de la variable dependiente (compra de tabaco en estancos) con las independientes, se estudiaron con la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Para estudiar la contribución independiente de cada variable a la compra de tabaco en estancos las OR se ajustaron (ORa) mediante un modelo de regresión logística no condicional.

**Resultados:** La prevalencia del consumo de tabaco fue del 22,1% (182/825). Entre los fumadores, el 44,5% (81/182) afirmaron adquirir habitualmente el tabaco en el estanco. Esta compra en el estanco fue más frecuente entre las mujeres (OR = 1,1; IC 95% 0,6-2,0), el grupo 15 años (OR = 2,4; IC 95% 1,1-5,4) y de 14 años (OR = 1,3; IC 95% 0,6-3,2), los que asistían a colegios públicos (OR = 1,5; IC 95% 0,8-2,7), con algún miembro de la familia fumador (OR = 1,3; IC 95% 0,8-2,1) y con el consumo de tabaco del mejor amigo (OR = 2,1; IC 95% 1,1-4,1).

En el análisis de regresión logística la variables asociadas de forma independiente a la compra en el estanco fueron la edad de 15 años (ORa = 2,2; IC 95% 1,0-4,9) y el consumo del mejor amigo (ORa = 2,1; IC 95% 1,1-4,1).

**Conclusiones:** Un porcentaje importante de fumadores menores de 16 años (44,5%) adquiere el tabaco en el estanco y esta adquisición se asocia con las edades más altas y el hábito del mejor amigo. Se deben introducir nuevas medidas de control para reducir la compra de tabaco en estancos entre menores de 16 años en nuestro país.

**EN EL CAMINO HACIA EUROPA Y LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN: REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA DE TELEEDUCACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD**

P. Botija Yagüe, B. Hernández Sánchez, J.C. Hernández Díaz, C. Colomer Revuelta

*Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut (EVES).*

**Justificación:** Ante los programas europeos de formación a profesionales sanitarios se plantea la necesidad de facilitar el contacto internacional y multilingüe. Para ello precisan el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y el conocimiento de lenguas comunes. Con ocasión del 1º Diploma Europeo a distancia de Promoción de Salud (DEPS) 2001, como parte del proyecto EUMAH (European Master in Health Promotion), financiado por la CE (DG SANCO), se ha realizado un estudio de necesidades.

**Objetivos:** Analizar dos aspectos innovadores (teleeducación y perspectiva europea) de una experiencia de formación de postgrado en Promoción de la Salud.

**Métodos:** El DEPS tiene 7 módulos temáticos centrados en el auto-aprendizaje. El componente europeo consiste en: contacto con profesionales de otros países (sesiones presenciales y correo electrónico), material de experiencias internacionales (metasitio en CD ROM interactivo) y transversalidad de la perspectiva. Para conocer las habilidades en el uso de Internet y de otras lenguas europeas entre el alumnado, se diseñó un cuestionario autoadministrado con respuestas cerradas que se envió por correo, un mes antes del comienzo del curso, a las 45 personas inscritas. Se les solicitaba información sobre: edad, utilización y disponibilidad de herramientas de teleformación, conocimiento de idiomas, nivel educativo y lugar de residencia.

**Resultados:** De las 45 personas inscritas 31 son mujeres (23-43 años) y 14 varones (28-56). Tienen licenciatura el 45%. Leen en inglés 68% y lo hablan 26% y el francés lo leen el 50% y lo hablan el 13%. Tienen ordenador el 97% (con conexión a Internet 92%, CD ROM 87% y webcam 5%), utilizan habitualmente correo electrónico 84%, Internet 82% y chat 21%.

**Conclusiones:** El uso de los recursos TIC y las habilidades de comunicación en otras lenguas europeas es todavía insuficiente entre los profesionales interesados en una formación con perspectiva europea. Esta situación limita las oportunidades de intercambio con profesionales de otros países, y hace necesario adaptar los programas a estas limitaciones, lo que reduce las posibilidades de aprendizaje y encarece su coste (traducción de materiales y contactos).

81

80

**RECURSOS, HABILIDADES Y ACTITUDES PARA LA TELEEDUCACIÓN**

B. Hernández Sánchez, P. Botija Yagüe, J.C. Hernández Díaz, R. Sánchez del Río, J. Colomer Revuelta y C. Colomer Revuelta

*Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut (EVES).*

**Justificación:** La sociedad de la información ofrece nuevas oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje. La teleeducación puede facilitar estrategias educativas participativas centradas en el aprendizaje y potencialmente la equidad en el acceso a la formación continuada. Pero la realidad de acceso a recursos telemáticos es deficiente y diversa y los programas educativos deben conocer las necesidades del alumnado para adaptarse a ellas.

**Objetivos:** Conocer la accesibilidad a recursos telemáticos y las habilidades y actitudes para su utilización en profesionales sanitarios usuarios de la teleeducación.

**Métodos:** Se diseñó un cuestionario autoadministrado de respuestas cerradas para recoger, antes del comienzo del curso, información sobre: datos profesionales; disponibilidad de tiempo; equipo tecnológico al que tenían acceso; experiencia con herramientas telemáticas; actitud frente a los ordenadores; preferencias sobre estilos de aprendizaje; razones para solicitar cursos a distancia; y datos personales. La cumplimentación de este cuestionario fue voluntaria y anónima. La población estudiada fueron las personas inscritas en los siguientes cursos impartidos por la EVES o la Universidad de Valencia: Diploma Europeo de Promoción de Salud, Introducción a la Investigación en Salud Infantil y dos Cursos de Formación de Formadores

**Resultados:** Un total de 82 (92%) personas inscritas respondieron al cuestionario. La mayoría tenían acceso a ordenador e impresora (90%), pero el 29% sin conexión a Internet. Utilizan habitualmente procesador de textos el 79%, Internet el 60%, correo electrónico el 56% y "chat" tan solo el 1%. Las actitudes frente a los ordenadores varían mayoritariamente entre los valores positivos.

**Conclusiones:** La accesibilidad a Internet y las habilidades en el uso de herramientas básicas para la teleeducación son todavía limitadas entre los profesionales sanitarios que solicitan cursos a distancia en las que se utilizan estas. Es importante valorar las necesidades específicas del alumnado en estos temas para adaptar los cursos a ellas y capacitarlos en estas habilidades, facilitando su satisfacción y continuidad. En nuestro caso, el conocimiento de esta información nos obligó a proporcionarles la formación necesaria con un módulo de capacitación tecnológica básica presencial y a limitar la comunicación virtual al correo electrónico.

**EVALUACIÓN DEL CD-ROM NOSMOKING UN INSTRUMENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN EL MEDIO ESCOLAR**

F. Guillén Grima, I. Aguinaga, I. Serrano, J. de Irala y P. Gremigni

*Servicio de Epidemiología. Ayuntamiento de Pamplona; Dept Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra; Universidad de Navarra. Universidad de Bolonia Financiado por la Unión Europea DGXIII, programa INFO-2000.*

**Objetivos:** El tabaquismo está aumentando entre los niños y adolescentes europeos. Existen muy pocos materiales educativos multimedia que puedan ser utilizados con niños para prevenir el tabaquismo. Con el fin de crear materiales multimedia la DGXIII de la Unión Europea financió el diseño de un CD-ROM a un consorcio formado por 4 países (Italia, España, Reino Unido e Irlanda)

**Métodos:** Se ha creado un CD-ROM con contenidos multimedia (videos, dibujos animados, y juegos) que tiene como propósito el aumentar los conocimientos de los niños de 10 a 11 años sobre el tabaco, así como proporcionales habilidades sociales que les ayuden a resistir la presión social en su entorno para iniciarse en el hábito tabáquico. El CD-ROM multimedia esta desarrollado en tres idiomas: Español, Inglés e Italiano. Se realizó un estudio piloto en niños de 5 colegios de Pamplona y en base los resultados del cuestionario se modificó el CD-ROM. El CD-Rom definitivo fue evaluado mediante un diseño cuasiexperimental pretest-postest con 20 niños varones. Los niños fueron asignados aleatoriamente al grupo CD-ROM (grupo tratamiento) o al grupo no CD-ROM grupo control y se les realizó el cuestionario de Conocimientos y actitudes sobre el tabaco de diseñado por la Prof Gremigni de la Universidad de Bolonia (Italia). Tras esto el grupo CD-ROM o grupo tratamiento estuvo utilizando el CD-ROM durante 2 horas. A la semana se distribuyó el mismo cuestionario a los dos grupos. Las respuestas se han comparado con la prueba de la X2 cuadrado y la prueba de T de Student.

**Resultados:** No existían diferencias significativas en pretest entre ambos grupos. tanto en conocimientos como en actitudes. En cambio en el cuestionario posttest si que existen diferencias entre ambos grupos. En cambio en el grupo posttest si que existen diferencias entre el grupo control y el grupo tratamiento. Las diferencias se encontraron en los conocimientos el tabaco (P = 0,036). En una escala de 0-5 los niños dijeron que habían disfrutado la experiencia con una media de 4,38 (95% IC 3,94-4,81), habían aprendido media 4,90 (95% IC 4,05-4,95). Con respecto a los apartados del CD-ROM la valoración fue 3,8 en los aspectos de composición química del tabaco, cultivo, fabricación etc., 4,44 en los aspectos sanitarios, 4,4 en los aspectos histórico sociales y 4 en los aspectos psicológicos.

**Conclusiones:** El CDROM no-smoking es un instrumento útil para aumentar los conocimientos de los estudiantes sobre el tabaco.

82

83

**EFFECTO DE LA EXPERIENCIA EN EL HÁBITO TABÁQUICO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA SENSIBILIDAD A LOS PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS EN LOS JÓVENES**

J. Pinilla

*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos:** En los productos derivados del tabaco un aumento del precio, vía cambios en los impuestos, es una de las políticas disuasorias al consumo más recurrentes por casi todos los gobiernos. La estimación de la sensibilidad de los fumadores frente a esta subida de los precios es la herramienta que permite a los legisladores valorar el impacto de este tipo de medidas sobre el consumo y el gasto de los individuos. Sin embargo, en España todavía no se conoce mucho acerca de este efecto que ejercen los precios sobre el consumo de tabaco.

**Métodos:** Este trabajo, a partir de datos sobre el consumo de cigarrillos tomados sobre jóvenes canarios, realiza la estimación de la sensibilidad de este sector de la población frente a los cambios en el precio de los cigarrillos. Con este propósito elaboramos una encuesta propia sobre una población universo que engloba a los habitantes de la isla de Gran Canaria, con un rango de edades entre los 18 y 24 años, fumadores y ex fumadores. Estratificando por subgrupos correspondientes a la actividad desarrollada. El tamaño muestral quedó definido en 1.630 individuos, la base de datos final recoge unas 1.605 observaciones.

**Resultados y conclusiones:** Se plantean dos enfoques de estimación alternativos. El primero a través del análisis del comportamiento del joven en el mercado, en lo que respecta a la elección de marca. En este primer análisis, mediante la estimación de un sistema de ecuaciones simultáneas sobre el precio de la marca consumida, y la cantidad media diaria de cigarrillos, obtenemos una elasticidad precio, "elasticidad observada", para la demanda de cigarrillos de  $-0.89$ . Lo que significa que un aumento de los precios de un 10% supondría una reducción en la cantidad de cigarrillos consumidos cercana al 9%. En el segundo enfoque planteamos un cambio al entorno de las preferencias declaradas. A partir de la medida de la disposición máxima al pago por el consumo de cigarrillos definimos una "elasticidad precio declarada" individual, estimada en el punto medio entre el consumo y el no consumo. Con la comparación entre estas dos medidas, "elasticidad observada vs. elasticidad declarada", observamos el importante papel que supone la experimentación con el tabaco en el reconocimiento de las dificultades de abandono vía cambios en los precios. Los jóvenes con mayor experiencia en el consumo de tabaco (mayor consumo, grado de adicción y con fracasos en intentos de abandono) ajustan mejor su elasticidad declarada a la elasticidad observada. Evidencia que respalda a aquellos modelos económicos que introducen la flexibilidad en las preferencias temporales.

85

**ANEMIA FERROPÉNICA: LA EVIDENCIA DEL HAMBRE OCULTO**M.R. Ferreira da Silva<sup>1</sup>, O. Vall Combelles<sup>2</sup>, M. del M. García Gil<sup>2</sup>, E. Pessoa Perez<sup>3</sup>, T. Lapa<sup>3</sup> y A. Freire Furtado<sup>3</sup>*Universidade de Pernambuco<sup>1</sup>; Universidad Autónoma de Barcelona<sup>2</sup>; CpqAM/FIO-CRUZ<sup>3</sup>.*

**Objetivos:** Las anemias nutricionales representan problemas biológicos y sociales de gran magnitud en Brasil y en el mundo. Son enfermedades que están asociadas a perfiles de morbilidad y mortalidad, producen secuelas orgánicas y limitaciones funcionales y están fuertemente vinculados a desigualdades de condiciones económicas y sociales. Se estima que más de 2.000 millones de personas sufren de deficiencia de hierro. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de anemia y su posible asociación con las variables edad y sexo en un grupo de niños y adolescentes, residentes en una zona rural del noroeste de Brasil.

**Métodos:** Se determinó una muestra probabilística, de tamaño muestral que permita estimaciones binomial, a partir de los supuestos del 25% de prevalencia de anemia (230 participantes) y una precisión del 5%. Para la definición de la anemia se utilizó la hemoglobina según los criterios de la OMS. Las muestras de sangre fueron examinadas electrónicamente a través del "CELL-DYN 3000CS". Los datos fueron procesados a través del programa EPI INFO versión 6.0 y analizados a través del SPSSWIN.

**Resultados:** Fueron estudiados 265 individuos de 1 a 16 años. La prevalencia de anemia fue de 22,7% (IC = 17,6-28,5) (n = 242). Las prevalencias observadas en el grupo de menores de 2 años fue de 66,7%, en el de 3-5 años 21,6%, de 6-12 años 17,9% y de 13-16 años 12,1%. No se observó resultados estadísticos entre anemia e sexo ( $\chi^2 = 0,01$ ; gl = 1; p > 0,05). Sin embargo, se detectó una fuerte asociación entre anemia y edad ( $\chi^2 = 30,31$ ; gl = 3 p < 0,001).

**Conclusiones:** El International Nutrition Anemia Consultive Group (INACG) considera la prevalencia de anemia entre el 10-39% como de magnitud moderada. Los resultados de este estudio revelan que la magnitud de la anemia es la misma en los diferentes grupos de edad. Los números presentan significado especial ante el conocimiento de que niños anémicos presentan desempeño escolar más bajo. Por otro lado, muchos de los que no tuvieron el derecho de acudir a la escuela presentaran reducida capacidad intelectual y para el trabajo. Estas informaciones ganan particular relevancia a la hora de definir las prioridades. El dilema puesto se refiere al derecho fundamental de equidad en salud. En este tema hay que considerar por un lado, el contexto de desigualdades sociales que supera la capacidad de intervención del sector salud y, por otro el papel de los profesionales de salud pública ante la definición de estrategias de intervención de alcance a los diferentes grupos.

84

**DESARROLLO Y DIFUSIÓN DE UN PROGRAMA INNOVADOR DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO: CLASE SIN HUMO (SMOKE-FREE CLASS)**

M. Nebot, M. Ballestín, P. López, E. Domenech, J. Zabala, F. Gómez, R. Basterra, I. García y C. Ariza

*Servicio de Promoción de la Salud. Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona.*

**Objetivos:** Describir las características del programa de prevención del tabaquismo en escolares Clase Sin Humo (Smoke-free Class), así como el proceso de difusión del programa entre 1997 y 2001, y la evaluación del programa por el profesorado.

**Métodos:** El programa Clase Sin Humo es un programa europeo de prevención del tabaquismo dirigido a escolares de primer ciclo de enseñanza secundaria obligatoria (entre 12 y 14 años), y se basa en el compromiso colectivo de toda la clase en mantenerse sin fumar durante un periodo establecido del curso escolar. Durante este periodo se realiza un seguimiento por parte del tutor, y se promueven actividades complementarias relacionadas con el tabaquismo. Al finalizar el periodo, las clases que han conseguido llegar hasta el final optan a una serie de premios locales, nacionales e internacionales. En algunos de los países participantes, entre ellos España, se otorga un premio al mejor eslogan de prevención del consumo de tabaco. El premio internacional consiste en un viaje de la clase ganadora a alguno de los países participantes. Además, en 1999-2000 una clase de cada país fue seleccionada para participar en un encuentro de jóvenes que se organizó en Berlín en junio de 2000.

**Resultados:** El programa se puso en marcha en el curso 1997-1998 en 7 países europeos, entre ellos España, obteniendo la participación de 96.000 escolares pertenecientes a 1.040 escuelas. En el curso 2000-2001, han participado 4.014 escuelas, con un total de 375.000 escolares, convirtiéndose en el programa de prevención del tabaquismo de mayor cobertura de Europa. En España, participaron en el primer año 2.468 escolares de Barcelona, mientras que en el cuarto año el programa se ha extendido a Cerdanyola, Vitoria y la provincia de Córdoba, alcanzando una participación de 8.554 escolares. En 1998-1999 se realizó un cuestionario de evaluación entre los docentes. Entre los resultados destaca la elevada utilidad global del programa (7/10), el apoyo obtenido por los propios compañeros (73,8%) y la dirección del centro (91,1%). Un 52,3% de los tutores realizaron actividades complementarias de prevención del tabaquismo en el marco del programa.

**Conclusiones:** El programa Clase Sin Humo ha obtenido una buena aceptación y valoración en las escuelas, y puede facilitar la adopción o dinamización de otras actividades de prevención del tabaquismo entre las escuelas, además de incorporar una dimensión europea a las mismas.

86

**LA INVESTIGACIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL MEDIANTE IGUALES. LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO EUROEXCLUDES**

R. García-Martín, J.C. March-Cerdá, P. Gutiérrez-Cuadra, M. Romero-Vallecillos

*Proyecto financiado por la Unión Europea.*

**Objetivos:** Conocer la opinión de los entrevistadores y entrevistados del proyecto EUROEXCLUDES acerca del desarrollo de su trabajo de campo, desde un punto de vista metodológico. Los objetivos del euroexcludes son: Conocer los estilos de vida de usuarios de drogas ilegales en situación de exclusión social (la exclusión social la entendemos no únicamente como *insuficiencia de ingresos*, sino que su manifestación se realiza en ámbitos como la *vivienda, la educación, la salud y el acceso a los servicios*), por ser este un colectivo con alto riesgo de contagio del vih/sida, y Realizar actividades de prevención de vih/sida y de información acerca de recursos socio-sanitarios.

**Métodos:** El ámbito de estudio fueron 7 ciudades europeas (Sevilla, Granada, Viena, Dublín, Atenas, Colonia y Bruselas) Los entrevistadores provenían en cada uno de los países de ONGs que trabajaban en el campo de las drogodependencias y/o tenían una historia pasada de problemas relacionados con la drogodependencia. Fueron elegidos por ser "iguales" de las personas entrevistadas.

**Perfil de los entrevistados:** Consumidores de drogas ilegales (heroína y/o cocaína o alguno de sus derivados) durante el último año en situación de exclusión social. La selección de las personas con el perfil objeto de este estudio se hizo en dos fases: identificación de zonas donde era más frecuente hallar a individuos del perfil objeto de estudio, a través de informantes claves, centros de servicios sociales, ayuntamiento, e identificación de los consumidores de drogas ilegales durante el último año.

**Dimensiones de la formación** (Curso de agentes de salud): Localización potenciales entrevistados. Aproximación y contacto. Información sobre la investigación (objetivos, técnica de recogida de la información, muestreo, el papel de la entrevista en la investigación, la entrevista, el cuestionario, la guía de la entrevista, el desarrollo de las entrevistas (presentación, sobre la aprobación y desaprobarción de las respuestas, sobre las relaciones personales con el entrevistado), el material del entrevistador. Manejo de situaciones problemáticas y posibles preguntas que pueden hacerse los entrevistados). Revisión de la entrevista. Feed-back por parte de los encuestadores. Propuestas del equipo encuestador.

**Resultados:** La técnica de iguales es la más apropiada para estos estudios según los entrevistados al comentar que "para hacer estas encuestas es una persona que entienda bien el rollo de estas personas, si no haces dos encuestas y nada más...", "...porque siempre si a una persona la metes en un sitio desconocido va a tener muchos más problemas que uno que lo conoce", "...pero que muchas palabras puede que no las conozcan (entrevistadores no-iguales), por mucho interés que tengan por esos temas". De todas formas, los entrevistadores plantearon como problemas la longitud del cuestionario, la necesidad de variar la aproximación en función de los entrevistados, la necesidad de aislar al entrevistado de su mundo, el variar la estrategia en función de la zona y sus características culturales, la necesidad de explicar la investigación y la institución que la realiza, la dificultad en algunos grupos de algunas preguntas, la necesidad de controlar la zona y de tener precauciones, .....

Las opiniones de los entrevistadores sobre los entrevistados son del tipo: "Yo lo que he observado es que desde fuera se ve a un yonki y parece que todos son malos, pero si hiciéramos un porcentaje hay un uno por ciento nada más... Los demás son todos puro corazón, pura nobleza, porque es que como lo tienen todo perdido para ellos, cuando ven que alguien les pregunta, les habla...ves tú ahí la persona real. Ellos deseaban hablar con alguien y contarle sus historias".

87

### INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LOS UTENSILIOS Y DE MÉTODOS INNOVADORES EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS DESTINADO A LAS COMUNIDADES DE INMIGRANTES: ENTREVISTAS EN GRUPO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA VIDEOGUÍA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN COMUNIDADES INMIGRANTES

J. Gómez i Prat, M. Ros Collado, A. Mawa Ndiaye, H. Ouarab, K. Djibaou, S. Raja y M. Saravaya

*Unitat de Malalties Tropicals, Importades i Vacunacions Internacionals.*

**Objetivos:** Definir barreras entre los profesionales de la salud y los inmigrantes en relación a la prevención de la tuberculosis, con el objetivo final de realizar una videoguía y proponer otras estrategias innovadoras en el campo de la prevención.

**Métodos:** Se trabajó con el colectivo de los sanitarios y el colectivo de los inmigrantes. Con el personal sanitario se realizó una sesión de metaplan. Con los inmigrantes, se trabajó con diferentes colectivos, de los cuales se escogió una muestra de variación máxima, haciendo una estratificación en función de las áreas geográficas de procedencia, para finalmente realizar entrevistas estructuradas en grupo.

**Resultados:** Entre el personal sanitario resalta un énfasis en tratar temas como la diferencia entre infección y enfermedad, transmisión, clínica, tratamiento, así como una creencia de percepción de poco riesgo por parte de los inmigrantes y definen la barrera idiomática como uno de los problemas principales. Ya con los inmigrantes un porcentaje elevado ha oído hablar o conoce la tuberculosis y aproximadamente la mitad tienen la sensación de riesgo, los que no la tienen entendemos que podría ser, por desconocimiento, o como en el caso de las personas de Europa del Este por creer que la vacuna los protege. En relación a la transmisión, menos de la mitad saben que la transmisión puede ser de persona enferma o persona sana, y entre estos algunos no saben que después de un tiempo iniciado el tratamiento ya no transmiten. De entre los diferentes tipos de transmisión se observan muchos que realmente no son, como contacto por la saliva. En relación a quien puede enfermar se mezclan factores condicionantes de infección con factores condicionantes de enfermar. En relación con el test tuberculínico, un gran número no saben lo que es, y los que lo saben creen que significa estar enfermo, hay un desconocimiento total de que significa estar infectado. En relación al tratamiento, la gran mayoría sabe que se trata, aunque en el África Subsahariana encontramos un número razonable que creen que no se trata, indicando la medicina tradicional como alternativa, y en el Magreb algunos no conocen y otros creen que no hay tratamiento.

**Conclusiones:** La metodología seguida para llegar a la consecución de un material informativo sobre tuberculosis, en el caso una videoguía, fue satisfactorio en el sentido que nos dio una base real de las percepciones de los diferentes colectivos implicados en el control y la prevención de la tuberculosis para después poder utilizar en el guión de la videoguía, aunque precisaría una serie de modificaciones. Asimismo, indica a la figura del Agente de Salud como punto clave en la prevención y control.

## MESA DE COMUNICACIONES EN PÓSTER IV

### Calidad asistencial

88

### PROYECTO UNIVERSIDAD SALUDABLE. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL TABAQUISMO. RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE ACTITUDES ANTE MEDIDAS RESTRICTIVAS

J. De Irala<sup>1</sup>, M.J. Duaso<sup>2</sup>, N. Canga<sup>2</sup>, I. Serrano, I. Aguinaga<sup>2</sup>, J. Santamaría<sup>3</sup>, M.A. Martínez-González<sup>1</sup> y P. Cheung<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Medicina; <sup>2</sup>Escuela Universitaria de Enfermería y <sup>3</sup>Química y Edatología, Universidad de Navarra. <sup>4</sup>Centre for Health Studies, University of Durham, UK.

**Objetivos:** El objetivo del proyecto *Universidad Saludable* es promocionar estilos de vida saludables en la Universidad de Navarra. Se ha comenzado con el tabaquismo por su relevancia sanitaria. Antes de iniciar un programa de deshabituación y de implantar medidas restrictivas en nuestra universidad se ha realizado un estudio de la situación actual en los empleados de la misma.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con los trabajadores de la Universidad de Navarra. Los sujetos participantes fueron escogidos al azar, con la ayuda de un listado de números aleatorios generados por el programa EpiInfo, y de una lista de empleados correspondiente a la guía telefónica de la Universidad donde están presentes la practica totalidad de los trabajadores. La población diana consistió en los 1.923 trabajadores del campus de Pamplona (se excluyeron los 1.438 empleados de la Clínica Universitaria de Navarra). Para la estimación del tamaño muestral se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: prevalencia esperada del 32,5%, precisión del 3%, error  $\alpha$  de 0,05. Estos supuestos exigen un tamaño muestral mínimo suficiente de 630 individuos. Se escogió una muestra de 642 sujetos. Los empleados seleccionados rellenaron un cuestionario validado que valoraba diferentes aspectos relacionados con el tabaquismo (prevalencia, exposición al tabaquismo ambiental, actitudes ante el tabaquismo en el trabajo y ante medidas restrictivas, dependencia a través del test de Fagerström, y Estadios de Cambio de Prochaska). Para la determinación del tabaquismo ambiental, se han tomado medidas en continuo con un monitor automático de partículas, para el análisis de las fracciones PM<sub>10</sub>, PM<sub>2.5</sub> y PM.

**Resultados:** El 47% de los que respondieron refieren que el humo de tabaco dentro de la universidad, les molesta a veces; mientras que el 24,8% refieren las mismas molestias a menudo. El 91,2% de los que respondieron afirmaron que el humo de tabaco es perjudicial para su salud. El 82,2% afirmaron que aceptarían una política más restrictiva que la actual (prohibición en bibliotecas y aulas). Esta proporción oscilo desde el 57,4% en fumadores hasta el 86,4% en no fumadores. El 52,8% de los fumadores afirmaron preferir que los empleados lleguen a un acuerdo entre ellos sobre dónde y cuando estaría permitido fumar mientras que el 52,6% de los no fumadores opinaban que fumar no debería estar permitido en el lugar de trabajo excepto en las áreas designadas a tal efecto. De modo global esta última opción fue la más escogida ya que casi la mitad (el 47,5%) la prefirieron.

**Conclusiones:** Existe un apoyo mayoritario de los empleados a favor del aumento de medidas restrictivas del tabaquismo.

### QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: VISÃO DE USUÁRIOS, FUNCIONÁRIOS E GERENTES EM MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL

E. Siqueira<sup>1</sup>, I. Veras<sup>1</sup>, A.P. Pereira<sup>1</sup>, I. Krueze<sup>2</sup>, A. Diniz<sup>2</sup> e M.L. Vázquez<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Instituto Materno Infantil de Pernambuco; <sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco; <sup>3</sup>CHC Consultoria e Gestão/Institute for Health Sector Development.

**Objetivos:** Analisar os diversos enfoques sobre a qualidade dos Serviços de Saúde segundo os seus usuários, funcionários e gerentes dos municípios do Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe situados no Nordeste.

**Métodos:** Trata-se de parte de um estudo sobre barreiras e oportunidades para participação do usuário no controle de qualidade dos serviços de saúde. Os dois municípios envolvidos nesta pesquisa foram definidos por seus avanços na reforma sanitária e contraste apresentado na densidade populacional (urbana e rural). Na 1ª fase do projeto foi realizado um estudo qualitativo mediante observações semi-estruturadas individuais, informantes-chaves e grupos focais de discussão num total de 94 entrevistas. Na 2ª fase, o estudo utilizado foi o quantitativo mediante aplicação de inquérito domiciliar entrevista estruturada apenas para os usuários dos serviços (1590) para avaliação do comportamento social. Para obtenção dos resultados foram utilizados os métodos de análise de conteúdo e análise bivariada. O programa estatístico foi SPSS 10.1.

**Resultados:** Observou-se que para os 3 segmentos estudados três pontos foram referidos: poder de resolatividade, humanização do serviço e infra estrutura. Para o segmento dos usuários, dos municípios de Camaragibe e do Cabo, de maneira similar um serviço de boa qualidade está relacionado prioritariamente na relação interpessoal desde a recepção até o atendimento por parte do médico. Já para os funcionários a ênfase dada foi nas condições de trabalho e no relacionamento entre os colegas, enquanto que para os gerentes importa não só a infraestrutura e a diversificação de especialidades como também o grau de resolatividade no serviço. Na descrição de um serviço de má qualidade os três segmentos foram unânimes em citar a falta de qualidade técnica da assistência prestada e o trato humano nas relações. O inquérito quantitativo revelou que grande parte dos usuários (71,2%) definiu como serviço de boa qualidade aquele que oferece um bom atendimento, pessoal de saúde e médicos competentes. Como serviço de má qualidade, 62,0% dos usuários, definiu o mau atendimento e a ignorância do pessoal de saúde.

**Conclusiones:** Um serviço de boa qualidade foi caracterizado com três enfoques: para os usuários foi priorizada a relação interpessoal, para os funcionários as condições de trabalho e para os gerentes o grau de resolatividade. Para a má qualidade houve unanimidade quanto à falta de qualidade técnica da assistência prestada e ao mau trato nas relações humanas.

89

90

**PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL: VISÃO DO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE**I. Veras<sup>1</sup>, A.P. Pereira<sup>1</sup>, I. Kruze<sup>2</sup>, A. Diniz<sup>2</sup>, B. Kruse<sup>1</sup>, E. Siqueira<sup>1</sup> e M.L. Vázquez<sup>3</sup><sup>1</sup>Instituto Materno Infantil de Pernambuco; <sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco; <sup>3</sup>CHC Consultoria e Gestão/Institute for Health Sector Development.**Objetivos:** Conhecer a opinião do Conselheiro acerca de sua participação e a do usuário no controle da qualidade do sistema de saúde nos municípios do Cabo de Santo Agostinho e de Camaragibe. (Pernambuco).**Métodos:** Trata-se de parte de um estudo sobre barreiras e oportunidades para participação do usuário no controle de qualidade dos serviços de saúde. Os dois municípios envolvidos nesta pesquisa foram definidos por seus avanços na reforma sanitária e contraste apresentado na densidade populacional (urbana e rural). Na 1ª fase do projeto foi realizado um estudo qualitativo mediante observações semi-estruturadas individuais, informantes chave e grupos focais de discussão num total de 94 entrevistas. Na 2ª fase, o estudo utilizado foi o quantitativo mediante aplicação de inquérito domiciliar entrevista estruturada apenas para os usuários dos serviços (1590) para avaliação do comportamento social. Para obtenção dos resultados foram utilizados os métodos de análise de conteúdo e análise bivariada. O programa estatístico foi SPSS 10.1.**Resultados:** O inquérito qualitativo mostrou que a maioria dos Conselheiros compreendem participação de saúde como a busca da melhoria dos referidos serviços. Eles reconhecem que a participação do usuário exerce influência no controle da qualidade dos serviços de saúde. Os conselheiros enquanto membro do CMS, atuam como veículo desta participação mediante queixas levadas ao CMS, visita aos Serviços de Saúde e reuniões nas entidades comunitárias. O inquérito quantitativo sinalizou que, 42,3% dos usuários entrevistados informaram ter conhecimento da existência do CMS, destes, 55% não souberam responder para que serve o CMS.**Conclusiones:** Os CMS dos municípios estudados estão estruturados e atuais. Os conselheiros são unânimes em afirmar que o usuário pode influenciar no controle da qualidade dos serviços de saúde, embora, os dados quantitativos mostrem que os CMS não estão sendo utilizados como veículo de participação pela grande maioria da população por desconhecimento do mesmo.**ESTIMACIÓN DEL PUNTO DE CORTE DE LA ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA (EVA)**

C. Tomás, E.M. Andrés\*, L.A. Moreno, C. Germán y C. Iñiguez\*\*

E.U. Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza. \*Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación, Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de Aragón. \*\*IVESP.

**Objetivos:** Establecer el punto de corte para el cuestionario EVA, con el fin de realizar el diagnóstico del déficit de autonomía, en personas mayores de 75 años.**Métodos:** Se realizó un estudio transversal de la población de mayores de 75 años de la Zona Básica de Salud "Sta. Lucía", correspondiente al casco antiguo de Zaragoza capital, en el año 1997. Para la selección de la muestra se tomó como referencia la tarjeta sanitaria. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo, teniendo en cuenta tres grupos de edad: de 75-79, de 80-84 y más años. Para el establecimiento del punto de corte se han aplicado varios métodos: 1) curvas ROC, mediante las cuales hemos logrado obtener un punto de corte para cada aspecto de EVA haciendo referencia a unas escalas de referencia: el índice de Katz, la escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody; 2) análisis Cluster utilizando métodos jerárquicos y 3) análisis de componentes principales para variables nominales. A diferencia del primer caso, en estos dos últimos métodos, no hemos tenido que apoyarnos en ninguna escala existente.**Resultados:** Con el primer método (curvas ROC) obtenemos los siguientes resultados: tomando como referencia Katz, EVA personal (EVAP) clasifica como no autónomos a aquellos individuos con una puntuación  $\leq 3$  y EVA sensorial (EVAS)  $\leq 1$ ; tomando como referencia Barthel, EVAP clasifica como no autónomos a aquellos individuos con puntuación  $\leq 6$  y EVAS  $\leq 1$ ; finalmente, utilizando Lawton obtenemos un punto de corte para EVA ambiental (EVA) de cero para no autónomos. Con el segundo método (Análisis Cluster por métodos jerárquicos) tenemos unos puntos de corte para no autónomos y para las escalas EVAP, EVAS y EVAA de  $\leq 9$  (91,5%),  $\leq 5$  (93,2%) y  $\leq 4$  (72,5%), respectivamente. Finalmente, para el tercer método (Análisis de Componentes para variables nominales) se han obtenido para no autónomos y para las escalas EVAP, EVAS y EVAA un punto de corte de  $\leq 10$ ,  $\leq 6$  y  $\leq 8$  respectivamente.**Conclusiones:** Con las distintas metodologías se obtienen resultados distintos. En primer lugar, cuando utilizamos curvas ROC, tenemos que tener en cuenta que estamos tomando como referencia una escala ya definida para obtener el punto de corte de la nuestra, con lo que los resultados dependen de la referencia tomada. Con los otros casos, los resultados son más similares, siendo en el último de ellos los puntos de corte algo mayores que en el segundo.

92

91

**MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN LOS HOSPITALES DE MURCIA. 1996-2000**

J.E. Calle Urra\*, M. Gutiérrez Martín\*, P. Parra Hidalgo\*, P. Rodríguez Martínez\* y J. Ródenas Checa\*\*

\*Consejería de Sanidad y Consumo. \*\*Hospital Virgen de la Arrixaca.

**Objetivos:** Estudiar el porcentaje de partos complicados y su distribución por grupos de edades, análisis de las principales complicaciones obstétricas y de su incidencia en la estancia media, cálculo de las razones de complicaciones estandarizadas para los distintos hospitales.**Métodos:** Ha sido estudiado el CMBD 1996 a 2000 de 6 hospitales de Murcia. Como criterios de calidad de los datos analizados se han utilizado los indicadores % altas informadas/total, % partos informados/total y % cesáreas informadas/total, exigiéndose un nivel mínimo de cumplimentación del 85% en cada uno de ellos. Se han descartado las bases de datos de 1996 en uno de los centros, la de 1999 en otro, y las de 1998 y 2000 en un tercero. Ha sido elaborado el indicador  $n^{\circ}$  de partos complicados/ $N^{\circ}$  partos\*100.**Resultados:** El porcentaje de partos complicados fue de 2,76 para el período 1996-2000, oscilando entre el 1,35 de uno de los centros y el 6,54 de otro. Dicho porcentaje ha sufrido un incremento a lo largo de los años, habiendo pasado del 2,13% del 96 al 3,38% del 2000 (razón de tasas de 1,59,  $p < 0,001$ ). La tasa de complicaciones por 100 partos fue de 2,79 para el período 96-2000. Por grupos de edades el mayor porcentaje lo presentaban las de 19 o menos años con el 3,06% y las de 30-35 años con el 2,91%. Las complicaciones del parto ocupaban el primer lugar con el 82,27% de los casos, y dentro de ellas lo más frecuente eran los trastornos hemorrágicos (69,57% del total de complicaciones) seguidos de las complicaciones por anestesia u otro tipo de sedación durante el parto (7,68%) y el trauma en perineo y vulva en período expulsivo (4,05%). Las complicaciones del puerperio eran menos frecuentes y supusieron el 17,73% del total, destacando dentro de ellas la infección puerperal grave con el 9,49% de los casos, la rotura de herida perineal (4,61%) y la rotura de herida de cesárea (3,07%). Dos de los hospitales presentaban razones de complicaciones estandarizadas superiores a la Regional, siendo inferiores en los otros casos.**Conclusiones:** Las complicaciones obstétricas son prevenibles en gran parte a través de unos cuidados prenatales y obstétricos adecuados. Las mayores tasas de complicaciones se presentan en los partos en las menores de 20 años y en las mayores de 30, lo que coincide con otros estudios sobre mortalidad materna. Para el período de tiempo analizado la estancia media pasó de 4,23 días para los casos no complicados a 7,05 para los complicados lo cual supuso 3996 días de estancia adicionales. Los problemas de la calidad de la información recogida en el CMBD pueden ser un obstáculo en la interpretación de los hallazgos obtenidos.**DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA ASISTENCIA AL PROCESO CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.**M.J. Pérez Lozano<sup>1</sup>, I. Marín León<sup>2</sup>, J.R. Lacalle Remigio<sup>3</sup>, E. Briones Pérez de la Blanca<sup>4</sup> y A. Reyes Domínguez<sup>2</sup>, en nombre del grupo GRECA.<sup>1</sup>Hospital V. Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Hospital V. Valme, Sevilla. <sup>3</sup>Dpto. Ciencias Sociosanitarias-Universidad de Sevilla. <sup>4</sup>Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.**Objetivos:** Medir la satisfacción con la asistencia recibida en pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en 3 hospitales públicos de Sevilla, mediante un cuestionario elaborado y validado para tal fin.**Métodos:** 1) Sujetos del estudio: pacientes atendidos por el proceso cardiopatía isquémica. 2) Cuestionario: constituido por 29 preguntas, 27 de las cuales recogen la información en escalas Likert de 5 niveles, 1 abierta para comentarios libres y 1 dicotómica. Administración telefónica por personal entrenado. 3) Validación: se utilizó el Alfa de Cronbach, para estudiar la consistencia interna y un análisis factorial (Componentes Principales) para evaluar la validez de construcción.**Resultados:** 1) Características de la muestra: el cuestionario se administró a 512 sujetos, 315 de los cuales eran varones (61,5%). La media de edad se situó en 64,45 (Desv. Típ 11,19). 2) Resultados del análisis factorial: se obtuvieron 8 escalas: Eficacia científico-técnica, Continuidad de cuidados, Información recibida, Consentimiento informado, Demora en urgencias, Equipo profesional de referencia, Delegación en los médicos, Tiempos de asistencia.**Conclusiones:** El cuestionario mostró una buena factibilidad y validez. Las escalas en que se resume la información sobre este tópico concuerdan con el conocimiento disponible sobre esta materia y muestran la diversidad de aspectos que conforma la relación del usuario con el medio sanitario a lo largo del proceso asistencial, en un problema de salud de estas características. En general el nivel de satisfacción de los pacientes es elevado. Las encuestas de satisfacción telefónicas son factibles en usuarios con esta patología y suponen una herramienta útil para mejorar la calidad y los resultados de la asistencia sanitaria.

93

94

**CONTROLE DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO NORDESTE DO BRASIL: UMA VISÃO DE GERENTES E FUNCIONÁRIOS**I. Kruze<sup>2</sup>, A. Diniz<sup>2</sup>, B. Kruse<sup>1</sup>, E. Siqueira<sup>1</sup>, I. Veras<sup>1</sup>, A.P. Pereira<sup>1</sup> e M.L. Vázquez<sup>3</sup><sup>1</sup>Instituto Materno Infantil de Pernambuco; <sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco; <sup>3</sup>CHC Consultoria e Gestão/Institute for Health Sector Development.

**Objetivos:** Conhecer a opinião dos gerentes e funcionários dos serviços de saúde sobre a participação e a capacidade de influenciar no controle de qualidade dos serviços de saúde nos municípios de Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe. (Pernambuco).

**Métodos:** Trata-se de parte de um estudo sobre barreiras e oportunidades para participação do usuário no controle de qualidade dos serviços de saúde. Os dois municípios envolvidos nesta pesquisa foram definidos por seus avanços na reforma sanitária e contraste apresentado na densidade populacional (urbana e rural), sendo realizado um estudo qualitativo mediante observações semi-estruturadas individuais, opinião de informantes-chaves e grupos focais de discussão num total de 94 entrevistas. Para obtenção dos resultados foram utilizados os métodos de análise de conteúdo e análise bivariada. O programa estatístico foi o SPSS 10.1.

**Resultados:** Na visão do gerente, a participação social envolve um mecanismo de integração entre funcionários e comunidade para que possa decidir e gerar mudanças; já os funcionários acreditam que é necessário antes conhecer e discutir os problemas existentes na comunidade para que possa haver integração e provocar mudanças. Observou-se, quando referida a participação social nos serviços de saúde, que não houve mudanças no entendimento conceitual. Tanto para gerentes e funcionários, os usuários têm poder de melhorar a qualidade dos Serviços de Saúde quando a ação é exercida de forma coletiva. No que diz respeito ao encaminhamento das queixas e sugestões referidas pelos usuários identificou-se o limite dado pelo nível de hierarquia entre gerentes e funcionários. Para os gerentes, a solução e a implementação das sugestões estava ao alcance deles e só em caráter excepcional eram encaminhadas a uma instância superior; para os funcionários ficou evidente que cabia a eles apenas o encaminhamento sem nenhum poder de implementação. **Conclusões:** Embora as visões dos dois segmentos analisados fossem semelhantes, no ponto de vista operacional ficou demonstrado para cada um o papel definido pela função que exercia dentro da instituição, ou seja, ao funcionário cabia o papel de mediador e ao gerente o papel decisório.

96

**BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LOS PROGRAMAS DE SESIONES DOCENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Comisión de Formación e Investigación. Responsables de formación. INSALUD. Atención Primaria. Áreas 2 y 5. Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar oportunidades de mejora de los programas de sesiones en el Área Sanitaria. El análisis se realiza durante el segundo trimestre de 2001 y forma parte de un proyecto que pretende impulsar la participación en las sesiones y mejorar su potencial educativo, considerado altamente predictivo de buenos resultados sobre la práctica asistencial.

**Métodos:** El análisis de causas se realizó mediante un diagrama de Ishikawa y giró en torno a la participación en las sesiones. En una primera fase se clasificaron las causas en cinco categorías: circuito de información, organización, profesionales, recursos materiales y otras. Posteriormente se agruparon en: causas de solución directa, causas que requieren estudio y causas que requieren notificación. Finalmente se abrió un turno de propuesta de soluciones. Previamente se convocó a los responsables de formación de cada unidad asistencial para explicar esta herramienta. También se facilitaron instrucciones escritas. Se realizó un seguimiento telefónico para aumentar las respuestas.

**Resultados:** Tres unidades no intervienen por no tener tradición en programas de sesiones. Del resto participan el 63,1% (24 unidades). El 58% urbanas. En el análisis posterior, se decide agrupar los motivos atribuibles al circuito de información y a la organización interna. En esta categoría, por orden de frecuencia, las causas son: horario inadecuado, debido a equipos con jornada de mañana y tarde, dispersión geográfica, atención continuada y cansancio al final de la jornada; falta de recepción de información, difundida en tablones de anuncios y reuniones; contenidos poco adecuados, en los que como causas secundarias se cita falta de estudio de necesidades o problemas del trabajo cotidiano y contenidos muy teóricos; falta de programación con suficiente antelación. Las soluciones propuestas son: el estudio del horario más adecuado, algunos plantean la primera hora de la mañana; convocar por escrito individualmente; estudio y priorización de los problemas clínicos diarios y programar un calendario con suficiente antelación. Varias unidades plantean establecer una frecuencia mínima de entre 0,5 y 4 sesiones al mes y consideran necesario reservar días intercalados para tratar casos clínicos u otros problemas. Entre las causas atribuibles a los profesionales, está la escasa motivación, que en ocasiones se relaciona con la ausencia de Médicos Residentes. También se mencionan la escasa participación de determinados colectivos; las diferentes necesidades de formación; la interferencia de problemas de trabajo pendientes de solución y la ineficaz distribución del tiempo de trabajo. Los mecanismos de incentivos planteados son: días sustituidos para formación; premiar y publicar la mejor sesión; incluir estas actividades en el contrato de gestión e impulsar la carrera profesional. También se plantea como estímulo aumentar las sesiones impartidas por especialistas de referencia y la asistencia obligatoria. Otras soluciones son la docencia sobre cómo conducir sesiones, implicar más a los colectivos menos participativos y formar grupos homogéneos según necesidades. En recursos materiales las causas son: falta de acceso a información para preparar sesiones (internet, libros, revistas); falta de medios audiovisuales, sobre todo de cañón de proyecciones; y falta de actualización de los protocolos. Las soluciones son: formación y dotación informática con conexión a internet; dotación de material bibliográfico; actualizar los protocolos y estudiar la compra de un cañón de proyección. Se opta por potenciar la formación individual facilitando el acceso a internet, sería especialmente útil en zonas con gran dispersión. Entre los motivos relacionados con aspectos de la organización externa al grupo de profesionales donde se realiza la reflexión destacan, la presión asistencial y la escasa accesibilidad a docentes procedentes de otros centros de atención primaria, especializada o de otras instituciones. Otros motivos son, no considerar las sesiones prioritarias; saturación de actividades de formación promovidas por diversas instituciones; dependencia de la industria farmacéutica y no ser invitado a las sesiones organizadas por otros colectivos. Asimismo, algunos colectivos manifiestan su dificultad para encontrar salas libres. En cuanto a soluciones se proponen: notificar la sobrecarga asistencial; estudiar las listas de espera; realizar sesiones entre varios centros; llegar a acuerdos con los especialistas de referencia y otras instituciones; rotatorios en hospitales; contar con una sala propia y unificar las directrices de formación entre las diferentes instituciones implicadas.

**Conclusiones:** Las principales causas de la menor participación en las sesiones son la motivación, la presión asistencial y los horarios inadecuados. Las soluciones que más se repiten son programar y anunciar un calendario de sesiones con suficiente antelación; estudiar mecanismos de incentivos y facilitar la colaboración interinstitucional y con especialistas de referencia. Aunque la práctica de sesiones financiadas por la industria farmacéutica está en auge sólo se ha detectado una opinión sobre este tema que ha sido desfavorable. La distribución de oportunidades entre categorías es satisfactoria, no predominan en exceso las causas o soluciones externas a los grupos de reflexión. La información obtenida permite cuidar aspectos facilitadores y reforzantes de los programas de sesiones, que sin duda aumentarán la efectividad de estas intervenciones educativas.

95

**CONTRIBUCIÓN DE LA ACREDITACIÓN A LA MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD: VALIDEZ EXTERNA DE CRITERIOS Y ESTÁNDARES EN UN PROGRAMA SANITARIO**

A. Calvo Pardo\*\*, J.I. Castaño Lasasa\*, J. Callau Puente\* y A. Sicilia Ruiz\*

\*\*Servicio Aragonés de Salud. \*INSALUD.

**Objetivos:** Analizar las principales metodologías de acreditación existentes y valorar las que mejor se adapten a los Programas de detección precoz de cáncer de mama, dentro del Sistema Sanitario Español. Comprobar que la metodología elegida es aplicable a estos Programas

**Métodos:** Tras analizar las ventajas e inconvenientes que supone la aplicación de distintas metodologías de acreditación (normas ISO, EFQM y Joint Commission) a los Programas de detección precoz de cáncer de mama, se concluye la conveniencia de elaborar un Manual de Acreditación propio, basado en la metodología de la Joint Commission.

**Resultados:** El manual elaborado parte del concepto de *función* y de la definición de una serie de *criterios* o declaración de expectativas y de *estándares* o niveles esperados de éxito. Los 72 criterios elaborados se distribuyen en tres funciones: *funciones centradas en la población diana*, *funciones centradas en la organización y estructuras con funciones*. Se establece una escala de 1 a 5 para cada criterio, considerando 1 como el óptimo. Como anexos se introducen unos *indicadores básicos de funcionamiento* y una *orientación sobre las fuentes de evidencia*. Finalmente se añade una tabla con la fórmula para *ponderar el nivel de cumplimiento* de cada criterio, creando *reglas de decisión*. El incumplimiento de algún criterio con el suficiente peso específico puede, por sí solo desacreditar todo el Programa o únicamente disminuir la valoración general del mismo.

**Conclusiones:** El manual de elaboración propia, adaptado de la metodología de acreditación de la Joint Commission, puede aplicarse a los Programas de detección precoz de cáncer de mama, lo que se pone de manifiesto tras validarlo externamente en uno de ellos. La aplicación del manual supone un instrumento de mejora de la calidad global, un incentivo para los profesionales implicados y una señal de prestigio para el programa.

97

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS DURANTE SU INGRESO EN UN HOSPITAL**

L. Maceiras y C. Cadarso

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Vigo. Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Santiago de Compostela.

**Objetivo:** Conocer la satisfacción de los usuarios con los cuidados recibidos durante su ingreso en el Hospital Juan Canalejo (HJC) de A Coruña.

**Métodos:** Estudio observacional transversal. Población origen de la muestra: personas ingresadas en el HJC y dadas de alta entre el 1 y el 31 de septiembre de 1995. Se extrajeron por muestreo aleatorio estratificado proporcional 200 sujetos, con un error de predicción del 4% y un nivel de confianza del 95%. Se les realizó una entrevista telefónica en la primera semana de noviembre, con un cuestionario de preguntas cerradas, cuyas respuestas estaban valoradas según una escala de tipo Likert. Se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales.

**Resultados:** 200 respuestas: estuvieron globalmente 'satisfechos' con la asistencia recibida 183 (91,5%), sólo 'regular' 7 (3,5%), 'no' lo estuvieron 1 (0,5%) y NS/NC 9 (4,5%). El 'índice de satisfacción global' fue 4,7 (en una escala de 1 a 5). El peso de las variables, de mayor a menor, se estructuró de la siguiente manera: trato recibido al llegar (0,9283), acuerdo con el ingreso en el HJC (0,9050), información recibida sobre su problema de salud (0,8533), indicaciones al alta (0,8250), atenciones del personal médico (0,8236), atenciones del personal de enfermería (0,8050), atenciones del personal administrativo (0,6588), instalaciones del HJC (0,6525), atenciones de otro personal (0,6063) y explicación del funcionamiento del HJC (0,4888).

**Conclusiones:** Como en otros estudios realizados en hospitalización, cobra importancia el trato recibido, aunque aquí resulta novedoso que sea al llegar al hospital, eso hay que tenerlo en cuenta: la primera impresión y trato son fundamentales (coincide, y también la segunda variable, con los otros dos estudios, en consultas externas y urgencias, donde son las dos variables de más peso, pero invertidas). Lo mismo sucede con la información recibida, los usuarios quieren entenderla, y si se les explican las cosas bien, esto ayuda a mejorar el servicio (variable también importante en el estudio de urgencias). Las indicaciones al marcharse del hospital cobran importancia, como en el estudio de urgencias. Es novedosa la importancia del acuerdo con el ingreso, con respecto a otros estudios de hospitalización, probablemente esto mejora las expectativas de curación, y así influye positivamente, como vemos, en la satisfacción (es coincidente con los otros dos estudios, como explicamos al principio del párrafo). Hay que mejorar las explicaciones sobre el funcionamiento del HJC (teléfonos, visitas...), como en el estudio de urgencias. Llama la atención que en los tres estudios van parejos los tratos del personal de medicina y de enfermería, y en este orden; pero difieren en su importancia de otros trabajos en hospitalización, donde las dos variables de más peso de todo el estudio son la profesionalidad y el trato humano del personal.

98

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL**

L. Maceiras y C. Cadarso

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Vigo. Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Santiago de Compostela.***Objetivo:** Determinar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en las consultas externas del Hospital Juan Canalejo (HJC) de A Coruña.**Métodos:** Estudio observacional transversal. Población origen de la muestra: personas atendidas en las consultas externas del HJC entre el 1 y el 31 de septiembre de 1995. Se extrajeron por muestreo aleatorio estratificado proporcional 405 sujetos, con un error de predicción del 4% y un nivel de confianza del 95%. Se les realizó una entrevista telefónica en la primera semana de noviembre, con un cuestionario de preguntas cerradas, cuyas respuestas estaban valoradas según una escala de tipo Likert. Se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales.**Resultados:** 405 respuestas: estuvieron globalmente 'satisfechos' con la asistencia recibida 364 (89,88%), sólo 'regular' 12 (2,96%), 'no' lo estuvieron 9 (2,22%) y NS/NC 20 (4,94%). El 'índice de satisfacción global' fue 4,6296 (en una escala de 1 a 5). El peso de las variables, de mayor a menor, se estructuró de la siguiente manera: acuerdo con ir a la consulta del HJC (0,9407), trato recibido al llegar (0,9383), horario de consulta (0,8955), rapidez en atenderle una vez en la consulta (0,8848), atenciones del personal médico (0,7525), atenciones del personal de enfermería (0,7463), rapidez en atenderle desde que pidió la hora (0,7416), indicaciones al marcharse (0,7148), atenciones del personal administrativo (0,6908), instalaciones (0,6753), información recibida sobre su problema de salud (0,6356) y atenciones de otro personal (0,5673).**Conclusiones:** Volvemos a encontrar, al igual que en los otros dos estudios de satisfacción (urgencias en el mismo orden y hospitalización en orden invertido), en los dos primeros lugares el acuerdo con asistir a la consulta y el trato recibido al llegar, son importantes y hay que tenerlos en cuenta. Valoran positivamente el horario y la rapidez en atenderlos, una vez en la consulta (ésta similarmente al estudio en urgencias, en 4º lugar). Difiere de ellos, sin embargo, y mucho, la satisfacción con la información recibida, que se sitúa en penúltimo lugar en este estudio, quizá influya el hecho de tener menos tiempo para los usuarios de la consulta que para los hospitalizados, pero es obvio que esta falta de información o mal entendimiento de ella, van a influir en otras cuestiones, como es el cumplimiento tanto del tratamiento como de otras normas para mejorar su salud. Llama la atención que en los tres estudios van parejos los tratos del personal de medicina y de enfermería, y en este orden.

100

**CONTRATO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PARTO**A. Olaskoaga<sup>1</sup>, T. Martínez<sup>2</sup>, L. Fernández-Llebrez<sup>3</sup>, J. Rodríguez-Alarcón<sup>3</sup>, I. Echániz<sup>2</sup>, J. Guajardo<sup>2</sup>, M. González<sup>3</sup> y J. Muñiz<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Departamento de Sanidad Gobierno Vasco. <sup>2</sup>Hospital de Basurto. <sup>3</sup>Hospital de Cruces. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.***Objetivos:** Mejorar la calidad de la atención al parto en los hospitales públicos de Bizkaia a través de la incorporación al contrato-programa 2000 de compromisos basados en el consenso de los profesionales afectados.**Métodos:** Formación de un grupo de trabajo con responsables de los servicios de Obstetricia y Neonatología y directivos de los hospitales. En base a las recomendaciones OMS (1999) se acordó un total de 10 indicadores. Para fijar los objetivos la referencia fueron los resultados obtenidos en ambos hospitales en 1999 excepto para las cesáreas, en las que se adoptó el objetivo del Departamento de Sanidad para todo Osakidetza. La fuente de datos fue el registro informatizado que mantiene ambos hospitales para parto y puerperio. Se hizo una encuesta de satisfacción a las púerperas. Se midió los resultados obtenidos entre mayo y octubre.**Resultados:** En 2000 los dos hospitales evaluados realizaron 7.261 partos. El objetivo para las cesáreas (< 16%) fue alcanzado por ambos hospitales con 9,9% y 12,2%, en Cruces y Basurto respectivamente (reducción sobre 1999 de 24% y 31%). El objetivo de cesáreas de repetición (< 40%) se consiguió en ambos hospitales, con 29,3% y 24,4%. Para los partos vaginales en presentaciones de nalgas se fijó un mínimo del 35%, resultando 45,1% en Cruces (+14% sobre 1999) y 44,1% en Basurto (+169%). La morbilidad medida a través de Apgar y pH en arteria umbilical se mantuvo o mejoró en relación con años anteriores. La mortalidad perinatal fue de 10,12‰ en Cruces y de 5,74‰ en Basurto. En ambos la mortalidad neonatal precoz disminuyó respecto a 1999. Las episiotomías en partos no instrumentales se redujeron en un 9,1% (49,9%) y en un 14,7% (80,5%); el objetivo era la reducción del 10% sobre 1999. La medición del pH en arteria umbilical en más del 90% de partos se consiguió en los dos hospitales (98,7% y 96,1%). La eliminación de la rutina del enema se consiguió en los dos hospitales. El rasurado se redujo al 0% en Cruces y 2% en Basurto. La continuidad en el contacto madre-hijo durante la estancia hospitalaria se consiguió en los dos hospitales. El contrato programa 2001 incluye una revisión de la parrilla de objetivos de 2000; se introduce un objetivo de mejora de la satisfacción con trato e información.**Conclusiones:** Se ha alcanzado la práctica totalidad de los objetivos fijados. La implicación directa de los profesionales sanitarios en el diseño de contenidos del contrato programa ha resultado efectiva para la mejora de los indicadores de proceso y resultado en la asistencia al parto. La propuesta de colaboración y no de competencia entre los hospitales ha permitido establecer una línea de trabajo continua para la revisión anual de objetivos y resultados.

99

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL**

L. Maceiras y C. Cadarso

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Vigo. Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Santiago de Compostela.***Objetivo:** Describir la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios recibidos en el área de urgencias del Hospital Juan Canalejo (HJC) de A Coruña.**Métodos:** Estudio observacional transversal. Población origen de la muestra: personas atendidas en el servicio de urgencias del HJC entre el 1 y el 31 de septiembre de 1995. Se extrajeron por muestreo aleatorio estratificado proporcional 561 sujetos, con un error de predicción del 4% y un nivel de confianza del 97%. Se les realizó una entrevista telefónica en la primera semana de noviembre, con un cuestionario de preguntas cerradas, cuyas respuestas estaban valoradas según una escala de tipo Likert. Se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales.**Resultados:** 561 respuestas: estuvieron globalmente 'satisfechos' con la asistencia recibida 463 (82,53%), sólo 'regular' 31 (5,53%), 'no' lo estuvieron 20 (3,57%) y NS/NC 47 (8,37%). El 'índice de satisfacción global' fue 4,3701 (en una escala de 1 a 5). El peso de las variables, de mayor a menor, se estructuró de la siguiente manera: acuerdo con acudir a las urgencias del HJC (0,8925), trato recibido al llegar (0,8835), indicaciones al marcharse (0,7807), rapidez en atenderle (0,7344), información recibida sobre su problema de salud (0,7094), atenciones del personal médico (0,7019), atenciones del personal de enfermería (0,6912), atenciones del personal administrativo (0,6404), instalaciones (0,6176), atenciones de otro personal (0,5882), explicación del funcionamiento de urgencias (0,5267) y satisfacción con el tiempo que estuvo en esta área (0,3957).**Conclusiones:** Encontramos otra vez (como en los otros dos estudios, en el mismo orden en el de consultas externas e invertidos en el de hospitalización), en los dos primeros lugares el acuerdo con asistir a ese servicio de urgencias y el trato recibido al llegar, reincidiendo en su importancia. Las indicaciones al irse y la información recibida cobran peso, de una forma similar al estudio de hospitalización, aunque invertidos; y la rapidez en atenderle, como en el estudio de consultas externas (en 4º lugar). Hay que mejorar las explicaciones sobre el funcionamiento del servicio (teléfonos...), como en el estudio de hospitalización. Y, sobre todo, mejorar esa mala valoración del tiempo global pasado en urgencias, aunque posiblemente influya en ella la angustia con que se vive y la percepción de gravedad de esa morbilidad sentida por parte de los usuarios, aunque la morbilidad real sea distinta y no exista gravedad. Llama la atención que en los tres estudios van parejos los tratos del personal de medicina y de enfermería, y en este orden.

## MESA DE COMUNICACIONES EN PÓSTER V

### Política y organización del sistema sanitario

#### LA ESTRATEGIA SALUD PARA TODOS EN CATALUÑA. EVOLUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE SALUD PARA EL AÑO 2000

V. Martínez, A. Medina, R. Tresserras, P. Brugulat, S. Juncá, E. Séculi, R. Gispert y M. Torné

S.G. Planificació Sanitària, Departament de Sanitat i S.S., Generalitat de Catalunya.

**Objetivos:** Dentro de las estrategias "Salud para Todos en el año 2000", los objetivos de salud son un elemento clave para valorar el impacto de las intervenciones sobre la población. En 1991, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, siguiendo las recomendaciones para la Región Europea de la OMS, publicó el Documento Marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña (DMEPSC), en el que se fijan los objetivos de salud para el año 2000. El presente trabajo tiene como finalidad analizar la evolución de los indicadores de estos objetivos de salud durante el periodo 1989-1998, de cara a valorar el grado de cumplimiento previsto en el año 2000.

**Métodos:** El grado de cumplimiento se mide a partir del nivel de la tasa esperada para el año 2000 según el objetivo específico de cada problema de salud. Los indicadores de mortalidad se calcularon según la tasa de mortalidad estandarizada por edad para el periodo de estudio, mientras que para los objetivos referentes a la morbilidad se calculó la tasa de incidencia o la de prevalencia, para el último año disponible.

**Resultados:** De los 53 objetivos de salud establecidos en el DMEPSC, el 58,5% se consideran alcanzables en el año 2000, bien porque se han logrado ya según los datos de 1998, bien porque la tendencia, siendo muy estable, así lo indica. El 9,4% se prevén difícilmente alcanzables y el 32,1% son de difícil evaluación, puesto que requieren de información no disponible actualmente o por una deficiente formulación del objetivo. Respecto a los 36 objetivos evaluados, se presentan las variaciones de las tasas correspondientes al inicio y al final del periodo de estudio, entre las que resaltan, a modo de ejemplo, los resultados de dos indicadores muy diferentes: la tasa de mortalidad por accidente vascular cerebral que pasa de 120,6/100.000 h en 1989 a 70,8 en 1997 (Objetivo 2000: < 97,0); y el Índice CAOD de salud bucodental en los escolares de 12 años de edad que era 1,7 en 1991 y 0,9 en 1997 (Objetivo 2000: < 2).

**Conclusiones:** - La mayoría de los objetivos son evaluables mediante diseños simples y a partir de las fuentes de información disponibles. Así mismo, para la mayoría de estos objetivos se alcanzarán los niveles previstos para el año 2000.

- La mejora de las fuentes de información y de la adecuación del proceso de formulación de los objetivos y sus indicadores constituyen estrategias fundamentales para establecer políticas de salud efectivas.

- La evaluación rigurosa de los objetivos del periodo 1991-2000 es un instrumento esencial para definir los objetivos de salud del nuevo periodo de planificación 2001-2010 en Cataluña.

102

101

#### INVERTIR. UNA PALABRA Y DOS SIGNIFICADOS NECESARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Lapeña, J. Dolsac, E. Dendarieta y N. Enríquez

**Objetivos:** Establecer las líneas de actuación en Atención Primaria de Salud teniendo en cuenta la situación en la que se encontrará en el futuro debido a las tendencias demográficas y desafíos sanitarios.

**Métodos:** Análisis descriptivo del futuro escenario de actuación para la Atención Primaria. Para realizar el análisis se utilizan variables de esperanza de vida, Tasa de envejecimiento, proyecciones poblacionales, tasa de población con discapacidades, estudio de frecuentación del área de salud, ratios de profesionales por población así como su comparación con países de la CEE.

**Resultados:** El escenario de actuación para la Atención Primaria de Salud se vera marcado por distintos factores como son:

- Tendencias demográficas, caída de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida (Proyección de la Esperanza de vida al nacimiento en el 2020 de 79,38 años en población total), implican un mayor envejecimiento de la población (en el año 2020 el numero de personas mayores de 75 años será un 40% mayor que en 1990).

- Aumento de enfermedades vinculadas a la vejez, como cánceres, enfermedades cardiovasculares, ictus, y la disminución de la capacidad funcional a causa de discapacidades físicas y trastornos mentales. El 32,21% de las personas mayores de 65 años presentan alguna discapacidad y dentro de este colectivo el 65% presenta alguna discapacidad que le plantea problemas para Desplazarse fuera del hogar.

- Incremento de la demanda de servicios sanitarios, según un estudio realizado en el Área 2 y 5 de Atención Primaria de Zaragoza se observa el incremento en el numero de consultas por habitante y tramo de edad, así como el incremento en el porcentaje de población que utiliza estos servicios.

**Conclusiones:** Los datos anteriores orientan hacia las consecuencias de futuro cercano, la creciente demanda y el incremento del gasto en atención primaria. La necesaria potenciación de los servicios con relación a los cambios demográficos en las diferentes zonas de salud así como el fortalecimiento de todas las actividades de atención domiciliaria garantizando los cuidados de salud de los ciudadanos dentro su entorno habitual (su hogar), la necesidad de mayor actividad preventiva y preparar los sistemas sanitarios para asumir la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, las mayores demandas de los ciudadanos y el aumento en la frecuentación mayor de los sistemas sanitarios.

#### ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN, CAMBIO DEMOGRÁFICO Y SERVICIOS SANITARIOS

R. Minardi Mitre Cotta<sup>1,2,3</sup>, M. Morales Suárez-Varela<sup>1,3,4</sup>, J. Sette Cotta Filho<sup>5</sup>, A. Llopis González<sup>1,3,6</sup>, J.A. Dias Ricós<sup>7</sup> y E. Ramon Real<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia. <sup>2</sup>Departamento de Nutrición e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Brasil. <sup>3</sup>Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica del Hosp. Universitario Dr. Peset. <sup>4</sup>Investigador EU, Development of Coordinated Research on Prevention Care and Health Systems. <sup>5</sup>Departamento de Medicina, Universidad de Valencia. <sup>6</sup>Coordinador de la Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental, Univer. de Valencia. <sup>7</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

**Objetivos:** En la actualidad, el hecho demográfico más importante es el rápido envejecimiento de la población, que tiene un creciente y profundo impacto en todos los ámbitos de la sociedad, pero su mayor trascendencia es en la sanidad, tanto por su repercusión en todos los niveles asistenciales, como por la necesidad de que se aplique nuevos recursos y estructuras. Es objetivo de este artículo, describir y analizar las características de la población asistida en HD, y discutir sobre el papel de la HD (en cuanto mecanismo de la potencial de la integración y coordinación entre niveles), frente al reto de la reorganización de políticas y proyectos de atención en salud, especialmente para la población anciana.

**Métodos:** El diseño utilizado fue el estudio descriptivo retrospectivo, de una serie de pacientes asistidos en HD del área sanitaria número 9 de la Comunidad Valenciana-España, cuya población de referencia es de 321.361 habitantes, de los cuales 60.079 (18,7%) son personas con 60 años o más, y 43.044 (13,4%) tienen edad mayor o igual a 65 años. Se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas utilizando medidas de distribución, media y desviación estándar en las variables cuantitativas y frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) en las variables cualitativas (intervalos de confianza al 95% para cada variable).

**Resultados:** El perfil de los pacientes del estudio corresponde al de pacientes ancianos (78% tienen edad igual o mayor que 65 años y media de edad de 73 años), pluripatológicos crónicos (un 72% son portadores de procesos crónicos y/o otros/cuidados paliativos), con patologías múltiples asociadas (un 67% presentaron por lo menos un diagnóstico secundario asociado), y con predominio de mujeres.

**Conclusiones:** Se ha constatado la existencia de un importante problema de comunicación entre los dos principales niveles sanitarios (atención primaria y hospital), que obviamente proyecta hacia los pacientes y la calidad y efectividad de la asistencia sanitaria, destacándose la necesidad de crear y/o potenciar los canales y mecanismos de comunicación interinstitucional, que garanticen la continuidad del proceso asistencial. Así mismo, se ha demostrado que para la población adulta o anciana con pluripatologías crónicas-degenerativas y/o terminales, la HD encuentra todo su significado y ha demostrado ser una herramienta eficiente. No obstante, una asistencia continua y eficaz de la salud y bienestar del anciano, requiere diferentes niveles de intervención sanitaria adecuadas y debe estar basada en lo que hoy es un objetivo inaplazable: la atención integral, adecuada, cualitativa, humanizada, oportuna y basada en una asistencia integrada y coordinada entre los dos principales niveles de atención sanitaria.

103

104

**EL CONSEJO DE SALUD MUNICIPAL DE SABADELL: VALORACIÓN DE MEDIO AÑO DE EXPERIENCIA**T. Corbella Cordomí, M. Sala Serra y P. Obiols Arderius  
*Departament de Salut. Ajuntament de Sabadell.*

**Objetivos:** Sabadell es un municipio de 185.000 habitantes, de la provincia de Barcelona, con una amplia tradición en fomentar la participación ciudadana para enriquecer la práctica de la administración y el gobierno municipal. Dentro de este marco, en diciembre del año 2000 se constituyó el Consejo Municipal de Salud con el objetivo de estimular y canalizar la participación de los ciudadanos y de sus asociaciones en la gestión estratégica de los temas relativos al ámbito de la salud, calidad de vida y bienestar y de crear un espacio de expresión y reflexión que integre las ópticas políticas, técnicas (científicas y profesionales) y ciudadanas.

**Métodos:** El Consejo de Salud es un órgano de participación sectorial y su constitución y objetivos vienen descritos en sus estatutos. El gobierno del Consejo se ejerce mediante el Consejo Plenario, la Comisión Permanente y los Grupos de Trabajo. En el Consejo Plenario están representadas las instituciones sanitarias de la ciudad, las entidades ciudadanas que tratan temas de salud, asociaciones de profesionales sanitarios, asociaciones de vecinos, grupos políticos y sindicatos. Los acuerdos tomados en el Consejo Plenario se adoptan por mayoría de los asistentes con derecho a voto. Los Grupos de Trabajo se constituyeron para trabajar temas concretos, en particular las Urgencias sanitarias, las Listas de espera, la Salud Mental y la Salud Laboral. Los grupos se aprobaron por consenso en el plenario.

**Resultados:** Durante el medio año de funcionamiento, cada grupo de trabajo se ha reunido cuatro veces. En el transcurso de las reuniones se han discutido las funciones del grupo de trabajo, se han priorizado los temas a tratar, se ha facilitado la información objetiva necesaria y disponible sobre cada uno de ellos y se han propuesto unos objetivos a lograr. Los grupos con mayor participación han sido los de Listas de espera y Urgencias, seguido por el de Salud Mental. El de menor participación ha sido el de Salud Laboral. Los principales logros han sido la puesta en común de toda la información disponible, lo que ha permitido empezar a trabajar en propuestas concretas.

**Conclusiones:** El Consejo de Salud es un organismo que permite hallar un espacio real de comunicación personal entre representantes de instituciones sanitarias, de asociaciones y entidades ciudadanas, etc., que permite hacer más accesible información que no siempre se hace pública, permite conocer de primera mano procesos de decisión en políticas de salud, a la vez que recoge opiniones y puntos de vista de los ciudadanos. A pesar de las decisiones que se toman no son vinculantes, sí que pueden influir en las directrices que se toman como demuestran algunos hechos puntuales.

106

**ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA ORIENTADOS A DESCRIBIR LOS DETERMINANTES DE SALUD, CONSUMO DE RECURSOS Y RESULTADOS EN SALUD**P. Astier<sup>1</sup>, A. Arrazola<sup>2</sup>, J. Abad<sup>3</sup> y J. Gost<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital de Navarra; <sup>2</sup>Dpto. Planificación y Ordenación Sanitaria. Dpto. Salud. Gobierno de Navarra; <sup>3</sup>Instituto de Salud Pública de Navarra.

En cada comunidad autónoma existen numerosos sistemas de información que facilitan datos de forma independiente entre sí sobre los determinantes de la salud de la población, sobre el consumo de recursos sanitarios y los resultados en salud de la misma. Si bien, existen grandes dificultades a la hora de conseguir integrar esta información para obtener periódicamente una evaluación de estas áreas.

**Objetivos:** Describir un conjunto de indicadores de salud considerando determinantes, consumo de recursos y resultados en salud que definieran un modelo de evaluación de la población de Navarra. Describir los sistemas de información regionales y nacionales que contengan estas informaciones. Realizar propuestas sobre los sistemas de información actuales de cara a completar algunos de los sistemas con ítems nuevos y la promoción de un identificador universal por persona en los sistemas de información posibles.

**Métodos:** Constitución de un panel de expertos multidisciplinar. Identificar un conjunto de variables que definen un modelo de evaluación de salud. Determinar sistemas de información con datos sobre la población navarra. Proponer mejoras de los sistemas y un identificador personal.

**Resultados:** Fuentes de información:

Determinantes de salud	Consumo de recursos	Resultados en salud	Información de población
Encuesta de Salud	CMBD, GRD Problemas de salud en APS	Registro poblacional de patologías: cáncer, Sida, VIH, Hipoacusias en r.n.	Revisión del Padrón Municipal
Datos de Economía y Hacienda	Indicadores de proceso asistencial: consultas, ingresos, exploraciones...	Registro de patología en los servicios: E.D.O.S., Salud Mental, programas de salud...	Movimiento natural de población
Escolarización	Utilización de tecnología. Salud Mental, Hospitales, de Detección precoz...	Registro de accidentes y morbilidad laborales	Tarjeta Individual Sanitaria
Prestaciones sociales Trabajo y Empleo	Hospitales larga estancia y apoyos Farmacia Encuesta de Salud, de satisfacción... EMH, EESRI	Encuestas y registros de Incapacidad Registro de mortalidad Encuesta de salud	

**Conclusiones:** Los utilizadores de los sistemas de información que buscan integrar información de origen diferente deben mostrarse necesariamente prácticos a la hora de elegir y elaborar indicadores, pero además resulta imprescindible afrontar el objetivo de identificar aquellas necesidades de información no resueltas (o mal resueltas) para su operativización desde las instancias oportunas. La consolidación de un grupo de trabajo para realizar propuestas y conseguir un conjunto de variables que evalúe el estado de salud de la población de forma periódica, acumulable y fiable es un reto ineludible para el conjunto del sistema sanitario.

105

**DEMOCRACIA, SISTEMA SANITARIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**R. Minardi Mitre Cotta<sup>1,2,3</sup>, M. Morales Suárez-Varela<sup>1,3,4</sup>, J. Sette Cotta Filho<sup>5</sup>, A. Llopis González<sup>1,3,6</sup>, J.A. Dias Ricós<sup>7</sup> y E. Ramon Real<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Valencia. <sup>2</sup>Departamento de Nutrición e Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Brasil. <sup>3</sup>Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica del Hosp. Universitario Dr. Peset. <sup>4</sup>Investigador EU. Development of Coordinated Research on Prevention Care and Health Systems. <sup>5</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. <sup>6</sup>Coordinador de la Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Univers. de Valencia. <sup>7</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Objetivos:** Identificar la percepción que tienen los sujetos sociales, de las funciones y actuaciones de los representantes en Consejos de Salud (CS) en cuanto órganos responsables por la viabilidad de la práctica de la democracia participativa, y aportar reflexiones acerca de las posibles causas sobre las que se asienta la crisis de representación y desarrollo del sistema sanitario, estableciendo recomendaciones para mejorar el proceso de participación.

**Material y métodos:** Se obtuvo información mediante una encuesta dirigida a los representantes sociales, cuyo objetivo central era evaluar el nivel de aprehensión, conocimiento y información de los actores sobre los principios del sistema de salud respecto a sus directrices participativas. Se aplicó un análisis descriptivo de respuestas, presentando los resultados en frecuencia relativa (porcentaje).

**Resultados:** Los problemas encontrados se centran principalmente alrededor de: enfoque administrativo y burocrático, donde 61% de los entrevistados desplazan la cuestión de la participación social a la función de homologar y refrendar las decisiones del gestor municipal de salud y/o reducen la cuestión de la salud a provisión de cuidados; enfoque político, donde 31% de los sujetos sociales definen críticamente la importancia de los CS en términos de una participación más responsable y efectiva de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones en salud; falta de información, se verifica la total ausencia de información y conocimiento en 8% de los actores sociales.

**Conclusiones:** Las principales conclusiones evidencian que no existe un adecuado nivel de aprehensión, conocimiento e información sobre los principios del sistema de salud respecto a sus directrices participativas. Los resultados muestran que la participación en CS presenta deficiencias de formación y preparación de los ciudadanos involucrados en el proceso de provisión de servicios, gestión, planificación y evaluación de políticas de salud. En definitiva, los datos presentados colocan en pauta la discusión de la educación en cuanto aspecto clave, que para los países en desarrollo, como es el caso de Brasil, se constituye en instrumento principal de crecimiento, equidad, integración ciudadana, igualdad social e identidad cultural, mientras que, para los países desarrollados, como España, sería el eje clave para el ejercicio de la ciudadanía responsable y la integración plena en una sociedad del conocimiento.

107

**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. DISEÑO Y ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN EN EL HOSPITAL DE CALATAYUD**M. Mur<sup>1</sup>, A. Fernández<sup>2</sup>, C. Ceballos<sup>3</sup> y T. Fernández<sup>4</sup><sup>1</sup>Director Gerente. <sup>2</sup>Jefe de Laboratorio de Análisis Clínicos. <sup>3</sup>Directora Médico. <sup>4</sup>Directora de Gestión. Hospital Comarcal de Calatayud. Calatayud. Zaragoza.

**Introducción:** El Hospital de Calatayud encuadrado en la Área Sanitaria nº 3 de la Comunidad Autónoma de Aragón y perteneciente al INSALUD, amparándose en el ordenamiento jurídico sanitario R.D. 521/1987 del 15 de Abril del Reglamento sobre Estructura. Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, con el fin de descentralizar la gestión en el Hospital y flexibilizar su organización, decide hacer en su Laboratorio de Análisis Clínicos una *Unidad de Gestión Clínica*.

**Objetivos:** 1) Mejorar la atención al paciente. 2) Mejorar la eficiencia. 3) Corresponsabilizar a los profesionales en las tomas de decisión. 4) Mejorar la calidad de servicio, mediante un programa de calidad total. 5) Adecuar el laboratorio a la tecnología y líneas de actividad del futuro. 6) Flexibilizar su estructura y organización.

**Métodos:** Análisis interno: Estructura y organización, actividad, equipos, recursos humanos, sistemas de información, política de calidad, estudio económico. Análisis del entorno: Relaciones con el Hospital -Servicios Clínicos-, de las relaciones con Atención Primaria y tendencias del Laboratorio de Análisis Clínicos. Propuesta de Desarrollo de la Unidad de Gestión: modelo de gestión, política de calidad (calidad total), optimización y adecuación. Metodología de Implantación.

**Resultados:** El tipo de laboratorio resultante, ha de cumplir una serie de requisitos para consolidar una posición: A) organizaciones automatizadas con mínimo personal. B) estructuras y organizaciones flexibles, para facilitar al máximo los constantes cambios tecnológicos. C) organización del Laboratorio por concentración de actividad tecnológica y unidades de validación por procesos, en deterioro de los laboratorios departamentados. D) creación de las Unidades de: atención al cliente, estudio de la información y garantía de calidad total. E) formación de los profesionales en el nuevo cambio de cultura.

**Conclusiones:** 1) La adecuación de las estructuras a las necesidades reales, calidad y servicio, es positiva. 2) Los Laboratorios de Análisis Clínicos necesitan más que nunca una constante adaptación a los vertiginosos cambios tecnológicos y de líneas de futuro. 3) Las Unidades de Gestión son una buena herramienta para facilitar su adaptación al entorno. 4) Las Unidades de Gestión, dentro de la normativa, tienen que estar basadas en la eficiencia y calidad de servicio. 5) Las Unidades de Gestión tienen que aproximarse al máximo a los modelos organizativos que faciliten esta adaptación y agilicen los procesos.



108

**COMPRA HOSPITALARIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: LISTAS DE ESPERA O NECESIDADES POBLACIONALES?**

R. López, X. Caballero, E. Cros y C. González

Región Sanitaria Centro. Servicio Catalán de la Salud. Sant Cugat del Vallès. Barcelona.

**Objetivos:** Uno de los temas que más preocupan al sistema sanitario catalán es la lista de espera quirúrgica hospitalaria. Para solucionar este problema sanitario se ha procedido a:

- Establecer un sistema de información exhaustivo de las listas de espera hospitalarias.  
- Incrementar la actividad de los hospitales relacionada con los diagnósticos y procedimientos que son con más frecuencia motivo de lista de espera, a través de la compra de altas específica y la compra de altas adicional.

Con este trabajo se quiere aportar elementos para que la actividad extra encaminada a disminuir las listas de espera quirúrgicas hospitalarias se haga según criterios que se acerquen más a las necesidades de la población que a la oferta de los hospitales.

**Métodos:** Se utilizan los datos de los 9 procedimientos realizados a la población de nuestra Región, desagregada por territorios, procedente del Conjunto Mínimo Básico de Datos de la Alta Hospitalaria del año 2000.

La identificación de los procedimientos se hace mediante la clasificación de procedimientos de la *International Classification of Diseases, 9th revision*. Se consideran las intervenciones independientemente del lugar donde se han realizado.

Como información adicional se ha recogido si las altas se producen en los hospitales del territorio, en otros hospitales de la Región o en hospitales de otras regiones.

Para calcular el número de altas esperadas que tendría cada territorio se han utilizado las tasas específicas por edad de nuestra Región, es decir, una estandarización por el método indirecto.

La comprobación de la diferencia se calcula mediante la razón entre altas observadas y esperadas. Valores superiores a 100 indican que la probabilidad de ser intervenido en aquel territorio es superior al conjunto de la Región.

**Resultados:** Se observa una alta variabilidad en la atención recibida en los diferentes territorios de la Región.

La oferta hospitalaria produce cambios en los flujos de pacientes, observándose diferencias importantes en algunos territorios entre las altas esperadas y las altas producidas.

**Conclusiones:** El esfuerzo de incrementar la actividad quirúrgica se tendría que canalizar atendiendo a las poblaciones con una relación altas observadas/ esperadas mas baja, estimulando a los hospitales de referencia o reconduciendo los flujos de la manera más correcta posible.

El estudio conjunto de altas, listas de espera y criterios de intervención nos permitirá la planificación de acciones mas ajustadas a las necesidades, y por lo tanto más equitativa, sin caer en la trampa que representa actuar en función de la capacidad de los hospitales.

110

**EXPERIENCIAS EN DISEASE MANAGEMENT; APROXIMACIONES A LA GESTIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CRÓNICO**A. Vicente Molinero<sup>1</sup>, J. Gol-Freixa<sup>2</sup>, J.L. Conde Olastegui<sup>3</sup>, J.I. García-Montero<sup>1</sup> y J.M. Martín-Moreno<sup>2</sup><sup>1</sup>H.C.U. "Lozano Blesa" Zaragoza. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Toledo. <sup>3</sup>Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias – ISCIII.

**Objetivos:** Describir el concepto y su evolución en el tiempo así como las iniciativas que se han enmarcado bajo el mismo. Identificar y valorar el máximo de fuentes de información sobre el concepto. Descripción y análisis de los principales componentes conceptuales singulares implicados en el concepto; es decir, lo que de alguna manera han sido o pueden considerarse como sus variables. Examinar la posible relevancia y aplicabilidad del concepto para nuestro sistema sanitario. Como objetivos a medio plazo nos proponemos recoger el material necesario y la documentación relevante para mantener abierta esta línea de trabajo y llevar cabo revisiones sistemáticas sobre el tema.

**Métodos:** Búsqueda y localización exhaustiva de las publicaciones periódicas relacionadas con *Disease Management* que se hayan editado en fuentes internacionales y en España durante el período de estudio (1992-2000). Identificación de los artículos sobre el tema en las bases de datos electrónicas y estrategias de búsqueda manual. Entrevistas y consultas a personas que trabajan en el tema (nacionales y/o internacionales).

**Resultados:** Información precisa y documentalmente contrastada sobre el *Disease Management* entendido como "concepto" innovador en la organización de la asistencia sanitaria, y, examen de las propias experiencias derivadas de su aplicación, en la medida en que éstas sean evaluables mediante datos publicados. Se podrán valorar los ámbitos con mayor desarrollo y los que necesitan un impulso preferente en el futuro. Los trabajos de revisión posteriores serán potencialmente más eficientes, facilitando la planificación y evaluación de las actividades científicas y sanitarias sobre el *Disease Management*.

**Conclusiones:** El desarrollo de programas de *Disease Management* está condicionado por lo siguiente: a) Disponibilidad y uso de guías de práctica clínica. b) Existencia de intereses de la industria farmacéutica y naturaleza de los mismos. c) Posible incremento de costes y duplicidad de la atención. d) Política de privacidad de datos e) Leyes de libre competencia f) La redefinición de la relación explícita "médico-paciente" es esencial así como la articulación del encuentro clínico en torno a ella.

109

**EL MANAGED CARE EN EL SISTEMA SANITARIO CATALÁN**E. Sarrias<sup>1</sup>, J. Delas<sup>2</sup> y A. Prat<sup>3</sup><sup>1</sup>Gesaworld SA; <sup>2</sup>Universidad de Barcelona; <sup>3</sup>U.B Unitat de Medicina Preventiva i Salut Pública.

**Objetivos:** Gran parte de los sistemas de salud están implicados en procesos de reforma. Por razones diversas: económicas, gasto sanitario, cobertura de determinados grupos, insatisfacción de los usuarios, preocupación por la calidad, insatisfacción de los médicos, papel de la enfermería, polémica sobre el estado del bienestar. Este panorama complejo ha llevado a hablar del *managed care*. Pero, ¿aporta realmente algo nuevo a nuestro sistema sanitario?. Así los objetivos son:

1. Definir que es el *managed care*

1.1. situarlo en su contexto histórico en los Estados Unidos y en Europa

1.2. establecer un marco conceptual

2. Describir el Sistema Sanitario Catalán

3. Establecer la presencia de *managed care* en el Sistema Sanitario Catalán

**Métodos:** A partir de la revisión bibliográfica se diseña un marco conceptual con cuatro grandes apartados o dimensiones: integración, control, transferencia de riesgo y transparencia. En relación a estos apartados y los elementos que los componen se estudia si el Sistema Sanitario Catalán puede considerarse un entorno de *managed care*

**Resultados:** En el Sistema Sanitario Catalán los conceptos preponderantes son control y integralidad. A la comparación del Sistema Sanitario Catalán con los 12 programas se puede observar que con 9 de los 12 autores tiene un porcentaje de cumplimiento del 100%.

**Conclusiones:** El *managed care* aporta herramientas de revisión de la utilización e interés por la satisfacción de los usuarios.

Los elementos definidores del modelo sanitario catalán son separación de funciones de compra y provisión, la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública), la Reforma de la Atención Primaria y el consenso.

El Modelo Sanitario Catalán coincide en gran medida con la mayoría de las definiciones que se han hecho, de lo cual se puede concluir que hay *managed care* en el modelo sanitario catalán.

## MESA DE COMUNICACIONES EN PÓSTER VI

### Evaluación de tecnologías y adecuación de servicios

#### OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA NEONATAL Y PEDIÁTRICA: ¿ES ADECUADA LA PROVISIÓN DE CENTROS EN ESPAÑA? ¿ES CONCLUYENTE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE?

M.D. Estrada y G. Oliva

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

**Objetivos:** Describir la difusión de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en España (primer objetivo) así como el estado de conocimiento acerca de la eficacia, efectividad, seguridad y coste-efectividad de esta técnica en neonatos y edad pediátrica en comparación con la terapia médica convencional (TMC) (segundo objetivo).

**Métodos:** Recogida de datos a partir de un cuestionario enviado por correo a los centros españoles (primer objetivo). Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCA) que comparan la eficacia de la ECMO en la insuficiencia respiratoria grave (IRG) y/o insuficiencia cardíaca con la TMC y meta-análisis (MA) de la supervivencia (alta) en la IRG neonatal. La efectividad y seguridad a partir del registro nacional americano sobre la ECMO neonatal (1980-1986) y el registro ECMO internacional de la ELISO (*Extracorporeal Life Support Organization*) hasta diciembre 1997. En la revisión se han consultado MEDLINE, HealthSTAR, DARE, HTA, EMBASE, ISTAHC, The Cochrane Library e IME hasta septiembre de 2000.

**Resultados:** En España, se dispone de programa ECMO neonatal/pediátrico desde 1997 y, en la actualidad, se dispone en tres hospitales públicos (Madrid, Bilbao y Barcelona) con una casuística de 39 casos (noviembre de 2000). La evidencia sobre la eficacia y seguridad de la ECMO vs. TMC en la IRG neonatal se sustenta en 5 ECCA. De éstos, el estudio colaborativo del Reino Unido, se erige como punto de referencia en este campo. En neonatos con IRG, la supervivencia al alta de los tratados con ECMO oscila entre 70-100% y entre 0-41% con TMC. Según el MA, la probabilidad de sobrevivir al alta es 1,7 veces mayor en el grupo asignado a ECMO que en el grupo asignado a la TMC (IC del 95% 1,36-2,11;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Un programa ECMO requiere estructuras físicas básicas y recursos humanos especialmente entrenados para su aplicación y en constante aprendizaje y en relación con otros centros similares. En España, la actual provisión de centros ECMO se estima suficiente para la demanda observada y el acceso podría solventarse a partir de una adecuada derivación. La ECMO es eficaz, efectiva y segura en la IRG neonatal en cuanto a la supervivencia al alta y al año, y superior a la TMC a diferencia de lo que sucede en otras indicaciones y edades. A pesar del neurodesarrollo normal al año de edad en la mayoría de tratados neonatalmente con ECMO, el seguimiento de estos niños en edades posteriores es fundamental para demostrar su efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de estos niños.

112

111

#### PRÓTESIS DE RODILLA. Factores determinantes de la estancia

P. González de la Flor\*, J.L. Ruiz Arranz\*\*, J.L. Navarro Espigares\*\*\* y M. Rojas Sierra\*\*\*

\*Hospital Universitario Ciudad de Jaén. \*\*Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. \*\*\*Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Introducción:** El objetivo de este estudio es conocer las estancias generadas por la artroplastia total de rodilla en un servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y determinar los factores que condicionan dicha estancia.

**Métodos:** Se diseñó un estudio de cohortes prospectivo con seguimiento hasta el alta tras la intervención, en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla, entre el 1 de noviembre de 1999 y el 31 de octubre de 2000, en un hospital comarcal. Para cada paciente se recogió su estancia postoperatoria y total, datos sociodemográficos (edad y sexo), existencia de problemática social, grado ASA, duración de la intervención, necesidad de transfusión y desarrollo de complicaciones médicas en el postoperatorio. Se realizó un análisis estadístico bivariable mediante el test de la t de Student y la regresión lineal simple. El análisis multivariable se efectuó mediante regresión lineal múltiple.

**Resultados:** Durante el período de seguimiento se intervino a 80 pacientes de artroplastia total de rodilla. La estancia media postoperatoria es de 5,04 días y la estancia media total de 6,03. La edad media de los pacientes fue de 69,8 años, un 71,25% fueron mujeres y un 28,75% varones. El tiempo medio de intervención fue 1 hora y 30 minutos. Un grado ASA mayor o igual a 3 lo tuvo el 28,8% de los intervenidos. Complicaciones médicas en el postoperatorio ocurrieron en el 20% de los pacientes y problemas sociales se presentaron en el 15% de los intervenidos. Las predictoras, con sus coeficientes e intervalos de confianza al 95%, incluidas en el modelo de regresión fueron las siguientes: aparición de complicaciones médicas en el postoperatorio 2,34 (1,90-2,79), existencia de problemas sociales 1,97 (1,47-2,47) y grado ASA igual o mayor a 3 -0,44 (-0,83, -0,58).

**Discusión y conclusiones:** Es conocido que la aparición de complicaciones médicas en el postoperatorio prolonga la estancia media de las intervenciones, en este estudio el incremento medio, a igualdad en el resto de variables, es de 2,34 días. Sin embargo, pocas veces se ha cuantificado el incremento producido por la existencia de problemas sociales, que en este estudio incrementan la estancia 1,97 días de media, a igualdad en el resto de variables. Por otra parte destaca el hecho de que grados ASA de bajo riesgo se asocien a incrementos de la estancia media.

#### CAPACIDAD PREVENTIVA DE VARIAS ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA FRECUENCIA DE FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS. SÍNTESIS DE INFORMES DE EVALUACIÓN Y REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA

M.J. Pérez Lozano<sup>1</sup>, M. Moleón<sup>2</sup>, E. Guerado Parra<sup>3</sup>, V. Sarmiento González-Nieto<sup>4</sup>, C. Iturrate Vazquez<sup>1</sup>, J.L. Millares<sup>5</sup> y A. Carranza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital V. Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Hospital V. Rocío, Sevilla. <sup>3</sup>Hospital Costa del Sol, Málaga. <sup>4</sup>Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. <sup>5</sup>Dirección General de Farmacia, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

**Objetivos:** Analizar el estado actual del conocimiento científico en torno a los diferentes factores relacionados con la prevención de la fractura de cadera en ancianos.

**Métodos:** Búsqueda de informes de evaluación y/o revisiones sistemáticas de la literatura desde 1995 hasta 2000: Cochrane Library, Bases de datos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTA, INHATA, etc.). Búsqueda de estudios primarios de calidad metodológica adecuada en Medline y EMBASE. Documentos de consenso. Referencias citadas en los trabajos recuperados. Aspectos a estudiar: papel de la Densitometría Mineral Ósea, papel de diversos fármacos (estrógenos, calcitonina, vitamina D, tiazidas, bifosfonatos), papel del ejercicio físico, e impacto de diversos programas de prevención de caídas.

**Resultados:** *Densitometría Mineral Ósea:* los distintos trabajos no recomiendan el cribaje poblacional u oportunístico de personas asintomáticas. *Fármacos:* aunque la terapia hormonal sustitutiva, la calcitonina y los bifosfonatos tienen un efecto positivo sobre la mineralización ósea, no existen evidencias de buena calidad que demuestren una disminución del riesgo de presentar fractura de cadera. Según una revisión Cochrane existe incertidumbre sobre la eficacia de la vitamina D en la prevención de fracturas y se requieren estudios adecuados antes de implementar programas comunitarios. *Ejercicio físico:* las revisiones coinciden en que obtiene una reducción de la incidencia de fracturas en torno al 50%; pero los estudios originales presentan limitaciones metodológicas. *Programas de prevención de caídas en ancianos:* determinados programas de ejercicio junto a evaluaciones controladas y visitas domiciliarias para modificación de factores de riesgo personal pueden ser efectivos; los protectores de cadera han demostrado ser eficaces en ancianos frágiles institucionalizados.

**Conclusiones:** A la luz de las pruebas científicas disponibles deben ponerse en marcha intervenciones y estudios bien diseñados que permitan conocer la importancia relativa de los diferentes factores de riesgo y establecer las estrategias más efectivas para reducir la frecuencia de fractura de cadera en ancianos. Es prioritario realizar grandes estudios multicéntricos y sintetizar los hallazgos de los ensayos clínicos en marcha.

113

114

**ARTROPLASTIA DE RODILLA. RESULTADOS DE UNA VÍA CLÍNICA**

P. González de la Flor\*, J.L. Ruiz Arranz\*\*, J.L. Navarro Espigares\*\*\* y M. Rojas Sierra\*\*\*

\*Hospital Universitario Ciudad de Jaén. \*\*Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. \*\*\*Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer el efecto de la implantación de una vía clínica para la artroplastia de rodilla, sobre las estancias generadas y la frecuencia de infección nosocomial.

**Métodos:** Tras el diseño y aprobación de la vía clínica para la artroplastia total de rodilla, se diseñó un estudio de cohortes prospectivo con seguimiento de un año tras la intervención, en el que se incluyó a 32 pacientes que siguieron la vía clínica establecida entre el 1 de noviembre de 1999 y el 31 de marzo de 2000, en un hospital comarcal. Para la detección de IN se emplearon los criterios de los CDC de 1992. Se consideraron las siguientes localizaciones de IN: herida superficial y profunda, bacteriemia, sepsis, infección de vías respiratorias altas y bajas, neumonía e ITU. Para cada paciente se recogieron variables sociodemográficas, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos y se determinó su estancia postoperatoria y total.

**Resultados:** De los 32 pacientes intervenidos el 68,75% han sido mujeres y el 31,25% varones. La edad media ha sido de 69,81 años. La estancia media postoperatoria ha sido de 4,88 días y la estancia total de 5,84 días. El tiempo medio de intervención ha sido de 1,37 horas. Un ASA mayor o igual a 3 lo tuvo el 25% de los pacientes, complicaciones médicas en el postoperatorio se han presentado en el 18,8% y problemas sociales en el 9,4% de los intervenidos. Durante el período de seguimiento se ha diagnosticado 1 IN, lo que supone una incidencia del 3,1%. Su localización fue la herida quirúrgica superficial. No hubo infecciones en otras localizaciones.

**Conclusiones:** En los resultados obtenidos destaca la baja frecuencia de IN, en comparación con los datos publicados por otros autores que no emplean esta vía clínica. También es de destacar la baja estancia media, tanto postoperatoria como total, en relación con la de otros hospitales donde se llegan a superar los diez días. Para conocer más efectos de esta vía clínica es preciso analizar su aplicación a otros pacientes.

116

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES QUIRÚRGICOS VASCULARES**

R. Carabaño Moral, S. Márquez Calderón, C. Bermúdez Tamayo, P. Duarte Pinto, E.L. Díaz Navarrete y M.M. Gurañib

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

**Objetivos:** 1) Evaluar la consecución del principal objetivo de un programa de hospitalización domiciliaria (HD) subcontratado a un hospital privado por un hospital público de tercer nivel (sustituir el recurso cama). 2) Valorar la satisfacción de los usuarios del programa de HD. 3) Valorar la satisfacción de los profesionales implicados (cirujanos vasculares y enfermeros del hospital público y médicos y enfermeros del programa de HD).

**Métodos:** *Objetivo 1:* Comparación de los tiempos de hospitalización entre dos grupos de pacientes: todos los dados de alta en el primer año de funcionamiento del programa de HD (N = 58) y una muestra aleatoria de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Vascular en el año anterior a la puesta en marcha del programa de HD (N = 56). Tiempos medidos: estancia en hospitalización convencional y estancia total (añadiendo a la anterior la de la hospitalización a domicilio en el grupo de HD). Análisis: Comparación de grupos (t de Student). *Objetivo 2:* Cuestionario basado en la escala SERCAL, mediante entrevista telefónica (N = 53; tasa de respuesta: 91%). Dimensiones de satisfacción fueron: servicio accesible, confortable, personalizado, de garantía y fidelidad con el servicio. Análisis: descriptivo de frecuencias. *Objetivo 3:* Entrevistas semiestructuradas individuales a 11 profesionales. Dimensiones de satisfacción fueron: realización profesional, formación, comunicación interna y externa, satisfacción pacientes, recomendación, matriz DAFQ. El análisis fue de tipo cualitativo, mediante NUDIST VIVO.

**Resultados:** La estancia media en el hospital fue de 17,3 días en el grupo de HD y 21,8 en el grupo de hospitalización convencional (HC), no siendo estadísticamente significativa la diferencia. La estancia media en el domicilio del grupo de HD fue de 69,4 días. Por tanto: la estancia total fue de 86,7 días en el grupo de HD y de 21,8 días en el grupo de HC ( $p < 0,0001$ ). La satisfacción global de los usuarios fue  $9,13 \pm 1,49$ , en escala 10. El 91% recomendarían el programa de HD a un familiar o amigo. Dimensiones: servicio confortable:  $8,9 \pm 1,2$ ; personalizado:  $9,6 \pm 0,6$ ; garantía  $9 \pm 1,1$ . Los profesionales destacaron: 1) Como positivo: sensación de ahorro de costes al sistema sanitario, autonomía en el trabajo, flexibilidad de horario, no necesidad de trabajo extra, satisfacción por pertenecer al programa, continuidad asistencial, formación previa al inicio del programa, participación en congresos y docencia, satisfacción con pacientes y familia, buena comunicación entre los equipos, existencia de cultura organizacional. 2) Como negativo: dificultades de comunicación y relación con atención primaria.

**Conclusiones:** En el primer año de funcionamiento del programa de HD, no se alcanzó el principal objetivo para el que fue creado, funcionando en la realidad como un recurso añadido y no sustituto de la hospitalización convencional. Sin embargo, tanto los usuarios como los profesionales implicados en la atención (en el hospital público y en el programa de HD) reflejaron niveles muy altos de satisfacción, sin que existiera conciencia en los profesionales del incremento de costes que suponía el programa.

115

**ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA CON RAMIPRIL: DATOS ESPAÑOLES DEL ESTUDIO AIRE**W.M. Hart<sup>1</sup>, C. Rubio-Terres<sup>2</sup>, F. Pajuelo<sup>1</sup> y J.R. González Juanatey<sup>3</sup><sup>1</sup>EcoStat Consulting Group, San Sebastián. <sup>2</sup>Departamento Científico, Aventis Pharma, Madrid. <sup>3</sup>S<sup>3</sup> de Cardiología, Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

**Objetivos:** Estimar el coste-efectividad de añadir Ramipril al tratamiento habitual de pacientes con insuficiencia cardíaca, después de un infarto de miocardio, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

**Métodos:** Se ha realizado un análisis farmacoeconómico retrospectivo utilizando los resultados del estudio AIRE (ensayo clínico aleatorizado, controlado con placebo, que incluyó 2.006 pacientes) así como datos sobre la utilización de los recursos y costes asociados, obtenidos de fuentes españolas.

**Resultados:** Una rehospitalización típica después de un episodio de insuficiencia cardíaca, tendría una duración media de 11,6 días, con un coste medio de 58.376 pesetas por día. Después de 3,8 años de seguimiento, el coste adicional del tratamiento con Ramipril por año de vida ganado fue de 256.980 Ptas (1.544 euros) en el caso básico del estudio. El análisis de sensibilidad confirmó la estabilidad de este resultado, a pesar de las variaciones extremas efectuadas en los valores de los parámetros principales del modelo.

**Conclusiones:** El uso de Ramipril, añadido al tratamiento convencional en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, después de un infarto de miocardio, es coste-efectivo, tanto considerando los estándares internacionalmente aceptados, como en comparación con otros tratamientos similares, que son actualmente financiados por el Sistema Nacional de Salud.

117

**COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CATALUÑA**

P. Plans, J. Espuñes, E. Navas, G. Rodríguez, A. Tarín y N. Galí

Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat, Barcelona.

**Objetivos:** En este estudio se ha evaluado el coste-efectividad del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial para prevenir la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular en Cataluña.

**Métodos:** El coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión arterial moderada/severa ( $\geq 105$  mmHg) y ligera (95-104 mmHg) se evaluó en términos de coste en pts por año de vida ganado (AVG) en los individuos de 40 a 69 años. Se evaluaron los siguientes tratamientos: lúdroclorotiazida (diurético), propranolol ( $\beta$ -bloqueante), nifedipino (antagonista del calcio), captopril (inhibidor de la ECA) y prazosina (bloqueador  $\alpha$ -adrenérgico).

**Resultados:** Se obtuvo un coste-efectividad de 706.100 a 446.780 por AVG en los varones y de 635.100 a 810.270 por AVG en las mujeres para el tratamiento de la hipertensión moderada/severa, y de 108.770 a 682.460 por AVG en los varones y de 101.000 a 12.699.000 por AVG en las mujeres para el tratamiento de la hipertensión ligera. El análisis del coste-efectividad incremental mostró que la hidroclorotiazida y propranolol eran los más coste-efectivos en los individuos con hipertensión arterial moderada/severa y la hidroclorotiazida y el nifedipino en los individuos con hipertensión arterial ligera. Los resultados del análisis coste-efectividad eran sensibles a la variación en los costes de medicación y la eficacia de los tratamientos, siendo menos sensibles a la variación en los costes de la cardiopatía coronaria.

**Conclusión:** El orden de mayor a menor coste-efectividad de los tratamientos evaluados fue: hidroclorotiazida, propranolol, nifedipino, prazosina y captopril en la hipertensión arterial.

118

**COSTE-EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN NEUMOCÓCICA EN CATALUÑA**P. Plans, E. Navas, A. Tarín, G. Rodríguez, N. Galí y L. Salleras  
*Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat, Barcelona.*

**Objetivos:** La vacunación neumocócica en un procedimiento efectivo para prevenir las infecciones neumocócicas. En este estudio se ha evaluado el coste-efectividad de la vacunación anti-neumocócica en las personas mayores de 5 años en Cataluña.

**Métodos:** El coste-efectividad se evaluó en términos de coste neto (pts) por año de vida ganado (AVG), comparando el coste neto de vacunación con su efectividad en términos de años de vida ganados (AVG). El coste neto de vacunación se calculó teniendo en cuenta un coste de 1975 pts para la vacuna, el coste de los efectos adversos de la vacunación y la reducción de los costes sanitarios de la neumonía neumocócica. Los costes y beneficios se actualizaron para el año 1996 utilizando una tasa de descuento del 5%.

**Resultados:** Se obtuvo una razón coste-efectividad de 10,1 millones por AVG en los individuos de 5-24 años, 4,2 millones por AVG en los individuos de 25-44 años, 1,0 millones por AVG en los individuos de 45-64 años y una reducción de los costes de la neumonía neumocócica mayores que los costes de vacunación en los individuos > 64 años. Los resultados del análisis coste-efectividad eran sensibles a los costes de la vacuna, la eficacia vacunal y el porcentaje de neumonías causadas por el neumococo, siendo menos sensibles a la variación en los costes de la neumonía neumocócica y la tasa de participación.

**Conclusión:** La vacunación neumocócica se asocia con un coste-efectividad favorable en los individuos de 45-64 años y > 64 años. La vacunación neumocócica debería ser prioritaria en estos grupos de edad.

120

**ASIGNACIÓN DE RECURSOS ENTRE LOS MÉTODOS DE CESACIÓN TABÁQUICA Y EL TRATAMIENTO CON ESTATINAS DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA EQUIDAD**

P. Plans Rubió

*Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat, Barcelona.*

**Objetivos:** En este estudio se ha investigado la asignación de recursos entre los métodos de cesación tabáquica y el tratamiento de la hipercolesterolemia con estatinas basada en la eficiencia y la equidad.

**Métodos:** Una asignación de recursos basada en la eficiencia y la equidad debe tener en cuenta el coste-efectividad y la aversión a la desigualdad. El valor de aversión a la desigualdad, que se relaciona con la equidad, se ha medido en términos de trade-off eficiencia-equidad mediante el análisis de las respuestas a un cuestionario en el que se comparan los resultados obtenidos con diferentes distribuciones de recursos.

**Resultados:** Se obtuvo un valor de 0,48 para el trade-off eficiencia-equidad representativo de la sociedad. Según este resultado, la sociedad está dispuesta a sacrificar 1 año de vida ganado mediante la cesación tabáquica, para ganar 0,48 años de vida mediante el tratamiento con estatinas de la hipercolesterolemia. Este valor de trade-off se asocia con un parámetro  $\#e$  de la función de bienestar social igual a 2,3. Si se da una mayor prioridad a la intervención preventiva consistente en el consejo médico para la cesación tabáquica y el tratamiento con 20 mg/día de lovastatina para la hipercolesterolemia se consigue una distribución de recursos con un valor de aversión a la desigualdad consistente con el representativo de la sociedad, mientras que si se da una mayor prioridad a los tratamientos de sustitución de la nicotina para la cesación tabáquica que al tratamiento con 20 mg/día de lovastatina para la hipercolesterolemia se consigue una distribución de recursos consistente con el análisis coste-efectividad pero con un valor de aversión a la desigualdad menor que el representativo de la sociedad.

**Conclusión:** El tratamiento con estatinas para la hipercolesterolemia debería tener una mayor prioridad que los tratamientos de sustitución de la nicotina para la cesación tabáquica si se tiene en cuenta la eficiencia y la equidad en la distribución de los recursos sanitarios.

119

**COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CON DIETA Y FÁRMACOS PARA PREVENIR LA CARDIOPATÍA CORONARIA EN CATALUÑA**

P. Plans Rubió

*Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat, Barcelona.*

**Objetivos:** En este estudio se ha estimado el coste-efectividad del tratamiento hipolipemiente con una dieta baja en grasas y colesterol y lovastatina (20, 40 y 80 mg/día), colestiramina (12 y 24 g/día) y gemfibrocilo (1,2 g/día) en los individuos con hipercolesterolemia.

**Métodos:** La razón coste-efectividad se ha medido en términos de coste neto por año de vida ganado (AVG). El coste neto se ha calculado restando al coste de cada tratamiento, la reducción de los costes de la cardiopatía coronaria que se consigue con los tratamientos hipolipemiantes. La efectividad se ha estimado utilizando la ecuación de Framingham, la información sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y la esperanza de vida según la edad y el sexo en la población catalana.

**Resultados:** El coste-efectividad del tratamiento dietético hipolipemiente iba de 627.000 a 6.143.900 por AVG en los varones y de 2.806.700 a 17.145.900 por AVG en las mujeres, según la edad y concentración inicial de colesterol. El orden de menor a mayor coste por AVG de los tratamientos farmacológicos evaluados fue el siguiente: lovastatina-20 mg/día, colestiramina-12 g/día, lovastatina-40 mg/día, gemfibrocilo-1,2 g/día, colestiramina-24 g/día y lovastatina-80 mg/día. En los varones de 55-59 años con una concentración de colesterol de 300 mg/dl (7,76 mmol/l) el coste por AVG fue de 3,9 millones para la lovastatina-20, 5,4 para la lovastatina-40, 5,4 para la colestiramina-12, 6,3 para el gemfibrocilo, 7,5 para la colestiramina-24 y 8,9 para la lovastatina-80. En las mujeres el coste-efectividad fue de 10,5, 14,2, 14,4, 16,5, 19,8 y 23,2, respectivamente.

**Conclusión:** Los resultados de este estudio muestran que el tratamiento hipolipemiente con dieta y fármacos se asocia con unas razones coste-efectividad favorables.

121

**TELEMEDICINA: IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TELE-CITA EN LA COMARCA DE CALATAYUD**C. Ceballos<sup>1</sup>, C. Seco<sup>3</sup>, C. Cebrián<sup>2</sup>, J. Busquet<sup>2</sup> y M. Mur<sup>1</sup><sup>1</sup>Dirección y Gerencia Hospital de Calatayud. <sup>2</sup>Dirección y Gerencia Atención Primaria. <sup>3</sup>Servicio de Admisión. Calatayud. Zaragoza.

**Introducción:** La *Telecita* desde primaria al hospital de referencia es posible técnica y logísticamente y su aplicación proporciona beneficios tangibles a todos los usuarios, tanto externos (los pacientes), como internos (principalmente el personal de administración). La *telecita* consiste en dar fecha y hora de consulta con el especialista directamente desde el centro de atención primaria. Desde allí los administrativos se conectan con la agenda electrónica del centro hospitalario y ven los huecos libres de los médicos especialistas.

**Objetivos:** Instauración, control y seguimiento de la *Telecita* en Atención Primaria y Especializada del Área del Hospital de Calatayud.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo de la instauración y seguimiento de las citas desde cada uno de los centros de salud del área y el Hospital de Calatayud. Análisis y evaluación de la repercusión sobre la calidad de la atención del cliente interno (administrativo) y el externo (paciente). La descarga de las citas es realizada mediante SQL directamente de las tablas del plan DIAS, de actividad ya capturada y de citas pendientes. Recogida y adecuación del formato de los datos en una hoja libre de cálculo Excel.

**Resultados:** El número total de citas realizadas en un año han sido 9.782, de las que las especialidades más requeridas fueron oftalmología (1.840), traumatología (1.249) y dermatología (1.120). La instauración de la *Telecita* en los centros de salud ha sido progresiva al tiempo que se aprecia un crecimiento exponencial de las citas en cada centro de salud implicado.

**Conclusiones:** La *Telecita* ha propiciado nuevas formas de relación entre los ciudadanos y el sistema sanitario de la Comarca de Calatayud y las relaciones de los profesionales y organizaciones entre sí, Atención Primaria y Especializada, en la atención sanitaria, modificando cualitativamente factores de distancia y simultaneidad, y cuantitativamente factores de velocidad y seguridad.