

## COMUNICACIONES CARTEL III

### Planificación sanitaria

#### GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DIMENSIONANDO LOS ESPACIOS ASISTENCIALES CON UN MODELO DE COLAS MARKOVIANO

D. Frigola, J. Fusté et al

*Dpte. Salut Generalitat de Catalunya. D.G. de Planificació i Avaluació. Unitat de Mapa Sanitari.*

**Antecedentes y objetivos:** La accesibilidad en un margen de tiempo razonable es un factor crítico para la calidad de los servicios de urgencias hospitalarios. El objetivo del estudio es dimensionar los espacios asistenciales para un nivel de calidad que garantice la accesibilidad de la población a los servicios de urgencias hospitalarios.

**Métodos:** Se seleccionaron siete hospitales; un pediátrico, tres comarcales, un hospital general básico y dos hospitales de referencia comarcal. La definición de espacios asistenciales es genérica, incluyendo sin diferenciar todos los espacios asistenciales en los que se atiende al paciente desde el inicio de la visita hasta el alta. Para realizar el cálculo de espacios, se utilizó un modelo de colas markoviano, M/M/s. Concretamente, se utilizan las tasas medias de entradas en cada hora para construir 24 modelos M/M/s diferentes.

**Resultados:** La media de entradas por hora del día muestra, en todos los hospitales, una variabilidad importante. En todos los hospitales el tiempo medio de espera por hora del día registra el máximo entre una y tres horas después del máximo de la media de entradas. El tiempo medio de servicio por hora del día es mucho más constante en todos los hospitales que el tiempo de espera y la media de entradas. La intensidad de tráfico está por encima del 50% en todos los hospitales con un máximo del 73%. En cinco hospitales, la intensidad de tráfico por hora del día llega al 110%-120% durante las horas punta. Comparando la dotación actual con la estimación de espacios necesarios para un nivel de calidad de cómo máximo 30 minutos de espera en el 90% de las entradas, se observa que los hospitales requieren incrementos de entre el 13%, y el 67% sobre el número de espacios asistenciales existentes. Si clasificamos los espacios en: área de nivel 1 para visitas ambulatorias, con un nivel de calidad de cómo máximo 1 hora de espera en el 90% de las entradas, y área de nivel 2 para patologías graves, con 15 min de espera máxima; el nivel 1 requiere un aumento del 38% y el nivel 2 requiere un incremento del 19% en el número de espacios asistenciales.

**Conclusiones:** La utilización de modelos de colas basados en el análisis del tiempo asistencial y de la demanda permite el establecimiento estándares de calidad para los servicios de urgencias hospitalarios que garanticen la accesibilidad con un margen de tiempo razonable. La codificación y registro de los episodios de urgencias son clave para disponer de datos de tiempo asistencial. Además, es preciso acotar los diferentes tipos de espacios e introducir una clasificación de pacientes en urgencias en base a sus necesidades asistenciales.

P-046

P-047

**LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD: HERRAMIENTA DE ACTUACIÓN INTERSECTORIAL**A. Bacigalupe, J. Zuazagoitia, C. Calderón, E. Aldasoro, S. Esnaola et al  
*D. Sanidad-Gobierno Vasco. C. Salud de Alza. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** La salud depende, en gran medida, de factores externos a los sistemas sanitarios como el medio ambiente físico, económico y social, la posición socioeconómica o el acceso a los recursos y servicios básicos. En nuestro contexto, sin embargo, existe poca tradición de considerar la salud en la planificación de las intervenciones sectoriales. Basándonos en una experiencia piloto en el País Vasco, se describen los retos y oportunidades de la evaluación del impacto sobre la salud (EIS) en el contexto español.

**Métodos:** Se realizó una EIS de un proyecto de reforma de un barrio desfavorecido de Bilbao, que incluye la mejora de la accesibilidad (construcción de un vial de acceso y dos ascensores), la construcción de un parque, el soterramiento de unas líneas de alta tensión y la mejora del sistema de recogida de aguas pluviales. Tras un cribado inicial, se creó un comité de dirección (con representantes del Ayuntamiento de Bilbao y el Departamento de Sanidad) que diseñó y supervisó la evaluación. Esta consistió en: a) una búsqueda sistemática de la bibliografía sobre los efectos en la salud de los elementos de la intervención, b) la caracterización de la población a partir de datos censales y sanitarios, y c) desarrollo de un estudio cualitativo mediante entrevistas y grupos de discusión de personas de la comunidad e informantes clave. Finalmente, tras integrar y sintetizar la información recogida, se priorizaron los impactos detectados y se realizaron recomendaciones de mejora.

**Resultados:** El proceso de la EIS ayudó a sensibilizar a los decisores acerca del modelo de determinantes sociales de la salud, a incorporar la salud al diseño del proyecto y a aumentar la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones políticas. Además, permitió analizar de forma sistemática las desigualdades en salud relacionadas con la intervención. Algunos de los retos metodológicos tuvieron que ver con la propia naturaleza de la EIS, la naturaleza diversa de las fuentes de información y la dificultad de objetivar y de cuantificar los resultados en salud. La utilización conjunta de metodologías cuantitativas y cualitativas aumentó la riqueza y la complejidad del análisis, exigió la participación de personas expertas en esos métodos y suministró una pluralidad de perspectivas de la realidad objeto de estudio.

**Conclusiones:** La metodología EIS permite incorporar de forma explícita la salud al diseño de las intervenciones sectoriales, pero son varios los retos prácticos y metodológicos a superar en nuestro contexto.

*Financiación. Beca de Investigación Comisionada 2005COM04 del Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.*

P-049

**UTILIDAD DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN LA GESTIÓN DEL CAMBIO DE UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD PÚBLICA**

J.L. de Peray, X. Llebaria, A. Plasència, G. Giménez et al

*Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Proman Consulting.*

**Antecedentes y objetivos:** *Antecedentes:* El contexto en el que se sitúa esta comunicación es el de una organización gubernamental de servicios de salud pública enfrentada ante el reto de una reforma mayor de la salud pública. El análisis estratégico que se realizó en el inicio del proceso requirió de un sistema de trabajo que la ayudara en su proceso de cambio. *Objetivo:* Presentar el Cuadro de Mando Integral (CMI) como un instrumento de gestión que ayuda a la organización a la consecución de sus objetivos estratégicos.

**Métodos:** Se realizó un análisis estratégico de la organización en el proceso de transformación para hacer de los servicios de salud pública una prestación del sistema de salud. Este proceso incluyó los análisis interno y externo de la organización, la definición de misión, valores, visión y líneas estratégicas. Como resultado se definieron los objetivos estratégicos y operativos. Con posterioridad se decidió cuáles de ellos iban a alimentar el CIM como sistema de crecimiento y desarrollo directivo. Se identificaron los cuadrantes del CMI, adaptados a la naturaleza de la organización, y se incorporaron su seguimiento y evaluación a la dinámica directiva.

**Resultados:** Los principales objetivos estratégicos de la organización se han ubicado de forma equilibrada en los cuadrantes del CMI. Ha habido un reparto de responsabilidades entre los miembros del equipo de dirección en el liderazgo y seguimiento de los objetivos. Ha generado, de forma desigual, acciones de trabajo matricial que han estimulado la orientación de la organización a alcanzar sus objetivos. También se han colocado objetivos no factibles o que no han conseguido generar las actividades para su logro. Como sistema de trabajo ha costado imponerse en la sistemática de la función directiva, pero no ha generado rechazos. Es necesaria una tutela para incorporarlo en las rutinas de la gestión. Una aplicación informática que permite realizar el seguimiento activo del CMI de una forma amigable ha ayudado a su implantación. Es un elemento sistemático en los órdenes del día de las reuniones de dirección. Está generando la necesidad de que se proyecte o se adapta en el interior de la organización.

**Conclusiones:** El CMI es un instrumento que contribuye al desarrollo de una organización. Hay que realizar acciones de impulso y tutela para incorporarlo y mantenerlo en la dinámica directiva. Ha generado cambios en los estilos y dinámicas de gestión. La asunción de nuevas responsabilidades, el trabajo matricial, la planificación operativa y la orientación a la consecución de los objetivos se perfilan como los elementos más positivos.

P-048

**LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA: EL PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE CATALUNYA**

G.C. Cugat Pujol, V.F. Fernández García, E.M. Mata Albert et al

*Agència Catalana de Seguretat Alimentària (ACSA). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** La intervención de los poderes públicos en seguridad alimentaria debe tener en cuenta la complejidad y amplitud que este concepto tiene en las sociedades occidentales. Además de los ámbitos tradicionalmente identificados con la inocuidad de los alimentos, deben incluirse también otras cuestiones que afectan directamente a las expectativas, percepción y confianza de los ciudadanos en la cadena alimentaria. Por otro lado, son muchos los organismos públicos con competencias en la materia que intervienen de forma simultánea. Este sistema de organismos múltiples genera la necesidad de integración y coordinación de acciones en base a un enfoque y a objetivos comunes y compartidos, de manera que sea posible dar una respuesta adecuada a las necesidades de la sociedad a la que prestan servicio. El importante papel que juegan los operadores de la cadena alimentaria y los consumidores en cuanto a la seguridad y la confianza generados hace necesario que las administraciones públicas compartan con ellos dichos objetivos y sean capaces de movilizar recursos así como liderar proyectos comunes. A partir de estas premisas en Catalunya se plantea el objetivo de crear un plan estratégico e integral para la intervención pública en seguridad alimentaria.

**Métodos:** A partir de la combinación de las metodologías de planificación por objetivos y de análisis del riesgo es posible elaborar un plan estratégico de seguridad alimentaria que cubra las necesidades de evaluación, gestión y comunicación de riesgos a lo largo de toda la cadena alimentaria desde la producción primaria hasta el consumo.

**Resultados:** Un Plan de seguridad alimentaria en el que se definen los objetivos a alcanzar y las intervenciones a implementar. Aunque la inocuidad de los alimentos supone un elemento central del Plan, su orientación y diseño pretende tener un carácter global y transversal incorporando también todas las cuestiones que la sociedad relaciona con la seguridad alimentaria de forma directa o indirecta, como por ejemplo la calidad y el etiquetado de los alimentos. Asimismo incorpora aspectos clave como la coordinación, la eficiencia y la calidad de los servicios prestados por las administraciones competentes y la colaboración con el resto de participantes en la cadena alimentaria.

**Conclusiones:** El Plan de seguridad alimentaria de Cataluña pretende impulsar los principios de coherencia, coordinación y complementariedad de acciones en una cultura orientada a resultados concretos y compartidos por parte de las administraciones públicas, así como a la mejora continuada y al aprendizaje, con en el propósito de ofrecer a los ciudadanos un elevado nivel de seguridad alimentaria.

P-050

**EXPECTATIVAS Y POSICIONAMIENTO DE PACIENTES, ASOCIACIONES Y CIUDADANÍA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SNS**

A. Ruiz Azarola, A. Suess, M.A. Prieto Rodríguez, J.C. March Cerdá, E. Terol García, J. Casal Gómez et al

*Ministerio de Sanidad y Consumo. Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes y objetivos:** En el marco de las políticas sobre Seguridad del Paciente en el SNS se plantea la necesidad de conocer las opiniones, expectativas y posicionamiento de pacientes, asociaciones y ciudadanía sobre este tema y sobre su participación en futuras acciones. Para ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Escuela Andaluza de Salud Pública realiza un estudio en el que se analizan estos aspectos, pensando en que la información y el conocimiento que se obtiene desde esta especial perspectiva, la de las personas enfermas y la de sus cuidadores familiares, las convierte en verdaderos "expertos" que pueden ayudar a identificar precozmente riesgos y aportar soluciones viables y realistas.

**Métodos:** Para este estudio se diseñó utiliza una metodología cualitativa basada en grupos focales y entrevistas en profundidad. *Los perfiles de las personas entrevistadas fueron:* Pacientes y familiares Asociaciones de pacientes Ciudadanía (personas clave y líderes de opinión).

**Resultados:** Entre los resultados más significativos encontramos que se dan diferencias entre las personas dependiendo el grado de severidad de su enfermedad. Mientras que enfermedades crónicas asocian la seguridad a la calidad y la continuidad asistencial, las personas afectadas por enfermedades agudas entienden la seguridad como la ausencia de errores, la adecuación del tratamiento y la respuesta rápida por parte del sistema sanitario. Según algunos/as expertos/as entrevistados/as a nivel español el concepto de seguridad se entendería de forma errónea, utilizándose más el concepto de confianza. Por parte de los/as profesionales, la manera de abordar la seguridad en el cultura sería en una buena comunicación profesional-paciente. En cuanto a los/as pacientes, algunas demandas que aparecen en todos los grupos focales se basan en información clara, admisión de la equivocación y el ofrecimiento de disculpas por parte de los/as profesionales.

**Conclusiones:** Tanto los grupos como las entrevistas se han caracterizado por una falta de cultura sobre la seguridad en el ámbito sanitario. Exceptuando casos concretos, como por ejemplo, personas afectadas por alguna alergia tipo alérgicos al látex, ha costado enfocar y empezar a desarrollar el tema de seguridad de pacientes. No obstante, una vez encauzado, todas las personas que han participado en el estudio han aportado ejemplos concretos y han mostrado discursos interesantes respecto al tema. Pensamos que estos discursos son de gran interés y que la ciudadanía puede involucrarse y ayudar a la Administración Sanitaria en la elaboración de estrategias de comunicación y de planificación de políticas sanitarias en temas de seguridad.

P-051

**IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE DOS SISTEMAS DE CALIDAD (ISO 9001-2000 Y EFQM) EN UN CENTRO DE SALUD**

G. Tamborero, M. Caldentey, A. García, M.T. Millán, A. Bosch, A. Fe, A. Gómez, M. Servera, S. Cibrián et al

*Centro de Salud del Coll d'en Rebassa. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut. Institut Universitari de Ciències de la Salut (IUNICS) de les Illes Balears.*

**Antecedentes y objetivos:** La exigencia de criterios de la calidad para cualquier empresa es un hecho habitual. En cambio, apenas existen experiencias que permitan analizar el impacto de los sistemas de calidad en atención primaria (AP). Nuestro centro de salud (CS) se ha marcado como objetivo la mejora de sus servicios, mediante la instauración sistemas de calidad normalizados. El objetivo de nuestro trabajo es valorar el impacto real de la implantación de estos sistemas sobre nuestro CS y sobre su entorno (área de Mallorca).

**Métodos:** **Ámbito:** El CS del Coll (Gerencia de AP —GAP— de Mallorca), es un centro docente, urbano, formado por 47 profesionales, que atiende a unos 24.500 habitantes de Palma de Mallorca. **Participantes:** En el proyecto han participado todos los profesionales del CS con el apoyo de la GAP y de una empresa externa (Deployment). El proyecto se inició a principios del 2005, tras obtener el aval unánime de los profesionales del centro, por una fase de negociación en que se presentó el proyecto a la GAP. Tras su aceptación y consecución de fondos financieros, se formalizó el proyecto incluyéndolo en el contrato de gestión GAP-CS, finalizando la fase objeto de evaluación a finales del 2006.

**Resultados:** Los principales resultados son: 1) La obtención de la Certificación de Calidad ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificate IQ-NET, el 7-7-2006. 2) La inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007, al superar la evaluación EFQM (agosto 2006). 3) La consolidación de una línea de investigación propia sobre calidad, con más de 20 ponencias y comunicaciones a congresos nacionales e internacionales (incremento del 500% de la producción investigadora), y la publicación de un libro sobre nuestra experiencia. 4) Cambios en el contrato de gestión GAP-CS, potenciando esta línea de trabajo y extendiendo nuestra experiencia a otros CS de la isla.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia ha generado sinergias entre el CS y la GAP, ha permitido la obtención de resultados tangibles y evaluables y, como valor adicional, sirve de modelo para otros centros de nuestra isla.

**Políticas de salud**

P-052

**IMPLEMENTACIÓN DEL CRIBADO Y LA INTERVENCIÓN BREVE EN PROBLEMAS DE ALCOHOL EN LA AP DE CATALUNYA**J. Colom i Farran, A. Gual i Solé, L. Segura García et al  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Unitat Alcoholologia. Hospital Clinic Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Existe evidencia consistente sobre la eficacia del cribado y las intervenciones breves para la identificación de los bebedores de riesgo y para reducir su consumo de alcohol. Sin embargo, la diseminación de dichas estrategias a un nivel poblacional se ha revelado difícil. En el marco del estudio colaborativo de la OMS sobre alcohol y AP, llevamos a cabo la diseminación de las estrategias de cribado y intervención breve a todos los centros de atención primaria de Catalunya (340 centros y más de 6.000 profesionales formados). El objetivo del presente trabajo fue evaluar si el programa de formación (5 h) basado en el Modulo "Skills for Change" de la OMS mejoraba el conocimiento, las actitudes y el comportamiento clínico de los profesionales de primaria respecto al alcohol.

**Métodos:** Se seleccionó una muestra (N = 28) aleatoria representativa de centros de atención primaria de toda Catalunya. Se obtuvieron datos sobre conocimientos, actitudes y comportamiento clínico antes y 3 meses después de la formación a partir de 3 fuentes diferentes de información: entrevistas a profesionales, auditoria de historias clínicas y entrevista a pacientes.

**Resultados:** El programa de formación fue muy bien recibido tanto por los formadores como los participantes a las formaciones y alrededor del 80% de profesionales tuvieron derecho a la acreditación tras asistir al 80% de las sesiones (4 de 5). La formación aumentó el conocimiento de los profesionales de primaria y su disposición para tratar los problemas de alcohol (de un 62,5% a un 84,7%;  $p < 0,05$ ) pero los niveles de cribado se mantuvieron bajos tanto si fueron medidos por la entrevista a pacientes (nunca cribado: de 51,1% a 53,4%;  $p = ns$ ) y la auditoria de historias clínicas (3,2% a 4,6%;  $p = ns$ ).

**Conclusiones:** La formación no es suficiente para aumentar el uso de estrategias de detección precoz e intervención breve en la APS. Barreras estructurales y culturales juegan un papel relevante y dificultan su implementación en consulta.

**ESTADO DE SALUD DE LOS DIABÉTICOS SEGÚN TRATAMIENTO EN LA REGIÓN DE MURCIA**O. Monteagudo-Piqueras, L. Hernando Arizaleta, J.A. Palomar Rodríguez et al  
*Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria Consejería de Sanidad de Murcia.*

**Antecedentes y objetivos:** El Plan de Atención al Diabético de la Región de Murcia, contempla la obtención de indicadores de resultados de salud. Para ello se puso en marcha el proyecto "Calidad de Vida y Diabetes". En este trabajo se analiza la repercusión del tratamiento sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) del diabético.

**Métodos:** Encuesta telefónica a una muestra de 1.500 diabéticos (representativos a nivel de Área de Salud), mayores de 18 años, registrados en Equipos de Atención Primaria. La encuesta contenía 4 apartados: 1) Estado de Salud (cuestionario SF-12 v2), 2) Hábitos de vida, 3) Utilización de servicios sanitarios, 4) Características sociodemográficas. Las variables resumen de CVRS (componentes sumario físico "PCS" y mental "MCS") del SF-12, se dicotimizaron tomando como referencia el valor 50. La variable tratamiento se categorizó en "dieta y ejercicio", "anti-diabéticos orales (ADO)", "insulina y ADO" e "Insulina". Para el análisis bivariante entre la CVRS y el tipo de tratamiento, se utilizó el test  $\chi^2$  y también para determinar las variables de ajuste a introducir en el modelo multivariante (criterio:  $p < 0,05$ ). Para valorar si el tratamiento era un factor dependiente de la calidad de vida se hizo un análisis multivariante con regresión logística método condicional hacia delante. Se utilizó el programa estadístico SPSS vs 12.0®.

**Resultados:** 1.483 accedieron a colaborar en la realización de la encuesta, la media de edad era 66,2 años (DE = 12,7. Mediana = 68), el 46,8% hombres y 53,2% mujeres. En cuanto al tratamiento, el 10,4% sólo realizaban dieta y ejercicio, el 68,2% estaban medicados con ADO, el 14,0% se administraban insulina y el 6,6% con ambos tratamientos. En el análisis bivariante del PCS y MCS con respecto al tratamiento, se observó asociación en el sentido de que aquellos que realizaban dieta y ejercicio tenían mejor CVRS para el PCS que los que estaban tratados con insulina o ADO e insulina de forma conjunta ( $p < 0,00$ ). Las variables de ajuste incluidas por el modelo de regresión logística definitivo fueron edad, sexo, nivel de estudios, hospitalizaciones, actividad física laboral y de ocio y consumo de alcohol). El análisis multivariante mostró que el componente PCS, frente al grupo que tomaba insulina, era 3,3 veces mejor (IC 95% = 1,9-5,7) en los que sólo hacían dieta y ejercicio y 2,1 veces mejor (IC 95% = 1,3-3,1) en los que tomaban ADO.

**Conclusiones:** Estudios previos han mostrado diferencias en CVRS según tratamiento. Este cuestionario al considerar la CVRS en dos componentes, físico y mental, permite observar a diferencia de otros estudios cómo el componente afectado es el físico. La peor PCS en los pacientes tratados con insulina, podría tener un carácter multifactorial.

P-53

P-054

**PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL VIH: ¿UNA NUEVA OPCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH?**

G. Oliva Oliva, C. Almazán Sáez et al

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

**Antecedentes y objetivos:** En España se estima unas 120.000-150.000 personas con infección por VIH o sida. De éstas, un 20-25% no están diagnosticadas y desconocen su estado serológico. Además, un importante número de personas con resultado positivo a la prueba del VIH no vuelven a buscar su resultado, ocasionando un grave riesgo de contagio a otras personas. Las pruebas de detección rápida del VIH ofrecen resultados en 15 min en comparación a unas horas o días de las pruebas convencionales. Los objetivos del estudio fueron conocer la capacidad diagnóstica de las pruebas de detección rápida del VIH, su aplicabilidad y experiencia previa en otros países occidentales.

**Métodos:** Para la consecución de los objetivos se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica con búsqueda en las principales bases de datos biomédicas hasta enero de 2007. Se revisaron también bases de datos de guías de práctica clínica (GPC), webs de organizaciones e instituciones relacionadas con la sida y literatura gris. Se seleccionaron GPC, recomendaciones, revisiones y estudios originales que en el título o resumen hicieran referencia al uso o indicación de la prueba rápida del VIH. Se realizó una búsqueda manual a partir de documentos seleccionados.

**Resultados:** Se identificaron 220 documentos y se seleccionaron 59. Se observó que la sensibilidad de los tests rápidos era comparable a las técnicas convencionales de detección del VIH mientras que su especificidad era menor. Se identificaron las siguientes indicaciones: cribado prenatal en mujeres que acuden al parto sin conocer si son portadoras del VIH; cribado del VIH en adolescentes y adultos; servicios de urgencia en centros sanitarios; post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH y, por último, diversos programas de acceso directo a poblaciones de riesgo de infección al VIH. Entre los países que utilizaban estas pruebas se identificaron EUA, Canadá y diversos países de Europa.

**Conclusiones:** En nuestro contexto, las pruebas de detección rápida del VIH podrían tener interés en programas específicos de acceso directo a poblaciones con riesgo de infección. En centros sanitarios y hospitalarios se debería valorar según las posibilidades de obtener rápidamente los resultados con la prueba convencional y según la población atendida. En caso de instaurar un programa de detección rápida del VIH se recomienda seleccionar la población diana, establecer un control de calidad interno y externo, establecer una relación o coordinación con un laboratorio de referencia, adiestrar adecuadamente a los profesionales, facilitar un consejo específico a los pacientes, asegurar la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado y, por último, monitorizar y evaluar el programa.

P-056

**SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN RELACIÓN AL TABAQUISMO AL AÑO DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY 28/2005**

T. Salvador Llivina, R. Córdoba García, M. Nebot Adell, M.A. Planchuelo Santos, E. Becoña Iglesias, M. Barrueco Ferrero, J.A. Riseco Miranda, I. Pérez Escolano, G. París Vicente et al

*Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.*

**Antecedentes y objetivos:** El CNPT ha mantenido una permanente interrelación a las administraciones públicas pidiendo la aplicación de medidas eficaces para reducir el tabaquismo en España, por ello apoyó el proceso de debate social y parlamentario que llevó a la aprobación de la Ley 28/2005. **Objetivos:** Valorar: prevalencia tabaquismo; y opiniones, actitudes y conocimientos de la población española sobre la ley 28/2005 al año de su entrada en vigor.

**Métodos:** Entrevista telefónica CATI a muestra representativa de residentes en territorio español de 18 y más años. Diseño: muestreo polietápico: selección de unidades primarias (municipios) aleatoria y selección de últimas unidades (SS) por cuotas de sexo y edad. Afiación proporcional a la población de los diferentes estratos. Estratos formados por cruce entre CCAA y tamaño de hábitat (N = 2.513). Error muestral de  $\pm 2,0\%$  para los datos globales, supuesto muestreo aleatorio simple, y para el caso más desfavorable de una variable dicotómica idénticamente distribuida ( $p = q = 50\%$ ).

**Resultados:** El 24,2% de la muestra fuma y un 18,1% ha dejado de fumar. El 46% de quienes fuman quieren dejarlo. El 61,9% de quienes fuman, señalan el consejo del médico como lo que más les estimularía a dejar de fumar. El 68,5% cree que la Ley es un acierto. El 33,6% piensa que el clima laboral ha mejorado. El 84,8% considera que respirar humo ambiental del tabaco (HAT) es muy o bastante perjudicial para la salud un 60,7% cree que debería prohibirse fumar en restaurantes; un 53,8% en bares y un 53,3% en discotecas. El 78,4% cree que hacer más inspecciones ayudaría a disminuir el consumo de tabaco. Otras medidas demandadas: educación en la escuela (97,1%), más campañas en TV y radio (75,5%), que las administraciones ofrezcan tratamiento a quienes quieren dejar de fumar (83,6%), que la sanidad pública pague los medicamentos para dejar de fumar (68,9%). Se observan lagunas en el conocimiento de las regulaciones de la Ley en los centros laborales. De quienes trabajan fuera de su domicilio en locales cerrados, un 82,1% declara que la Ley se cumple en su centro laboral, sin embargo, un 15% declara además que en su centro de trabajo hay una sala habilitada para fumar.

**Conclusiones:** La prevalencia del tabaquismo en España continúa descendiendo y las actitudes frente a las medidas legales son favorables. Se identifican lagunas de conocimiento sobre aspectos importantes de la Ley, que deberían corregirse mediante campañas mantenidas de información pública e intensificación de las inspecciones. La formación de sanitarios en tabaquismo es una prioridad. *Financiación:* GlaxoSmithkline.

P-055

**ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE LA IMPLANTACIÓN DEL METRO EN LA CIUDAD DE GRANADA**

R. González Pérez, P. Martín-Olmedo, M.T. Gijón Sánchez et al

*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes y objetivos:** La Evaluación de Impacto en Salud (HIA, siglas en inglés) es una herramienta útil y pragmática para el análisis de la influencia que políticas públicas de distinta índole puedan tener sobre la salud de la ciudadanía. El transporte se ha demostrado que afecta de manera determinante a la salud de las poblaciones por su relación con la accidentalidad, la calidad del aire, etc. En este sentido, las repercusiones potenciales de la puesta en marcha de la futura línea de metro en Granada requieren de análisis y reflexiones desde una perspectiva de salud pública. La aplicación del HIA en la fase previa a la implantación del metro, es una aproximación idónea para la propuesta de recomendaciones que potencien los efectos positivos y minimicen los impactos negativos del proyecto sobre las comunidades afectadas. Presentamos los resultados de una etapa del proceso del HIA correspondiente a la identificación de determinantes de la salud potencialmente afectados por el metro.

**Métodos:** Se ha utilizado el modelo Merseyside, propuesto y aplicado por el grupo de trabajo de HIA de la Universidad de Liverpool en escenarios similares. Se han realizado de 16 entrevistas semiestructuradas a personas expertas e informantes claves de distinto ámbito que fueron seleccionadas a través de un muestreo en bola de nieve durante los meses de Julio y Agosto de 2005. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas y se les realizó un análisis de contenido con el apoyo del programa Informático Nudist Vivo 1.1.

**Resultados:** Conforme a la opinión de las personas expertas, los determinantes de la salud que pueden verse afectados ante la puesta en marcha del metro son tanto de carácter ambiental como social. Desde lo ambiental, se apunta positivamente una potencial disminución de la contaminación acústica y atmosférica así como de la accidentalidad. En el plano social, la puesta en marcha de la línea de metro, podría repercutir en el tejido y la consolidación de la red social, el desarrollo económico, la accesibilidad a la educación y la actividad física. En relación al trazado de la línea, se manifiesta inquietud ante el posible devenir de situaciones de desigualdad entre poblaciones con o sin acceso a este nuevo medio de transporte.

**Conclusiones:** La evidencia muestra que el HIA no ha sido ampliamente implementado en España pese a su potencialidad. No obstante su uso empieza a ser considerado como demuestra esta experiencia. Se recomienda profundizar en el estudio de los determinantes de la salud identificados en este trabajo a través de la introducción de elementos de participación ciudadana, y valorar posibles repercusiones sobre la salud en estadios posteriores.

P-057

**LA POLÍTICA SANITARIA CATALANA AL MARGEN DE LAS DESIGUALDADES DE CLASE**

R.P. Pérez et al

*Escuela Universitaria Cruz Roja adscrita UAB. Seminari d'anàlisi de polítiques socials (SAPS)-UAB.*

**Antecedentes y objetivos:** El tema de este trabajo se centra en la evolución de las desigualdades en salud por clase social en Cataluña durante el período 1994-2002, y la relación que se establece con la Política Sanitaria. El modelo sanitario catalán se identifica con el modelo universal-comprensivo que presenta la planificación como la herramienta que considera las necesidades de salud a partir de la distribución de las desigualdades, relacionadas con los ejes de clase, género, edad, región y territorio. En el caso de Cataluña se han realizado dos encuestas de salud (1994-2002) y al mismo tiempo se cuenta con la E. Metropolitana de Barcelona y la E. Panel de la Fundación Bofill que presentan las topologías de clase y sus condiciones de vida en el mismo período. El objetivo plantea considerar los aspectos de la estructura de clases para comprender la evolución de las desigualdades en salud. En cuanto a la hipótesis, se considera que la Política Sanitaria no tiene en cuenta las desigualdades por clase social en el diseño de los planes de salud, de forma que si se analiza su evolución en relación con la tipología de clase, los grupos con peores condiciones de vida mantienen los peores indicadores de salud y no se reducen entre las clases consideradas.

**Métodos:** Se han explotado las Encuestas de Salud (paquete estadístico SPSS) observando la distribución de las dimensiones de salud por clase social y el grado de significación (Chi-cuadrado). Por otra parte se han analizado los Planes de Salud de Cataluña (1993-2001) y la orientación hacia la reducción de las desigualdades. Se trata de considerar la coherencia entre los planteamientos de la intervención sanitaria y la identificación de las desigualdades.

**Resultados:** Los resultados muestran que la clase trabajadora mantiene indicadores de peor salud respecto a las clases medias, que reducen los resultados positivos y al mismo tiempo divergen entre ellas. La clase media no asalariada ha empeorado su situación. Se han reducido algunas enfermedades pero no las desigualdades.

**Conclusiones:** Las conclusiones muestran que la realidad de la estructura social no se recoge en ninguno de los planes analizados. El diagnóstico social se plantea bajo parámetros que no tienen en cuenta las dimensiones sociales en las que se dan las condiciones de vida de las personas. La planificación, incluso desde el modelo comprensivo de cobertura universal, no incide substancialmente en las desigualdades de salud. La intervención se centra en el estilo de vida (conducta y habilidades) sin considerar el entorno en el que se originan las desigualdades. La evaluación de los planes de salud no se ha llevado a cabo antes de formular el siguiente plan y cuando se realiza se basa únicamente en la mortalidad.

P-058

**EL PROCESO DE TERCERIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN BAHÍA-BRASIL: UNA ANÁLISIS DESDE EL RIESGO MORAL**E. Aragao, M. Teixeira, C. Darede et al  
*Fiocruz. Programa de Economía da Saúde. SESAB.*

**Antecedentes y objetivos:** En Brasil, las discusiones en torno de las reformas de salud ocurrieron en el contexto del Plano Diretor da Reforma do Estado del año 1995, que introduce variables que rompen con la distancia entre los sectores público y privado, apuntando algunas alternativas gerenciales anteriormente restringidas al sector privado, como la tercerización. Según la Constitución de 1988, cuando ocurra incapacidad del Estado provenir los servicios de salud de manera eficiente y en el volumen necesario al atendimento de la demanda, la oferta pasa a ser hecha por el sector privado, debiendo el Estado monitorear, controlar y fiscalizar la actividad. El proceso de tercerización de unidades públicas de salud brasileñas se inició en 1995 en São Paulo. En Bahía ese proceso se inició en 1997. El objetivo de la tercerización es provenir mejores servicios de salud, mayor autonomía gerencial, eficiencia y calidad de esos servicios, atendiendo al mayor número de ciudadanos. Entretanto, no siempre el comportamiento y algunas características de las instituciones envueltas pueden ser debidamente observados permitiendo que se alcancen los objetivos. En economía, un concepto que se refiere a las acciones no observables es el riesgo moral, que en general vuelve los contratos susceptibles a la ineficiencia.

**Métodos:** Este estudio analizó los modelos contractuales adoptados para la tercerización de hospitales de Salvador, comparando los diferentes incentivos para la producción de servicios. Fueron seleccionados dos de esos hospitales y listados métodos de pago y metas de producción de servicios que fueron contrastados con la oferta efectiva. Los resultados fueron evaluados utilizando la teoría de los contratos, considerando los aspectos del riesgo moral.

**Resultados:** Se observó que un incentivo que llevaba al riesgo moral es el establecimiento de metas de proveimiento de servicios inferiores a la remuneración total, en bloco, por que el sector público no tiene como verificar si determinado tipo de procedimiento no fue ofrecido por que no hubo demanda o por que no hubo oferta. Este no es, entonces, un modelo de incentivo apropiado. Los contratos deben establecer metas bien definidas, priorizar métodos de pago adecuados y garantizar la fiscalización apropiada.

**Conclusiones:** Se recomienda que haya renovación periódica de los contratos a partir de cada hospital. Eso va estimular un ambiente competitivo donde el desempeño de las unidades que pasaron por tercerización, pueden ser comparados, para que se tenga parámetros para la renovación o encerramiento de los contratos.

**LAS MUJERES Y LOS HOMBRES EN LA INVESTIGACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ANÁLISIS DE ALGUNAS CONVOCATORIAS DEL FONDO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA**R. Peiró-Pérez, C. Colomer-Revuelta, M. Blazquez, F. Gómez et al  
*Observatorio de Salud de la Mujer. MSC. Fondo de Investigación Sanitaria. ISCIII.*

**Antecedentes y objetivos:** La falta de mujeres en el ámbito de la ciencia ocupa a profesionales de la ciencia y responsables políticos. Esta preocupación llevó a la UE a crear grupos de trabajo que analizaran la situación de las mujeres en la ciencia. Estos aportaron pruebas de la enorme desigualdad que existe en este ámbito, así como algunas recomendaciones y experiencias que podían contribuir a resolverlo. Una de ellas fue la de análisis y difusión de los datos de esta situación en cada país. En España se han hecho análisis en la Universidad y en el CSIC, pero no en el Fondo de investigación sanitaria. El objetivo es describir la situación de los proyectos solicitados y financiados en una selección de convocatorias del Fondo de Investigación Sanitarias (FIS).

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de proyectos solicitados y concedidos de las convocatorias de recursos humanos y de CIBER del año 2006 y de la línea de investigación de género y salud de proyectos de investigación 2005 y 2006. La fuente de información han sido los resultados disponibles en la Web del FIS para la convocatoria de recursos humanos y de Ciber. Para género y salud se han seleccionado todos los proyectos presentados a esa línea, a partir de la base de datos del FIS. Se realiza un análisis estadístico descriptivo con porcentajes para cada una de las convocatorias descritas.

**Resultados:** A la convocatoria de recursos humanos para "investigadores en el SNS" se presentaron 63 hombres (22% concedido) y 106 mujeres (15,1% concedido). El 63,3% de las solicitudes fue de mujeres (53,3% concedidas). A la de "postdoctorales" se presentaron 53 hombres (28% concedidas) y 111 mujeres (18,9% concedidas). El 67% de solicitantes fueron mujeres (58,4% concesiones). A la de apoyo a la investigación para "técnicos superiores" se presentaron 37 hombres (54% concedidas) y 92 mujeres (39% concedidas). A proyectos de investigación género y salud (2005-2006) hubo 201 proyectos válidos, 100 hombres (45% concedidos) 101 mujeres (43,5% concedidos). El 52% de los protocolos fueron presentados por mujeres (49,4% concedidos). A la convocatoria de CIBER se presentaron 476 hombres (40,3% concedidas) y 116 mujeres (43,3% concedidas). Esto supone que 19,6 de solicitudes fueron hechas por mujeres (23,3% concedidos).

**Conclusiones:** Estos datos sugieren que, aunque este sea un primer paso, es necesario profundizar en estos análisis para conocer porque se dan estas diferencias, en las convocatorias de investigación en el SNS. También conocer hasta que punto es un problema de edad y esto se resolverá con el tiempo o hay algunos factores relacionados con las evaluaciones y cuestiones de género como sugieren otros.

P-060

P-059

**NECESIDADES DE FORMACIÓN Y APOYO EN LA INVESTIGACIÓN SALUD Y GÉNERO**R. Peiró-Pérez, C. Colomer-Revuelta et al  
*Observatorio de Salud de la Mujer. MSC.*

**Antecedentes y objetivos:** El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) tiene entre sus objetivos Promover, con el Instituto de Salud Carlos III y otras instituciones públicas y privadas de investigación, convocatorias específicas para estudiar la salud desde la perspectiva de género. Con esto se pretende promover, estimular y apoyar los esfuerzos para mejorar la salud a través de la investigación sobre el impacto que las características biológicas de ser hombre o mujer (el sexo) y la influencia del diferente papel social y de poder (el género) tienen en el estado de salud, en la equidad de acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) en sus diferentes aspectos preventivos, diagnósticos, preventivos y curativos en ambos grupos de población. Para ello se ha realizado un estudio cuyo objetivo es identificar las necesidades de formación y apoyo para aumentar la cantidad y la calidad de investigación en género y salud.

**Métodos:** Se organizaron 11 reuniones, en 10 ciudades, con formato de taller participativo, entre octubre de 2006 a febrero 2007. A los talleres (con una media de 13 participantes mayoritariamente mujeres y de 3 h) fueron convocadas personas con experiencia y/o interés en esta línea o que por posición podían influir en potenciarla. La forma de contacto fue a través de alguna persona y/o institución, que organizó junto al OSM la reunión. El taller tuvo una dinámica de discusión abierta, estructurado en 2 partes, una en grupos pequeños y la segunda general. Se disponía de un guión con aspectos a tratar relacionados con las necesidades de apoyo, el tipo de apoyo y como sería más útil recibirlo y o darlo. La discusión estaba enfocada a recopilar información e ideas y no ha elaborado ningún consenso. Se anotaron todos los resultados de la discusión mientras se iban produciendo y posteriormente se envió a cada grupo lo que había generado para su matización. Los resultados se han leído, resumido y agrupado por ideas similares.

**Resultados:** Relacionados con las barreras estructurales generales para la investigación aplicada en el SNS. Y relacionados con la necesidad de aumentar la formación en metodología conceptual y de investigación en esta área, con las dificultades en pasar evaluaciones (tanto de protocolos como de manuscritos) con metodologías y área de conocimiento emergentes, con el poco reconocimiento del tema como un tema científico, pocos recursos bibliográficos. También se propusieron acciones relacionadas con el trabajo en red y de compartir recursos de investigación, lectura y conocimiento.

**Conclusiones:** El apoyo, mediante recursos metodológicos, técnicos y de reconocimiento se ven imprescindibles para potenciar un área emergente.

**DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD INFANTIL POR SECCIONES MUNICIPALES EN BOLIVIA**M.E. Maydana Zeballos, B.C. Borrell et al  
*Agencia de Salud Pública de Barcelona. Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Bolivia es uno de los tres países más pobres de América Latina. Bolivia es uno de los países de América con peores indicadores de mortalidad materna e infantil: 370 por 100.000 y 67 por 1.000. **Objetivo general:** Analizar las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad infantil en las secciones municipales en Bolivia, el año 2001. **Objetivos Específicos:** Describir las desigualdades en mortalidad infantil en las secciones municipales. Describir las desigualdades respecto de los indicadores socioeconómicos en las secciones municipales de Bolivia. Relacionar la mortalidad de acuerdo a indicadores socioeconómicos de las secciones municipales de Bolivia.

**Métodos:** *Estudio de tipo ecológico:* Unidad de análisis 327 secciones municipales de Bolivia. Se utilizaron los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. *V. Dependiente:* Mortalidad Infantil. *V. Independientes:* Analfabetismo, ocupación, procedencia y abastecimiento de agua, acceso a energía eléctrica y servicios; sanitario, paredes, techos, suelos de viviendas.

**Resultados:** La mortalidad Infantil de Bolivia fue de 66 por 1.000 nacidos vivos al 2001. Las tasas más altas se encuentran al sudoeste del país, en los municipios de Chuquisaca, Cochabamba, Oruro y Potosí, con medias de 71, 72, 82 y 99 muertes. La mortalidad se encuentra concentrada en toda la región altiplánica, sierra y valles centrales. Potosí y Chuquisaca tienen las tasas más elevadas de analfabetismo 62 y 63%. Los municipios del departamento de Potosí y Oruro, el sud de La Paz, centro y sud de Cochabamba y las tres cuartas partes de Chuquisaca no cuentan con suficiente acceso a servicio sanitario, cifra que coincide con la tasa de mortalidad infantil.

**Conclusiones:** Las secciones municipales del sudoeste del país sufren los embates de las cifras más altas respecto de los indicadores, por cuanto son los municipios más deprimidos del país y que, además, corresponden a las zonas del altiplano, valles y sierras occidentales. Existen elevados coeficientes de correlación entre los indicadores socioeconómicos y la tasa de mortalidad infantil, no solo alta correlación entre dependiente e independientes; sino intensa relación entre las propias independientes. Con lo cual se abren nuevas líneas de investigación sobre pobreza.

*Financiación. Agencia de Gestión, de Ayudas Universitarias e Investigación AGAUR.*

P-061

P-062

**DETERMINANTES POLÍTICOS DEL NO ALCANCE DEL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO DIRIGIDO A LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA**

M. Palma Solís, D. Gil-González, C. Álvarez-Dardet, M.T. Ruiz Cantero et al

*Universidad de Yucatán. México. Universidad de Alicante. España.*

**Antecedentes y objetivos:** La erradicación de la pobreza es el primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados por la Organización de Naciones Unidas en el año 2000. Este estudio tiene como objetivo explorar la influencia de los determinantes políticos en el alcance de este primer Objetivo del Milenio.

**Métodos:** Se realizó un estudio ecológico retrospectivo para explorar las asociaciones entre el progreso del Objetivo del Milenio 1 en el año 2002 y un grupo de variables políticas, sociales y económicas. El estudio realiza estimaciones transversales en 1990, 1995, 2000 y 2002 de cada una de las variables relacionadas con el progreso del objetivo del milenio. La unidad de análisis y observación fueron los países (n = 88). Se realizó un estudio descriptivo, así como análisis simple y regresión logística.

**Resultados:** En el año 2002, 225,70 millones de personas más de las estimadas por el alcance de los Objetivos del Milenio vivían en la pobreza. Tras el análisis simple, la variable más fuertemente asociada con el no alcance de la erradicación de la pobreza fue el Consumo de Gobierno per cápita: OR = 13,80 (2,92-65,26). A través de la regresión logística se obtuvo que las variables que más influían en el no alcance de la erradicación de la pobreza como Objetivo 1 del Milenio fueron: Consumo de Gobierno per Cápita: OR = 9,80 (1,82-52,75), Balance de Importaciones y Exportaciones = OR = 5,34 (1,32-21,54), y distribución del ingreso familiar OR = 4,74 (1,12-20,01).

**Conclusiones:** El alcance del Objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con la erradicación de la pobreza está siendo fuertemente obstaculizado por el adelgazamiento de muchos estados y la ausencia de políticas de redistribución de la renta. Es necesario poner una mayor atención a los procesos políticos nacionales e internacionales que modifican los cursos de acción y a los efectos sobre la salud de las macrotendencias políticas promovidas y reforzadas por las instituciones transnacionales.

*Financiación. Observatorio de Políticas Públicas y Salud.*

## Desigualdades

P-63

**DIFERENCIAS POR SEXO EN LA FRECUENCIA DE UN SERVICIO QUIRÚRGICO**

C.B. Arnold Bichler, M.T. Ruiz Cantero, V. Clemente Gómez, J. Torrubiano Domínguez et al

*Hospital General Universitario Alicante. Salud Pública Universitario Alicante.*

**Antecedentes y objetivos:** Se ha observado una menor utilización quirúrgica terapéutica para mujeres respecto a hombres, a igual necesidad. No obstante, existe escasa información sobre la presencia de sesgos de género en una unidad quirúrgica. El objetivo de este trabajo es comparar las frecuencias según sexo de los procedimientos quirúrgicos (PQ) en función de la edad y la gravedad entre 1993-2005 en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

**Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo 1993-2005. *Población:* 16.773 pacientes (9.262 hombres, 7.511 mujeres) > de 14 años. *Fuente:* CMBD (ICD-9-MC) Unidad de Admisión HGUA. *Variables:* N° historia clínica, edad, sexo, diagnóstico y PQ principales, tiempos quirúrgicos como proxy de la gravedad (cirugía menor [ $< 60'$ ], media [ $60'-120'$ ] y mayor [ $> 120'$ ]). Estudio descriptivo de frecuencias de PQ según sexo, y razón entre sexos. Comparación de PQ según sexo desde 1993 a 2005. Análisis comparativo de PQ según sexo, edad y gravedad. Contraste de proporciones para los tres tiempos quirúrgicos según edad.

**Resultados:** Se intervienen más hombres [H] que mujeres [M] entre 1993-2005 (razón H/M = 1,20). En concreto, las mayores diferencias se encuentran en esófago (razón H/M = 8,60), otras intervenciones gástricas (razón H/M = 2,77) y hernia (razón H/M = 2,09). Los grupos en que hay más intervenciones de mujeres que de hombres son tiroides y paratiroides (razón H/M = 0,22) y vesícula (razón H/M = 0,59). En cirugía media se intervienen más M (38%) que H (24%) y en cirugía menor más H (58%) que M (45%) ( $p < 0,00001$ , respectivamente). En cirugía mayor también se operan más H (17%) que M (16%) ( $p = 0,05$ ). Las diferencias significativas de PQ por sexo se detectan en 1994 ( $p = 0,01$ ) y 1995 ( $p = 0,006$ ) con más M que H intervenidos, y al contrario en 2001 ( $p = 0,01$ ). A igual edad se intervienen a más H que M en cirugía mayor.

**Conclusiones:** Se operan más hombres que mujeres (1993-2005). Las mayores diferencias se encuentran en cirugía media y menor siendo más frecuente en mujeres que en hombres en 1994-1995, relacionado con el inicio en el servicio de la cirugía laparoscópica y la plastia herniaria con malla. Por el contrario es más frecuente en hombres que en mujeres entre 2000-2004, pudiendo estar asociado al aumento de disponibilidad de quirófanos de cirugía menor para cubrir la necesidad de hernioplastias inguinales en hombres. La existencia de sesgos de género viene reflejada por una frecuencia de procedimientos no ajustada totalmente a la prevalencia de las enfermedades.

P-064

**DIFERENCIAS EN LAS TASAS DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO SEGÚN PAÍS DE ORIGEN Y EDAD. CATALUÑA, 2005**

G. Clot Razquin, M.M. Torné Farré, R. Bosser Giralt, A. Freitas Ramírez, R. Gispert Magarolas, M. Femenias Bosch et al  
*Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** Las tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Cataluña están aumentando considerablemente en los últimos años. Como en otras comunidades autónomas, este incremento se explica por los cambios experimentados en la composición de la población. El objetivo de este trabajo es analizar diferencias entre las IVE de las mujeres residentes en Cataluña, según su país de origen y edad.

**Métodos:** Los datos corresponden a las IVE, del año 2005, de mujeres residentes en Cataluña, y las cifras de población del padrón continuo del Instituto de Estadística de Cataluña. Se identifican siete grupos (según área geográfica y económica) en función de la variable país de origen: España, Unión Europea, Resto de Europa, África, América del Norte/Central, América del Sur y Asia/Oceanía. Se calculan las tasas de cada grupo y se desglosan por grupo de edad.

**Resultados:** El 37,4% de las mujeres residentes que se someten a una IVE son de origen extranjero. Más de la mitad proceden de América del Sur (54,2%), seguidas de las de África (15,1%) y del Resto de Europa (14,9%). Las nacidas en América del Norte/Central, Unión Europea y Asia/Oceanía representan el 15,8% restante. Las tasas de IVE más elevadas son las de América del Sur y Resto de Europa (33,85 y 33,24 por cada mil mujeres entre 15-44 años) y es también en estos subgrupos donde se dan las tasas específicas por edad más altas (54,0 y 47,2 por cada mil mujeres entre 20 y 24 años). El perfil de las mujeres que abortan es distinto según el lugar de origen: Las mujeres nacidas en España en la mitad de los casos conviven en pareja, son solteras, no tienen hijos ni han realizado IVE anteriores. Las mujeres del Resto de Europa se diferencian por convivir más en pareja (69,7%), tener algún hijo (58,7%) y un 58,2% han realizado alguna IVE anterior. Las de Asia/Oceanía conviven en pareja el 78,8%, un 65,0% están casadas y un 74,3% tiene algún hijo. En América del Sur y América del Norte/Central también tienen algún hijo (68,2% y 63,2% respectivamente).

**Conclusiones:** Las diferencias en las tasas de IVE por edad son muy elevadas, dependiendo del lugar de procedencia de la mujer. A pesar de las limitaciones relativas a la calidad de la información de la población de referencia, estos datos pueden ser útiles para diseñar las estrategias de prevención del embarazo.

P-065

**COBERTURA VACUNAL EN 10 EAP DE DOS DISTRITOS URBANOS SOCIO-ECONÓMICAMENTE DIFERENTES**

M.I. Fernández San Martín, S. Aguas Lluch, M. Roura Oliván, C. Llamas Urrutia, C. Sala Álvarez, X. Peligros Palma, M.P. Ruiz Díez, L. Carres Esteva et al

*SAP Litoral Barcelona ICS. EAP Sant Martí. EAP Raval Sud. EAP Sant Martí. EAP Casc Antic. EAP Poble Nou.*

**Antecedentes y objetivos:** La vacunación antigripal en mayores de 59 años es una intervención que ha mostrado su eficacia para reducir la morbimortalidad. La efectividad de esta medida viene en parte condicionada por la cobertura conseguida en cada campaña anual. **Objetivo:** comparar la cobertura de vacunación antigripal según variables demográficas y clínicas del paciente, en 10 EAP, durante la campaña 2006-2007. Evaluar las diferencias según distritos donde se ubican estos EAP.

**Métodos:** se ha evaluado todos los mayores de 59 años asignados a los 10 EAP del Servicio de Atención Primaria (SAP) Litoral (N = 64.442). Los EAP están ubicados en dos distritos de la ciudad de Barcelona: Ciutat Vella (tres EAP) y Sant Martí (7 EAP). Se han recogido las siguientes variables: vacunación realizada, paciente excluido de la vacunación por algún motivo (rechazo, otros), sexo, edad, existencia de algún problema de salud crónico, incluido en Programa de Atención Domiciliaria. Además se ha registrado la nacionalidad en los pacientes del distrito de Ciutat Vella.

**Resultados:** El porcentaje de pacientes asignados y vacunados en el SAP ha sido de 45,55%. Este porcentaje es mayor en población asignada y atendida (57,58%). EN la población atendida, no existen diferencias de cobertura por sexos y si existen por grupos de edad (cobertura de 64% en mayores de 70 años), pacientes con algún problema de salud crónico (62,08%), pacientes en Atención Domiciliaria (74,35%). Los EAP del distrito de Sant Martí tienen una cobertura media de 60,65% y los de Ciutat Vella consiguen una cobertura de 48,38%, en atendidos. Estas diferencias no se explican por las variables analizadas, ya que la diferencia entre distritos se mantiene en todos los subgrupos. Los ancianos de nacionalidad extranjera asignados y atendidos por los EAP de Ciutat Vella tienen una cobertura mucho menor que los españoles (26,03% frente a 48,99% respectivamente), manteniéndose esta diferencia por sexos, grupos de edad y variables clínicas.

**Conclusiones:** La descripción de la cobertura vacunal antigripal refleja diferencias en las poblaciones no justificadas por las medidas sanitarias organizativas entre EAP ni por variables del usuario. Habría que analizar otros factores que pueden influir en estas diferencias, para poder modificarlos y conseguir mejorar el indicador.