

# IX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

Zaragoza, 22-24 de noviembre de 2001

## TALLERES

---

### Taller A

---

#### Alianzas intersectoriales para políticas con ganancia en salud

Jueves, 22 de noviembre de 2001

*Coordinadora:*

Rosana Peiró Pérez

*Técnica de Promoción de la Salud. Centro de Salud Pública de Alzira (Valencia). Conselleria de Sanidad.*

*Persona invitada:*

Erio Ziglio

*Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud.*

Dado que el origen de la mayoría de los problemas de salud está ligado a factores sociales, abordar éstos debe ser parte de la estrategia de salud. Para ello se deberán establecer alianzas con los sectores no sanitarios (públicos y privados) involucrados en las distintas políticas sociales y económicas, con el objetivo común de construir una sociedad y economía fuertes y así conseguir crear las condiciones donde la salud pueda mejorar.

Los diferentes sectores trabajarán en igualdad, estableciendo una colaboración real, compartiendo objetivos y con un entendimiento común de las tareas y contribuciones de cada uno. De esta manera las acciones se centrarán en alcanzar una mejora de la salud y resultará más efectiva y eficiente, con resultados sostenibles, en mayor medida que si un sector actúa en solitario. Se trata de un enfoque pragmático para proteger y promover la salud en sociedades complejas y cambiantes, guiado por los principios de participación, equidad y sostenibilidad.

Dirigiendo las inversiones en este sentido, necesitaremos la negociación para asegurar los acuerdos y aclarar y compartir objetivos de los diferentes sectores, sistemas flexibles de presupuestos que permitan el flujo de recursos a través de los sectores y organizaciones y procedimientos para ejecutar las iniciativas y recompensar las colaboraciones.

En el taller se abordará la resolución de casos prácticos sobre temas específicos para aprender a identificar mecanismos que permitan la búsqueda de objetivos comunes y el trabajo en redes intersectoriales.

### Taller B

---

#### La efectividad de la promoción de la salud y las políticas de salud

Jueves, 22 de noviembre de 2001

*Coordinadoras:*

B. Merino Merino\* e I. García Sánchez\*\*

*\*Ministerio de Sanidad y Consumo. \*\*UIPE/UIHPE Oficina Regional Europea, EASP.*

*Persona invitada:*

A. Bunde-Birouste

*UIPES/UIHPE Sede Central. Directora de programas de UIPES/UIHPE.*

#### **Objetivos:**

**Generales:** Difusión del informe "La eficacia de la Promoción de la Salud" en España.

Sensibilizar a profesionales y decisores políticos sobre la necesidad de desarrollar determinadas intervenciones de promoción de la salud que han demostrado ser eficaces.

**Específicos:** Estimular el debate y la reflexión sobre las acciones de promoción de la salud realizadas y las actuaciones necesarias en el futuro.

Ayudar a la elaboración de recomendaciones para la acción en nuestro entorno.

Colaborar en la elaboración de materiales de apoyo para la difusión del informe a distintas audiencias (grupos profesionales, decisores políticos...)

**Métodos:** Lectura crítica, previa al taller del Informe. Recogida mediante cuestionario de las opiniones de expertos y asistentes. Análisis y debate de las mismas. Elaboración de un documento que recoja este desarrollo.

**Resultados:** Integración de las conclusiones de este taller en los materiales de apoyo para la difusión del informe en España

**Conclusiones:** La integración de una promoción de la salud eficaz en la práctica diaria requiere un amplio proceso de debate entre las personas implicadas que debe ser refrendado socialmente. La adaptación a los diferentes contextos de los informes sobre evidencia abre un amplio debate que implica el análisis de los déficit y oportunidades de las intervenciones para la promoción de la salud.

## Taller C

### Hacia los planes de salud de 2ª generación

Jueves, 22 de noviembre de 2001

*Coordinador:*

José Luis Arocha Hernández

*Presidente de la Sociedad Canaria de Salud Pública*

*Organiza:*

Sociedad Canaria de Salud Pública

*Personas invitadas:*

Participantes en el taller de planes de salud. Las Palmas de Gran Canaria. Noviembre 2000

- Oscar García Aboín. *Presidente del Comité Organizador*
- Dolores Fiuza Pérez. *Relatora General del Taller*
- Rosa Gispert Magarolas. *Comité Científico*
- Carlos Álvarez-Dardet. *Comité Científico*
- Beatriz González-López Varcácel. *Comité Científico*
- Isabel de la Mata Barranco. *Participante*
- José Ramón Repullo Labrador. *Participante*
- José Joaquín O'Shannahan Juan. *Participante*

#### Antecedentes y objetivos:

– Debatir las conclusiones del taller celebrado hace un año en Canarias.

– Diseñar el programa de trabajo para la celebración de un nuevo taller del que está prevista su celebración en noviembre de 2002 sobre la EVALUACIÓN de los Planes de Salud

La planificación y los planes de salud han sido siempre objeto de debate y así ha quedado reflejado en la práctica totalidad de los INFORMES SESPAS.

Elaborar documentos técnicos que apoyen las responsabilidades y tareas de los técnicos de la Salud Pública y de los Gobiernos es una de las misiones de SESPAS y creemos que este taller apoya el cumplimiento de esta misión.

Los resultados que se esperan son:

- Difundir las conclusiones del taller celebrado en Canarias
- Obtener una opinión cualificada sobre el mismo que sirva de apoyo para la celebración de un segundo taller.

## COMUNICACIONES LIBRES AL TALLER C

### C01

#### LOS PLANES DE SALUD A DEBATE

O. García Aboín<sup>1</sup>, D. Fiuza Pérez<sup>2</sup> y J.L. Arocha Hernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Técnico de Salud Pública del Plan de Salud de Canarias. Servicio de Planificación del Servicio Canario de la Salud. <sup>2</sup>Epidemióloga. Unidad de Investigación del Hospital Universitario General de Gran Canaria. "Dr. Negrín". <sup>3</sup>Médico de Sanidad Nacional. Médico de Familia. Director Técnico de GyD. Asesores en Salud Pública. Presidente de la Sociedad Canaria de Salud Pública.

**Antecedentes:** Han transcurrido más de 11 años desde que se promulgara el RD 939/1989, sobre planes de salud (PS) que pretendía regular la metodología de elaboración de los PS en todas las CCAA siguiendo el dictado de la LGS de 1986, y aunque la mayoría han elaborado sus PS, no se ha desarrollado en España un debate detenido sobre los mismos. Sin embargo, en el contexto descentralizado de las políticas de salud, los PS podrían y deberían jugar un papel fundamental en la garantía de la Equi-

dad en la oferta de servicios y en la interpretación del dictado constitucional del "Derecho a la Protección de la salud".

La Sociedad Canaria de Salud Pública (SCSP), al hilo del debate sobre la evaluación y la revisión del Plan de Salud de Canarias, propuso un debate de consenso sobre los PS, al que invitó a técnicos y políticos de la mayoría de las CCAA.

Esta comunicación es un resumen de ese debate.

#### Objetivos:

- Debatir sobre la efectividad de los PS como instrumentos útiles de planificación para la salud pública moderna.
- Compartir y debatir experiencias surgidas en la elaboración e implementación de los PS que hay en España.
- Producir un documento de consenso que pueda ser útil para la reformulación de los PS.

**Metodología:** El trabajo se desarrolló en nueve mesas temáticas formadas cada una por un ponente que debatió sobre los aspectos teóricos, un replicante que atendía a los aspectos operativos y de experiencia práctica, un moderador, experto enviado por las CCAA o instituciones colaboradoras, que dirigía el debate hacia conclusiones y recomendaciones, y un relator, miembro de la SCSP, que ejerce de notario y asumía la responsabilidad del texto de síntesis.

#### Conclusiones:

- Los PS tienen un valor estratégico en las políticas de salud del que no podemos prescindir.
- Deben ser monitorizables y evaluables para lo que hay que desarrollar sistemas de información de base poblacional.
- La viabilidad de los PS pasa por la investigación priorizada, multidisciplinaria, intersectorial y multicéntrica que se traduzca en acciones.
- Las políticas de salud deben ser coherentes con las estrategias suprarregionales y deben estar determinadas por las necesidades locales, por lo que la participación ciudadana es fundamental.
- La mejora de los PS requiere inversiones importantes en recursos científicos y profesionales de Salud Pública.
- Los PS deben traducirse en acciones vinculadas a contratos-programas o cualquier otra herramienta de compromiso intersectorial.
- Deben estar presupuestados en sus acciones y en los programas que los desarrollen.
- Deben formularse para ser evaluados como procedimiento de transparencia social.
- La participación de los ciudadanos debe ser activa en todas las fases del Plan para garantizar su eficacia y efectividad y debe hacerse a través de los órganos de participación social operativos.
- Las organizaciones de salud pública deben ejercer el liderazgo político y técnico que asegure la operativización de los Planes de Salud como instrumentos de cambio.

### C02

#### CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA 2001-2004. OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD

C. Albinyana, R. López, M.L. de la Puente, M. Dolz, M.T. Campanera, J.L. Lanau, O. Alberca, R. Juncadella, E. Martín, C. González y H. Ris

*Región Sanitaria Centro. Servicio Catalán de la Salud. (Catsalut).*

**Objetivos:** Desde la creación del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), la Región Sanitaria Centro (una de las 8 regiones sanitarias del CatSalut), ha dado mucha importancia a la tarea de marcar las directrices a cada hospital de la Xarxa Hospitalaria de

Utilización Pública (XHUP), para que contribuyan a la consolidación de los objetivos del Plan de Salud la Región Sanitaria Centro de Catalunya. La dinámica de contratación de objetivos de salud y la experiencia acumulada en el ámbito de la atención primaria y de la propia atención hospitalaria, nos ha llevado a la elaboración del *Contrato de compra de servicios de atención hospitalaria 2001-2004*. *Objetivos del plan de salud*, basado en las recomendaciones del Plan de Salud y en los resultados de la evaluación de los contratos hospitalarios del período 1998-2000 La Región dispone de doce hospitales concertados de distinta complejidad clínica a los que se aplicará dicho contrato.

**Métodos:** Para elaborar el contrato se organizaron seis grupos de trabajo, uno por cada ámbito de salud en el que se priorizó la intervención que se llevará a cabo del 2001 al 2004. Estos grupos de trabajo estaban formados por profesionales del ámbito clínico y directivo de los hospitales y de la propia Región Sanitaria Centro.

**Resultados:** Se han priorizado tres grandes líneas de trabajo: 1) Problemas de salud, 2) Atención al cliente y mejora de la calidad asistencial, 3) Atención farmacéutica. Dentro de los problemas de salud se han escogido cuatro subgrupos: oncología, pediatría, maternoinfantil y enfermedades crónicas. En atención

farmacéutica se ha diferenciado entre la prescripción interna del hospital con tres subgrupos: errores de medicación, medicamentos de uso hospitalario y nutrición enteral, y la prescripción farmacéutica externa del hospital con recetas del CatSalut en consultas externas, urgencias y en el alta hospitalaria. La coordinación con atención primaria y sociosanitaria, se contempla a través de la contratación en distintas líneas de aspectos complementarios entre ellos. Se han consensuado 106 objetivos específicos con sus correspondientes indicadores y métodos de evaluación. Dichos objetivos se contratarán y evaluarán de forma progresiva del 2001 al 2004. El objetivo al final del período, es que los doce hospitales de la Región, independientemente del nivel de complejidad clínica, hayan conseguido alcanzar la totalidad de los objetivos del Plan de Salud contratados. Paralelamente a la contratación se desarrollará un sistema de información homogéneo para la evaluación anual de los resultados obtenidos.

**Conclusiones:** El contrato de compra de servicios se presenta como un instrumento muy útil para conocer la situación de los servicios sanitarios hospitalarios, consensuar metodología de trabajo entre compradores y prov

## Taller D

### Grupo de género. Las desigualdades en salud según género

Viernes 23 de noviembre de 2001

*Coordinadora:*

C. Moya García

*Personas invitadas:*

L. Artazcoz Lazcano, S. Esnaola Sukia, M<sup>a</sup>. del M García Calvente. Informe SESPAS. C. Borrell Thió. Grupo de género de Sespas

**Introducción:** Aunque hace ya años que las mujeres han entrado en el mercado laboral todavía persisten desigualdades de género en el trabajo. Hoy ocupan, con mayor frecuencia que los hombres empleos por debajo de su cualificación, trabajan en condiciones de mayor precariedad (en muchos casos dentro de la economía sumergida), continúan poco representadas en los órganos de decisión, chocan contra el "techo de cristal". esa barrera invisible que limita su promoción profesional y tienen que hacer difíciles equilibrios para compatibilizar la vida laboral y la familiar renunciando, con frecuencia, a una en beneficio de la otra. Y lo pagan en salud. No se puede olvidar que las desigualdades de género se enmarcan dentro de un contexto más general en el que también están presentes otras desigualdades como las asociadas a la clase social o a la emigración, en una sociedad cada vez más global. Sin perder de vista lo anterior, es importante empezar por algún punto, quizás el que resulta más cercano, el de las desigualdades de género y su relación con la salud en nuestro entorno.

El grupo de género y Salud Pública se creó formalmente en el último congreso de SESPAS celebrado en Sevilla en 1999, si bien su origen arranca de las anteriores reuniones de la sociedad en los años 1993, 1995 y 1997 donde ya un grupo de mujeres socias inicio el debate de las desigualdades de género existentes en el seno de SESPAS.

#### Objetivos:

– Mejorar el desarrollo profesional de las mujeres socias de las SESPAS

– Mejorar el desarrollo personal y social de las mujeres desde el ámbito profesional de los socios y socias de las SESPAS

– Evidenciar las situaciones de desigualdades en salud según género.

**Resultados:** En este taller se presentan las actividades realizadas por el grupo desde su creación:

– Observatorio de Desigualdades de género en salud

– Actividades de Investigación

– *Informe SESPAS 2002*, que dedica un capítulo a las desigualdades de género en salud derivadas de las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar en mujeres ocupadas, en el que se analiza la situación en trabajadores y trabajadoras de Cataluña, Andalucía y País Vasco.

– *Tres comunicaciones* en las que se evidencian las diferencias entre hombres y mujeres en diferentes problemas de salud y se discuten aspectos metodológicos relacionados con el análisis de género.

## COMUNICACIONES LIBRES AL TALLER D

### D01

#### PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO EN BARCELONA

J. Salvador, A. Roig, Ml. Pasarín, M. Ricart, M. Cunillé y C. Borrell  
*Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.*

**Objetivos:** Analizar la evolución de la planificación de los embarazos en la ciudad de Barcelona durante la década de los 90.

**Métodos:** La población de estudio son las mujeres residentes en Barcelona que en el período de estudio (1990-1999) tuvieron una gestación que acabó en un recién nacido (RN) o en una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Las fuentes de información son el padrón de habitantes y los registros de nacimientos, muertes perinatales, IVE y defectos congénitos de la ciudad. Las variables analizadas son la edad materna y la pla-

nificación del embarazo. La definición operativa de embarazo no planificado incluye todas las IVE y para los RN una extrapolación a partir de los controles del registro de defectos congénitos, cuya base de datos incluye la variable sobre planificación del embarazo. Los embarazos quedan así divididos en 3 grupos: embarazos planificados que acaban en un RN, embarazos no planificados que también acaban en un RN e IVE. Se analiza la evolución temporal de la distribución de estos 3 tipos de embarazos por grupos quinquenales de edad materna. Asimismo se obtienen y distribuyen las tasas de fecundidad.

**Resultados:** El 40% de las gestaciones no fueron planificadas y el 56% de éstas acabaron en una IVE. Las gestantes menores de 25 años son las que menos planifican sus embarazos (sólo un 20%). La mayoría de estos embarazos no planificados de mujeres jóvenes acaban en una IVE (un 74%). Las gestantes entre 25 y 39 años presentan mejores cifras de embarazos no planificados (31%), mientras que las gestantes de 40 o más años vuelven a tener una importante proporción de embarazos no planificados (59%), más de la mitad de los cuales acaban en una IVE (58%). El análisis temporal indica un incremento de las tasas de fecundidad en las mujeres de 30 años o más y un descenso en las más jóvenes a lo largo de la década, así como un incremento de los embarazos no planificados en las mujeres menores de 20 años y un descenso de este tipo de gestaciones en las de 30 años o más.

**Conclusiones:** El análisis de las gestaciones basado en los nacimientos, sin tener en cuenta las IVE, es engañoso. Aunque la interrupción voluntaria de la mayoría de embarazos no planificados soluciona parte del problema, constituye un asunto de salud pública, ya que estas IVE tienen un considerable coste económico y emocional. Invertir la tendencia de incremento de estos embarazos no planificados en mujeres jóvenes se prevé difícil si no se dedican esfuerzos y medios específicos. La planificación del embarazo, además de evitar muchas IVE, permite controlar la futura gestación en aspectos como las exposiciones teratogénicas, el diagnóstico prenatal o la aplicación de medidas preventivas, como la ingesta de ácido fólico.

## D02 DESGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD MENTAL: DESEMPLEO, CLASE SOCIAL Y ROLES FAMILIARES

L. Artazcoz, I. Cortès, J. Benach y C. Borrell  
*Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.*

**Objetivos:** 1) Examinar si el desempleo tiene diferente impacto en la salud mental de hombres y de mujeres, 2) Determinar si hay diferencias según género, situación laboral y clase social en la relación entre los roles familiares y la salud mental.

**Métodos:** Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994. La población de estudio fueron las personas con edades comprendidas entre 25 y 64 años con un trabajo remunerado o que estaban desempleadas, y que habían trabajado con anterioridad y que no tenían limitación crónica de la actividad habitual (2.459 hombres y 1.459 mujeres ocupados y 371 hombres y 267 mujeres en paro). La variable dependiente fue el estado de salud mental medido con el cuestionario GHQ-12. Se consideraron casos los individuos con una puntuación igual o superior a tres. Las variables independientes fueron el estado civil o de convivencia (casado o convive en pareja, soltero y separado/divorciado/viudo) y la convivencia con menores de 15 años. Las variables de ajuste fueron la edad y, en el caso de los parados, la duración de la situación de paro y el cobro de prestaciones económicas por el paro. Se ajustaron modelos de re-

gresión logística multivariados para el cálculo de odds ratios ajustadas (ORa) y sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%. El análisis se hizo separado según género, situación laboral y clase social (trabajadores manuales y no manuales).

**Resultados:** La magnitud de la asociación entre el paro y el mal estado de salud mental fue superior en hombres que en mujeres (ORa=2,88; IC95%=1,81-4,59 para los trabajadores no manuales y ORa=2,95; IC95%=2,14-4,08 en manuales). En trabajadoras manuales no se observaron diferencias en el estado de salud mental entre ocupadas y paradas debido a la alta prevalencia de mal estado de salud mental entre las trabajadoras ocupadas manuales. Los roles familiares no se asociaron al estado de salud mental en trabajadores no manuales mientras que entre los desocupados manuales estar soltero se asoció negativamente con el mal estado de salud mental (ORa=0,34; IC95%=0,13-0,86). En mujeres ocupadas, estar separada, divorciada o viuda se asoció a tener un peor estado de salud mental tanto entre las trabajadoras no manuales (ORa=1,89; IC95%=0,98-3,67 como entre las manuales (ORa= 2,30; 95%CI=1,32-3,40). En mujeres desempleadas no manuales, la convivencia con menores de 15 años se asoció negativamente con un mal estado de salud mental (ORa=0,24; 95%CI=0,06-0,92).

**Conclusiones:** Perder el empleo parece tener un mayor efecto sobre el estado de salud mental de los hombres que de las mujeres. Para entender las diferencias y desigualdades de género en salud es importante considerar la interacción entre género, clase social, situación laboral y roles familiares.

## D03 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS FACTORES ASOCIADOS A LUMBALGIA EN POBLACIÓN TRABAJADORA

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

**Objetivos:** Analizar las diferencias de género en los factores asociados a lumbalgia crónica en población ocupada teniendo en cuenta simultáneamente los factores de riesgo individual, los del entorno laboral y la convivencia con hijos pequeños.

**Métodos:** Los datos proceden de una encuesta realizada a los trabajadores y trabajadoras del Ayuntamiento de Barcelona que acudieron a la revisión médica de empresa y contestaron un cuestionario en el periodo comprendido entre febrero de 1999 y octubre de 2000 (tasa de respuesta 77%). La población de estudio fueron las personas que a la pregunta sobre duración de dolor lumbar en el año anterior a la encuesta respondieron no haber padecido lumbalgia ningún día y aquellos que la habían sufrido durante más de 30 días (848 hombres y 642 mujeres), eliminándose las categorías intermedias (850 hombres y 788 mujeres). Se consideraron como factores de riesgo laboral las exigencias físicas y las dinámicas, ambas variables dicotómicas y la ocupación con cinco categorías. Los factores de riesgo individual fueron la edad (continua), el sobrepeso y el consumo de tabaco diario (no fumador, 1-9, 10-20 y más de 20 cigarrillos). Además se consideró la convivencia con hijos menores de 6 años. 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:** El 32% de los hombres y el 55% de las mujeres había padecido lumbalgia de duración superior a 30 días en el año previo a la encuesta. Tanto en hombres como en mujeres la lumbalgia se asoció a la edad (ORa= 1,02; IC95%=1,00-1,05 en hombres y ORa=1,03; IC95%=1,01-1,06) y a las exigencias

físicas estáticas (ORa= 2,27; IC95%=1,45-3,5 en hombres y ORa=1,75; IC95%=1,06-2,87). Se observó un patrón diferente en hombres y en mujeres para el consumo de tabaco, el sobrepeso y la convivencia con hijos menores de 6 años. Mientras en mujeres no se observó asociación entre el número de cigarrillos, el sobrepeso y la lumbalgia, en hombres el riesgo aumentaba a medida que lo hacía el consumo de tabaco, de modo que la ORa asociada a fumar más de 20 cigarrillos diarios fue 2,45 (IC95%=1,31-4,58). Convivir con hijos menores de 6 años y el sobrepeso sólo se asociaron a lumbalgia en mujeres (ORa=2,32; IC95%=1,40-3,85 para la convivencia con criaturas y ORa=3,42; IC95%=2,16-5,43 para el sobrepeso).

**Conclusiones:** Aunque algunos factores asociados a lumbalgia crónica son los mismos en hombres y en mujeres, otros como el tabaquismo, el sobrepeso y la convivencia con criaturas podría tener un comportamiento diferente según género. Este hecho debería tenerse en cuenta en las estrategias de prevención de la lumbalgia, una de las primeras causas de absentismo laboral y de incapacidad crónica en adultos jóvenes.

#### D04

### LA SALUD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: UN ENFOQUE DE GÉNERO

C. Vives Cases<sup>1</sup>, M.T. Ruiz Cantero<sup>1</sup>, M. Martín Llaguno<sup>2</sup>, D. La Parra Casado<sup>2</sup> y M. Albaladejo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante <sup>2</sup>Departamento de Sociología II, Psic., Comun. y Didáctica. Universidad de Alicante <sup>3</sup>Doctorado de Filología Inglesa. Universidad de Alicante.

**Objetivos:** Los temas de salud llegan a convertirse en problemas sociales a través de los medios de comunicación. Estos no solo informan sino que enfocan la atención y condicionan la percepción de la audiencia hacia temas específicos de salud. Ciertos temas de salud son comunes a varones y mujeres y otros

afectan más a las mujeres. El *Objetivo* de la comunicación es identificar la visibilidad y paridad de género en la difusión de la información sobre salud en la prensa escrita.

**Métodos:** Se ha realizado un *análisis de contenido* de las noticias de salud relacionadas con anorexia/bulimia, cáncer, tabaco, violencia doméstica, aborto e infarto. Se analizaron 1.356 noticias de un total de 2.480 Titulares publicados entre 1990-1999, pertenecientes a los diarios -de mayor difusión según la Oficina de Justificación de la Difusión- El País, ABC y El Mundo.

#### Resultados:

1) Visibilidad de hombres y mujeres en las noticias sobre:

	Anorexia	Cáncer	Infarto	Violencia	Aborto	Tabaquismo
Noticias con hombres*	61%	72%	84%	60%	84%	66%
Noticias con mujeres*	57%	38%	36%	79%	55%	20%
Total noticias	79	422	118	57	330	350

\*En la lectura de esta tabla, cabe tener en cuenta que en las noticias puede haber hombres y mujeres por lo que no son variables excluyentes.

2) Paridad (presencia de hombres y mujeres según su categoría profesional o personal):

En el conjunto de noticias analizadas cabe destacar la presencia de hombres pertenecientes a los ámbitos político (29%) y médico (24%) y de mujeres afectadas por el problema de salud de la noticia (14%).

De las 726 noticias firmadas por periodistas, en el 61,3% el autor es hombre y en el 38,7% es mujer.

**Conclusiones:** Se confirma en las noticias de salud que: 1) La mujeres son menos visibles que los hombres excepto en las noticias de violencia contra las mujeres, 2) No se ha alcanzado la paridad en la presencia de los grupos de interés de los temas de salud analizados, ni tampoco en la presencia de mujeres periodistas como autoras de las noticias.

## Taller E

### Los Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): una medida de la capacidad de resolución de la atención primaria en España

Viernes, 23 de noviembre de 2001

**Coordinadora:**

Josefina Caminal

**Participantes en la mesa redonda:**

J. Caminal<sup>1</sup>, S. Márquez<sup>2</sup>, R. Peiró<sup>3</sup> y E. Sánchez<sup>4</sup> (moderadora).

<sup>1</sup>Universitat Autònoma de Barcelona, <sup>2</sup>EASP, <sup>3</sup>Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, <sup>4</sup>AATM del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

**Introducción:** La mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios de la Atención Primaria de Salud (APS) que se ha logrado en los últimos años en España, es el resultado de la apli-

cación de las diferentes reformas sanitarias, la específica de este nivel asistencial y las generales. Estas reformas han potenciado el protagonismo de la APS en el marco del sistema sanitario y le han dotado de la infraestructura necesaria para mejorar la efectividad de sus intervenciones asistenciales. En la actualidad, la evaluación del impacto de estas reformas en el ámbito de la APS debería centrarse en el desarrollo de indicadores que permitan evaluar y comparar los resultados entre los centros asistenciales reformados, así como en establecer estándares de práctica clínica.

"Las hospitalizaciones por *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)*" es un indicador que ha demostrado su utilidad para evaluar la efectividad de la APS. Así, estas hospitalizaciones se consideran como una medida indirecta del funcionamiento de la APS, a la vez que identifican un volumen de actividad hospitalaria potencialmente evitable. Una de las características del indicador que merece un comentario adicional, es que se construye con información procedente de bases de datos secundarias; en concreto, de la base de datos de morbilidad hospitalaria, el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria. Desde el punto de vista de la evaluación de APS, esta característica representa la ventaja de disponer de un sistema de información sanitaria con unos niveles de implantación, validez y fiabilidad elevados. Por otra parte, tiene las li-

mitaciones propias del uso de una base de datos para fines distintos a los que ha sido diseñada que exige un adecuado manejo de las mismas.

**Objetivo:** Dar a conocer el indicador "las hospitalizaciones por ACSC" y potenciar el uso del mismo en España para evaluar el funcionamiento de la APS. Este objetivo se pretende alcanzar mediante la presentación del marco teórico del indicador y los resultados desarrollados con el mismo en el entorno sanitario español por diferentes grupos de investigación.

**Contenidos:** El taller se estructurará en dos partes, la primera consistirá en la exposición de los contenidos conceptuales y metodológicos en el marco de una mesa redonda; y la segunda estará abierta a las aportaciones de los asistentes al taller, en forma de comunicaciones presentadas al congreso o de contribuciones libres.

## COMUNICACIONES LIBRES AL TALLER E

### E01

#### LA POBLACIÓN INFANTIL Y LAS HOSPITALIZACIONES POR *AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS*. PATRÓN DE MORBILIDAD POR REGIONES SANITARIAS (CATALUÑA)

M. Morales, Y. Castellano y J. Caminal  
*Universitat Autònoma de Barcelona.*

**Objetivos:** Análisis descriptivo de las hospitalizaciones por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) generadas por la población infantil residente en las distintas Regiones Sanitarias (RS) de la CCAA de Cataluña. Los ACSC identifican hospitalizaciones debidas a problemas de salud potencialmente prevenibles mediante cuidados de atención primaria.

**Métodos:** Análisis descriptivo exhaustivo de las altas hospitalarias generadas por la población < 15 años durante 1998-1999, obtenidas del registro de morbilidad hospitalaria, el CMBDAH del Servei Català de la Salut. La variable principal incluye los códigos de diagnóstico CIE-9-CM de las altas por ACSC agrupadas en 22 categorías. Se describe la distribución de las altas y de las tasas por: grupo de edad (< 2, 2-4, 5-9 y 10-14), RS y Cataluña. Las tasas de hospitalización se calculan por 10.000 hab/año, ajustadas por edad y por sexo, y se comparan mediante el IC 95%. El exceso/defecto de hospitalización entre RS se establece mediante la Razón de Hospitalización Estandarizada (RHE).

**Resultados:** Casi el 18% de las hospitalizaciones son debidas a ACSC, tasa = 147,9/10.000 hab/año (127,2-168,7). El 50% de las mismas son atribuibles a la patología denominada autolimitada (infecciones ORL/infecciones de vías respiratorias altas, gastroenteritis, convulsiones febriles, problemas dentales y bronquitis aguda). Distribución por grupo de edad: el 43,4% en los menores de 2 años (patologías de mayor frecuencia: bronquitis aguda, infecciones del tracto urinario y gastroenteritis) y el 11,8% en los de 10-14 años (asma, convulsiones febriles y diabetes). RS con un exceso de hospitalización: Tortosa, Tarragona y Centro (RHE = 1,4; 1,2 y 1,1, respectivamente). Exceso que representa un incremento del 33%, 13% y 4,6% en la tasa de hospitalización. Problemas de salud con las tasas más elevadas: gastroenteritis, bronquitis aguda y neumonía bacteriana en Tortosa; bronquitis aguda, convulsiones febriles y asma en Tarragona; y, bronquitis aguda, neumonía bacteriana y gastroenteritis en Centro ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las hospitalizaciones por ACSC, en particular por problemas autolimitados, y la variabilidad territorial observada identifican márgenes de mejora considerables para reducir las diferencias entre RS. Los resultados obtenidos muestran un patrón de morbilidad y una relación inversa con la edad que son distintos de los encontrados para la población adulta. Por ello, antes de atribuir dichos resultados a la capacidad de resolución de la atención primaria, se recomienda revisar el listado de ACSC para ajustarlo a este grupo de población.

### E02

#### ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALIZACIONES PREVENIBLES. PROCESO DE SELECCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL LISTADO DE *AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS*

J. Caminal\*, M. Morales\* y E. Sánchez\*\*

\**Universitat Autònoma de Barcelona* \*\**Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*

**Objetivos:** Validar el procedimiento para seleccionar los *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) mediante la comprensión de las bases conceptuales que permiten relacionar las altas hospitalarias seleccionadas con los problemas de salud susceptibles de ser atendidos en la atención primaria, especificando asimismo cuáles deberían ser las intervenciones propias del primer nivel asistencial para reducir este tipo de hospitalizaciones.

**Métodos:** Cinco criterios (Solberg et al 1990; Weissman et al 1992) fundamentan la selección de los códigos de diagnóstico de ACSC: (1) Tasa de hospitalización  $\geq 1/10.000$ , o "problema de salud importante"; (2) Existencia de estudios previos; (3) Claridad en la definición y codificación de los diagnósticos; (4) Problemas de salud potencialmente evitables mediante cuidados de atención primaria; y (5) Hospitalización necesaria cuando el problema de salud se produce. Fuentes de información: búsqueda bibliográfica, datos objetivos del "Estudio piloto sobre las hospitalizaciones por ACSC en Cataluña (1996)" y resultados de un estudio *Delphi*. El cumplimiento de los cinco criterios fue el requisito de inclusión en el listado. La fase de selección consistió en el cribado multifásico con los cinco criterios de cada uno de los códigos incluidos en el listado inicial obtenido de la revisión bibliográfica. El tipo de intervención de la atención primaria se identificó a partir de la información de la pregunta del estudio *Delphi*: "¿Puede la atención primaria prevenir la hospitalización de los problemas de salud propuestos mediante alguna de las siguientes intervenciones: (a) prevención primaria; (b) diagnóstico precoz y tratamiento adecuado; (c) seguimiento y control; (d) otros (especificar); o (e) no corresponde a la atención primaria?".

**Resultados:** Todos los códigos del listado inicial fueron considerados susceptibles de atención primaria (Criterio 4). Sin embargo, 20 fueron excluidos por no tener una tasa  $\geq 1/10.000$  o no ser considerados "problema de salud importante" (Criterio 2); 5 por tener una baja especificidad en la definición (Criterio 3); y, en 50 no se consideró que la hospitalización fuera necesaria cuando el problema de salud se produce (Criterio 5), éste fue el criterio más restrictivo. Los expertos, mediante diferentes grados de consenso, expresaron que para la mayoría de los problemas de salud crónicos y algunos agudos, se precisa más de una intervención por parte de la atención primaria.

**Conclusiones:** El listado de ACSC obtenido es válido para evaluar la efectividad de la atención primaria porque minimiza las limitaciones derivadas de la influencia de las características

clínicas de los pacientes y de la variabilidad hospitalaria. Se espera que al potenciar aquellas intervenciones de la atención primaria, identificadas como prioritarias, se mejore la efectividad de la misma y se reduzcan las hospitalizaciones por ACSC.

### E03

#### APLICACIÓN DE LOS *AMBULATORY CARE GROUPS* EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CÁLCULO DE LOS PESOS RELATIVOS

J. Estelrich Bennasar

*Centro de Salud de Son Gotleu. Palma de Mallorca.*

**Objetivos:** Este trabajo incluye un estudio sobre la aplicación del sistema de clasificación de pacientes denominado *Ambulatory Care Groups* (ACG), y, la elaboración de sus respectivos "pesos relativos".

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de las consultas realizadas durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2000 y el 30 de junio del 2000. El ámbito de estudio fue el Centro de Salud de Son Gotleu de Palma de Mallorca. Los participantes fueron una población de 1639 personas, todas ellas de edad igual o mayor a 14 años, asignadas a un cupo de medicina general. Se analizaron las consultas realizadas por cada uno de los pacientes que acudieron, como mínimo, en una ocasión. Se determinaron las siguientes variables independientes: edad, sexo, número de consultas realizadas, los diagnósticos, las exploraciones complementarias, otros procedimientos y tratamientos aplicados en el Centro, y, el nº de derivaciones a la Atención Especializada. Se calculó el coste unitario por paciente (que se obtuvo de la suma de los respectivos costes de las consultas, las pruebas complementarias, el gasto farmacéutico, los procedimientos diagnóstico-terapéuticos realizados en el Centro, y, las interconsultas. Cada uno de los pacientes se asignó a un grupo de los ACG. Se determinó el coste medio de cada ACG y su correspondiente "peso relativo". En el análisis estadístico se utilizaron técnicas no paramétricas al constatar que el coste no seguía una distribución normal.

**Resultados:** Acudieron a la consulta 969 pacientes (59,22%). La edad media fue de 48,28 años. 56,37% fueron del género femenino. 446 pacientes (46,02%) visitaron en el primer mes. La frecuentación fue de 4,34 visitas por paciente. 350 pacientes (36,11%) acudieron más de cuatro veces (66,95% de las visitas). El gasto medio farmacéutico por individuo de la población fue de 9.116,7 pesetas. El coste global medio por individuo fue de 12.725,2 pesetas. Cuatro ACGs cubren el 56,32% de toda la distribución. El 10% de los pacientes suponen el 41,6% del coste global. Mediante un modelo de regresión múltiple el ACG explica el 52,32% del coste global. A partir de la ecuación de regresión, se puede calcular el coste medio de cada ACG, a partir de su "peso relativo", con bastante precisión.

**Conclusiones:** El problema crónico de salud es la variable con mayor influencia en el coste. Los ACGs se pueden usar para una financiación capítativa ajustada y proporcionan información útil para la gestión.

### E04

#### ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS CONDICIONES SENSIBLES A CUIDADOS AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

*Unidad de Medicina Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos:** Identificar los episodios de hospitalización evitable en un centro hospitalario de tercer nivel y analizar su impacto desde diversos puntos de vista.

**Métodos:** Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se estudian todos los ingresos generados por un centro hospitalario universitario de 1.500 camas desde sus distintos puntos de acceso (urgencia, consulta externa, etc) durante el año 2000. Utilizando como fuentes de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y los Registros de Pacientes Coordinados de Admisión, se seleccionaron aquellos episodios de hospitalización considerados como Condiciones Sensibles a Cuidados Ambulatorios (CSCA) según el listado que ha utilizado Casanova en nuestro país. Los episodios seleccionados fueron posteriormente agrupados en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD<sub>s</sub>) con el fin de poder imputar los costes por proceso.

**Resultados:** Durante el año de estudio se generaron desde el hospital un total de 41.303 ingresos. De ellos se asumieron por el propio centro el 92,25% (38.100), mientras que el 7,72% restante (3.203) se derivaron a los hospitales de apoyo. Se consideraron como CSCA el 12,4% del total de hospitalizaciones. No obstante se objetivaron importantes diferencias entre los pacientes derivados y los asumidos por el hospital. Mientras que en los derivados el 52,30% correspondieron a CSCA, en los asumidos por el propio centro sólo supusieron el 9,03%. Cifrándonos a las hospitalizaciones evitables asumidas por el hospital, estas consumieron el 9,7% del total de estancias y explicaron el 7,4% del coste total de hospitalización (2.100 millones de ptas.).

**Conclusiones:** A la hora de evaluar el impacto de las CSCA en un hospital, es importante considerar los criterios de ingreso y derivación de cada centro porque pueden influir de manera notable sobre el mismo.

El impacto económico es proporcionalmente menor que el observado en ingresos o estancias, lo que indicaría que estas hospitalizaciones por CSCA se concentran en GRDs de relativo bajo coste. No obstante en términos absolutos supone una cuantía nada despreciable.

## Taller F

### Evaluación de guías de práctica clínica

Viernes, 23 de noviembre de 2001

*Coordinador:*

Juan del Llano

*Presidente Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Director de la Fundación Gaspar Casal.*

*Personas invitadas:*

- Redes de colaboración y bases de datos de GPC. Albert Jovell. Director Fundación Biblioteca Josep Laporte
- Origen y utilidad de las GPC. Las GPC pueden ser evaluadas en su método y contenido. José Asua. Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, Osteba
- Elaboración, implantación y evaluación de las GPC en la práctica clínica real. Josep Piqué. Jefe del Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic de Barcelona
- Criterios mínimos para elaboración de GPC de calidad desde la perspectiva AGREE. Françoise Cluzeau. Health Care Evaluation Unit. St. George's Hospital Medical School, Londres, GB.

**Introducción:** Nadie duda de la utilidad de los apoyos a la decisión clínica como estrategia para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y para lograr un uso apropiado de los recursos asistenciales disponibles. La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) utiliza en su metodología de trabajo las revisiones sistemáticas de la evidencia científica y los análisis de práctica clínica en contextos determinados como base para la elaboración de recomendaciones de práctica clínica. Otros grupos de profesionales y sociedades científicas trabajan en la elaboración de protocolos y guías. En no pocas ocasiones se observa que para un mismo problema o condición clínica diversas guías producen recomendaciones diferentes. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son informes elaborados sistemáticamente para ayudar al profesional sanitario y al paciente a tomar las decisiones adecuadas en circunstancias específicas. El objetivo es hacer recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos. Existe gran interés, voluntarismo y variada calidad en cuanto a los contenidos de las mismas. Hay una cierta costumbre en traducir documentos elaborados en otros contextos, pero hay escaso aporte metodológico para su elaboración y difusión. Encontramos iniciativas relacionadas con las sociedades científicas, pero no hay en nuestro contexto organismos públicos o entidades no lucrativas que promuevan GPC's a un nivel nacional o local. Sí lo podemos observar en varios países europeos y en norteamérica.

**Propósito:** Se hace necesario conocer y evaluar la calidad de las GPC disponibles en cuanto a calidad metodológica y aplicabilidad. El instrumento AGREE sirve para valorar la calidad de las GPC's. En este taller se expondrá la situación actual en cuanto a la evaluación de las GPC y se discutirán aspectos relacionados con el futuro intentando contestar a los siguientes interrogantes: Evaluación de GPC's, ¿para qué?, ¿quién?, ¿cuándo? y ¿cómo?.

## Taller G

### La difusión de la evidencia científica en salud pública: entre la tradición y la innovación

Viernes, 23 de noviembre de 2001

*Organiza:*

Gaceta Sanitaria ([www.doyma.es/gs](http://www.doyma.es/gs))

*Personas invitadas:*

- El futuro de las revistas científicas de salud pública. Carlos Álvarez-Dardet (Journal of Epidemiology and Community Health)
- El papel de la evidencia local en un mundo global. Esteve Fernández (Gaceta Sanitaria)
- Alternativas a la difusión de la evidencia científica. Enrique Bernal (Gestión Clínica y Sanitaria)
- Publicación electrónica: retos y perspectivas. Luis Descarga (AtMedica, Doyma)

**Antecedentes y Objetivos:** Las revistas científicas constituyen un eslabón fundamental de la investigación, tanto como instrumento de control de calidad de la evidencia, como en su difusión. En los últimos años se están produciendo cambios muy notables en los instrumentos de difusión de dicha evidencia, tanto en lo relativo a los procesos de control de calidad (con o sin revisión por pares o iguales) como a los medios para su difusión, con un espectacular crecimiento de los formatos electrónicos.

La salud pública y la administración sanitaria no son ajenas a estas tendencias, que obligan a debatir desde una perspectiva amplia los siguientes tres aspectos principales:

- la situación actual de los modelos de evaluación de la evidencia científica y de difusión de los conocimientos en el campo de la salud pública y de la administración sanitaria, con especial referencia al papel de las revistas de revisión por pares (*peer-review*)
- el papel de las revistas científicas locales en un marco de creciente competitividad global de la producción científica y de su impacto
- el futuro de los instrumentos actuales de difusión de la información, a la luz de la extensión de las nuevas tecnologías y del desarrollo de los modelos de gestión del conocimiento.
- las implicaciones para el contexto de la salud pública y la administración sanitaria en España, y para los instrumentos actualmente disponibles para la difusión de la evidencia en este campo.

Para ello, se contará con la visión de tres publicaciones del campo de la salud pública y de la administración sanitaria con ámbitos, objetivos y procesos diversos, así como con las aportaciones de un experto en los nuevos desarrollos de la publicación electrónica.

La experiencia de cada ponente y la discusión con los participantes, la mayoría lectores y autores de artículos de investigación, permitirá abordar aspectos como el futuro de las revistas científicas de salud pública y administración sanitaria, el papel de la evidencia local en un mundo global, las alternativas a las revistas de revisión por pares en la difusión de la evidencia, y los retos y perspectivas de las nuevas formas de publicación electrónica. eedores, mejorar la coordinación entre niveles y avanzar en la mejora de resultados de salud, de gestión de servicios y de satisfacción del usuario.