

# JORNADA TÉCNICA DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Las Palmas de Gran Canaria, 3 de noviembre de 2005

## COMITÉ CIENTÍFICO

*Presidente:*

**Enrique Palau Beato**

*Servicio Madrileño de Salud*

*Vocales:*

**Marcelino Cucarella Galiana**

*Servicio Madrileño de Salud*

**Jenaro Astray Mochales**

*Dirección General de Salud Pública*

**Jorge Casas Requejo**

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid*



---

# Presentación de las comunicaciones orales en la Jornada de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria

---

Presentamos aquí las comunicaciones orales aceptadas para la Jornada de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria, que se celebrará en Las Palmas de Gran Canaria, el día 3 de Noviembre próximo, en el seno del Encuentro de Salud Pública y Administración Sanitaria, denominado ESPAS Canarias 2005.

Nos encontramos en un momento de desarrollo de nuestros modelos de atención a la salud, en el que debemos conjugar la necesidad de mantener las cotas de equidad y accesibilidad de nuestras prestaciones, con unos niveles de excelencia que mantengan y mejoren los indicadores de salud que nuestros ciudadanos disfrutan. A nadie se le oculta, por otro lado, que conseguir este balance no es una tarea fácil, y menos en una Comunidad como la nuestra, en la que en los últimos años se ha incrementado notablemente la población, a costa fundamentalmente, de los colectivos de inmigrantes y que alcanza el 13% de la misma, siendo además estos últimos social y sanitariamente más vulnerables que el resto.

Ante este fenómeno, que tiene implicaciones demográficas, de necesidad de reajustes estructurales, de adecuación de recursos técnicos y humanos y en definitiva de adaptaciones de nuestro Servicios de salud, es por lo que queremos aportar nuestra propia experiencia que, bajo el lema de **“Los desafíos de la equidad y la excelencia: integrando personas y recursos”**, plantee las demandas, proponga soluciones y aporte los esfuerzos y logros conseguidos por nuestros profesionales.

Aparte de las ponencias de las Mesas Redondas que tendrán lugar en la Jornada, se solicitaron comunicaciones libres. Han sido presentadas 26 comunicaciones de las que han sido seleccionadas 18.

Los contenidos de las mismas son variados, se incluyen tres trabajos dedicados a la inmigración y salud, cinco a la aplicación de nuevas tecnologías, cuatro a la nueva situación de la Salud Pública en Madrid y el resto una miscelánea de temas como son calidad percibida, alertas y epidemiología, violencia de género, epistemología y salud pública y análisis y gestión de situaciones conflictivas en Atención Primaria.

El Comité Científico, ha tenido en cuenta para la selección de las comunicaciones diferentes aspectos, referidos a la presentación, claridad expositiva, el diseño del estudio cuando así lo requería la aportación, el planteamiento de los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, así como la presentación y coherencia de las conclusiones y resultados. La relevancia del trabajo ha sido tomada en cuenta también, aunque en algunos casos y dado el carácter regional de la Asociación, dicha relevancia pudo haberse referido estrictamente al ámbito de la Comunidad de Madrid.

En los casos de que las comunicaciones fueron más propositivas, con menor componente cuantitativo, se ha valorado también la originalidad de las mismas.

Madrid, Septiembre 2005

**Enrique Palau Beato**  
*Presidente del Comité Científico*



## COMUNICACIONES

### MESA 1

#### ¿CONSUMEN MÁS RECURSOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA LOS INMIGRANTES QUE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA?

R. Calvo Vidal, M.N. Bayón Cabeza, M.V. Ramírez Aleson, S. Garrido Elustondo, A. Rodríguez Baló, J.M. Gómez Rodríguez, S. López Palacios, S. Hernández Fuentes y J. Jiménez Carramiñana  
*Gerencia Área 7 Atención Primaria de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Comparar el grado de utilización de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria por parte de la población autóctona e inmigrante y estudio de factores asociados.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: usuarios del Área 7 de la Comunidad de Madrid (CM) dados de alta simultáneamente en las bases de datos de Tarjeta Sanitaria (TSI) y OMI a 22 de agosto de 2005. Se estudió la población total: 512.987. *Variables del estudio:* edad, sexo, país de origen, tipo de renta (IPRA: inmigrantes países renta alta; IPRB: inmigrantes países renta baja), continente, consulta en centro de salud, fecha de la última consulta. *Periodo de estudio:* desde el 1 de enero de 2000 hasta el 22 de agosto de 2005. *Análisis estadístico:* se calcularon medias y desviación estándar (DS) para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

**Resultados:** El 16,8% de la población era inmigrante, de estos el 90% eran IPRB. La media de edad fue de 43,3 años, (DS 22), para los autóctonos: 45,6 años (DS 23) y para los inmigrantes: 32 años (DS 14). La edad media de los IPRA fue de 25 (DS 19) años y de 32 (DS 13) para IPRB. El 53% de la población general eran mujeres. El 61,6% de los inmigrantes provenían de países de habla hispana. Acudieron a consulta el 59,6% de la población total, el 61,5% de los autóctonos y el 49,7% de los inmigrantes (50,4% de los IPRA frente al 44,2% de los IPRB: 1,12 veces más). El 56,4% de las consultas fueron de mujeres, consultaron un 1,14 veces más que los hombres: autóctonas 1,12 (1,11, 1,13) y extranjeras 1,22 (1,2, 1,24). La media en meses desde la última consulta hasta la fecha de corte fue de 6,7 (DS 8), 6 (DS 8) en autóctonos y 8 (DS 9) en inmigrantes. Por tramos de edad el grupo que más consultó fue el de < de 14 (autóctonos: 73,8%, inmigrantes: 67,2%). Los ≥ de 65 años autóctonos fueron los que consultaron más recientemente: 4 meses (DS: 6) y los que menos los inmigrantes ≥ de 65: 9 meses (DS: 11). Los inmigrantes de habla hispana acuden un 1,2 veces más que el resto y de forma más reciente.

**Conclusiones:** Al contrario de la percepción generalizada, de mayor consumo de recurso sanitarios por parte de la población inmigrante, nuestros datos muestran que esta población consultó menos y los tiempos transcurridos desde la última consulta fueron superiores. En ambos grupos las mujeres fueron las que más consultaron y por tramos etarios los < de 14 años. Los IPRA y los inmigrantes de países de habla hispana tienden a comportarse de forma similar a los autóctonos, en cuanto al acceso a los servicios sanitarios.

#### DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DE SALUD A PARTIR DEL INFORME SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID (IESP)

M. Martínez Cortés, J. Segura del Pozo, A. Rodríguez Laso, M. Ramasco Gutiérrez, I. Palanca Sanchez y J.I. Cuadrado Gamarra  
*Dir. Gral. de Salud Pública, Alimentación y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** La ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid establece que Salud Pública debe realizar anualmente el IESP, que debe contener las necesidades de salud de la población, servir para el establecimiento de objetivos y ser tenido en cuenta en la planificación de servicios sanitarios. Se presenta el proceso de trabajo para la selección de los problemas de salud y de identificación de objetivos para cada uno de ellos.

**Métodos:** La selección de los problemas se realizó combinando 5 criterios: mortalidad prematura, morbilidad, calidad de vida, potencialidad de convertirse en problema si se relajan las actuales medidas de salud y tendencia como problema emergente. La información utilizada fue el IESP 2001. Se realizó una asignación de objetivos en cuatro niveles: de prevención primaria, de prevención secundaria, asistenciales y de prevención terciaria. Para cada uno de los problemas seleccionados se realizó una ficha en la que se presentan los indicadores, los objetivos, los ámbitos de actuación y las estrategias de intervención propuestas.

**Resultados:** Se presentan las fichas correspondientes a los 17 problemas seleccionados: Cáncer de Pulmón, de Mama, de Colon y Recto, y de Próstata, Cardiopatía Isquémica, Enfermedades Cerebrovasculares, Hipertensión arterial, accidentes de tráfico, Enfermedades osteomioarticulares, Problemas de salud mental, Embarazos no deseados/ Interrupciones voluntarias de embarazo, Catarata y discapacidades por deficiencias visuales, Asma y Alergias, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes, VIH/SIDA, Enfermedades prevenibles por vacunación y Tuberculosis (el orden no indica prioridad). A partir del análisis conjunto de las fichas se presentan las estrategias de intervención que incidirían sobre un mayor número de problemas de salud.

**Conclusiones:** La LOSCAM plantea una oportunidad para un cambio de perspectiva, pasando desde una gestión de servicios asistenciales basada en la demanda, a una gestión orientada a las necesidades de salud, a través del IESP. En este trabajo se presentan de forma explícita, los criterios de prioridad junto con las alternativas de intervención, incluyendo el conjunto de acciones que pueden implementarse tanto desde el sistema sanitario, como de otros niveles de intervención política, todo ello relacionado con problemas de salud concretos. Su vocación sería servir de base para una discusión sobre la orientación del conjunto del sistema sanitario y de otros sectores sociales en la mejora del estado de salud de la población, basándose en el análisis realizado desde la salud pública. Por esta razón en la presentación se pone el énfasis más en la metodología que en los resultados.

#### EL DEBATE DE LOS ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL LIBRO BLANCO DE LA SALUD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

F. Conde del Álamo, M. Ramasco Gutiérrez, M.V. Civantos Cantero, M. Martínez Cortés, J. Segura del Pozo, M.A. Gil Nebot, C. Garrastazu Díaz, S. Fernández Rodríguez y J.V. Gómez Mateo  
*Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Tras los cambios sociales operados en los últimos 20 años y los institucionales más recientes (LOSCAM, Unión Europea, creación del Instituto de Salud Pública, transferencias del INSALUD), se hacía necesaria una reflexión sobre la situación de la Salud Pública (SP) en la Comunidad de Madrid y sobre los retos futuros de la misma. Ello se concreta en el proceso de elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública (LBSP) que fue un compromiso adoptado en el Parlamento de Madrid.

**Métodos:** Para facilitar la discusión de los profesionales de la Salud Pública entorno a los ámbitos de actuación de la salud pública y las diferentes tensiones presentes en su definición, se diseñaron una serie de mapas en los que se representaron los diferentes ámbitos de trabajo de la SP sobre dos ejes: un eje horizontal articulado en torno a cuatro "tiempos" para poder diferenciar en su seno los diferentes ritmos y tiempos de la intervención y un eje vertical que representaría diferentes espacios de la sociedad (espacio de las condiciones de vida, de la pertenencia social, de las formas y estilos de vida, de los hábitos, etc.).

**Resultados:** En la presente comunicación se presentan los mapas diseñados durante el proceso de elaboración del Libro Blanco y las diferentes temáticas desarrolladas. Las principales tensiones en el trabajo de Salud Pública tienen que ver con: la confusión y solapamiento entre las instancias técnicas y políticas en el trabajo diario, en el señalamiento de prioridades, en especial, en los momentos de crisis. La gestión de la diversidad de ritmos y tiempos que requiere el trabajo de SP. La cuestión de la definición de cuándo una problemática de salud se convierte en un "tema de SP". Reflexión que guarda una estrecha relación en el discurso de los profesionales de salud pública que han participado en el proceso de elaboración del Libro Blanco con la diferencia entre lo individual y colectivo, entre lo particular y lo público.

**Conclusiones:** El trabajo de representación espacial de los ámbitos de intervención de la Salud Pública, permite visualizar los problemas que más preocupan a los profesionales de la salud pública, ayudando a su ponderación (señalamiento de prioridades, recomendaciones, etc.) y así mismo, a visualizar problemáticas sobre las que no se está trabajando pese a que requerirían atención, siendo una herramienta útil tanto en su definición como en las formas de intervención.  
*Financiación. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.*

004

**UNA NUEVA ORIENTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA PARA LA COMUNIDAD DE MADRID**

M. Ramasco, M.V. Civantos, M. Martínez, F. Conde, J. Segura, M.A. Gil, N. Aerny, C. Garrastazu y J.V. Gómez

*DG de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** La Salud Pública madrileña está en un momento crucial por los cambios sociales, territoriales, demográficos, económicos, organizativos y por la mayor complejidad de la intervención derivada del incremento de actores públicos y privados en este ámbito. El Libro Blanco de la Salud Pública concreta las propuestas aquí presentadas.

**Métodos:** Para elaborar el LB se han programado espacios de discusión abiertos a diferentes actores sobre los retos actuales de la SP y se han producido textos accesibles en [www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/indice.htm](http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/indice.htm).

**Resultados:** Tres claves estratégicas: 1. Una concepción compleja de la SP. 2. Garantizar el derecho a la salud y a su protección priorizando los problemas de desigualdad social, envejecimiento e inmigración. 3. Desarrollar una Política de Educación y Promoción de la Salud que fomente la autonomía y el empoderamiento de los madrileños.

**Conclusiones:** Seis instrumentos de desarrollo: 1. Adoptar un modelo sociosanitario de trabajo institucional promoviendo los acuerdos y la coordinación necesaria. 2. Promover un nuevo modelo de "liderazgo" social de la Autoridad Sanitaria basado en la defensa del derecho a la protección de la salud y el fomento de la participación social. 3. Convertir el informe del estado de salud de la población en un instrumento de comunicación sobre la salud y sus determinantes. 4. Establecer mecanismos de evaluación de la acción pública en el ámbito de la salud. 5. Reforzar los recursos de SP y abrir los perfiles profesionales. 6. Redefinir la formación y los perfiles de los profesionales, sanitarios y no sanitarios vinculados a la salud, para adecuarlos a las necesidades sociales. Doce Líneas de trabajo: 1. Impulsar un modelo sociosanitario de trabajo institucional en coordinación con Atención Primaria, Salud Mental, Agencia Antidrogas, Servicios Sociales, Educación y ayuntamientos. 2. Desarrollar la Red Madrileña de Escuelas Promotoras de Salud. 3. Promover la influencia sociosanitaria en la legislación y planificación en materia de urbanismo y ordenación del territorio. 4. Avanzar en la territorialización, a través de los Servicios de SP de Áreas. 5. Dotarse de un sistema integrado de información de SP. 6. Elaborar un informe bial sobre desigualdades sociales en salud. 7. Completar un mapa de riesgos ambientales y un sistema de vigilancia específico. 8. Incorporar la Salud Laboral en las prioridades de SP. 9. Incorporar la Psicohigiene al ámbito de trabajo de la SP. 10. Evaluar experiencias en la gestión de brotes, alarmas y crisis y redefinir un Plan de Alertas. 11. Revisar el actual sistema de vigilancia e intervención de higiene alimentaria. 12. Desarrollar una estrategia de SP en los medios de comunicación que facilite la visibilidad y la transparencia en la gestión.

006

**CASOS PRÁCTICOS DE APLICACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS A LA SALUD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

J.H. Hernández del Castillo, M.D. Díaz Hernán Gómez y E.S. Sáez de Miguel

*Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** La Puesta en marcha por parte del Instituto de Salud Pública de una moderna plataforma tecnológica ha permitido la creación de una Base de Datos global de ciudadanos en el entorno de la Salud Pública, así como el desarrollo de aplicaciones de gestión, de mensajería (Voz, Fax, E-Mail, SMS), portal de voz, explotaciones en Cuadros de Mando y Sistemas de Información Geográficos. Los ejemplos más destacados son los envíos masivos de mensajes a los ciudadanos basados en: "Campaña de Vacunación de Meningitis C", "Servicio de Información de Polen" y "Mensajes de Alerta por Ola de Calor".

**Métodos:** La plataforma fue el resultado de la unión de dos sistemas: de una parte el sistema de comunicaciones basado en la propia Red de Telefonía IP y de otra el sistema de información, con la nueva base de datos global y las aplicaciones de gestión. Dicha Red permite la "mensajería unificada" mediante la que se gestiona y utiliza de manera individual o masiva los distintos canales de comunicación: Voz, Fax, E-Mail y SMS. Para el envío masivo de mensajes se accede a la información de la base de datos, en la que se registra el resultado de la recepción o no de dichos mensajes por los ciudadanos. Este sistema permite informar al ciudadano de una manera ágil y directa: llamada de voz por teléfono, SMS al móvil etc. lo que facilita la comunicación en circunstancias especiales.

**Resultados:** En la "Campaña de Vacunación de Meningitis C" se llevó a cabo un mailing personalizado a 622.000 y la posterior recaptación enviando 36.000 SMS a teléfono móvil y 166.000 mensajes de Voz a teléfonos fijos. El resultado conseguido ha sido una cobertura global del 70% de personas vacunadas, de las cuales un 16% se estima que acudió como consecuencia de la recaptación comentada. A modo experimental se realizó el envío diario de 2.000 SMS para informar sobre los niveles de Polen, siendo el total de SMS enviados de 90.000. También a modo de proyecto piloto con motivo de la prevención de la Ola de calor, y destinado a informar a enfermos y personas mayores, se puso en marcha un servicio que ha venido realizando 1.000 llamadas diarias durante 3 meses, que hacen un total de 92.000.

**Conclusiones:** Plataformas que permitan la integración entre los sistemas de información y los de comunicaciones son aplicables directamente a entornos como el de Salud Pública, en los que se presta un servicio de información más directo al ciudadano.

005

**GESTIÓN DEL SISTEMA DE ALERTA RÁPIDA EN SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

M.A. López Pérez, C.M. León Domínguez, S. Fernández Rodríguez, A. Aragón Peña y M.J. Domínguez Rodríguez

*Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** La Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid (CM) dispone de un Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública (SARSP) para la gestión de alertas de salud pública (SP) que tienen lugar fuera de los horarios laborales de atención. Este sistema responde a la necesidad expresada por la UE y la OMS de aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante los riesgos sanitarios y refuerza la respuesta en el caso de amenazas para la SP de carácter transfronterizo (SRAS, gripe aviar, alimentos contaminados, etc). **Objetivos:** 1) Garantizar la continuidad de la atención a las alertas en SP. 2) Conocer y valorar los episodios nuevos que suponen una alerta en SP durante las tardes, fines de semana y festivos de todo el año. 3) Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la investigación y control. 4) Garantizar los mecanismos de coordinación y actuación con otras instituciones o sistemas de emergencia. 5) Establecer los canales de comunicación interna y externa, si fuera necesario, de todas las situaciones de alerta atendidas por el SARSP.

**Métodos:** Partiendo de la definición de alerta en SP como la "situación de riesgo potencial para la salud de la población y/o de trascendencia social, frente a la cual sea necesario el desarrollo de acciones de salud pública urgentes y eficaces", se establecieron los procedimientos de actuación, los profesionales a actuar y sus funciones y los recursos materiales necesarios para la resolución de las alertas.

**Resultados:** Se presenta el proceso de gestión de alertas del SARSP integrando los subprocesos de alerta epidemiológica, alerta alimentaria y alerta ambiental. A partir de la detección de una alerta en SP de cualquier tipología por los profesionales sanitarios u otra institución, se notifica al 061, cuyo jefe de guardia transmite la información al jefe del equipo de alertas, quien después de su valoración y decisión de intervención, coordina a los técnicos de salud pública para la investigación y la adopción de las medidas de prevención y control; además, determina, en función del alcance de la alerta, la necesidad de informar a las instituciones o a la población iniciando el proceso de gestión y comunicación de crisis.

**Conclusiones:** La gestión de alertas en SP debe garantizar la continuidad de la intervención para la atención a los problemas de SP las 24 horas de los 365 días del año. Debe hacerse en coordinación con las diversas instituciones implicadas en la alerta, adelantándose a las demandas sociales y transmitiendo seguridad y confianza a los profesionales y ciudadanos.

007

**LA RELACIÓN POBLACIÓN INMIGRANTE-SERVICIOS SANITARIOS DESDE LA PERSPECTIVA DE TRES COLECTIVOS DE INMIGRANTES**

M.L. Martínez, L. Seoane, P. Portero\*, S. Garabato y L. Martínez  
*Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid; \*Godoy y Asociados. Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Identificar factores que intervienen en el acceso y relación con los servicios sanitarios de tres colectivos de inmigrantes (latinoamericanos, marroquíes y subsaharianos) residentes en la Comunidad de Madrid. Proponer acciones específicas para soslayar situaciones conflictivas detectadas en la relación de los inmigrantes con el sistema sanitario.

**Métodos:** Estudio cualitativo. 6 grupos de discusión y 12 entrevistas abiertas con latinoamericanos, marroquíes y subsaharianos, y 10 entrevistas abiertas a agentes sanitarios e instituciones vinculadas esos colectivos. Variables consideradas fueron: residencia, edad, sexo, situación familiar y posesión de tarjeta sanitaria.

**Resultados:** Los tres colectivos vivencian la salud como un valor esencial y básico, imprescindible para trabajar y para cumplir los diferentes proyectos migratorios. Los determinantes de salud más referenciados son la situación laboral, la condición legal en el país y posesión o no de tarjeta sanitaria. Actitudes condicionadas por la experiencia previa en los sistemas sanitarios de los países de origen, poco desarrollados y, en el caso de los sub-saharianos, prácticamente inexistentes. Barreras comunes de acceso a nuestro sistema sanitario son la incomunicación y el trato percibido como "xenofobo" o "discriminatorio". La más limitante en la consulta es el idioma. Latinoamericanos: críticas al modo de "diagnosticar" de los médicos españoles, diferente al de los de sus países, relacionadas con "no tocar" y "no escuchar". Especialistas mejor valorados por la posesión de un "saber tecnológico". Incomodidad por la constante delegación del medico generalista en el especialista. Marroquíes: actitud más positiva frente al sistema sanitario. Críticas centradas en los déficits estructurales del sistema y en la falta de formación de los profesionales en su cultura y costumbres. Sub-saharianos: gran diversidad según país de origen y procedencia dentro de cada país. Mayor desconocimiento del acceso y funcionamiento del sistema. Preferencia de atención sanitaria a través de ONGs. Las mujeres mas contacto con el sistema sanitario cuando tienen hijos.

**Conclusiones:** Necesidad de acciones informativas y formativas dirigidas específicamente a población inmigrante sobre determinados temas: uso racional de medicamentos y de servicios de urgencias, alimentación, planificación familiar y salud laboral. Incorporación de la figura del mediador intercultural en salud en los servicios sanitarios. Utilización en consulta de materiales de apoyo adaptados.

008

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS USUARIOS INMIGRANTES DEL ÁREA 7 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID**

R. Calvo Vidal, M.N. Bayón Cabeza, M.V. Ramírez Aleson, S. Garrido Elustondo, A. Rodríguez Baló, J.M. Gómez Rodríguez, M. Bartolomé Casado, A.M. Carnicero Sanz y M. Sanjuan Haro  
*Gerencia Área 7 Atención Primaria de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Conocer las características sociodemográficas y el tipo de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) de los usuarios inmigrantes del Área 7 y compararlas con la población autóctona.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: usuarios del Área 7 de la Comunidad de Madrid (CM) dados de alta simultáneamente en las bases de datos de Tarjeta Sanitaria (TSI) y OMI a 22 de agosto de 2005: 512.987. *Variables del estudio:* edad, sexo, país de origen, tipo de renta (IPRA: inmigrantes países renta alta; IPRB: inmigrantes países renta baja), continente y tipo de usuario. *Análisis estadístico:* se calcularon medias y desviación estándar (DS) para las variables cuantitativas y frecuencias relativas para las cualitativas.

**Resultados:** El 16,8% de la población era inmigrante, de estos el 90% eran IPRB. La media de edad fue de 43,3 años, (DS 22), para los autóctonos: 45,6 años (DS 23) y para los inmigrantes: 32 años (DS 14), para los IPRA 25 (DS 19) años y 32 (DS 13) para IPRB. Los menores de 14 años en la población general son el 9,4%, en los inmigrantes 11,5%, autóctonos el 9%. Los de 14 a 64 años en la población general son el 70,5%, inmigrantes 86,6% y autóctonos el 67%. Los mayores de 65 años en la población general son el 20,1%, en los inmigrantes el 1,9% y en los autóctonos el 24%. Los inmigrantes suponen el 19% de todos los hombres y el 16% de las mujeres. En el Área 7 las mujeres son el 53%, en los inmigrantes el 50,5% y en los autóctonos el 54,2%. El 61,1% de la población inmigrante del Área 7 son de países latinoamericanos y el 10,6% de Europa del Este. El 49% de los autóctonos y el 38% de los inmigrantes disponen de tarjeta sanitaria que implica cotización a la Seguridad Social. En los IPRA el porcentaje es 50% y en los IPRB 36%. En el subgrupo de edad activa el 74% de los autóctonos y el 45% de los inmigrantes disponen de este tipo de tarjeta. Entre los autóctonos cuya tarjeta no implica cotización el 55% son pensionistas, el 41% son beneficiarios y un 2% refiere no tener recursos mientras que en los inmigrantes el 16% son beneficiarios y 79% refiere no tener recursos.

**Conclusiones:** El Área 7 tiene un elevado porcentaje de inmigrantes; destaca que 1 de cada 10 usuarios es suramericano. Los inmigrantes están modificando la pirámide poblacional a expensas del grupo de entre 20 y 40 años, haciendo que la edad media baje de 2,3 años y han contribuido a aumentar el porcentaje de varones. Destaca el alto porcentaje de inmigrantes en edad activa que refiere no tener recursos. Se observa que tras el proceso de normalización de trabajadores extranjeros ha aumentado en dos puntos el porcentaje de tarjetas sanitarias que implican cotización desde julio a septiembre.

009

**GESTIÓN Y ANÁLISIS DE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 8. SERMAS**

L. Mazón Cuadrado, J. Mayol Canas, C. Rodrigo García, A. Miquel Gómez y M. Galiano Bravo  
*Servicio Prevención Área 8; Gerencia APrimaria Área 8; S Prevención Área 9.*

**Antecedentes y objetivos:** Estudio transversal de situaciones conflictivas en APrimaria del área 8.SERMAS.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal de casos incidentes de situaciones conflictivas. Definimos como unidades de medida Tasa de Incidencia (TI) sobre población de Tarjeta Sanitaria (TS) y sobre población de trabajadores (TR). La Población de TS es 462636 habitantes. El número de trabajadores es 876. Estudiamos los casos en la población de referencia y por parte de incidencias y por hoja de notificación interna creada y aprobada por Comité de Seguridad y Salud. Estudiamos la incidencia acumulada entre Agosto 2004-Agosto 2005. Las variables de estudio son: turno de trabajo, distrito sanitario, categoría profesional, distribución temporal, tipo de situación conflictiva y las consecuencias operativas.

**Resultados:** Registramos 31 casos incidentes. La TI general por TS es de 6,7/100.000 habitantes. La TI por TR fue 3,53/100 trabajadores. En el área rural (TI por TS de 11,08; TI por TR de 5,8), por la noche (8,7) y en los meses de Octubre y Noviembre (25% indistintamente) es donde aparecen mas agresiones. El 94% fueron verbales y el 6% físicas. En 20% hubo intervención de los Cuerpos de Seguridad del Estado. En el 6% existió internamiento forzoso y en 3% produjo intervención judicial. Las tasas ajustadas por categoría profesional revelan que los Asistentes Sociales son los más afectados (14%), odontólogos y Gerente (10%). El agresor es varón 43,33% y en el 50% mujer. El 6,6% de las agresiones fueron por inmigrantes, siendo el porcentaje de inmigrantes del área del 7,3%.

**Conclusiones:** 1. Es necesario detectar los factores de riesgo (sociodemográficos, organización funcional de los distritos – presión asistencial, nivel de frecuencia- y de centros, perfil del agresor y del agredido). 2. Confeccionar una guía de actuación de los estamentos intervinientes y de la dirección del Área y adiestrar adecuadamente ante situaciones conflictivas, incorporando módulos de prevención de la violencia en los planes de estudios. 3. Hay que reforzar las respuestas a las víctimas (tratamiento y rehabilitación) evitar la victimización y ofrecer apoyo institucional y social. 4. Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales, educativas y laborales del Área. 5. El porcentaje de agresiones vinculadas al perfil emigrante es similar al porcentaje de emigrantes en el Área. 6. Hay infradeclaración siendo preciso la creación de un registro homogéneo de estas situaciones en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

**COMUNICACIONES**

**MESA 2**

010

**ESTUDIO SOBRE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS MAYORES MADRILEÑOS**

J.A. Pinto Montanillo, L. Seoane Pascual, R. Aguirre Martín-Gil y A. Peinado López  
*Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Este estudio cualitativo, realizado a instancia del Programa de Prevención y Promoción de la Salud de las Personas Mayores de la Consejería de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid, pretende conocer en profundidad: 1. Las concepciones de la salud y de la vida saludable de los mayores. 2. Sus actitudes hacia la salud y la enfermedad. 3. La incorporación de hábitos salubres e insalubres. Salud y estilos de vida. 4. La percepción de la salubridad asociada al modo de vida. 5. Las principales demandas que le hacen al sistema sanitario. Todo ello para establecer las consiguientes recomendaciones para la intervención en promoción de la salud a los organismos públicos.

**Métodos:** Investigación estructural o cualitativa, con grupos de discusión conformados sobre las variables edad, sexo y clase social, complementados con la técnica de entrevista abierta.

**Resultados:** En los mayores se produce un cambio radical en la relación con el cuerpo ante la aparición del deterioro físico y la enfermedad crónica invalidante. El cuerpo se convierte en objeto permanente de cuidado en salud, para exorcizar el fantasma recurrente de la invalidez y el abandono (social y familiar) consecuente. De semejante situación se deduce una marcada dependencia de los servicios de salud, una elevada propensión a la modificación de hábitos en la dirección prescrita como saludable y una adhesión acusada a actividades "rehabilitadoras", que prometan limitar o paliar el deterioro físico. Todo ello se produce y se explica en un contexto "delicado" desde el punto de vista psicológico, relacionado con la pérdida y la necesidad de redefinir los vínculos sociales y familiares. Cabría decir que sobre el cuidado en salud del cuerpo se trasfieren insatisfacciones de otro naturaleza, cuya correcta atención implicaría, en el límite, redefinir la función social del mayor en nuestra sociedad.

**Conclusiones:** De esta "nominal" adhesión del mayor al ámbito de las prescripciones saludables no debe deducirse un diagnóstico excesivamente positivo acerca de la salud este grupo poblacional. Semejante diagnóstico debería de atender, quizá prioritariamente, al ámbito de la salud psíquica, y considerar la realización de acciones que, trascendiendo el marco limitado de lo sanitario, ofrecieran al mayor alternativas válidas de reubicación social. Bibliografía: Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Mayores Madrileños. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, 1997 Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

011

**APLICACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN SALUD PÚBLICA: PLAN VALLECAS**

E. Aránguez Ruiz, M.J. Soto Zabalgoageazcoa, A. Iriso Calle, C. Díaz Castillo, M.J. Salado García, M. Gómez Delgado, F.J. Escobar Martínez, C. de Paz Collantes y V. Rodríguez Espinosa

*Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; Departamento de Geografía de la Universidad de Alcalá de Henares.*

**Antecedentes y objetivos:** Entre las actividades desarrolladas en el último año por el Instituto de Salud Pública dentro del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas (2001-2005) se ha realizado un análisis y diagnóstico espacial de riesgos ambientales para la salud de la población mediante el uso de un Sistema de Información Geográfica. El objetivo que se busca es explorar las posibilidades que la perspectiva geográfica y las capacidades de análisis espacial implementadas en los sistemas de información geográfica pueden tener para la valoración de riesgos ambientales para la salud.

**Métodos:** Se pretende determinar zonas sometidas a mayores umbrales de riesgo sobre la base de la localización relativa y las características de la población y los equipamientos sensibles, por un lado, y de los elementos territoriales considerados como potenciales fuentes de riesgo para la salud humana por otro. El método de trabajo ha sido, en primer lugar, la creación de la base de datos con la información sobre la localización de los focos potenciales generadores de riesgo para la salud; la caracterización sociosanitaria de la población, mediante el análisis de su distribución y la localización espacial de los elementos territoriales más vulnerables. En segundo lugar, en la fase de análisis se ha determinado la asociación espacial entre focos o instalaciones de riesgo y la población y los equipamientos vulnerables; y en tercer lugar, el diagnóstico territorial del riesgo asociado a la distribución espacial de los elementos estudiados.

**Resultados:** Del diagnóstico territorial se han obtenido los mapas de probabilidad espacial de la exposición a agentes potenciales de riesgos, que recogen las diferencias territoriales en cuanto al número de exposiciones de la población y de equipamientos vulnerables.

**Conclusiones:** Se trata de una primera aproximación al estudio espacial de la exposición a potenciales focos de riesgo, muy útil, aunque con las limitaciones ligadas al estudio de la modelización de las áreas expuestas.

013

**LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA COMO INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE RIESGOS: EL EJEMPLO DE UN INCENDIO EN UNA EMPRESA DE RECICLAJE DE RESIDUOS PELIGROSOS**

J.M. Ordóñez Iriarte, E. Aránguez Ruiz, A. Iriso Calle, M.J. Soto Zabalgoageazcoa, C. de Paz Collantes, A. Avello de Miguel, P. Cervigón Morales, L. López Carrasco y S. Boleas Ramón

*Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Los Departamentos de Salud Pública de nuestro país comienzan a utilizar los Sistemas de Información Geográfica para la vigilancia de enfermedades y de factores de riesgo ambiental, constituyendo una herramienta que ayuda a la toma de decisiones. Se pretende ilustrar la utilidad de los Sistema de Información Geográfica en la identificación de los riesgos sanitarios derivados de un accidente industrial (incendio en una empresa de gestión de residuos peligrosos) y el establecimiento de medidas preventivas.

**Métodos:** Dadas las características del incendio se establecieron dos posibles escenarios de riesgo (área de influencia) en función de la distancia al lugar donde se había producido el mismo. Para cada uno de estos escenarios se establecieron las necesidades de información que fue recogida a través de diversas fuentes: inspección directa de la empresa para conocer los productos almacenados, perfil toxicológico de los mismos y los producidos por el incendio, gestión del agua usada en la extinción; informe de los bomberos; Instituto Nacional de Meteorología: variables meteorológicas: dirección e intensidad del viento y temperatura; Red de Control de la Calidad del Aire de la Comunidad de Madrid: datos de los contaminantes; Consejería de Medio Ambiente: acuíferos; Registros Oficiales: industria alimentaria, infraestructuras sanitarias y socio-sanitarias como abastecimientos, residencias de ancianos, colegios, etc.; Ayuntamiento de Arganda: quejas referidas por los vecinos; Servicio de Epidemiología: registro de urgencias por todas las causas en el hospital de referencia, "Gregorio Marañón". Esta información se integró mediante cartografía automática (Arc-Gis) y se identificaron los elementos vulnerables y áreas de riesgo para la salud.

**Resultados:** El establecimiento de las áreas de riesgo y elementos vulnerables permitió guiar las actuaciones y decidir la conveniencia o no de medidas preventivas.

**Conclusiones:** La cartografía usada a través del Sistema de Información Geográfica se revela como una herramienta clave para el conocimiento y toma de decisiones sobre los riesgos ambientales con repercusiones en salud.

012

**MEJORANDO LA SALUD PÚBLICA DE LOS DISTRITOS DE VALLECAS EN LA CIUDAD DE MADRID**

M. Cisneros Britto, M. García Barquero, E. Rodríguez Baena, M.V. Cid Deleyto, P. Neira Canalejo y S. Sánchez Buenosdías

*Instituto de Salud Pública área 1. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** En el año 2000 el Gobierno de la Comunidad de Madrid, la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de los distritos municipales de Puente y Villa de Vallecas de la ciudad de Madrid, acordaron poner en marcha un Plan específico de Inversiones para Vallecas entre los años 2001 al 2005, con el fin de disminuir la histórica desigualdad social de estos distritos. Este Plan, dotó con 1.953.289 euros a Salud Pública para que organizase actuaciones de mejora.

**Métodos:** Los objetivos anuales, se pactan entre los técnicos y los representantes vecinales, buscando el consenso y asumiendo la orientación hacia el ciudadano, mediante la prestación de un servicio de calidad atendiendo al Modelo Europeo de Excelencia.

**Resultados:** Destacamos el análisis de la situación de salud a través de diversos estudios, la investigación cualitativa sobre las necesidades de salud percibidas por la población, el control de tuberculosis mediante tratamientos directamente observados, la atención y canalización de demandas poblacionales, la participación ciudadana y la difusión de la información ([www.madrid.org/sanidad\\_planvallecas](http://www.madrid.org/sanidad_planvallecas)).

**Conclusiones:** La visibilidad de las acciones que proporciona la participación profesional y vecinal, está sumando credibilidad en la sociedad al papel de la Salud Pública. Se ha conseguido cohesionar personas, equipos e instituciones alrededor de este Plan.

014

**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

C. García Fernández, M. Díaz Hernán-Gómez, F. Martín Martínez, J.F. Barbas Buey, M. Ordoñas Gavín y J. Hernández del Castillo

*Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** En los últimos años en la Comunidad de Madrid (CM) la aplicación informática que daba cobertura al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), no satisfacía las necesidades de explotación y análisis de datos. Por ello el Instituto de Salud Pública empezó a trabajar en una aplicación para toda la Red de Vigilancia Epidemiológica con el objetivo de disponer de una herramienta que permitiera la grabación, mantenimiento, comunicación entre niveles, explotación y análisis de las EDO de forma ágil, segura y flexible.

**Métodos:** Se creó un grupo de trabajo formado por personal del Departamento de Informática y Comunicaciones, del Servicio de Epidemiología y de los Servicios de Salud Pública de Áreas para diseñar la aplicación, validarla, analizar la fase piloto e impartir la formación al resto de usuarios. La aplicación se ha integrado dentro del proyecto SISPAL (Sistema de Información de Salud Pública y Alimentación) por lo que está implementada en una única Base de Datos de Salud Pública y Alimentación. Se desarrolló en entorno Web utilizándose Visual.net versión 2003 para la programación y base de datos SQL server 2000, instalado en un servidor Windows 2003. El acceso es mediante intranet. Se ha definido además de un nivel de administración del sistema, diferentes tipos de perfiles: consulta, grabación local y regional. A cada persona se le asigna un único nombre usuario evitando los genéricos y permitiendo la trazabilidad de los datos. Se garantiza el cumplimiento de la Ley 8/2001 de Protección de Datos de Carácter Personal de CM.

**Resultados:** *Consta de 6 módulos:* **Notificaciones:** grabación y mantenimiento de las EDO. **Consultas:** tabulación de datos agregados a formato xls o pdf, **Exportaciones:** descarga de datos a ficheros xls, **Envíos:** comunicaciones con el Centro Nacional de Epidemiología, **Mantenimiento:** modificación de tablas asociadas o protocolos y **Ayuda:** manual y cambio de contraseña. Los cuestionarios de grabación tienen una estructura común y una específica según la EDO. Estos formularios específicos son parametrizables en función de las necesidades de Vigilancia Epidemiológica. Desde Access se puede realizar la explotación de la información accediendo a vistas generadas en SQL server, evitando datos de carácter personal.

**Conclusiones:** La Vigilancia Epidemiológica debe adaptarse a los avances informáticos, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios en el diseño de las aplicaciones. La flexibilidad de esta herramienta permite la adaptación continua de protocolos a las diferentes estrategias de vigilancia.

015

**RECONSTRUYENDO LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1984-2002**

J. Segura del Pozo, C. García Riobobos, V. Civantos Cantero, F. Conde Gutiérrez del Álamo, S. Fernández Rodríguez, C. Garrastazu Díaz, M. Gil Nebot, M. Martínez Cortés y M. Ramasco Gutiérrez  
*Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** En el marco de los trabajos para la elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública (SP), se hace un esfuerzo por poner en común la memoria institucional de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid 1984-2002.

**Métodos:** Se parte de una parrilla, con los periodos legislativos ordenados en vertical y describiendo en horizontal los aspectos de: organización institucional, ámbito profesional, principales desarrollos en servicios centrales y periféricos, iniciativas más destacadas en las diferentes áreas de trabajo, iniciativas legislativas y principales alertas y crisis. Después se hace un análisis de cada legislatura en base a esta parrilla y a la memoria personal de las personas que han vivido el periodo trabajando desde dentro de la institución.

**Resultados:** *I Legislatura 1983-1987:* EL NACIMIENTO. Las tareas de estos años se centran en el diagnóstico de la situación y en la reorganización de los servicios centrales (jefatura provincial de sanidad, diputación, etc) y periféricos (sanitarios locales). *II Legislatura 1987-1991:* LOS PILARES. Creación de un Departamento de Salud Pública, inicio de la reestructuración de los sanitarios locales y definición de un modelo de territorialización basado en los Servicios de Salud Pública de las Áreas. *III Legislatura 1991-1995:* EL DESARROLLO. Elevación de rango organizativo de la SP, creándose la D.G. de Prevención y Promoción de la Salud, importante impulso de los programas e iniciativas de la SP y revisión de los esquemas organizativos al uso. *IV Legislatura 1995-1999:* LA CONSOLIDACIÓN. Gobierno de diferente partido político, consolidación del modelo organizativo anterior y gestión de importantes brotes y alertas, *V Legislatura 1999-2003:* LA REESTRUCTURACIÓN: transferencia de la estructura asistencial y administrativa del INSALUD., división de la organización en dos estructuras: Dirección General de SP e Instituto de SP.

**Conclusiones:** A pesar de las dificultades para describir la historia de una institución: escasez de fuentes y archivos (prácticamente limitados a normativas publicadas y memorias de programas), subjetividad del redactor (dependiente de su lugar institucional, experiencia y orientación), percepción del ejercicio de memoria y evaluación como fuente de conflicto; es posible y deseable el reconstruir esta historia como medida de higiene y aprendizaje institucional y barrera contra la permanente tendencia burocrática.

017

**ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE UN CENTRO DE SALUD**

V. LLusar Granell, D. Fernández Delgado, F.J. Amador Romero, P. Cordero Puebla, P. Ruiz Sánchez, P. Rayón Rodríguez y P. Urcelay Gentil  
*Instituto de Salud Pública Dirección General de Salud Pública y Alimentación Consejería de Sanidad y Consumo Comunidad de Madrid; Instituto Madrileño de la Salud Comunidad de Madrid; Dirección General de la Mujer Consejería de Empleo y Mujer Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** El equipo del Centro de salud Los Angeles del distrito de Villaverde tiene experiencia en su práctica profesional habitual de situaciones de maltrato y los actos de violencia mortal sucedidos en el barrio contribuyen al abordaje de la violencia de género desde la prevención y promoción de la salud.

**Métodos:** Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participan los profesionales del centro, trabajadora social y Consejo de Salud y la experiencia profesional de Técnico de Prevención y Promoción y Técnico de la Dirección General de la Mujer para elaborar un proyecto, realizando exposiciones teóricas y talleres grupales. Revisión de documentación de las respuestas eficaces y recursos jurídicos y conexos.

**Resultados:** Se detecta la necesidad de incluir en la anamnesis de la historia clínica un listado de los factores de riesgo modificables en la violencia infligida por la pareja: individuales, de la relación, comunitarios y sociales. Elaboración de un anteproyecto de investigación sobre prevención en violencia de género. Programación de talleres de autoestima para mujeres, de habilidades de comunicación en la pareja y de gestión de conflictos en la adolescencia. Tema monográfico de la Revista de salud del centro.

**Conclusiones:** La participación comunitaria se revela herramienta clave para detectar factores de riesgo en la violencia de género. La psicología de la convivencia y el conflicto de valores de la inmigración y de la sociedad de acogida es un tema a tener en cuenta en la prevención. EL enfoque multisectorial de la violencia de género desde el primer nivel de atención mejora la toma de decisiones en prevención y promoción de la salud.

016

**EPISTEMOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA: UNA EXPERIENCIA GRUPAL DENTRO DE LA INSTITUCIÓN**

M. Ramasco Gutiérrez, J. Segura del Pozo, M. Martínez Cortés, C. Estrada Ballesteros, N. Aerny Perreten, A. Bauleo y F. Conde de Álamo  
*Dirección General de Salud Pública y Alimentación; Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** La experiencia que se presenta responde a una doble necesidad; por un lado, la de reflexionar sobre los contenidos y las prácticas de la Salud Pública en un momento de cambio organizativo en la estructura administrativa de la institución de salud pública en la Comunidad de Madrid. Por otro, la de buscar formas alternativas de aprendizaje para los profesionales de este ámbito. Según Castoriadis, la filosofía y la política han sido las herramientas que han permitido romper y cuestionar la clausura de las significaciones imaginarias establecidas en la sociedad y de las instituciones que las encarnan. *Objetivos:* Hacer explícito y comparar aquellos elementos instituidos que son un obstáculo epistémico y afectivo para el conocimiento en Salud Pública (SP). Explorar los efectos y resultados de un dispositivo grupal como forma de aprendizaje dentro de la propia institución de salud pública.

**Métodos:** A partir de la concepción operativa de grupo, se organizó un seminario desarrollado entre 2003 y 2004, estructurado en 9 sesiones mensuales de 9 horas de duración (total 80 horas) en forma de grupo de aprendizaje, alrededor de la lectura y discusión de textos escogidos de autores como Kuhn, Morin, Canguilhem, Castoriadis, Foucault, Boetie, Eco, Seobeok, Fasssin, Castells, Bauleo, Lakatos, Barthes y otros. Fue coordinado por el profesor Armando Bauleo. Y asistieron 24 salubristas, la mayoría médicos, estando también presentes enfermeras, sociólogos, farmacéuticos, veterinarios, biólogos y periodistas. Cada sesión se estructuraba en tres momentos. Espacio libre de reflexión grupal, presentación breve de los textos y discusión grupal de los mismos.

**Resultados:** 1. la formación positivista y la metodología epidemiológica-estadística, favorecen un abordaje reduccionista de la complejidad social. 2. Dificultad de "autorreflexión" sobre la práctica, la tarea y la identidad profesional. 3. El rechazo del subjetivismo dificulta la escucha de la población. 4. Dificultad de integrar pensamiento y acción. 5. Influencia del meta-encuadre político. 6. Importancia de habilidades de "decodificación" cultural de los mensajes de la población. 7. La SP ha sido utilizada para fijar una normatividad social y naturalizar lo socialmente construido. 8. La SP puede realizar una función de mediación simbólica entre lo sanitario y lo social.

**Conclusiones:** La experiencia grupal dentro de la institución, aunque presenta dificultades, permite una mayor apropiación de los contenidos, posibilitando la reflexión sobre la propia práctica y facilitando la realización de procesos de cambio.

018

**ACTUALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE Y SUS ACOMPAÑANTES PARA EL HOSPITAL LA PAZ (2006)**

Grupo de Mejora de la Calidad Percibida.  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** El Grupo de Mejora de la Calidad Percibida de La Paz se puso en marcha en 2000 y se ha convertido en una referencia abierta, estable y consolidada para los profesionales del hospital. Sus actividades van siempre orientadas a mejorar la calidad percibida por el paciente y sus acompañantes, entendiendo por calidad percibida "la mayor o menor satisfacción derivada de los aspectos del proceso de atención, desde la percepción del trato recibido a la provisión de información, aspectos administrativos, hostelería, estancia, instalaciones, confort, puntualidad, continuidad de los cuidados entre niveles de atención..." El Grupo, que se reúne con una periodicidad semanal, está formado en la actualidad por 15 miembros pertenecientes a los distintos estamentos profesionales y hospitales que componen el complejo de La Paz. Uno de sus principales instrumentos de actuación es el documento que recoge los objetivos de mejora de la calidad percibida por el paciente y sus acompañantes. Con motivo de la revisión de los Objetivos de Calidad del año 2006 para el hospital, el Grupo ha actualizado estos objetivos.

**Métodos:** A lo largo del verano de 2005, en base a la experiencia acumulada, a la participación de los miembros del Grupo y a las aportaciones de otros profesionales, se revisó el documento original de 2001. El documento se estructuró buscando servir de ayuda para que los distintos Coordinadores de Calidad de cada Servicio identifiquen y hagan operativas en su unidad las posibilidades de mejora en los diversos aspectos de la calidad percibida.

**Resultados:** El documento final presenta 21 objetivos específicos que se reúnen en 6 objetivos generales sobre la calidad percibida: 1) información recibida, 2) circulación y movilidad, 3) gestión de citas, 4) estancia hospitalaria, 5) proceso de alta y traslado, y 6) temas de carácter transversal, que por su naturaleza, afectan al conjunto de la asistencia sanitaria (comportamiento y trato ante el paciente, medidas de seguridad, consumo de tabaco, documentación clínica, seguimiento y atención a los pacientes "ectópicos"). Mientras que los objetivos generales se formulan en infinitivo, los específicos se presentan en forma de oraciones aseverativas indicando cuales deben ser las situaciones deseadas que reflejan una óptima calidad percibida.

**Conclusiones:** El documento recoge de forma práctica y sencilla los objetivos que en el marco de la Calidad Percibida se pueden poner en marcha en cada servicio del Hospital. La consecución anual de los objetivos propuestos en cada unidad puede contribuir a asegurar el mejor servicio y atención asistencial dentro del conjunto del Hospital La Paz.