

**3^{er} CONGRESO
DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

Bilbao
25-27 octubre 1989

COMUNICACIONES

Mesa: SALUD Y ADMINISTRACIÓN LOCAL: CIUDADES SALUDABLES Y OTRAS ACTUACIONES INTERSECTORIALES

1. METAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: ESTRATEGIAS PARA SU CONSECUCCIÓN E INDICADORES DE EVALUACIÓN

E. Bataller / J.J. Equiza

Hospital General Universitario. Valencia

El Comité Regional para Europa de la OMS (Organización Mundial de la Salud), reunido en Fez (Marruecos) en 1980, propuso una Estrategia Regional que suponía un cambio radical en el desenvolvimiento sanitario para los países miembros y destacaban cuatro aspectos de interés especial: 1. Los estilos de vida y de salud. 2. Los factores de riesgo que afectan a la salud y al medio ambiente. 3. La reorientación del mismo sistema de atención sanitaria, y 4. El apoyo necesario a los niveles políticos, de gestión, tecnológicos, de personal sanitario, entre otros, para realizar los cambios propuestos en aquellos sectores.

Al emprender acciones que repercutan en la mejora de la salud de la población, según estas directrices, por cualquier Estado, con un modelo de descentralización en la prestación y en la gestión de los servicios sanitarios públicos, como es el caso de nuestro país, es necesaria la coordinación y armonización de los organismos con competencias en materia de sanidad, independientemente de la titularidad de los mismos, que asuman la responsabilidad no sólo de la puesta en marcha de los programas o acciones, sino también del seguimiento y evaluación de los logros que se vayan alcanzando, a través de indicadores adecuados. En esta comunicación se expone cómo se están llevando a cabo las acciones y programas en materia de sanidad por tres organismos públicos de la Comunidad Valenciana. Se hace hincapié en los métodos y en los indicadores de su evaluación.

Se presentan:

- las Directrices de Salud de la Conselleria de Sanidad y Consumo;
- los Programas de Salud de la Diputación Provincial Valenciana y del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Valencia;
- las Estrategias para la Consecución de los programas de salud;
- los Indicadores de seguimiento y evaluación del grado de cumplimiento de dichos programas.

2. MODELO DE ADAPTACIÓN DE LA RED DE CIUDADES SALUDABLES DE LA OMS EN CASTILLA-LA MANCHA

M. Martínez / P. Simón / J. Gutiérrez

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Toledo

Se expone la situación socioeconómica, sanitaria y medio ambiental de Castilla-La Mancha, se hace referencia a los principales indicadores de salud, así como la política sanitaria ejecutada por el Gobierno de Castilla-La Mancha, fundamentalmente enmarcada en la estrategia de la OMS de «Salud para todos en el año 2000».

Se analiza el actual desarrollo de la Red de Ciudades Saludables en España. Se presentan las razones para la creación de una Red de Ciudades Saludables en Castilla-La Mancha: sociales y epidemiológicas, demográficas, medio ambientales, de participación ciudadana y cooperación intersectorial.

Se expone la estrategia y el modelo desarrollado para cumplir el objetivo marcado:

1. Protagonismo de Ayuntamientos.
2. Aceptación de compromisos. Actuación intersectorial.
3. Participación de la comunidad.
4. Elaboración de los diagnósticos ambientales.
5. Compromisos por parte de la Comunidad Autónoma y los ayuntamientos.

3. ANÁLISIS DIFERENCIAL DEL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN) Y DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (CSG, 12 ÍTEMS) EN DOS MUESTRAS, UNA DE EMPLEADOS Y OTRA DE DESEMPLEADOS

J. del Llano / L. Espinosa / R. San Martín / F.J. del Llano / M. Costa / M. Ruiz

Análisis y Diseños Operativos en Salud, SA, Madrid

Se analiza el comportamiento de dos escalas de medida del estado de salud: PSN (salud percibida) y CSG (desajuste psicofísico) utilizadas en una investigación epidemiológica sobre la relación entre desempleo y salud (financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias 2068/88, 1680/89). Se estudian dos muestras representativas de la población general en edad de trabajar del municipio de Madrid: una de desempleados (N=567), aleatoria, nominal, estratificada por sexo, edad y distrito municipal, y otra de empleados (N=501), por rutas aleatorias, proporcional a la población de los distritos y por cuotas de sexo y edad. A ambas muestras se les aplica un cuestionario común personal y estructurado que contiene dichas escalas. Se realizan análisis factoriales sobre ambas escalas, se calculan las estructuras factoriales para posteriormente comparar las estructuras obtenidas en ambas muestras. Por último, se realiza un análisis diferencial del comportamiento de las dimensiones obtenidas en los análisis anteriores, sobre nuestras muestras de empleados y desempleados.

4. ÍNDICE DE PERCEPCIÓN DE LA CIUDAD. PROGRAMA CIUDADES SALUDABLES

J. Astray* / R. García* / E. Corcuera / R. Villate

Dirección de Salud Pública*, Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz

El desarrollo de indicadores adecuados para la promoción de la salud en las ciudades es una de las necesidades básicas para realizar una correcta planificación de políticas de salud. La combinación de indicadores objetivos y subjetivos es necesaria para obtener una visión conjunta del estado de la comunidad. En esta comunicación se presenta un indicador subjetivo, «El índice de per-

cepción de la ciudad», y su relación con las demandas reales y las ideales de una ciudad. La hipótesis que subyace en la presente comunicación es la siguiente: «Las demandas ciudadanas están estrechamente relacionadas con la percepción que se tiene de la ciudad». Así, peores percepciones conllevarían demandas denominadas «primarias» o de mejora del espacio físico, mientras que las demandas «secundarias» o de entorno social se unirían a las visiones más positivas de la ciudad.

El análisis que se presenta se basa en una encuesta a 1.889 personas de siete localidades vascas: Bilbao, Vitoria, San Sebastián, Irún, Santurce, Portugalete y Sestao. El método aplicado para la elaboración del índice se basa en análisis factoriales que presentan en común un factor de alto grado explicativo que se denominó «percepción de la ciudad». Incluye las siguientes variables: contaminación, saludable, ruidosa, masificada, limpia, urbanizada, equipamientos. Las demandas se agruparon en dos categorías en las que se basa la hipótesis:

1. Primarias: Espacio físico. Contaminación (agua, aire, ruido) y equipamientos (zonas verdes, instalaciones, centros sanitarios, etc.).
2. Secundarias: Espacio social (campañas educativas, información...).

El índice de percepción (rango de -100 a +100) en estas ciudades fue el siguiente: Vitoria 59,8, San Sebastián 27,0, Irún -12,2, Santurce -42,7, Portugalete -54,4, Bilbao -68,6 y Sestao -79,9. Las demandas reales se muestran claramente correlacionadas con el índice. Las de tipo primario lo son de manera inversa, y las secundarias de forma directa. ($r = \pm 0,9887$, significativo al 99,9%). Las demandas ideales no muestran una correlación significativa con el índice. ($r = \pm 0,6348$, significativo al 87,4%)

5. INCORPORACIÓN DE SISTEMAS AUDIOVISUALES Y LÚDICOS A LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SANITARIOAMBIENTAL EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

P. Simón / J. Gutiérrez / M. Martínez.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Toledo

Uno de los objetivos básicos que incorpora el Plan de Acción de Atención al Medio Ambiente diseñado por la Dirección General de Salud Pública de Castilla-La Mancha es la educación sanitaria como elemento de actuación básico a medio y largo plazo. Además de asignar a cada actuación y programa unas determinadas acciones educativas, se ha diseñado y elaborado un paquete de medios audiovisuales y lúdicos que permiten acercar el medio ambiente y sus características sanitarias a la población de nuestra región. Se presenta el vídeo «Medio Ambiente - Media Vida» y el Juego de Salud y Medio Ambiente de Castilla-La Mancha, ambos dirigidos fundamentalmente a crear comportamientos saludables y sociales a la población infantil.

6 BOLETÍN INFORMATIVO IKUSPEGI. PROYECTO DE INTERRELACIÓN CONTINUA CON LA COMUNIDAD

J. L. Iruzubieta / C. Gonzalo

Centro de Salud Sansomendi, Vitoria-Gasteiz

El trabajo con la comunidad, la participación pública, el refuerzo de la acción comunitaria son actuaciones claves en el desarrollo del programa «Ciudades Saludables».

El presente trabajo muestra el boletín *Ikuspegi* como una herramienta útil e innovadora para conseguir una interrelación continua con la comunidad. Supone una contribución a aumentar el nivel

de salud de la zona y a integrar el aparato sanitario en la vida normal del ciudadano, animándole a ser parte activa en la consecución de mayores cotas de bienestar. *Ikuspegi* se elabora en el Centro de Salud del barrio Sansomendi de Vitoria-Gasteiz desde hace año y medio con los siguientes objetivos:

- a) Conseguir ser un instrumento de comunicación e información efectivo, que llegue a todos los ciudadanos de un barrio (zona de salud), especialmente a aquellos que normalmente no acceden a los servicios sanitarios y que, paradójicamente, constituyen un grupo mayor que los que sí utilizan dichos servicios.
- b) Ser una herramienta de participación, un foro apropiado para la relación equipo sanitario-barrio, barrio-equipo sanitario, e incluso barrio-barrio (para posibilitar la observación de necesidades y las posteriores acciones para subsanarlas).
- c) Ser el «libro de actas» de la Junta de Salud Sansomendi, la forma de dejar constancia de los temas tratados y su difusión a toda la comunidad.

El origen de *Ikuspegi* se debe a: 1. Puesta en marcha de la Junta de Salud del barrio. 2. Política de relación con la comunidad del EAP.

Respecto del procedimiento y confección se hablará sobre: Equipo de elaboración. Sistemática de trabajo. Financiación. Diseño. Contenidos. Distribución. Precio.

La evaluación va encaminada sobre todo a saber cuál es el grado de aceptación, el impacto de la revista.

Las conclusiones fueron, 1. *Ikuspegi* es una idea innovadora y extensible a otros equipos. 2. Instrumento útil y sencillo para conseguir los objetivos planteados. 3. Puede ser una «primera piedra» de futuras actividades (implicación de ayuntamientos, instituciones, etc.). 4. Rentabilidad elevada (bajo coste y alto impacto).

7. EFECTOS DEL RUIDO DE TRÁFICO SOBRE EL RENDIMIENTO ESCOLAR

C. Colomer / A. García / A.M. García / M.J. Moya / R. Peiró

Institut d'Estudis en Salut Pública
Laboratorio de Acústica. Valencia

El ruido es uno de los principales contaminantes del medio ambiente en la mayoría de las ciudades de los países industrializados. Numerosos estudios han demostrado que los niveles elevados de ruido ambiental pueden afectar la salud de la población de diversas maneras. En determinadas circunstancias, tales niveles de ruido pueden resultar especialmente perjudiciales. Es un hecho que en los colegios ubicados en zonas particularmente ruidosas (por ejemplo, en las cercanías de aeropuertos, vías férreas o calles con un tráfico rodado intenso) se puede ver afectado el trabajo tanto de los profesores como de los propios alumnos. En este sentido, se han llevado a cabo también diferentes estudios y se ha demostrado que es posible que se deteriore el rendimiento, ya que disminuyen la atención, la concentración y otros factores esenciales para el aprendizaje.

En esta comunicación presentamos los primeros resultados de un estudio realizado en un colegio de la ciudad de Valencia y en el que pretendemos evaluar los efectos del ruido ambiental sobre el rendimiento escolar. El colegio elegido se encuentra situado en una calle que presenta un volumen de tráfico elevado y, consecuentemente, niveles de ruido muy altos (nivel sonoro equivalente por encima de 75 dBA; en general, se considera que los niveles sonoros en el exterior de edificios docentes no debería rebasar los 55-60 dBA). Asimismo, hemos realizado diferentes medidas de los niveles de ruido en el interior de las aulas y hemos comprobado que, en algunos casos, son también muy elevados (por encima de 60 dBA,

mientras que se considera permisible hasta 40-45 dBA). Hemos comparado el número de asignaturas suspendidas en una aula ruidosa y en una aula tranquila, y se obtiene una diferencia significativa. La proporción de alumnos con alguna asignatura suspendida en una aula y otra es también distinta. Se han considerado otros factores que pudieran afectar el rendimiento, tales como los profesores, el nivel socioeconómico, etc.

8. LOS NIÑOS Y SU CIUDAD

M.T. Ruiz / E. Gascón / A. Silvestre / L. Jiménez / M.T. Alfonso / C. Colomer

Departamento de Salud Comunitaria. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Alicante. Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública

El interés por la relación existente entre la ciudad y los niños es afortunadamente creciente, ya que una buena calidad de crecimiento y desarrollo infantil en un ambiente urbano es esencial para una sociedad futura productiva y saludable.

La mayoría de las investigaciones realizadas para reconocer la opinión que sobre las ciudades tienen sus habitantes están realizadas en población adulta. Es por ello que en Alicante, siguiendo el proyecto «KidsPlace», realizado por primera vez en Seattle en 1984, y secundado en otras comunidades urbanas como Nueva York, Liverpool y Barcelona, en España, se planteó desarrollar un método de obtención de información para la promoción de la salud en las ciudades a través de la opinión de la población infantil, con los siguientes objetivos específicos; 1. Identificar los lugares urbanos «más y menos saludables» y, 2. fomentar la participación de los niños en la promoción de su propia salud, mediante su colaboración en la determinación de actividades que contribuyan a hacer su ciudad más sana. La muestra a estudio está constituida por 500 niños seleccionados aleatoriamente de entre los 4.792 que hacen el total de la población escolar de 5º de EGB, en colegios públicos y privados, en el curso académico 1988/1989. La información se obtuvo por medio de una encuesta de opinión, validada en un estudio piloto realizado en 80 niños. La encuesta está compuesta por un «grupo de adjetivos» donde se recogen los sentimientos o sensaciones que a los niños les provocan los lugares o cosas relacionados con su ciudad, así como una invitación a sugerir un cambio para que su ciudad fuera mejor, si cada niño fuera el alcalde.

Los resultados destacan una contraposición entre la realidad y su deseo, ya que los niños tienen una actitud de interés por el cambio del ambiente que les rodea; descubren zonas peligrosas específicas de la ciudad, por lo que eliminarían tráfico, contaminación y también ruidos, suciedad y olores. Manifiestan gusto por lugares concretos que identificaron con los adjetivos «limpio», «alegre», «bonito» y pretenden el incremento de cosas para niños y lugares donde ir.

El rápido crecimiento de las ciudades no ha tenido en cuenta las necesidades de los niños. Si la forma de vida urbana ha sido idea-

da por el hombre y para el hombre, es él quien tiene que realizar aquellos cambios que mejoren las circunstancias vitales para él y especialmente para el niño, única manera de disponer para una vida saludable en el siglo XXI.

9. DESIGUALDADES SOCIO-SANITARIAS ENTRE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE CATALUÑA Y EXTREMADURA

M. Viciola / J.L. Gutiérrez / J. Martín / J. Rebull / N. Sardá / R.M. Walker

Dirección de Salud Pública del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz

A pesar del gran avance en los indicadores del estado de salud que se está produciendo en el Estado español (esperanza de vida, mortalidad infantil), muchos autores afirman que no sólo existe desigualdad entre comunidades autónomas en el nivel de salud, sino que ésta va incrementándose. Nuestro estudio compara indicadores socio-sanitarios de dos comunidades autónomas con nivel socioeconómico muy dispar: Cataluña y Extremadura. El objetivo es aproximarnos a la posible relación entre la situación socio-sanitaria y el patrón de morbilidad de las dos comunidades autónomas y la selección de ciertos indicadores como más útiles y específicos para medir el nivel de vida y de salud de una población.

El estudio se ha basado en fuentes de información secundarias. En el análisis estadístico de los datos se ha empleado la prueba de independencia de la «Chi cuadrado» con un nivel de significación de $\alpha=0,05$ bilateral para comparación de porcentajes. Las tasas de mortalidad se ajustaron por estandarización directa. La comparación de tasas de morbilidad se realizó calculando el cociente o ratio entre las mismas y su intervalo de confianza para $\alpha=0,05$. En los datos referentes a vivienda se utilizó el coeficiente de contingencia Pearson y el coeficiente V de Kramer.

Se establecen diferencias significativas ($p < 0,01$) en los siguientes indicadores socio-sanitarios: distribución porcentual de la población por zonas, índice de dependencia, tasa de crecimiento inter-censal, saldo migratorio, porcentaje de gasto por alimentación, distribución porcentual de los hogares con servicios higiénicos. En cuanto a los indicadores de salud, no se encuentran grandes diferencias en la esperanza de vida al nacer (Cataluña 75 años, Extremadura 74,3). Todos los componentes de la mortalidad infantil son mayores en Extremadura y resalta la diferencia significativa observada en mortalidad perinatal. Igualmente se destaca la tasa de mortalidad materna en dicha comunidad. En el estudio de la morbilidad, junto a una tasa de mortalidad global superior en Extremadura, encontramos tres procesos con una incidencia superior significativa: la enfermedad reumática del corazón, otras infecciones intestinales y los tumores malignos del estómago.

Se confirma el mayor desarrollo económico, social y sanitario de Cataluña sobre Extremadura que coincide con un desigual nivel de salud, reflejado en la diferente distribución de la morbilidad en esas comunidades.



Mesa: SALUD Y TRABAJO

1. LA SALUD EN EL TRABAJO COMO PROBLEMA DE LOS ACTORES SOCIALES

J.L. Millares

SAS. Salud Laboral. Sevilla

La Ley General de Sanidad Española de 1986 dedica el Capítulo IV a la salud laboral. La importancia del articulado de dicho capítulo estaría, a nuestro entender, en considerar al sector de la sanidad pública, unidad coordinadora de todas las instituciones con competencias en salud laboral, con la responsabilidad de la realización del mapa de riesgo. El reglamento de dicha Ley, a pesar del tiempo transcurrido, con las consecuencias adversas que tiene como referente para el desarrollo de un modelo de salud ocupacional determinado, no ha sido publicado.

Las Comunidades Autónomas (CCAA), como podrían ser el País Valenciano, Andalucía y Navarra, han tratado de desarrollar un modelo de salud laboral basado fundamentalmente en los principios que sustenta la Ley y en la experiencia italiana en la materia. En todos los casos, principalmente en el primero, han sido un rotundo fracaso; en la CA andaluza ni siquiera pasó del momento de diseño.

La ausencia de un reglamento de la Ley y los fracasos de las experiencias de las CCAA arriba mencionadas no pueden considerarse casuales, sino relacionados con las características y el nivel de desarrollo de los diferentes actores sociales (empresarios, sindicatos e instituciones públicas o privadas, principalmente) y del modelo de salud laboral existente en la coyuntura histórica actual. Al objeto de aportar elementos que permitan la elaboración de una estrategia de desarrollo y consolidación de nuestro modelo de salud ocupacional, este trabajo trata de describir los factores causales del actual nivel de desarrollo de la salud laboral y proponer una metodología de análisis de cada realidad concreta, con la finalidad de facilitar la identificación de los problemas y las posibles soluciones para alcanzar los objetivos propuestos.

El material utilizado para la elaboración de este trabajo y sobre el que hemos aplicado los métodos señalados más adelante ha sido: a) documentación oficial de las diferentes instituciones públicas y privadas españolas y de otros países, relacionada con la salud laboral; b) informes internos de los trabajos realizados por las diferentes unidades de salud ocupacional de las CCAA; c) el modelo de salud laboral italiano y español.

El método utilizado está basado en la teoría de la planificación estratégica y en el análisis situacional, a través de la construcción de una matriz donde los actores sociales son puestos en correspondencia con el peso que tienen para influir en la determinación y condicionamiento del modelo de salud laboral resultante.

En el estudio hemos encontrado la baja problematización que tiene el tema de la salud laboral, frente a otros problemas, como salario, plus de productividad, inflación, etc., para los diferentes actores sociales. Los problemas aparecen como tales, principalmente, para los técnicos que desarrollan actividades de salud laboral en las diferentes instituciones consideradas, con relativo o ningún peso en la determinación del modelo. La no problematización de los problemas de SL, por los diferentes actores sociales con peso social suficiente para considerarlos como tales, hacen que las medidas tomadas vayan hacia el mantenimiento del sistema actualmente vigente,

con pequeñas variaciones que no lo cuestionan en su esencia, ni le producen modificaciones sustanciales. Asimismo, encontramos que las actividades principales deben ser la identificación y potenciación de los actores sociales que problematizan la salud ocupacional.

Los resultados obtenidos han sido consecuencia de la consideración básica de que cada actor social implicado tiene una forma determinada de concebir la salud ocupacional.

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRABAJO Y DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA EN LA CIUDAD DE BARCELONA

L.L. Cirera / S. Moncada

Centro de Salud Laboral. Área de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona

Se describe la actividad económica de las empresas ubicadas en Barcelona y las ocupaciones que se realizan en la ciudad, tanto de los residentes como de los no residentes, así como las actividades laborales de los residentes, sean fuera o dentro del municipio de Barcelona. Para la descripción de las actividades económicas de las empresas se acude a los registros de empresas: de la Seguridad Social (SES) de 1986 (n=15.07), del Centre d'Informació i Desenvolupament de la Empresa de la Generalitat de Catalunya (CIDEM) de 1989 (n=768), y del Censo de Elecciones Sindicales (CFS) de 1986 (n=3.917). La comparación se hace aparte del número de registro de la Seguridad Social (que consta en SEG y CES), y la variable que se compara es la actividad económica, para aquellas empresas incluidas en ambos registros. En el caso del CIDEM, la comparación se hace por la razón social y/o el domicilio de la empresa. Se evidencia un bajo nivel de coincidencia entre el archivo de la Seguridad Social y el resto de ficheros. Así, la coincidencia de los códigos de actividad económica entre SES y CES es del 58,63% para el primer dígito y del 45,67% para los dos primeros dígitos, y sólo del 20,76% en los tres primeros. Al comparar los ficheros CES y CIDEM sólo coincide una empresa. Con el mismo procedimiento, la coincidencia entre SES y CIDEM es del 6,9% de las empresas del CIDEM. Para describir la población trabajadora se efectúa una reexplotación del Padrón de Habitantes de 1986 de toda la población catalana y se explotan los datos de las personas que son residentes y/o trabajan en la ciudad de Barcelona. Se analizan las variables «sexo», «fecha de nacimiento», «profesión» (según la clasificación nacional de Ocupación: Cno.) y «municipio de actividad principal, si no es residente». Obtenemos que trabajan 628.861 (36, 95%) de los barceloneses, siendo los hombres el 65,6% y las mujeres el 34,4% de los ocupados; el grupo de edad más frecuente es el de 26 a 35 años (28,3%), los de 16 a 25 años constituyen el 14,5% de los ocupados. Por sexo y ocupación: las mujeres trabajan más en «servicios administrativos que no pertenecen a otras rúbricas» (22,4% de las mujeres ocupadas); los hombres en «otras» (20,6%). Agrupando ocupaciones por sectores de actividad: la Construcción es el 1,65% de la ocupación (Cno.—95); n=10.395), Transportes el 3,5% (Cno. 78; n=22.007), e Industria 11,25% (Cno.—71 a 87 y 89 a 93; n=70.774).

3. EFECTOS DE LA SALUD SOBRE LA PARTICIPACIÓN LABORAL

R. Alemany / C. Murillo

Departamento de Econometría, Estadística y EE. Universidad de Barcelona

En el trabajo se estudian los efectos de la mala salud crónica sobre la participación en el mercado laboral de los varones entre 45 y 64 años de edad y de las mujeres en edad de formar parte de la población activa.

De la teoría neoclásica de la oferta de trabajo se deriva el modelo de participación laboral según el cual el individuo estará activo en el caso de que el salario que le es ofrecido sea superior al llamado salario de reserva. Este salario de reserva expresa las preferencias del individuo entre horas de ocio y horas de trabajo (y, por tanto, consumo de bienes). Las condiciones de salud crónicas juegan un papel determinante tanto en la fijación de las preferencias del individuo como en la cuantía del salario que le será ofrecido. Para los trabajadores insanos la actividad laboral resultará pesada y además verán restringidas sus actividades de ocio, por ello existirá un efecto diferencial entre su salario de reserva y el de un trabajador con buena salud.

La metodología utilizada para la especificación y estimación del modelo econométrico se enmarca en los modelos de variable dependiente limitada, puesto que el salario de reserva es una variable no observable y el salario de mercado se observa sólo para los individuos activos. Para la estimación del modelo hemos dispuesto de la Encuesta Nacional de Salud-1987 del Ministerio de Sanidad y Consumo, la cual nos ha permitido efectuar comparaciones a nivel territorial (comunidades autónomas), para grupos de riesgo (ocupaciones y clase social), así como para diferentes trastornos crónicos concretos. Los resultados obtenidos se han ajustado a las previsiones del modelo teórico formulado.

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD LABORAL A PARTIR DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMPRESA (SME)

F. Urbaneja / J.C. Coto / M.A. López / J. Aurrekoetxea / M. Viciola / J. Asúa / M. García

Direcciones de Salud de la CAV, Departamento de Sanidad, Departamento de Trabajo del GV. Bilbao

La situación actual del sistema de información a partir de los SME permite definirlo de inoperante. Plantea lagunas en la fase de recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información.

Nuestro objetivo es reordenar y optimizar este sistema de información de los SME. Actuaremos en cada una de las cuatro etapas siguientes:

- fase de recogida de datos: renovación de los documentos teóricos sanitarios según criterios de validez, fiabilidad, factibilidad, eficiencia y operatividad, controlando la adecuada cumplimentación de dichos documentos, la recogida de variables no sanitarias (datos higiénicos) y la remisión de la información de la USL;
- fases de procesamiento y análisis: recopilación de la información remitida en la USL. Utilización de códigos homogéneos y un adecuado soporte informático para el análisis estadístico-epidemiológico;
- fase de transmisión: la USL remitirá a los SME la información ya elaborada (*feed-back*) y las recomendaciones preventivas que se manifiesten prioritarias.

5. VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES A TRAVÉS DE LAS SOLICITUDES DE INCAPACIDAD LABORAL

J.J. Aurrekoetxea / M.A. López / F. Urbaneja¹ / J. Asúa / J.C. Coto² / M. García³

Direcciones de Salud del PV¹, Departamento de Sanidad y Consumo², Departamento de Trabajo del GV³. San Sebastián

Uno de los problemas con que nos encontramos los profesionales de la salud laboral es la falta de información sobre la morbilidad asociada al trabajo o producida por éste. El registro de enfermedades profesionales no representa sino la «punta del iceberg» de estas enfermedades. Nuestro objetivo es conocer y analizar la morbilidad grave que se produce en la población trabajadora, a partir de un registro informatizado de las solicitudes de incapacidad estudiadas en las Unidades de Valoración de Incapacidades de Álava y Guipúzcoa. Para ello hemos diseñado una hoja soporte en la que han de recogerse los datos de interés, agrupados en los siguientes apartados: identificación, variables socioeconómicas, anamnesis profesional, diagnósticos y factores de confusión: consumo de tabaco y alcohol.

Las variables actividad empresarial, puesto de trabajo y diagnóstico se codifican según el Código Nacional de Actividades Empresariales (CNAE), Código Nacional de Ocupación (CNO) y Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9ª revisión). Exponemos los problemas encontrados y su resolución y realizamos un análisis de los resultados obtenidos a partir del registro y la calidad y utilidad de la información obtenida.

6. EL REGISTRO DE ILT COMO FUENTE DE INFORMACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD

M. Barrigón / M. Barrio / M.T. Romera

Inspección Médica de Coslada. Dirección Provincial del INSALUD. Madrid

El objetivo del presente estudio es avanzar en la idea planteada por otros trabajos de considerar el registro de los casos de ILT como fuente de información en un amplio sentido. Por un lado, es un registro de morbilidad de un sector de la población, aquella que se halla en situación laboral, y por otro lado cabe utilizarla en la evaluación de la asistencia sanitaria, preferentemente a nivel primario.

Se han estudiado los partes de alta por ILT correspondientes al distrito adscrito al área de Inspección de Coslada, entre el 1-2-87 y el 31-1-88, tanto por dos EAP existentes en ese momento como por el resto de los facultativos, tabulando: edad, sexo, diagnóstico por grupos (codificado según WONCA), duración y facultativo que la ha extendido (EAP o no).

Se identifican:

- Grupo diagnóstico que origina mayor número de procesos de ILT.
- Grupos diagnósticos que originan bajas de mayor duración.
- Distribución por grupos de edad de los procesos de ILT y su duración media.
- Jornadas laborales perdidas/activo/año.
- Se observan diferencias tanto en el número de procesos como en su duración entre EAP y el resto de los facultativos, diferencias que es preciso valorar en sus justos términos.

Se ha llegado a la conclusión de que:

1. Es preciso seguir avanzando en este proceso para manejar adecuadamente una información disponible y no completa y debidamente explotada.
2. Convendría identificar aquellos procesos que por su frecuencia de presentación, fácil identificación e impacto fácilmente definible y modificable, pudieran servir de *tracers* para monitorizar la calidad de la asistencia.
3. Esto supone un primer paso para realizar una evaluación económica del coste de los procesos que por su incidencia o duración representan mayor repercusión económica.

Mesa: NUTRICIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA CAV

J. Beguiristain* / I. García

Dirección de Salud de Guipúzcoa*

El objetivo de esta comunicación es valorar el estado nutricional de las personas de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) y su comparación con el resto de las comunidades autónomas del Estado español.

La encuesta de Presupuestos familiares 1980-1981, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, constituye la base de datos de la valoración nutricional de la CAV. Se trata de una base de datos sobre disponibilidad alimentaria y no de consumo alimentario. Se estudia la ingesta de energía, la ingesta de macro y micronutrientes y la posterior evaluación de estas ingestas respecto de las recomendaciones dietéticas aconsejadas (RDA) para la CAV.

El patrón de consumo alimentario de la CAV es similar al patrón de consumo alimentario de otros países de nuestro entorno. Es de destacar la ingesta de proteínas elevada si la comparamos con la ingesta recomendada, así como la ingesta de energía proveniente de las grasas:

	Ingesta recomendada	Ingesta CAV
Ingesta de energía	100%	115%
Ingesta de proteínas	100%	185%
Porcentaje energético proveniente de las grasas	100%	150%

2. PROYECTO DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA DE NUTRICIÓN EN LAS ESCUELAS DEL ABS SANT VICENÇ

M.I. Ramos / C. Gracia / M.L. Puertas

Área Básica de Salud de Sant Vicenç dels Horts. Barcelona

Mediante estudio previo, realizado de forma individualizada y personalizada a todos los niños escolarizados de 1º de EGB —un total de 344, entre el área rural y el área urbana—, y una muestra de 283 correspondientes a algunos grupos de 8º de EGB, escogidos al azar, se investigaron hábitos dietéticos referentes al desayuno en casa, en la escuela, merienda e ingesta de golosinas y bebidas azucaradas. El estudio se realizó entre los meses de febrero y junio de 1989.

Como era previsible, los hábitos nutricionales son bastante incorrectos por lo que como soporte al programa de prevención de caries infantil, ya iniciado, en el que se realizan acciones de educación sanitaria referentes a hábitos nutricionales cariogénicos, se proyecta iniciar el próximo curso escolar un programa planificado en relación con los siguientes objetivos:

1. *Generales*: promoción de la salud en los grupos de riesgo (16 a 14a.). 2. *Intermedios*: prevenir los malos hábitos dietéticos en la edad escolar. 3. *Específicos*: el niño aprenderá buenas costumbres alimenticias reduciendo el número de dulces ingeridos. Conocerá el número de ingestas mínimas y asumirá la necesidad de tomar nutrientes elementales. Con todo ello modificará sus costumbres asumiendo la repercusión que ello tiene sobre la salud y desarrollo. *Actividades*: métodos activos dirigidos a los niños y a los gru-

pos de influencia (amigos, compañeros, padres, maestros...). *Marco institucional*: el programa será llevado a término por miembros del equipo de salud. *Recursos*: dos enfermeras del ABS. *Evaluación*: encuestas posteriores y reuniones periódicas con los padres.

3. SOPORTE NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON CÁNCER. LA EDUCACIÓN SANITARIA A ENFERMOS Y FAMILIARES COMO PRIMERA MEDIDA PARA PREVENIR LA MALNUTRICIÓN NEOPLÁSICA

A.M. Casas / J. Limón / F. Vázquez

Dirección General de Asistencia Especializada, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

La pérdida de peso es un factor pronóstico bien conocido en la evolución de la enfermedad neoplásica, se utiliza además como uno de los parámetros para predecir la respuesta terapéutica y la supervivencia. En la etiología de la malnutrición por cáncer intervienen tanto el consumo de nutrientes por parte del tumor y sus efectos remotos en el huésped como la disminución de la ingesta de nutrientes. Muchos factores explican esta disminución de la ingesta, pero la anorexia es la causa más común de desnutrición en el enfermo con cáncer. Al mismo tiempo, los tratamientos a los que generalmente son sometidos estos enfermos, a la vez que producen efectos secundarios que condicionan un aumento de las demandas nutritivas (mucositis, esofagitis, consecuencias catabólicas, etc.), conllevan por lo general alteraciones en el tubo digestivo (náuseas, vómitos, etc.) que incrementan la anorexia. Por otra parte, para posibilitar una buena respuesta a la quimioterapia y radioterapia, es necesario contar con un soporte energético y proteico adecuado. La prevención debe ser entendida como la primera forma de tratamiento de la malnutrición. Para ello, tanto en las consultas externas como en el hospital de día donde los pacientes son atendidos ambulatoriamente, debe dedicarse una especial atención a cuidar estos aspectos proporcionando al paciente y sus familiares una información lo más detallada y atractiva posible sobre el tipo de alimentación que debe recibir, adaptada a las costumbres de su medio sociocultural. El presente estudio tiene por objeto proporcionar las bases de conocimiento para educación sanitaria efectiva en este terreno.

4. ESTUDIO PARA EL DESARROLLO DE PLANES DE EPS EN CENTROS ESCOLARES

A. Botella / V. Borreguero / R. Rodríguez

Consultorio A. Ramos Carratalá (Alicante). Centro de Salud de Jijona (Alicante)

Dada la cantidad de informaciones sobre la droga que aparecen en los medios de comunicación se pretendía: Conocer el verdadero grado de información en la población escolar en el medio rural. Aumentar el conocimiento real. Estudiar la creación de planes específicos de EPS, que son necesarios, debido a: El aumento del consumo de drogas. La reducción de las edades de inicio (especialmente en el consumo de alcohol).

Se elaboró una encuesta para realizarla entre los alumnos de sexto, séptimo y octavo cursos de EGB de Jijona (Alicante), con el siguiente plan de actuación:

1. Realización de la encuesta. Atendiendo a estos objetivos: Valorar los conocimientos supuesto y real sobre la droga y su entorno. Conocer aspectos que despertaban mayor interés. Conocer/valorar hábitos de consumo (café, alcohol, tabaco, drogas ilegales).
2. Realizar charlas coloquio, dirigidas a los escolares que habían realizado la encuesta, para: aumentar el conocimiento real. Proporcionar información clara. Establecer bases de participación de los escolares.
3. Encuesta de valoración. Tras la conclusión del coloquio para objetivar: Receptividad. Comprensión inmediata de la información emitida.
4. Segunda encuesta de valoración. Realizada a los tres meses de la anterior para obtener una valoración a medio plazo.
5. Colaboración con autoridades municipales, para poner en marcha programas de EPS con participación de los escolares.

De los datos obtenidos se deduce la necesidad de poner en marcha programas de información sobre drogas/prevención de consumo en los centros educativos, con el fin de facilitar:

- a) Información para identificar las distintas drogas; sobre los efectos de las mismas en el organismo, a corto y largo plazo.
- b) Normas educativas para desarrollar/adquirir actitudes de rechazo frente al consumo.
- c) Participación activa del escolar en la planificación de programas.

5. FORMACIÓN EN EDUCACIÓN SANITARIA (ES): PRIMER CURSO DE METODOLOGÍA Y PROGRAMACIÓN EN ES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. CATALUÑA 1988-1989

I. de Juan^{1,6} / J. Gallego² / G. Saglione³ / M. Plana¹ / M. Martínez⁴ / P. Isla⁵ / G. Bofill¹ / J.M. Comelles⁶ / P. Nájera⁷ / J. Davis⁸ / M. Mori⁹ / A. Ferrari⁹

¹Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. ²Diputació General de Aragón / ³USSL Savigliano Piemonte / ⁴Ayuntamiento de Santa Coloma / ⁵Hospital Clínico y Provincial de Barcelona / ⁶Universidad de Barcelona, Antropología / ⁷Instituto Carlos III/Ministerio de Sanidad / ⁸SHSG (Scotland) / ⁹CSES (Italia)

A partir de la experiencia formativa de ES en la escuela, Diabetes, Drogodependencias, Hospital, Centros de Salud, desde 1982, y de la propuesta de creación de un Programa de Educación Sanitaria (PESC-1987) por parte del Departamento de Sanidad (DS i SS, Generalitat de Catalunya) intersectorial y descentralizado en las Áreas de Gestión del Instituto Catalán de la Salud (ICS) se prioriza y planifica una estrategia formativa. Se organiza el primer curso de Metodología y Programación de Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud.

Los objetivos son: a) Proporcionar y analizar conjuntamente los conocimientos en ES e incrementar las capacidades y actitudes para desarrollar en los profesionales sociosanitarios participantes, una metodología de la ES e iniciar cambios en el estilo profesional de trabajo en los propios servicios. b) Contribuir al desarrollo y articulación de la ES en Catalunya (PESC).

El curso será modular, con una metodología de participación y aplicable: síntesis informativas, grupos de trabajo, investigación, asesoramiento.

Se facilitarán informaciones sobre: el modelo de Promoción de la Salud y enfermedad; principios y métodos de ES, aspectos antropológicos, culturales, psicológicos de la comunidad; programación y ES (metodología); programas de ES; metodología y méto-

dos, y la evolución de los procesos y resultados; procesos de la comunicación.

La organización corre a cargo del DS i SS/Generalitat de Catalunya y la colaboración de la Universidad de Barcelona; Centro Sperimentale per la Educazione Sanitaria Università Perugia; Scottish Health Education Group; dirigido a 40 profesionales (medicina, enfermería) de Atención Primaria.

Una primera fase 1988 de cinco módulos semanales espaciados en un año y una segunda fase 1989 de asesoramiento y seguimiento de los programas a aplicar en las Áreas de Gestión. Se presenta la evaluación del proceso, resultados y estructura (en curso) de la primera fase. Se pretende discutir, analizar, reflexionar sobre el modelo de formación en ES en el propio Sistema Sanitario (eficacia-eficiencia) y la formación en servicio como estrategia fundamental del cambio del estilo profesional.

6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CURRÍCULA EDUCATIVOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

P. Camiña / F. Tejedor / J.A. Tejero / J. Zuazagoitia
Unidad de E.p.S. Departamento de Educación

Dentro de la política global de educación sanitaria existe una amplia franja de población en edad escolar que, aun recibiendo una información sobre su salud a través de la asistencia a los recursos sanitarios, está formando sus actitudes y hábitos de futuro dentro de los centros educativos con un enfoque de aprendizaje cada día más globalizado.

La existencia dentro del Departamento de Educación, de las unidades de Educación para la Salud-Prevención de Drogodependencias, tiene la función de crear programas y materiales didácticos de fomento de la salud como una forma de potenciar adultos más sanos, críticos y con habilidades para desenvolverse en la sociedad que nos está tocando vivir, a través de los programas curriculares de Educación para la Salud.

Los temas que se desarrollan son: Higiene y aseo personal. Alimentación y nutrición. Actividad física y descanso: el juego. Prevención de accidentes. Prevención de enfermedades. Salud ambiental y ecología. Crecimiento y desarrollo. Publicidad y consumo. Educación sexual. Prevención de las drogodependencias.

La idea de globalidad está implícita en todo el curriculum escolar a trabajar.

En esta ponencia queremos desarrollar la estrategia seguida desde las unidades, de cara a potenciar los proyectos curriculares de los centros educativos y la implicación y coordinación con los servicios sanitarios de cara al trabajo cotidiano. Salud escolar. Centros de salud. Centros de planificación. Técnicos municipales. Materiales didácticos. Sanidad. Educación.

7. INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: DISEÑO DE VÍDEOS

R. Madrilejos / A. Catalán / M. Font / M. Huguet

Servicios Sanitarios del Área de Gestión 5 del Instituto Catalán de la Salud

A pesar del importante papel que el médico desempeña en la promoción del uso racional de medicamentos, la presión ejercida por parte del paciente es, a menudo, un factor determinante en la prescripción. La educación sanitaria sobre medicamentos es esencial en la relación médico-paciente en lo que al freno de la pres-

cripción inducida se refiere. El objetivo es influir en la demanda de medicamentos a través de un programa de educación sanitaria que contemple el uso correcto de los mismos.

Población diana: usuario de los CAPs. **Calendario:** los videos serán proyectados diariamente durante las horas de máxima frecuencia. **Temas seleccionados:** fármacos de mayor utilización y cuya prescripción se ve inducida en gran parte por la presión del paciente. **Fases del programa:** 1. Se estudió la necesidad de facilitar información de medicamentos a los pacientes a través de la opinión de una muestra de médicos de cabecera (n=120). 2. Se determinó el nivel sociocultural de dichos pacientes. 3. Se seleccionó material audiovisual como resultado de 1) y 2). 4. Se presentó dicho material al personal sanitario implicado en el programa. **Materia educativa:** 1. Utilización de imágenes simples y claras incluyendo expresiones y actividades familiares a la audiencia. 2. Enfoque positivista para incrementar la motivación de la audiencia. 3. Preferencia al mensaje audiovisual frente al escrito. 4. Limitación del número de mensajes por video. **Métodos de evaluación:** encuestas dirigidas tanto al personal asistencial como a los pacientes (encuestas diferentes antes y después de la proyección) para evaluar la opi-

nión de ambos grupos y el grado de asimilación (y su duración) de los mensajes, especialmente en el segundo grupo.

Se han elaborado seis videos: «Ansiedad e insomnio», «La salud en la tercera edad», «La gripe y el resfriado común», «El uso de antibióticos en la atención primaria», «El estreñimiento» y «Vitaminas, tónicos y reconstituyentes». La estructura común a todos ellos fue: a) abordaje etiopatológico; b) alternativas terapéuticas no farmacológicas; c) indicaciones farmacológicas; d) importancia de la consulta al personal sanitario antes de tomar ningún medicamento haciendo especial énfasis en el riesgo que entraña la automedicación. Los resultados de las encuestas efectuadas serán objeto de próximas comunicaciones.

Las conclusiones son: 1. La información de medicamentos dirigida al paciente es una necesidad observada entre nuestros médicos y enfermeras. 2. Los principales temas a abordar son aquellos directamente relacionados con la automedicación. 3. La proyección de videos es un método educativo que permite una gran difusión y entendimiento de los temas seleccionados. 4. El sistema de información empleado requiere escaso tiempo de dedicación del personal sanitario de los CAPs.



Mesa: MUJER Y SALUD

1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE RIESGO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN MATERNO-INFANTIL

G. Atares / E Caballol / J. Tort

Departament de Salut Pública. Ayuntamiento de Lleida

En septiembre de 1987 se puso en funcionamiento en nuestra ciudad un programa de prevención materno-infantil impulsado y dirigido por el Departamento de Salud Pública Municipal, cuyo ámbito de aplicación va dirigido a toda la ciudad de Lleida, aunque tiene más incidencia en los barrios del Casc Antic i Mariola, por ser las zonas de la ciudad con mayor población de riesgo sanitario y social. La coordinación del programa es llevada a cabo por un médico y una educadora. En él intervienen los distintos departamentos e instituciones de nuestra ciudad. En este trabajo se describirán las distintas variables de la población de riesgo con la que se trabaja: edad, cobertura sanitaria, número de embarazos, número de abortos, etc...

variable %	1	2	3	4	5	6	7	+8
nº embarazos	36,3	23,7	13,9	11,1	5,5	2,1	1,4	5,2
nº hijos	41,7	25,1	12,9	11,5	2,8	2,8	1,4	1,4
nº abortos	11,8	3,4	2,0					
nº r.n. muerto (todas causas)	4,8	0,6						

2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS PRENATALES EN VIZCAYA

I. Berraondo / J. Muñiz / M. Dorronsoro / E. Rico / A. Tamato / I. Balanzategui / I. Villa

Osakidetza. Vitoria-Gasteiz

Al objeto de conocer la utilización de servicios prenatales en Vizcaya, se ha realizado un estudio basado en una encuesta por correo autoadministrada. Como marco de muestreo se utilizó el registro de metabopatías correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1988. El tamaño de la muestra fue de 510 mujeres y se obtuvo una tasa de respuesta del 81,5%. Cabe destacar que en promedio las mujeres recibieron 7,4 controles. El 15,3% de los controles se efectuaron en el sector privado; el 36,6% fue realizado por ginecólogos de cuadros de seguros, como Asisa, Adeslas..., y el 48,4% se efectuó por ginecólogos de Osakidetza. En el 93,2% de los casos, el primer control obstétrico se llevó a cabo durante el primer trimestre del embarazo. Se ha observado un excesivo consumo de pruebas complementarias, con 4,6 analíticas sanguíneas de promedio por embarazo (el 23% de las embarazadas tuvo más de seis analíticas); 4,8 analíticas urinarias por embarazada (el 30% con más de seis analíticas urinarias) y un promedio de 3,8 ecografías por embarazo (al 20% de las embarazadas se les hizo más de seis ecografías durante la gestación).

Los datos obtenidos sugieren un excesivo consumo de servicios prenatales en el área de Vizcaya, sobre todo en lo referente a ecografía obstétrica. Asimismo, el número de controles por embarazo

y el porcentaje de gestantes que acuden a control durante el primer trimestre puede considerarse como adecuado.

3. REDISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER

D. Costa / T. Bellavista / M. Gracia

Instituto Catalán de la Salud. Área de Gestión 7 «Centre», Terrassa

Con la implantación del Programa de Atención a la Mujer hemos realizado un estudio de recursos en nuestra área de Gestión 7 «Centre». En este estudio hemos detectado los recursos y necesidades existentes (humanas, físicas y materiales). Teniendo en cuenta los ratios establecidos para la puesta en marcha del Programa de Atención a la Mujer y los datos demográficos de que disponemos, hemos elaborado un estudio para la reestructuración de las matronas, que son las profesionales de enfermería asignadas para este programa.

En este 3er Congreso, quisiéramos presentar la experiencia de este estudio y el resultado del trabajo en equipo de estos profesionales que están coordinados desde el futuro sector sanitario.

4. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO 1987-1988. INFORMACIÓN Y BALANCE

R.M.Rico

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco

La realidad del aborto en nuestro país presenta dos facetas, el aborto legal del cual poseemos información a través del *Boletín de Notificación de Interrupción Voluntaria de Embarazo*, regulado legalmente, y el aborto ilegal, del cual sólo conocemos la demanda que se expresa en los centros de planificación familiar. En la primera parte de esta comunicación se presenta la información concerniente a las interrupciones voluntarias del embarazo durante 1987 y 1988. En la segunda parte se plantean los problemas con los que se encuentran los servicios sanitarios para dar respuesta a esta demanda dentro del marco de la atención sanitaria pública. Con el fin de identificar y caracterizar el colectivo de mujeres que interrumpe su embarazo, se estudian las características sociodemográficas, el perfil reproductivo, el motivo de la interrupción y el método utilizado. Para planificar y evaluar la asistencia se analiza el tipo de centro donde se realizó la interrupción y donde se informó previamente. Se utilizan tres indicadores: la tasa de abortividad general, la tasa de abortividad específica y la razón aborto/nacimientos. No se pretende con estos indicadores conocer la incidencia real, ya que los datos se refieren a una pequeña proporción de la realidad del aborto en nuestra comunidad. Se consideran tres factores que afectan a la oferta de los servicios: en primer lugar, la propia legislación sobre aborto, el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales y las dificultades internas de la propia Administración para solucionar de forma adecuada algunos aspectos de este problema.

5. ESTUDIO DE NECESIDADES DE SALUD EN LA MUJER CLIMÁTICA

R.M. Marín / J. Donat / M.J. Dupuy / C. Colomer / C. Barceló
IVESP (Conselleria de Sanitat i Consum de Valencia), Escuela Universitaria de Enfermería (Hospital Clínico de Valencia) y Centro Sanitario de Godella (Valencia)

Como resultado de un primer estudio realizado por nosotros en 1986 y tras la experiencia desarrollada desde entonces por la matrona titular de Godella (Valencia), nos propusimos diseñar un Programa de Promoción de Salud en la mujer climatérica, cuyo primer paso consiste en un estudio de necesidades y problemas de salud de este colectivo.

Las fases del estudio comprendían unas necesidades objetivas (indicadores socioeconómicos, demográficos y culturales obtenidos a través del Padrón Municipal; indicadores sanitarios: [mortalidad, morbilidad, incapacidad, etc.], a través de la historia clínica del centro, certificados de defunción y bajas laborales) y unas necesidades subjetivas (encuesta de salud pasada a una muestra del 20% de las 722 mujeres que comprenden este colectivo, obtenido por muestreo aleatorio simple y realizado mediante entrevista personalizada en el centro sanitario).

Grupo nominal: Con doce expertos de la comunidad (médicos, farmacéuticos, matrona titular, psicólogas, asistente social, etc.), se ha intentado descubrir y dar prioridad a las necesidades desde su punto de vista como técnicos. Fórum comunitario: Se llevarán a cabo en septiembre de 1989, citando mediante Bando Municipal y carta personalizada a todas las mujeres de 45 a 65 años del Municipio. Se pretende que discutan sus problemas y necesidades, que establezcan prioridades mediante técnicas de grupo nominal y puesta en común posterior en asamblea. Al final se crearán grupos de trabajo sobre áreas de interés para ellas (nutrición, sexualidad, hábitos saludables, etc.), que formarían parte de las actividades de educación para la salud a desarrollar con este colectivo durante 1989-1990.

6. PLAN DE ASISTENCIA PRIMARIA INTEGRAL EN MUJERES CLIMÁTICAS

F. Donat / R.M. Marín / M.J. Dupuy / C. Colomer
IVESP (Conselleria de Sanitat y Consum de Valencia), Escuela Universitaria de Enfermería (Universidad de Valencia), Centro Sanitario Municipal de Godella. Valencia

Conocidas las necesidades subjetivas y objetivas de salud de este grupo (véase comunicación), se diseña un plan de asistencia primaria que utiliza los recursos materiales y humanos existentes, implicando a todo el equipo sanitario local. El *objetivo general* es promocionar el estado de salud de las mujeres de 45-65 años.

Las *actividades* propuestas son: a) *De promoción de salud* (educación sanitaria, promoción de salud). b) *Asistenciales y de prevención* (riesgos oncológicos: diagnóstico precoz del cáncer de mama y uterino; riesgos cardiovasculares: TA y metabolismo lipídico; riesgos osteoarticulares subprograma de gimnasia y relajación; valoración funcional; riesgos psicosociales —detección [test-entrevista], subprograma gimnasia/relajación— riesgos sexológicos).

La *evaluación* se plantea a dos niveles: *Actividades asistenciales y de prevención* (tasa de incidencia-utilización de servicios hospitalizaciones y sus causas; porcentajes de los diferentes problemas observados y diagnosticados) y *actividades de promoción y educación* (mejoras en la capacidad funcional músculo esquelética; lo mismo del estado psicosocial; lo mismo de la capacidad funcional respiratoria).

Estos indicadores se aplicarán al comienzo de programa, a los 6 meses y a los 12 meses.

7. ATENCIÓN A LA MUJER, CONJUNTO DE SERVICIOS QUE ES NECESARIO INTEGRAR

I. Coca / M. Cerdán / R. Puxan / R. Llopis / M. Maicas / J. Pradas / R. Zapater
CAP Gavà. Gavà (Barcelona)

El motivo de exponer esta ponencia ha sido, sobre todo, para dar a conocer nuestra experiencia del Programa de Atención a la Mujer, como un servicio integrado en los servicios de puericultura y de planificación familiar. El dotar a las enfermeras y comadronas de un espacio propio ha hecho posible que la atención a la mujer/pareja sea realmente una asistencia integral de buena calidad.

Exposición del tema:

- Descripción de la población atendida y de los recursos sanitarios de los que se dispone.
- Evolución histórica de los servicios que trabajan directamente con la mujer y la pareja.
- Descripción de los diferentes servicios y tareas que llevan a cabo.
- Valoración subjetiva y objetiva de los resultados.
- Perspectivas de futuro.



Mesa: SALUD INFANTIL Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

1. ESTUDIO DE SALUD: DESPISTAJE AUDIOVISUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA

M. Alcaraz / A. Hernández / P. García / E. Martínez / M. Casanova / E. Torres

Policlínica del Instituto Social de la Marina. Cádiz

Presentamos los resultados preliminares extraídos de las pruebas de despistaje de patología sensorial, auditiva y visual, mediante la utilización de métodos objetivos de explotación dentro de un plan de exámenes sistemáticos de salud. Se ha explorado un total de 67 niños de ambos sexos, con edades comprendidas entre 5 y 6 años, sin patología audiovisual conocida, remitidos por las consultas de pediatría de la Policlínica del ISM, en Cádiz. Los niños fueron divididos en cuestionarios previamente diseñados para el presente estudio. La exploración auditiva se realizó con un aparato de audiometrías tonales con un rango de exploración entre 10 y 100 db. La exploración oftalmológica se realizó con un aparato de ergovisión que detecta defectos de agudeza visual de al menos 1 dioptría. Aquellos casos en los que se detectó algún tipo de patología fueron remitidos al especialista correspondiente para su confirmación. De los 67 niños explorados se detectaron 18 con alteraciones visuales (26,86%). De ellos, 4 (22,22%) no acuden al oftalmólogo, 4 (22,22%) resultaron ser falsos positivos y 10 (55,55%) fueron confirmados y tratados convenientemente, 2 de astigmatismo, 4 de hipermetropía, 3 de hipermetropía y astigmatismo y 1 de miopía. Todos los falsos positivos correspondieron a posibles astigmatismos, según criterio del oftalmólogo, y fueron citados para posteriores revisiones. Llamamos la atención sobre el elevado porcentaje de niños con alteraciones visuales, el 14,77% en nuestro estudio, que pueden pasar desapercibidos en una consulta de pediatría ambulatoria; lo que no se observa para los defectos auditivos quizás por su menor frecuencia, o por la más fácil detección en la consulta rutinaria, o por los propios familiares. Se confirma la necesidad de los exámenes sistemáticos de despistaje sensorial con metodología objetiva y fundamentalmente en los niños en edad escolar, al ser considerados como grupo de alto riesgo desde el punto de vista de la Salud Pública.

2. LA CARENCIA DE HIERRO COMO FACTOR DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

D. Gutiérrez / M.J. Colomer / P. Momparler / C. Barona / C. Colomer
Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública

Los trastornos del aprendizaje y el fracaso escolar representan en la actualidad un grave problema de salud que afecta a más de la mitad de la población infantil. Supone una alteración de la calidad de vida del niño y la familia y unas repercusiones en el futuro de aquél. La etiología es poco conocida y se implican factores de diferentes tipos. La deficiente nutrición y la anemia son dos de los orgánicos que parecen estar relacionados.

Hemos estudiado la relación entre la carencia de hierro y las alteraciones del desarrollo de diferentes áreas relacionadas con el aprendizaje en niños de 4 a 6 años.

A los 165 niños de las aulas seleccionadas se les pasaron test

psicológicos de prediagnóstico en el área de lenguaje (expresión, conceptos, abstracción y articulación) y en la de percepción (copia de figuras, esquema corporal, coordinación motora, análisis y síntesis, memoria y equilibrio). También se les realizaron análisis de sangre para determinar la existencia o no de carencia de hierro y su estado. En el análisis de los resultados se encontró una asociación estadísticamente significativa entre carencia de hierro en estadio II (con afectación hematológica) y puntuación baja en los test de expresión (RR=1.45), análisis (RR=1.38) y esquema corporal (RR=1.59).

3. REPERCUSIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN ESCOLAR SOBRE LAS COBERTURAS CONTRA TÉTANOS Y POLIO DE NIÑOS DE EGB DE CÁDIZ, SEGÚN EL TIPO DE COLEGIO (PÚBLICO O PRIVADO-CONCERTADO)

C. Cruz / M. Almisas

Departamento de Salud Pública. Ayuntamiento de Cádiz

El objetivo de este trabajo es determinar en qué medida un programa de salud, como el de vacunación escolar, puede repercutir sobre diferencias existentes en la población atribuibles a factores socioeconómicos. Para ello estudiaremos las coberturas vacunales contra tétanos y polio alcanzadas en los colegios públicos y privados de Cádiz para los niños de 1º, 2º, 3º, 4º y 8º de EGB en los cursos 1986/1987, 1987/1988 y 1988/1989. Sabíamos que ambos tipos de colegio se comportaban de manera diferente en materia de salud, señalando que se debía a que los colegios públicos acogían niños procedentes de barrios más deprimidos socioeconómicamente, y que de la misma forma se afectarían las coberturas vacunales.

Los resultados fueron: en el curso 1986-1987, la cobertura global contra tétanos y polio fue del 42,1% de niños bien vacunados (BV) contra estas enfermedades en los colegios privados, y del 35,8% en los públicos; se halló una diferencia estadísticamente significativa con el test chi-cuadrado ($p < 0,01$). En el curso 1987/1988 se repite la situación con cifras del 59,4% en los colegios privados y del 51,7% en los públicos ($p < 0,01$). Sin embargo, en el curso 1988/1989, además de aumentar considerablemente las coberturas, conseguimos hacer desaparecer las diferencias existentes. En los colegios privados se obtiene el 69,3% de niños BV contra tétanos y polio, y en los públicos, el 67%. Pero estas cifras globales ocultan que aún en 8º de EGB persiste el problema (58,8% y 48,7%) en los colegios privados y públicos, respectivamente, con una $p < 0,01$ por ser éste un curso de características difíciles donde nuestra actuación no ha sido tan intensa ni eficaz.

Este último hecho nos hace pensar que sólo con una mejor planificación, ejecución y evaluación de nuestro programa de vacunación escolar podremos terminar de borrar las diferencias atribuibles a factores socioeconómicos encontradas entre los tipos de colegios. Creemos que todo programa de salud aplicado a una población dada debe estar en disposición, si se desarrolla con el nivel de calidad exigible, de proporcionar resultados uniformes que hagan posible unas oportunidades de salud iguales para todos los sectores de nuestra sociedad.

4. ESTUDIO SOBRE LA CONCORDANCIA ENTRE LA DEMANDA, NECESIDAD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN LOS ANCIANOS

D.Colom / E. Portella / J. Murillo / S. Calonge
Hospital General de Manresa, Barcelona

Se explora la información contenida en un registro creado para el desarrollo de un programa de planificación del alta hospitalaria (*discharge planning*), implantado en algunos servicios del Hospital General de Manresa desde 1986. Este programa nos permite establecer cuáles son los servicios asistenciales que el paciente requiere en el momento del alta médica. Esta información se compara con los servicios que demanda el paciente, o sus familiares, y con los servicios que finalmente utiliza. La escasa concordancia entre los valores acordados para cada paciente en cada uno de estos estados (demanda-necesidad-utilización) nos da idea de los problemas de utilización ocasionados por la limitada oferta de servicios de atención sociosanitaria para los ancianos; el valor que los ancianos y/o sus familiares otorgan a cada servicio al expresar su demanda; y, finalmente, los problemas que ambas situaciones originan, puesto que la necesidad percibida por el profesional no coincide ni con la demanda, ni con la final utilización de servicios. La escasa diversidad existente en la oferta de servicios de atención sociosanitaria provoca que los pacientes y/o familiares demanden servicios de mayor complejidad y que, al final, exista una sobreutilización de los escasos recursos disponibles. Los datos corresponden a 960 pacientes de mayo de 1986 a noviembre de 1988.

RECURSO UTILIZADO	NECESIDAD DETECTADA			
	Aten. Dom.	Resid. Asist.	Residencia	Hosp. Crónicos
Aten. Dom.	35	6	0	2
Resid. Asist.	6	1	0	2
Residencia	0	20	25	12
Hosp. Crónicos	2	2	0	34
Información	224	14	5	2
Nada	0	0	0	14
	267	43	34	64

5. NECESIDADES SANITARIAS NO CUBIERTAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA: DIFERENCIAS POR CLASE SOCIAL

A. Ruigómez / J. Alonso / J.M. Antó

Departament d'Epidemiologia i Salut Pública, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona

Las necesidades sanitarias no cubiertas constituyen un indicador relevante para la planificación de los servicios sanitarios. Este estudio presenta la descripción de necesidades no cubiertas para la audición, la visión y la salud dental en la población anciana de

Barcelona y la magnitud de las diferencias sociales de este indicador. Los datos proceden de una encuesta de salud por entrevista realizada a la población no institucionalizada de la ciudad de Barcelona (1986). Ésta incluía un cuestionario específico para los mayores de 64 años (n=922) sobre los problemas de audición, visión y salud dental y el uso de aparatos correctores, entre otras variables. La clase social fue asignada a partir de la última ocupación. El 21% de los ancianos declaró tener alguna dificultad para oír una conversación normal. El 77% declaró dificultad de visión, aun llevando gafas o lentillas. Casi el 64% declaró haber perdido más de la mitad de la dentadura. Entre los que presentaban problemas de audición, no utilizaban audífono el 17% en las clases I-II, el 21% en la clase III y el 24% en las clases IV-V ($\chi^2=3,25$; $p=0,2$). Los problemas de visión no corregida o inadecuadamente corregida afectaban al 26% de los ancianos, sin diferencias significativas entre las clases sociales. El 23% de los ancianos de las clases IV-V que había perdido más de la mitad de la dentadura no había repuesto ninguna pieza, mientras que en la clase III y en las clases I-II el porcentaje era del 11% ($\chi^2=11,14$; $p=0,004$).

Si bien hay que tener en cuenta que la información fue obtenida por encuesta y no por examen médico, los resultados muestran un elevado nivel de necesidades no cubiertas en la población anciana y que éstas son mayores en las clases sociales más bajas.

6. LA SALUD DE LAS MUJERES ANCIANAS EN UN ÁREA RURAL DE LA PROVINCIA DE GRANADA

C. Martínez / E. Sánchez-Cantalejo / A. Fernández
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Entre los meses de junio y septiembre de 1988 se llevó a cabo una encuesta en el distrito sanitario de Guadix, cuyo objetivo fundamental era evaluar la situación sociosanitaria de los ancianos del área. El distrito, una zona básicamente rural de la provincia de Granada, tiene una población total de 61.000 habitantes, el 13% de 65 años o más, y de ellos el 57% mujeres. Se seleccionó una muestra aleatoria de 590 individuos estratificada por grupos de edad (65-74, 75-84 y 85+) y por sexo, obtenida a partir de los padrones municipales de 1986. El cuestionario incluye aspectos económicos, sociales, de salud y hábitos, lo que permitiría realizar una evaluación multidimensional.

Los resultados confirman en parte los hallazgos previos de otros estudios que señalan la peor situación de las mujeres ancianas en comparación con la de los hombres. En nuestra población, tienen un bajo nivel cultural (el 63% son analfabetas) y económico (el 71% son amas de casa y el 63% tiene ingresos mensuales inferiores a 30.000 pesetas), recursos sociales más escasos (el 48% son viudas y el 25% viven solas), perciben peor su propia salud (el 31% la evalúan como mala) y refieren mayor abundancia de síntomas (dolores, estreñimiento, mareos...) y limitaciones para realizar las AVC.

Se analiza el efecto de los diferentes factores sociales y económicos sobre la salud de este grupo de ancianas.



Mesa: EL CUIDADO DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA. REPERCUSIÓN SOBRE SEGUIMIENTO. RESULTADOS EN PACIENTES DIABÉTICOS

P. Morales / R. Lucas / R. Urbieto

ABS Jaime Soler. Cornellà

En diversos medios se cuestiona la validez del nuevo modelo de atención primaria y se discute su validez en relación al coste y su aceptación por la población. En el presente trabajo se demuestra su validez, en cuanto a la repercusión que este tipo de asistencia tiene sobre la salud de la población. La mejora se refiere tanto a las patologías atendidas como al hallazgo de nuevos casos que no se habían encontrado en el anterior modelo de atención.

El material que se utiliza es el carnet del diabético, antes de la puesta en marcha del centro de salud, y la historia clínica y ficha de edad y sexo después de la puesta en marcha.

El método consiste en una recogida de la muestra. Se han revisado 2.500 historias de un total de 18.000 habitantes, que corresponden al equipo de atención primaria. Se han definido las variables de análisis: tratamiento, análisis de control y número de paciente. Se han procesado las mismas mediante un paquete estadístico.

Se observa una importante mejora, a igualdad de tratamiento, en relación con los análisis en los casos de los diabéticos. También se observan nuevos casos en la población que hasta el momento no habían aflorado. Las mejoras de las pautas de tratamiento se deben a una mejor educación sanitaria, positiva por las nuevas funciones que la enfermería desempeña. El descubrimiento de nuevos casos es consecuencia de la mayor dedicación del médico que posibilita el nuevo modelo. La elaboración de historias clínicas permite un mejor control de los pacientes, y el seguimiento de los mismos a través de un fichero de edad y sexo permite una mejor evaluación de la práctica realizada.

2. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TBC DEL ÁREA DE GESTIÓN 7, CENTRE

E. Carrillo / P. González / A. Martín / J.M. Pina / J.L. López
Institut Català de la Salut, Àrea de Gestió 7, Centre

Durante tres años el Área de Gestión 7, Centre (un millón de habitantes) ha abordado el control de la tuberculosis mediante un seguimiento de pacientes y seguimiento de contactos. Este protocolo incluía la notificación voluntaria ampliada de los casos y contactos a la Unidad Central del Programa mediante hojas de registro estandarizadas. Se ha procedido al análisis de los dos primeros años de funcionamiento del programa mediante la valoración de los indicadores globales de impacto del programa y el control de calidad de los registros recibidos. Durante los dos primeros años se han cumplimentado 577 registros de los 713 casos de tuberculosis conocidos por otras vías (81%). De ellos se ha recibido notificación del resultado del seguimiento del tratamiento en un 84% de los casos y del seguimiento de contactos en un 34%. El grado de cumplimiento de los criterios seleccionados para evaluar la calidad de cumplimentación de los registros fue del 94,6%.

Se presenta en esta comunicación el análisis del funcionamiento de esta experiencia única en nuestro medio, y las implicaciones de la evaluación en el mantenimiento y la mejora de la misma.

3. ESQUEMA DE COLABORACIÓN ENTRE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

P. Pérez / R. Acuña / C. Alberola / D. Álvarez / S. Ayala / E. Cruz / T. Cruz / B. Fernández / A. Herreros / E. García / A. González / C. Martínez-Aguayo / T. Orille / A. Sáenz

C.S. Gómez-Acebo. 11ª Sectorial. Madrid. Servicio de Farmacia. Hospital 12 de Octubre. Madrid

El presente trabajo describe la organización y puesta en funcionamiento de un programa de colaboración entre el servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre de Madrid y el centro de salud Gómez-Acebo de Villaverde. El objetivo de la colaboración ha sido lograr conjuntamente una farmacoterapia cada vez más racional, concretada en conocer las pautas de prescripción utilizadas en el centro y en unificar criterios mediante la elaboración de protocolos terapéuticos.

El esquema de colaboración se ha diseñado de acuerdo con la siguiente metodología de trabajo:

1. Establecer un contacto personal entre los farmacéuticos del hospital y los médicos del equipo del centro de salud.
2. Poner a disposición de dicho equipo los recursos disponibles en el Servicio de Farmacia y de forma especial el Centro de Información de Medicamentos.
3. Diseñar conjuntamente una hoja de diagnósticos y tratamiento para utilización en el centro, que permita un tratamiento informático de los datos de prescripción a fin de disponer de la información necesaria para realizar una adecuada gestión farmacoterapéutica.
4. Introducir los datos de prescripción diaria en el ordenador.
5. Redactar un protocolo de actuaciones conjuntas. Someterlo a discusión y aprobación por el equipo del centro y establecer un calendario de trabajo asignando responsabilidades y definiendo el esquema de validación.

Los resultados obtenidos hasta el momento han sido los siguientes:

1. Se ha incorporado un farmacéutico a tiempo parcial al equipo del centro de salud que resuelve a diario las consultas procedentes de médicos y ATS.
2. Se han iniciado sesiones bibliográficas y farmacoterapéuticas conjuntas de periodicidad semanal entre el equipo del centro y los farmacéuticos del servicio de farmacia del hospital.
3. Se han analizado las pautas de prescripción de las patologías prevalentes.
4. Se ha iniciado la protocolización de las mismas.

El programa de colaboración establecido ha permitido realizar una farmacoterapia más contrastada científicamente y resolver los problemas técnico-farmacéuticos planteados en el centro. La introducción en cada historia clínica de una hoja de diagnóstico y tratamiento ha probado ser muy útil para la valoración farmacoterapéutica de los pacientes.

4. COMPARACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO ENTRE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO TRADICIONAL DE CUPO

F. Sillio / P. Acevedo

Osakidetza. Dirección del Área de Vizcaya

Se compara el gasto farmacéutico por persona protegida generado en el modelo tradicional de medicina de cupo y el nuevo modelo de equipo de atención primaria (EAP), y se plantea la hipótesis de que el gasto debiera ser menor en los EAP. Se seleccionaron

por muestreo sistemático, todos los centros y zonas básicas donde conviven un consultorio de medicina tradicional de cupo y un EAP, con el fin de lograr la máxima comparabilidad de las poblaciones a estudio. La muestra final comprendía 18 centros de cada modelo, con 113 médicos de cupo y 83 de EAP. El número de titulares era de 132.307 en el modelo de cupo y de 94.261 en el modelo de EAP. Los datos de consumo y gastos farmacéuticos hacen referencia al mes de mayo de 1989. Se dividieron los titulares en activos y pensionistas, para minimizar el efecto que la diferente distribución de ambos dentro de cada cupo pudiese tener sobre los resultados finales.

Los resultados son los siguientes: La media del gasto en el modelo de cupo es de 486 pesetas/mes para activos y de 2.084 pesetas/mes por pensionista, mientras que en los EAP el gasto es de 353 pesetas/mes para activos y de 1.934 pesetas/mes para pensionistas. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,025$) entre el gasto farmacéutico de ambos modelos, la cual queda establecida en 133 pesetas/mes por persona activa y en 150 pesetas/mes por pensionista. La extrapolación de estos resultados darían un ahorro de 683 millones de pesetas al año en Vizcaya, en el caso de sustituir totalmente el modelo de cupo por equipos de atención primaria.

5. CAMBIOS CUANTITATIVOS DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA ATRIBUIBLES AL NUEVO MODELO SANITARIO DE LA SALUD EN CATALUÑA

M.T. Campanera / J. Caminal / J. Farrés / M.E. Rey

Área de Gestión 7. Centre Institut Català de la Salut. Terrassa

La reforma de la atención primaria en Cataluña ha supuesto cambios importantes en las condiciones de trabajo de los profesionales que comportan una mejor atención del paciente. Estas condiciones, junto a una adecuada información sobre medicamentos y una posterior selección de éstos, son los elementos básicos para la mejora de la prescripción. En el Área de Gestión 7 Centre hemos iniciado un estudio de comparación entre equipos que trabajan según el modelo clásico y otros que trabajan de acuerdo al nuevo modelo sanitario. El análisis de la mejora de la prescripción se ha planteado en dos fases, un primer estudio cuantitativo, objeto de esta comunicación, y una segunda fase cualitativa.

Los objetivos son 1. Analizar si hay cambios cuantitativos y si son atribuibles al nuevo modelo sanitario. 2. Validación de los indicadores seleccionados. 3. Establecer el grado de dependencia entre la prescripción y los factores que la pueden modificar (historia clínica, tiempo por visita, tiempo extraasistencial).

Se han analizado ocho equipos de atención primaria que suponen 79 plazas médicas, y se han comparado con igual número del modelo clásico con una cobertura de habitantes similar y de parecidas condiciones sociosanitarias. Ambos grupos se comparan con el global del área y entre sí. El periodo analizado ha sido entre abril del 1988 y marzo de 1989. Los datos cuantitativos se han obtenido a partir de la Aplicación Informática del Institut Català de la Salut, que ha proporcionado los listados de prescripción de médicos por centros. Los indicadores anuales utilizados son: pesetas/habitante, pesetas-pediatra/habitante 0-14, pesetas médico general/habitante 15-99, pesetas/cartilla pensionista, precio medio/receta activo, precio medio/receta pensionista.

Los cambios cuantitativos observados se refieren tanto a la disminución global del volumen de prescripción como a la disminución de costes. Se ha observado una disminución en los siguientes indicadores anuales: pesetas/habitante (71%), número de recetas/habitante (68%), pesetas pensionista/cartilla pensionista (75%), pre-

cio medio/receta pensionista (94%), y un aumento en el precio medio/receta activos (130%).

6. MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES COMO CRITERIO DE EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO

M.E. Rey / M.T. Campanera

Área de Gestión 7 Centre. Institut Català de la Salut. Terrassa (Barcelona)

El Área de Gestión 7 Centre del Institut Català de la Salut ha diseñado un programa de atención al diabético centrado en la prevención en los tres niveles de la atención sanitaria. Uno de los aspectos del programa ha sido el estudio de la medicación hipoglucemiante utilizada en el Área.

Los objetivos son: 1. Conocer el perfil del consumo de insulina, hipoglucemiantes orales, glucagón. 2. Establecer indicadores para evaluaciones posteriores del programa. 3. Hacer una propuesta de mejora de la utilización de hipoglucemiantes.

Para cuantificar el consumo se utiliza el número de dosis diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes y día, siguiendo la metodología propuesta por el Drug Utilization Research Group de la OMS. Los datos del consumo de medicamentos se han obtenido a partir de la facturación a la Seguridad Social de las recetas dispensadas en las farmacias ubicadas en el Área, durante 1986 y 1987. Los datos poblacionales se han obtenido del Sistema de Información del Área. Para la clasificación de las especialidades farmacéuticas se utiliza el *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas del Consejo General de Colegios Farmacéuticos* de 1987.

En relación con la procedencia, las insulinas más utilizadas son las porcinas (85%), y las intermedias (65%) en cuanto al tipo. Las insulinas rápidas aparecen en tercer lugar (5%). En cuanto a los hipoglucemiantes, los que más se utilizan son las sulfonilureas (90%), de las cuales, la mayoría (80%) son de segunda generación. La clorpropamida presenta, todavía, un consumo elevado (14%) en relación con el total de las SU. La biguanida más utilizada es la buformina, seguida de la metformina. El uso relativo de hipoglucemiantes orales/insulinas se sitúa alrededor del valor 2.

Aumento de la población tratada con hipoglucemiantes. Disminución del uso relativo de HO/I. Aumento del consumo de insulinas rápidas. Disminución en el consumo de clorpropamida y metformina. Incremento en el consumo de glucagón.

7. ASPECTOS DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS DOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUPO Y EAP)

J. Marión / I. Berraondo / J. Quintas / C. Sola / E. Maiz / I. Villa / M. Paino

Osakidetza. Vitoria-Gasteiz

Para valorar la situación actual de la consulta a demanda en cada uno de los modelos de atención primaria de la comunidad autónoma vasca se ha realizado una encuesta a los usuarios entre los días 7 y 19 de febrero de 1989. A los usuarios, seleccionados al azar de entre los pacientes de 80 médicos (40 de cupo y 40 de EAP), se les realizó una entrevista por medio de los ATS visitantes. Cabe destacar que los médicos de cupo dedicaron una media de 140,8 minutos al día para la consulta a demanda, mientras que los EAP dedicaron 189,4 minutos (el 25% más de tiempo). Además, mientras que los médicos de cupo dedican una media de 4,51 minutos a cada usuario, los de EAP dedican un promedio de 6,04 minutos (34% de más) ($P=0,007$). También se han observado diferencias

en los motivos de consulta, de manera que mientras en el caso de usuarios de médicos de cupo, el 58,9% acude por motivos de salud, en el caso de los de EAP este porcentaje se eleva al 67,1%. Los pacientes que acuden por recetas son el 21,45% para los médicos de cupo y el 13,7% para los de EAP. Por último, los que acuden en busca de partes de confirmación son el 6,1% para los de cupo y el 3,2% para los de EAP. En lo que se refiere a petición de exploración complementaria, los médicos de EAP solicitan estas pruebas con mayor frecuencia que los de cupo. Así destaca el 7,5% de solicitudes de radiología y el 15,8% de analíticas sanguíneas en el modelo EAP frente al 3,5% y 9,4%, respectivamente, en el caso de los médicos de cupo.

Otro aspecto explorado ha sido la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en uno u otro modelo. Se ha observado un mayor grado de satisfacción con el modelo de EAP. El 40,9% de los pacientes de cupo está «muy satisfecho» con su médico, frente al 47,2% en el caso de los EAP. Lo mismo sucede con la satisfacción con la enfermería: 35,7% y 41,0%, respectivamente, se consideran «muy satisfechos». Este estudio exploratorio parece, pues, atisbar diferencias apreciables entre los dos modelos de atención primaria, y el modelo EAP se ha mostrado como más aceptable que el de cupo. En cualquier caso, son necesarios otros estudios específicos que corroboren nuestros hallazgos, antes de sacar conclusiones definitivas.

8. CARACTERÍSTICAS DE LA COBERTURA ASISTENCIAL EN UN EAP

C. Casado / F. Casado / A. Pérez / M. Fernández / N. García / J. Fernández

Equipo de Atención Primaria de Bilbao-Begoña

Este trabajo va enfocado a conocer la tasa y estructura de la población que ha tomado contacto con un equipo de atención primaria (EAP) y, de forma más importante, a conocer la que no ha tomado contacto, como base para la planificación de futuros programas. Las fuentes de información han sido el servicio de estadística del Ayuntamiento de Bilbao y registros propios del EAP. Se ha llevado a cabo una estimación y descripción de la población asignada y un análisis de las variables mediante χ^2 . La población asignada al equipo se encuentra en situación de envejecimiento, con un índice de Rosset, 13,84%, siendo su índice de masculinidad de 0,96%. La población que acude presenta una estructura de envejecimiento más pronunciada, con un índice de Rosset de 17,08% e índice de masculinidad de 0,86%. Se observan diferencias significativas ($p=0,01$) en la toma de contacto según grupos de edad, siendo la población de 75 o más años la de mayor tasa, con un valor de 70,45%, seguida del grupo de 60-74 años (tasa de 62,75%) y, en tercer lugar, por el grupo de 15-29 años (tasa de 59,38%). Las mujeres han tomado mayor contacto, con una diferencia significativa ($p=0,01$).

En los dos años de funcionamiento del centro ha contactado con el EAP el 58,66% de la población asignada. El ritmo de toma de contacto presenta una tendencia decreciente: 1987, 31,95%; 1988, 20,95%; hasta mayo de 1989 (5,76%). Es necesaria la realización de estudios que profundicen en las causas que ocasionan el bajo contacto de la población. Son los mayores de 60 años los que más utilizan los servicios, posiblemente debido a que en éstos se da prioridad a la prevención secundaria. Si queremos llegar a una mayor parte de la población, dada la tendencia decreciente de la utilización de los servicios por nuevas personas, se plantea la necesidad de poner en marcha actividades diferentes de las actuales, especialmente la promoción de la salud.



Mesa: RACIONALIZACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

1. RACIONALIZACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

J. Mena / F. Rodríguez / R. García / I. Laguna
Hospital Universitario Virgen del Rocío

La División Médica del Hospital Universitario Virgen del Rocío se planteó hace dos años la reorganización de la Puerta de Urgencias del Centro General por una serie de problemas que básicamente eran los siguientes:

1. Clasificación de enfermos por especialidades desde el mismo momento de su llegada al hospital, con efecto asistencial negativo, ya que se producían, en algunas especialidades, graves demoras y, sobre todo, agravamientos que en algunos casos fueron irreversibles por pasar desapercibidos en la enorme presión asistencial que sufríamos y sufrimos.
2. Elevado número de pacientes (hasta el 70%) que no precisaban cuidados en una Puerta de Urgencia.
3. Escasa efectividad en las actuaciones tanto del SEU como de los servicios normales o dispositivos de atención primaria.
4. Disminución importante en el número de facultativos que obligatoriamente debían efectuar guardias, bien por edad o enfermedades, principalmente en especialidades quirúrgicas.

Ante estos problemas, nos propusimos un calendario de actuaciones del que queremos presentar los resultados después de más de un año de experiencia y que, en resumen, son: a) Modificación de la estructura física, con creación de un área clasificación de pacientes, con protocolos creados por enfermería; b) reciclaje, en nuestras puertas de urgencias, de médicos del Servicio Especial de Urgencias; c) introducción en los equipos de guardia de especialistas adscritos al área hospitalaria; d) contratación de médicos generalistas para llevar la puerta, bajo la tutela de un jefe de Urgencias.

Como consecuencia de las medidas tomadas, básicamente hemos conseguido una mayor calidad en la asistencia en la puerta, con una espera nula de los pacientes graves en puerta; una mayor integración de la enfermería y una concienciación de las estructuras centrales del Servicio Andaluz de Salud que han propiciado un Plan de reordenación actualmente pendiente de aprobación por el Parlamento de Andalucía.

2. LA ZONA BÁSICA DE ESTEPA: UNA RESPUESTA A LA ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS RURALES

J. Barroeta / M.F. Raposo / A. Bautista / E. Briones
Distrito de Osuna. Gerencia Provincial del SAS de Sevilla

El modelo organizativo de atención primaria, establecido en la Comunidad Andaluza por R.D. 137/84 y D. 195/85, prevé dentro de la ordenación del trabajo la atención continuada a la población. Previo al proceso de reforma, pervivía el modelo de servicios de salud basado en la actuación del equipo médico-practicante-matrona, disponibles durante 24 horas, con un ámbito de actuación en el parti-

do médico. Esta situación plantea un cambio cualitativo no sólo en la eficacia y efectividad de la atención, sino en la transformación del rol profesional, cuyo modelo de funcionamiento es el equipo de A.P., convirtiéndose el sistema de atención a las urgencias en un tema crucial de la reforma sanitaria en el medio rural, que ha requerido una programación para la mejor utilización de los recursos.

La Zona Básica de Estepa es una demarcación territorial del Distrito de Osuna, ubicado en el sureste de la provincia de Sevilla, que agrupa a 10 municipios con 41.619 habitantes. Dispone de un centro de salud y nueve consultorios locales, con gran dispersión geográfica y una deficitaria red vial que dificulta la accesibilidad de la población. La implantación de las urgencias centralizadas se llevó a cabo una vez desarrollado un programa de información a la población y cubiertas las necesidades de infraestructura técnica, hasta entonces insuficientes: sistema de telecomunicación, transporte sanitario y de personal, técnicas diagnósticas (RX, EKG, analítica básica) y unidad de observación. El servicio se instaura de forma progresiva, con tres equipos de asistencia: uno fijo en el centro y dos móviles, con un jefe de Guardia responsable de la ordenación de la asistencia, que redistribuye la demanda, regula el transporte sanitario y la coordinación con el hospital. Después de tres años de experiencia, desde la puesta en funcionamiento del dispositivo de urgencias, el análisis de la información de los registros nos permite aportar datos para evaluar el nuevo modelo respecto del anterior y proporcionar respuestas al tema de la organización de las urgencias en el medio rural.

3. PROPUESTA DE REORDENACIÓN DE LA ASISTENCIA URGENTE EN SEVILLA

A. Bautista / J. Barroeta / J.M. Melero / I. Nieto / I. Benito / D. Fernando

Área de Cuidados Críticos; Sector Asistencia Especializada. Gerencia Provincial. Sevilla

La provincia de Sevilla tiene 1.543.035 habitantes, de los que 661.683 residen en la capital (según el censo de 1986).

Para la asistencia de urgencias la ciudad dispone en su área metropolitana de tres hospitales dependientes del Servicio Andaluz de Salud, situados en línea Norte-Sur y desplazados a la zona occidental. La accesibilidad a los dos hospitales principales está dificultada por dos barreras, una natural, el río Guadalquivir (canal Alfonso XIII) y la otra artificial, la red ferroviaria, cuya desaparición está prevista en próximos años. Durante 1988 se asistieron 443.918 urgencias en los hospitales de Sevilla capital, que supone un incremento del 4,3% respecto de 1987. Tasa media de frecuentación de urgencias, 270 por 1.000 habitantes. El porcentaje de enfermos que acuden a urgencias del hospital por iniciativa propia es muy elevado (>70%), la media de altas a domicilio oscila alrededor del 77,8%. Los hospitales soportan una presión de urgencias que supera su adaptación estructural y funcional. Están absorbiendo una demanda que debería ser resuelta en un escalón anterior. Conocer la procedencia de las urgencias que llegan a los hospitales es un dato

de indudable interés para hacer cualquier propuesta de reordenación de la asistencia urgente a nivel hospitalario y extrahospitalario. En este sentido se ha realizado un estudio muestral de los pacientes asistidos de urgencia en los hospitales de Sevilla durante el año 1988 que ha permitido conocer la demanda de urgencias por distritos urbanos y sus factores causales: Densidad de población. Nivel socioeconómico. Proximidad al hospital de referencia.

Mediante el análisis de los datos disponibles y los aportados por el estudio de procedencia, hemos podido estudiar la situación actual de la asistencia urgente en Sevilla y marcar los objetivos básicos que definen su reordenación y planificación: a) Reordenación y desarrollo de los centros de urgencias extrahospitalarios, distribuidos por distritos sanitarios. b) Definición de las áreas de urgencias hospitalarias como zona bien delimitada del hospital y formada por unidades asistenciales con funciones bien definidas, con medios y dimensionamiento de personal adecuado a las cargas de trabajo.

4. INFLUENCIA DE LOS EAP EN LA EVOLUCIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. ÁREA SANITARIA VIII. PRINCIPADO DE ASTURIAS

T.V. Suárez / M. Bango / J.A. Martínez / J. Ortiz
Hospital Valle del Nalón. Riaño-Langreo (Asturias)

La aparición de los centros de salud como núcleo de la nueva organización asistencial en materia de atención primaria ha influido cualitativamente en las urgencias hospitalarias. Partimos de una población de 100.316 habitantes que apenas sufre variación en el periodo de tiempo de estudio (1983-1988). Dicha población tiene sus necesidades de urgencia hospitalaria cubiertas por un personal médico, sanitario y no sanitario, estable. Se presenta la evolución de la cobertura sanitaria en atención primaria relacionada con los recursos humanos desde 1983 hasta la actualidad en que ya se han creado cuatro centros de salud que abarcan al 65% de la población del área sanitaria. Describiremos la frecuentación de la urgencia hospitalaria en los diferentes años que comprenden nuestro estudio y las zonas básicas de procedencia en función de los diferentes sistemas sanitarios de cobertura, así como los nexos entre la asistencia especializada hospitalaria y los centros de salud. Finalizaremos con la intención de demostrar cómo, independientemente del aumento del número total de urgencias que se observa año tras año, se produce una mejoría en la calidad y una disminución de los pacientes que acuden a urgencias del hospital procedentes de estos centros de salud comparado con los procedentes de zonas que continúan con el modelo tradicional.

5. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

P. Arriola / J. Losa / E. Montabes / J.R. Sanz / J.M. Mendieta / J.J. Menéndez / E. Paniagua / T. Romera / I. Álvarez
Dirección Provincial del Insalud. Madrid. Coordinación Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios

El ámbito de aplicación de este estudio son los Servicios de Urgencias hospitalarias con área de referencia en la Comunidad de Madrid.

El objetivo es el de conocer la organización de los Servicios de Urgencias y sus problemas estructurales y/o organizativos con el fin de establecer un programa de mejoras consensuado entre el equipo evaluador y la dirección del Centro. Se formó un grupo de trabajo de ocho personas: cuatro médicos inspectores y cuatro ATS-

visitadores, que se encargarán de confeccionar los protocolos técnicos, diseñar la base de datos para la explotación informática y crear y organizar la metodología de recogida de datos; para lo cual, se instruyó a personal sanitario de las áreas de Urgencias y a un grupo de médicos inspectores y ATS-visitadores, que suman un total de más de 200 personas que fueron encargadas del seguimiento de 5.174 pacientes de un total de 19.821 que acudieron a demandar asistencia durante la semana del 5 al 11 de junio de 1989, en la que se realizó el estudio, lo que supone una muestra representativa por hospital, con una fiabilidad del 95,5% y un error de $\pm 5\%$.

El análisis de la organización de los Servicios de Urgencias consta de: a) Estudio de estructura física, recursos humanos y materiales, funcionamiento y actividad del Área. b) Análisis de las características de la demanda. c) Estudio de las cargas de trabajo. d) Análisis detallado de los tiempos utilizados en cada fase de la asistencia y categoría profesional de quienes las realizan. e) Relación de diagnósticos de salida del Área de Urgencias de los pacientes incluidos en la muestra, codificados según la Clasificación Internacional del Proceso en Atención Primaria (CIPAP) desarrollada por el Comité de Clasificación de la WONCA. f) Estudio de motivación de los pacientes para acudir a Urgencias. g) Estudio de satisfacción de los usuarios que demandaron atención.

6. VALORACIÓN DE UNA ALTERNATIVA DE ATENCIÓN A LAS URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

J.I. Martínez / R. Pereiro
Director General de Atención Primaria (SAS)

La atención a las urgencias (AU) de forma efectiva es uno de los objetivos básicos de la reforma de la atención primaria (AP) en Andalucía, que exige la aportación de gran cantidad de recursos humanos y económicos, así como el establecimiento de medidas organizativas complejas. La AU en Andalucía persigue dos objetivos fundamentales: a) Asegurar la atención continuada (24h/día) a la población con la suficiente eficacia y calidad. b) Hacer más razonable el ejercicio profesional de los sanitarios. Para alcanzar estos objetivos se han puesto en marcha distintos modelos, recogidos en una amplia documentación sobre el tema, y que ha sido origen de importantes estudios descriptivos y evaluativos en donde puede obtenerse información más detallada de los mismos; básicamente se resumen en: En los distritos de AP rurales se procederá a la centralización de las urgencias en áreas que quedarán delimitadas a partir de criterios de accesibilidad (cronas 20'), y se establecen turnos rotatorios para la AU entre los miembros de los equipos de atención primaria (EAP) que trabajen en la misma área de urgencias. En los distritos urbanos o en los que en la actualidad funcionan servicios especiales o normales de urgencia (SEU, SNU); éstos, con carácter transitorio, continuarán prestando AU hasta que posteriormente sean asumidos por los miembros de los EAP.

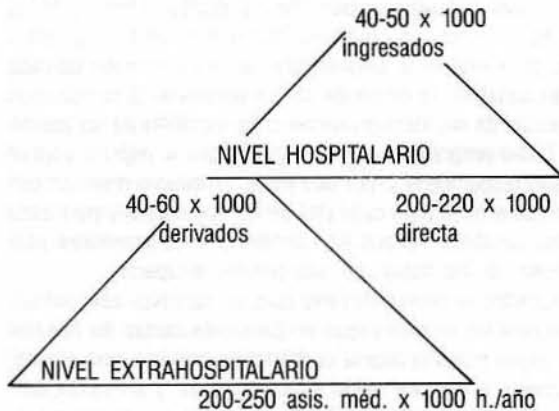
En el presente trabajo se analiza una alternativa a este modelo, basada en la creación de equipos específicos para la AU, supuesto el modelo de reforma desarrollado, comparando los costes de personal frente a los de la propuesta anteriormente descrita.

7. PLAN DE ATENCIÓN URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES Y METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

C. Calderón¹ / I. Anasagasti² / I.G. Merino² / J. Muñoz²
Jefe del Programa de Atención Urgente¹. Directores de los Servicios de Atención Urgente de Guipúzcoa, Vizcaya y Álava

Se presentan las características principales del Plan de Atención Urgente del servicio vasco de Salud-Osakidetza, basado en los denominados servicios de atención urgente (SAU-061), cuya cobertura se pretende del 100% de la población durante las 24 horas del día.

En primer lugar, se analiza la situación de partida. La demanda urgente queda configurada según una doble pirámide que expresa la inadecuada correspondencia entre el grado de urgencia objetiva de la demanda y el nivel asistencial en que es atendida.



El muy deficitario estado de la red extrahospitalaria contribuye directamente a que la población acuda directamente al nivel hospitalario. En segundo lugar, se propone un modelo de atención a la urgencia, conforme a los lineamientos político-sanitarios propios de nuestro contexto, estructurado a partir de: 1. Un centro coordinador por Área Sanitaria (Vizcaya: 1.192.800 h.; Guipúzcoa: 642.600 h.; Álava: 300.700 h.) que asume en primera instancia la totalidad de la demanda médica urgente expresada por vía telefónica, a través de un número único para toda la comunidad autónoma (061), y moviliza los recursos adecuados a cada caso. 2. Una red asistencial extrahospitalaria, fundamentada en los recursos de atención primaria que se agrupan a partir de las 17 horas en zonas de guardia, según criterios de accesibilidad y población (isocronas no superiores a 15-20 minutos). 3. Una red hospitalaria de referencia. 4. Una ordenación del transporte tanto para el enfermo como para el personal sanitario, estandarizada y coordinada por los Centros Coordinadores SAU. 5. Un subsistema de comunicaciones como soporte básico de la red. Finalmente se propone un proceso de adecuación de los recursos acorde con el progresivo desarrollo del modelo de EAP, complementado en su caso con medios específicos, siempre bajo la responsabilidad de las direcciones de los SAU de cada área encargados de la gestión (organización, equipamiento, formación continuada, evaluación) de la totalidad de los recursos implicados en la atención urgente extrahospitalaria de sus ámbitos respectivos.



Mesa: INFORMACIÓN SANITARIA

1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA: REGISTRO DE ALTAS HOSPITALARIAS

C. Martín / J.L. Bernal

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid

En el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid se producen aproximadamente 13.000 altas anuales. Desde hace dos años la mayoría de los médicos codifica (ICD-9-CM) los diagnósticos que figuran en el informe de alta. Con la implantación del Registro de Altas se pretende obtener todos los diagnósticos y procedimientos codificados así como otra serie de datos médicos y administrativos, adaptados al CMBD que recomiendan la CEE y el Ministerio de Sanidad. Este sistema de información individualizado para cada paciente que ingresa y causa alta en el hospital nos va a permitir conocer la morbilidad atendida por el hospital, la estancia por diagnóstico o patología, controlar la calidad asistencial así como crear una base de datos para la recuperación de la información clínica. El Registro de Altas hospitalarias, una vez que lleve un tiempo funcionando, servirá de base para la investigación y el desarrollo del «case-mix» hospitalario.

Los pasos que se han seguido hasta llegar a la implantación del Registro han sido los siguientes:

- Diseño del programa. Datos de entrada al sistema.
- Circuito de información.
- Formación de un técnico en codificación.
- Información a los clínicos.
- Diseño del modelo del informe de alta.
- Elaboración del programa informático.
- Implantación del Registro.

Se presentan resultados de la implantación del Registro así como de la aceptación del mismo por parte del personal implicado.

2. VALIDACIÓN INTERNA DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA PRUEBA PILOTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE CATALUÑA

A. Galbe / C. Almazán / S. Asensio / X. Castells / J. Espinás / O. Ramis

Departament de Sanitat i SS. Generalitat de Catalunya

En enero de 1989, y con una duración de dos meses, se inició en la Comunidad Autónoma de Cataluña una prueba piloto para la implantación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) a partir del informe de alta hospitalaria. Los objetivos de esta fase son: la elaboración del manual de instrucciones definitivo, la detección de problemas en el circuito de recogida de información, la evaluación de la calidad de los datos mediante una validación interna y una validación externa, y la discusión del Plana de Explotación Sistemático para su utilización en las diferentes áreas de aplicación. El presente trabajo es la presentación de los resultados de la validación interna.

Los participantes en esta prueba piloto son 27 hospitales, de los cuales 26 forman parte de la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública), lo que representa aproximadamente un 39% del total de dicha red. El número de altas de estos dos meses es de algo más de 32.000, que representan un 30% del total de altas hospitalarias del mismo período. La base de datos recoge información de 26 va-

riables tanto de tipo administrativo como de tipo clínico, referida a cada episodio de hospitalización. Para la validación interna de los datos se ha elaborado un programa informático con los siguientes objetivos: el control de la exhaustividad de la información de cada una de las variables, la detección de los errores en la codificación y la detección de las incongruencias entre variables de un mismo registro. Dicho programa elabora un listado con el registro original y el registro recodificado y, por otra parte, un cuadro resumen con el número de errores para cada una de las tipologías y para cada una de las variables. Ambos son remitidos a los hospitales para la corrección de los datos que sea posible recuperar.

Los resultados se presentan tanto para las variables administrativas como para las clínicas según el número de camas del hospital (nivel) y según quien realiza la codificación (servicio centralizado, médico que da el alta con validación centralizada, y sin validación). Los tipos de errores se han agrupado en cuatro categorías: no informado, código inexistente, incongruencia entre variables y falta de especificidad (entendiendo como tal la utilización de la subclasificación a 4 o 5 dígitos de la CIM-9-MC).

3. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE CATALUÑA: VALIDACIÓN EXTERNA DE UNA MUESTRA ALEATORIA

A. Galbe / J. Andrés / X. Castells / M. Rue

Departament de Sanitat i S.S. Generalitat de Catalunya

En enero y febrero de 1989 se llevó a cabo en la comunidad autónoma de Cataluña la prueba piloto para la implantación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) a partir del informe de alta hospitalaria. La implantación de una base de datos de estas características presenta una gran complejidad organizativa así como dificultades en garantizar la calidad de los datos. Para conocer ésta, se diseñó un estudio de validación externa de la información recogida. La base de datos consta de aproximadamente las 32.000 altas producidas en los 27 hospitales participantes en este período. Mediante el informe de alta hospitalaria se han recodificado las variables administrativas y clínicas de los registros del CMBD. Cada uno de los registros se ha seleccionado, de forma aleatoria sobre el total, con el programa SPSSX. Para aquellos hospitales en que la codificación del diagnóstico principal no supera el 70%, la muestra se ha extraído del total de registros con dicha variable informada. Se ha calculado una muestra de 2.100 registros a recodificar, para un nivel de significación del 95% con un error α del 5%. La muestra se ha ponderado a partir de cinco criterios: finalidad (hospitales generales o monográficos), número de camas, titularidad (ICS, públicos y otros), ubicación (urbano o rural) y tipo de circuito en la codificación diagnóstica (servicio centralizado, médicos con y sin validación centralizada). La recodificación la han realizado documentalistas médicos, especializados en la codificación diagnóstica del CIM-9-MC.

Para el análisis se han aparejado los registros, el original y el recodificado, por código de hospital, número de historia clínica y número de asistencia. Se utilizan tests de concordancia para cada

una de las siguientes variables: edad, sexo, régimen económico, fecha de admisión y de alta, circunstancias de admisión y de alta, estancia, diagnóstico principal y secundarios, código E, procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos.

4. RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE UN SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS

C. Martín / J.L. Bernal

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid

El volumen de urgencias asistidas en el Hospital Central de la Cruz Roja es de 140 diarias, aproximadamente, de las cuales generan ingresos un 18% de los casos. La escasez de medios existente ha determinado que la información recogida respondiera a requerimientos de naturaleza administrativa y legal sin que se considerasen de forma sistemática parámetros asistenciales. Ante la necesidad de profundizar en el conocimiento de la realidad asistencial del área, con el objeto de racionalizar su estructura, se ha diseñado un subsistema de información caracterizado por: Incluir la información administrativo-legal recogida hasta ahora. Integrar variables relativas a características diagnósticas de los pacientes asistidos. Reflejar las condiciones propias del funcionamiento del hospital que condicionan el proceso asistencial. Tiempos de espera. Pruebas diagnósticas. Órdenes de ingreso. Destino de los pacientes en caso de no ingresar.

El tratamiento informático de los datos ha permitido, a partir de los recursos humanos disponibles, integrar aspectos hasta ahora dispersos, de forma que es posible modelizar los factores claves que inciden en el proceso.

Se presenta la estructura del subsistema de información y resultados de su implantación.

5. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS BÁSICOS EN EUROPA: REQUERIMIENTOS Y LIMITACIONES EN EL MODELAJE DE UN CMDB EN CUIDADOS AMBULATORIOS

MCACE Consortium (E. Carrillo)

Institut Català de la Salut, Àrea de Gestió 7, Centre, Univ. of Newcastle (School of Health Sciences). Barcelona

La Comisión de las Comunidades Europeas ha aceptado la propuesta del proyecto MCACE (Measurement, Characterization and Control of Ambulatory Care in Europe) dentro del proyecto AIM (Advanced Informatics in Medicine). El proyecto MCACE será desarrollado por un equipo integrado en seis instituciones de diferentes países europeos con amplia experiencia en el campo de los sistemas de información sanitarios y la tecnología de la información. El consorcio ha iniciado el abordaje de la definición de un potencial CMDB europeo mediante la caracterización de actores, necesidades y limitaciones en el campo de la Comunidad. Esta caracterización permitirá la elaboración de un marco conceptual en el que introducir la discusión con las diferentes instituciones y profesionales del contenido de un futuro CMDB.

En esta primera comunicación presentamos la aproximación metodológica a la caracterización e identificación mediante técnicas de análisis de sistemas y la elaboración realizada hasta el momento. El desarrollo del proyecto permitirá, en estrecho contacto con los principales interesados, definir el marco conceptual sobre el cual podrán hacerse las diferentes opciones en la definición del CMDB. La presente comunicación pretende, pues, constituir un inicio de discusión pública del proyecto en nuestro país.

6. REPERCUSIÓN SOBRE LOS MECANISMOS DE GESTIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD

M. Bango / J. Ortiz / T.V. Suárez

Hospital Valle del Nalón. Polígono de Riaño. Riaño-Langreo (Asturias)

El Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria planteó entre los gestores la necesidad de evaluar de una manera homogénea la actividad desarrollada en nuestras instituciones sanitarias. Transcurridos ya cinco años desde la implantación del actual sistema de información en el Hospital Valle del Nalón, podemos mirar atrás y ver las fases por las que ha atravesado nuestro sistema, estableciendo una correlación entre ellas y analizando la incidencia que ha tenido el sistema en la toma de decisiones desde el punto de vista de la gestión de la actividad asistencial.

Fundamentalmente establecemos cuatro fases de desarrollo del sistema de información, y se efectúa una comparación entre los diferentes parámetros de actividad obtenidos en cada uno de los periodos: 1. (1982-1983). El hospital carece de un mecanismo fiable para la obtención de los datos referidos a la actividad asistencial. 2. (1984-1985). Se introduce el sistema de información, que dota al hospital de unos circuitos que, en este bienio, permiten recoger los datos más generales de actividad hospitalaria. 3. (1986-1987). Los datos permiten ya la toma de decisiones relevantes. En enero de 1986 aparece el primer cuadro de mando que la gerencia del hospital utilizará ya como una herramienta fundamental para dar respuesta a la demanda asistencial y optimizar los recursos existentes. Por primera vez, en 1987 se elabora un Plan de Gestión por Objetivos. 4. Por fin analizamos la que llamaremos fase de maduración del sistema, en la que nos encontramos y en la que tenemos una perspectiva de cinco años que nos permite tener una visión de conjunto del fenómeno que estamos analizando y relacionar las cifras que se han ido obteniendo en dicho periodo con las diferentes fases de incorporación del sistema de información de la actividad asistencial.

7. MORTALIDAD PREMATURA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA 1987

M. Errezola / S. Esnaola / J. Fernández de Gamarra

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Dirección de Información Sanitaria y Evaluación. Vitoria-Gasteiz

El estudio de la mortalidad prematura constituye uno de los aspectos del sistema de vigilancia epidemiológica para el seguimiento de la política de Salud para Euskadi-2000. De todos los índices propuestos se ha optado por el de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) entre 1 y 65 años. El método para su cálculo es el propuesto por Romeder y McWhinnie (1977).

Tabla 1. Principales causas de muerte. CAV. 1987.

Rango	Mortalidad bruta	(%)	APVP (1-65 años)	(%)
1	Circulatorio	37,9	Trauma-enven.	29,9
2	Tumores	27,2	Tumores	29,0
3	Respiratorio	8,0	Circulatorio	17,2
4	Digestivo	6,9	Digestivo	6,8
5	Trauma-enven.	6,1	Endocrino-metab.	3,7

Tabla 2. Tasas estandarizadas de APVP por 1000. CAV. 1987.

Rango	Hombres	Mujeres
1	Accid. no intenc. 12,8	Tumor maligno 6,6
2	Tumores malignos 11,7	Accid. no intenc. 3,7
3	Enf. corazón 6,2	Enf. corazón 1,7
4	Hepatop.-cirrosis 2,5	Enf. cerebrovasc. 0,9
5	Suicidio-homicidio 2,3	Suicidio-homicidio 0,9
	Todas las causas 46,8	Todas las causas 19,5

Según los resultados preliminares de 1987, los traumatismos y envenenamientos pasan del quinto lugar como causas de mortalidad general al primero en el ranking de causas de APVP, en tanto que las enfermedades del aparato circulatorio pasan del primer lugar al tercero, respectivamente. La tasa de los APVP es 2,4 veces mayor en los varones. Estudiando causas seleccionadas (según la clasificación utilizada por los CDC) destaca la sobremortalidad prematura de los hombres por enfermedades del corazón (3,7) y por accidentes no intencionados (3,5). Estos resultados avalan la importancia sociosanitaria de las causas externas, en concreto de los accidentes no intencionados, y de los tumores malignos, así como la sobremortalidad prematura de los hombres.

8. LA INFORMACIÓN SANITARIA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS

P.F. Martínez

Unidad de Relaciones con los Medios de Comunicación Social del Gabinete de Estudios de la Dirección Provincial del Insalud, Madrid.

Los medios de comunicación de masas, por su propia naturaleza de mediadores sociales, son un indicador excelente de la calidad de los servicios sanitarios, la evaluación y control de la gestión y del propio nivel de cultura sanitaria de la población. Evidentemente, es precisa una metodología contrastada para que la información obtenida de los distintos medios de comunicación de masas sea una herramienta útil al administrador y al planificador sanitario. A este respecto damos a conocer la experiencia desarrollada durante los tres últimos años en la Dirección Provincial del Insalud en Madrid. Se parte de un seguimiento exhaustivo de la prensa diaria de Madrid y de las revistas de información especializada, más un seguimiento aleatorio (por su dificultad de seguimiento) de las distintas emisoras de radio, televisión y revistas de información general. Con este segmento de las informaciones relativas a la sanidad en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se aplica a cada uno de ellos un coeficiente, obtenido a partir del EGM y la OJD, para cuantificar adecuadamente la incidencia en la audiencia potencial. Este será el material de partida para una función documental (base de datos desde 1-1-1988), análisis de contenido descriptivo según la técnica descrita por Berelsol y referente de relaciones con los medios.



Mesa: OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN

1. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL

J. Bañeres / J. Alonso / J. Broquetes / J.M. Antó

Departament d'Epidemiologia i Salut Pública, Institut Municipal d'Investigació Mèdica. IMIM

La adecuación y la eficacia de los servicios son aspectos fundamentales de la calidad asistencial. Se presentan los resultados de un estudio de la adecuación de la utilización del Hospital del Mar de Barcelona. Hemos utilizado una adaptación del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), instrumento que incluye criterios explícitos sobre el estado clínico del paciente y los cuidados hospitalarios recibidos para valorar la adecuación del ingreso y de los días de estancia hospitalarios, a partir de la historia clínica. El protocolo ha sido aplicado a dos grupos de pacientes hospitalizados; el primero está compuesto por una muestra sistemática de ingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) durante julio 1987-junio 1988 ($n_1=166$); el segundo, por una muestra de todos los ingresos (excluyendo las causas psiquiátricas, obstétricas y los pacientes pediátricos) efectuados durante los dos primeros meses de 1988 ($n_2=116$). La aplicación del protocolo se ha realizado en dos fases: revisión y supervisión. Los resultados sobre la segunda muestra corresponden únicamente a la fase de revisión. La proporción de ingresos inadecuados es del 4,8% para la EPOC (primer grupo) y del 9% para la muestra general de admisiones (segundo grupo). La proporción de días de estancia inadecuados es, respectivamente, del 15,5% y del 23%. Mientras que en el primer grupo la causa más frecuente de días de estancia inadecuados corresponde al medio sociofamiliar, en el segundo corresponde al médico o al hospital. Los resultados del estudio de ambos grupos de pacientes son consistentes entre sí y evidencian que el nivel de uso inapropiado del hospital, aun siendo moderado, no puede ser menospreciado. El protocolo AEP es un instrumento útil para cuantificar el uso inapropiado del hospital e identificar las causas del mismo. Ambos factores (cuantificación e identificación de las causas) facilitan el diseño y la aplicación de medidas concretas para reducir la inadecuación de la utilización hospitalaria.

2. APLICACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTE EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

R. Gálvez / U. Martínez

Hospital General Universitario. Guadalajara

El HGUG está dotado de un sistema de información integral de la gestión de pacientes. Con esta base se inició en 1986-1987 el desarrollo e implantación de un sistema de costes en el hospital. Se estableció de una forma metodológica habitual la definición en servicios principales, especiales, centrales y auxiliares. A continuación, se procedió a verter la información de los subsistemas de nóminas, almacenes y farmacia a los centros creados. La estructuración se realiza mediante adscripción al centro de gasto correspondiente. Finalmente, se cruzan los datos asistenciales de cada servicio obtenidos del subsistema de gestión de pacientes (estan-

cias, ingresos, consultas externas totales, nuevos y revisiones, etc.) con los datos económicos citados. Se obtiene así una información sencilla de costes directos por servicio. La necesidad de implicar al personal médico en la gestión sólo es posible a través de la instrumentación de herramientas que permitan la evaluación y control económico de los resultados obtenidos. En esa línea, nuestra experiencia demuestra la validez de esta metodología como paso necesario para análisis basados en el *output* final.

3. SITUACIÓN Y PROBLEMAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

J.M. Melero / J. Barroeta / A. Bautista / J. Nieto

Área de Cuidados Mínimos, Sector de Asistencia Especializada, Gerencia Provincial del SAS. Sevilla

La hospitalización domiciliaria (HD) no es una experiencia aislada y de carácter experimental, sino que constituye una actividad asistencial aceptada y útil, aunque, paradójicamente, no bien entendida. A pesar de que funcionan más de diez unidades, continúan siendo voluntaristas, como resultado más de planteamientos e iniciativas locales, sin que, hasta la fecha, haya una toma de posición de la Administración. La justificación del programa se apoya en: 1. Humanización de la asistencia, para evitar hospitalismos y reintegrando al paciente a su medio más precozmente y con garantías. 2. Rentabilización de los hospitales de agudos, para liberar estancias innecesarias. 3. Constituir un modelo a seguir de coordinación entre asistencia especializada y atención primaria.

La puesta en marcha de las unidades comporta buscar soluciones que, aunque se basan en criterios funcionales idénticos, han tenido que adaptarse a las características concretas del lugar. La comunicación describe el análisis de los diferentes problemas y aporta las soluciones que se han adoptado, proponiendo otras y mostrando las indefiniciones existentes. Primero se exponen los aspectos organizativos y de funcionamiento; se opina respecto de los perfiles profesiográficos, horario, ubicación del ámbito de actuación, criterios de sectorización, número de profesionales, desplazamientos, relación con las estructuras asistenciales, situación del paciente y familia en HD, control de actividad asistencial y cargas de trabajo. Posteriormente se analizan las implicaciones legales que conlleva la actividad de la HD en la estructura hospitalaria, en lo referente a los desplazamientos en la actividad extrahospitalaria y situación del paciente (permanece en su domicilio y depende del hospital). El estudio de costes de una unidad tipo y los diferentes criterios de imputación permiten definir el coste/beneficio y sus indicaciones preferentes.

Finalmente, las encuestas de satisfacción, permitirán conocer la aceptación social del programa.

Tras más de siete años desde la primera experiencia en HD se han asentado criterios técnicos que permiten considerarla como modalidad asistencial útil, válida y oportuna y que, además, puede ser medida, evaluada y controlada, por lo que es necesario ya llenar las lagunas e indefiniciones existentes y que dificultan su decidido desarrollo.

4. UN SISTEMA DE CONEXIÓN DE LAS DERIVACIONES DE LA ASISTENCIA PRIMARIA A LOS HOSPITALES. UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA REGIÓN SANITARIA

J. Farrés / M. Huguet / A. Sans

Área de gestión Costa de Ponent ICS

El control de la demanda hospitalaria y la distribución de sus flujos es uno de los principales objetivos de los gestores de una región sanitaria. Para realizarlo, el área de gestión Costa de Ponent (ICS) puso en marcha en 1988 un programa con soporte informático que asumiera la mecanización de las peticiones, al mismo tiempo que mantuviera un archivo de pacientes y sus derivaciones, que sirviera para controlar los flujos. A partir de esta información, se podría establecer una correspondencia entre la demanda expresada y la asistida. Para poner en marcha este programa, se dotó de equipos informáticos a las once inspecciones que forman el área de gestión. Se analizaron los diferentes circuitos existentes en las inspecciones y se elaboró una aplicación ágil y lo más asequible posible para los usuarios que tenían a que asumir esta tarea. Al mismo tiempo, se elaboraron los circuitos de feed-back que asegurasen la rapidez en los procesos y resultados de los datos. La comunicación expone ampliamente estos tres elementos.

Después de ocho meses de funcionamiento, se observan los siguientes problemas: 1. Necesidad de mayor precisión en los criterios y procesos de codificación de patologías. 2. Conveniencia de estimular la total cobertura de todas las derivaciones. 3. Necesidad de conexión ágil diaria entre los puntos de derivación.

Estos problemas serán abordados en este segundo semestre.

5. EXPERIENCIA DE PROGRAMACIÓN DE CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Costa / N. Juvanet / A.C. Pérez / M.D. Vega / J. Castillejo / N. Serra

CAP Guineueta y CAP Sant Andreu. Área de Gestión de Barcelona-ciudad. ICS

La experiencia se lleva a cabo con el Servicio de ORL del Hospital General de Valle de Hebrón, e implica a dos sectores sanitarios del Área de Gestión de Barcelona-ciudad que por sus especiales características, por compartir las especialidades en el mismo centro (CAP II) y por proximidad al hospital de referencia, se eligen como los más indicados: sector Nou Barris y sector Sant Andreu.

Los objetivos que se persiguen son: 1. Racionalizar circuitos de derivación de usuarios. 2. Reforzar el concepto de área geográfica y hospital de referencia. 3. Reducción del tiempo de espera.

En definitiva, mejorar el servicio que se presta desde las unidades de admisiones y atención al usuario del sector sanitario.

En reuniones previas de los responsables de ambos sectores con el jefe de consultas externas del Hospital General Valle de Hebrón, se acuerda el estudio de la demanda generada por los especialistas de los dos sectores sanitarios respecto del hospital de referencia y en el servicio indicado.

Partiendo del resultado de este estudio, se pacta con el servicio del hospital la derivación de las 160 visitas mensuales y se diseña el circuito, de manera que el paciente sale provisto de la tarjeta de visita para el Servicio Hospitalario con día y hora, y se le evitan totalmente los trámites burocráticos que se realizan entre el Servicio de programación-Inspección-Servicio Admisiones del Hospital.

Se evalúa en función del grado de cumplimiento de los objetivos que se plantean en este estudio.

6. BALANCE DE LA POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

I. de Andrés / S. Luque / R. Mena / J. Granados / F. Orea / G. Mata / A. Bravo

Gerencia Provincial del Servicio Andaluz de Salud. Córdoba

El transporte sanitario (TS) constituye una prestación complementaria cuyas características, organización y dotación de recursos condicionan, en importante medida, la accesibilidad de los servicios sanitarios. Las insuficiencias del dispositivo con que cuenta la Administración obligan a la concertación de servicios con empresas privadas, lo cual da dotación y distribución de recursos inadecuada para las necesidades asistenciales, inequidad en el reparto territorial y niveles de gasto no correlacionados con la calidad del servicio y la satisfacción de usuarios y profesionales.

Desde la transferencia de la red del Insalud a Andalucía (1984), en la provincia de Córdoba han tenido lugar diversos procesos que han incidido en el sistema de TS: 1. El desarrollo del nuevo modelo de atención primaria. 2. La reorganización y coordinación de las estructuras de gestión del sistema sanitario. 3. La reordenación funcional del dispositivo para la asistencia a urgencias. 4. La implantación de programas específicos de ordenación y control del TS. Se analizan las repercusiones de cada uno de ellos; destacan las actuaciones dirigidas fundamentalmente al transporte en ambulancias concertadas, el transporte programado para largos tratamientos y el transporte urgente no concertado (reintegros de gastos).

Progresivamente, se han abordado medidas en los siguientes aspectos: Ordenación de las indicaciones para cada tipo de TS y circuitos administrativos de tramitación. Control administrativo de los servicios. Racionalización del gasto. Centralización provincial de la organización y control del TS. Sistema integrado de información. Planificación de las necesidades de recursos en TS. Adecuación al modelo de atención sanitaria. Control de calidad del dispositivo y satisfacción de los usuarios.

En consecuencia, en el período 1984-1988 se ha incrementado en un 127% el número de ambulancias concertadas, mientras que el gasto sólo ha ascendido en un 15%; se ha incorporado una dotación propia de vehículos; se ha favorecido la equidad territorial y se dispone de un mapa de necesidades que permite establecer un orden de prioridades y suscitar la oferta.

7. POLÍTICA DE CONCIERTOS EN DIÁLISIS

J.L. Martínez / A. Casas / A. Alonso

Servicios Centrales SAS. Dirección General de Asistencia Especializada

A finales de los años sesenta se introduce la diálisis periódica como terapéutica sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. En la década de los setenta diversos autores señalan los beneficios clínicos, sociales y económicos que se obtienen con el tratamiento domiciliario de los pacientes. Desde 1977 y en Vizcaya y Málaga comienzan programas de diálisis extrahospitalarias en un afán de acercar la terapéutica a los pacientes. En 1968 se montan las primeras unidades privadas, capaces de tratar a los protegidos por la Seguridad Social, cuyos gastos son reembolsados directamente mediante un modelo P-10; posteriormente se formalizan los conciertos para diálisis. En 1979 y promovidos por la SEN, el Insalud publica los conciertos para hemodiálisis domiciliarias. En 1980, y a partir de una modificación del anterior, se adaptan a la modalidad de diálisis peritoneal domiciliaria. En 1983 se readaptan para permitir la apertura de unidades periféricas. Se expone la experiencia de los autores con los diferentes modelos de concertación y

a través de diversas provincias, se muestran los resultados obtenidos, y se concluye con la evaluación de un tipo de conciertos que se ha ido adaptando progresivamente a la evolución de la técnica y planificación sanitaria.

8. COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO Y POLÍTICA DE CONCIERTOS EN RADIOTERAPIA

J.M. Borrás / T. Eudaldo / M. Bages / P. Vallribera / R. Artal / O. Ramis / A. Subias

Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya. Servei d'Oncologia. Hospital de Sant Pau. Barcelona

El concierto de radioterapia entre el Departamento de Sanidad y los hospitales y centros concertados que forman parte de la XHUP sólo contabiliza el número de sesiones realizadas en total por cada centro, sin tener en cuenta la complejidad en la planificación y realización del tratamiento. Este método impide conocer el número real de pacientes tratados en estos centros y facilita la confusión entre sesión de tratamiento y «campo de irradiación». Con el objetivo de ajustar la política de conciertos a las necesidades de la población y para primar la calidad del tratamiento, se ha realizado una evaluación de la complejidad y el coste de cada tipo de tratamiento en radioterapia.

La estimación de la complejidad de cada tratamiento se ha calculado teniendo en cuenta los siguientes parámetros: simulación,

dosimetría, visitas de planificación y control y el tratamiento propiamente dicho. La fuente de energía utilizada siempre ha sido cobalto-60 y la dosis total media de cada tratamiento. Se usa simulador y curvas isodosis en los casos requeridos. Se revisaron todas las historias de un año (n=1.162 del Servicio de Oncología (H. Sant Pau) y se obtuvieron tres niveles de complejidad, agrupados por proximidad los diferentes tipos de tratamiento. El nivel de complejidad más bajo agrupa el 37,4% de los pacientes tratados, el intermedio comprende el 45,1% y el más elevado el 17,5%. Con respecto al coste, se calculó que si se asignaba 1 al nivel más bajo, el intermedio se ha de multiplicar por un coeficiente de 1,25, mientras que el más elevado por 1,75. Con el objetivo de incentivar la actividad asistencial sin necesidad de multiplicar innecesariamente los actos intermedios (sesiones), el concierto se establecerá según los pacientes tratados en lugar de por sesión; se podrá conocer así el total de pacientes tratados y su complejidad. A partir de datos del registro poblacional se ha estimado el número previsto de pacientes que necesitarán anualmente cada tratamiento.

La cuantificación de objetivos para cada tipo de tratamiento y centro concertado (en Cataluña el 75% de las hospitalizaciones se realizan en estos centros) será sometida a una prueba piloto en dos centros para evaluar su factibilidad. Esta nueva política permitirá crear las bases para concertar los servicios de radioterapia según la calidad y la complejidad del tratamiento que puedan ofrecer; al mismo tiempo, posibilitará al centro sanitario el conocimiento de sus ingresos si cumplen los objetivos señalados.



Mesa: COMUNICACIONES LIBRES

1. EL DESARROLLO DEL SNS EN TÉRMINOS NORMATIVOS: EL DESARROLLO DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

P.A. López

Ministerio de Sanidad y Consumo (Gabinete del subsecretario)

No cabe duda de que en el ánimo del autor de la Exposición de Motivos de la Ley 14/1986, de 14 de abril, General de Sanidad (LGS), no había ningún propósito premonitorio al afirmar: «De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad». Sin embargo, a una distancia temporal de más de tres años desde la promulgación de la LGS, se puede observar, no sin ciertas dosis de inquietud, cómo se han incumplido muchos de los mandatos contenidos en dicha Norma Genérica de Ordenación de la Sanidad Española, mientras que el desarrollo de otros se ha visto sometido a un considerable retraso. Pero, de todos esos mandatos, incluso de los sometidos a plazos ciertamente perentorios, una serie de ellos han llegado a verse cumplidos plenamente, como es el caso de la estructuración del Instituto de Salud Carlos III o el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aunque otros han ido quedando postergados, y algunos de los más significativos están extrañamente pendientes de realización.

Cabría, quizá, alegar la presencia de ciertas dosis de voluntarismo utopista en el ánimo de los redactores de la Ley, que determinó la definición de un ambicioso programa reformador que, posteriormente, ha sido difícil de cumplir. En todo caso, la comunicación intenta ofrecer una panorámica general de los aspectos más relevantes de la LGS que se han llevado a cabo con indicación de las disposiciones legales en que se han plasmado, así como de aquellos otros que se encuentran aún pendientes de desarrollo, y se valoran las alternativas legales posibles. Todo ello, de acuerdo a tal como fue enunciado en su momento y que determina que, al menos formalmente, el Sistema Nacional de Salud esté todavía inacabado.

2. LAS COMISIONES DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA COMO DESARROLLO DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

A. Guirao / J. Sánchez / F. Ramiro / A.M. Trovo / A. Quiralte / P.P. Mansilla

Subdirección General de la Alta Inspección. Ministerio de Sanidad y Consumo

Fundamento legal: Art. 48; Disposición Adicional Sexta, 2, y Disposición Transitoria Tercera, 3 de la LGS.

Definición, Composición. Objetivos: Creadas al amparo y por mandato de la LGS y compuestas paritariamente por tres miembros de la Administración Sanitaria del Estado y tres de la comunidad autónoma, tienen como objetivo posibilitar una planificación idónea de los recursos asistenciales (materiales y humanos) y evitar duplicidad de actuaciones y distorsiones que puedan perjudicar la armonía del Sistema. De esta manera la comunidad podrá recibir en óptimas condiciones las competencias máximas en materia de asistencia sanitaria, cuando este hecho se produzca. A través de

la vía del Convenio, desde septiembre de 1985, se han creado comisiones con las 13 comunidades autónomas con Insalud no transferido y se han celebrado hasta el 15 de junio de 1989 un total de 51 reuniones, con la creación de 19 ponencias técnicas para el estudio de materias específicas (hospitales, demanda de casas de socorro, delimitación de áreas de salud, planificación familiar, concertación, etc). Estas comisiones constituyen el foro adecuado para la discusión de los diferentes convenios sectoriales. En su seno se han tratado 28 convenios concretos sobre las materias que se indican: atención hospitalaria (5), atención primaria (5), salud pública (8), salud mental (2), planificación familiar (2), farmacovigilancia (4) y hemoterapia (2). Consideramos que estas comisiones constituyen hasta el momento el mejor instrumento para hacer efectivo el funcionamiento integrado de los servicios sanitarios que propugna la LGS, al tiempo que materializa el principio de coordinación que debe presidir las actuaciones de todas las Administraciones públicas.

3. LAS SUBVENCIONES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO EN EL PERÍODO 1986-1989

P. Yrigoyen / F. Ramiro / I. Sánchez / A. Guirao / J. Sánchez / P.P. Mansilla

Subdirección General de la Alta Inspección. Ministerio de Sanidad y Consumo

Las subvenciones finalistas son mecanismos financieros de transferencias de recursos a las comunidades autónomas, con el objetivo de promover la realización en las mismas de programas contenidos dentro de la política sanitaria del Gobierno y cuya gestión y ejecución corresponde a las comunidades. Existen dos vías de canalización de las subvenciones: la directa, desde el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la indirecta, mediante convenios del Departamento con el Insalud, como organismo específicamente gestor del mismo. La regulación legal de las subvenciones en su vía directa aparece prevista en el artículo 153 de la Ley General Presupuestaria.

Existe un fuerte incremento de subvenciones en el último cuatrienio, desde 6.900,1 millones de pesetas en 1986 hasta 12.904,1 millones de pesetas en 1989, lo que supone un incremento del 87,01%, bastante por encima del crecimiento general del IPC en el período. No obstante, dicho crecimiento va reduciéndose desde 1988, con incrementos interanuales del 15,73% en dicho año y del 6,82% en 1989. Cada vez tiende a canalizarse en mayor medida el grueso del volumen de subvenciones a través del Insalud. Así, los ratios volumen de subvenciones vía Insalud/volumen de subvenciones directas son de 3,09 en 1986; 3,44 en 1987; 3,93 en 1988 y 4,22 en 1989. La tendencia del período analizado es la de subvencionar nuevos programas sanitarios, tales como, entre otros, drogadicción, SIDA, enfermedades cardiovasculares, reconocimiento de cuello uterino y mama del plan cáncer, plan de embarazo, hepatitis B, prevención de la salud bucodental, formación continuada de personal sanitario, asistencia sanitaria a la población anciana, protección radiológica, unidades de fecundación asistida, e ir eliminando las dotaciones correspondientes a las subvenciones de los progra-

mas sanitarios de mayor antigüedad-orientación familiar, salud mental, control de puntos críticos.

4. REFORMA DE LA SANIDAD PENITENCIARIA

A. Granados / L. Martín / R. de la Torre / E. Megías

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio de Justicia

Desde que la Dirección General de Instituciones Penitenciarias tiene una Subdirección General de Sanidad Penitenciaria se han puesto en marcha diversos programas, tales como : Reforma de la atención primaria de salud en los centros penitenciarios. Implantación de un sistema de información sanitaria. Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles. Programas específicos para drogodependientes reclusos en prisión. Programa de higiene general y ambiental. Programa de mejora de la atención psiquiátrica en Instituciones Penitenciarias. Programa de mejora de la atención especializada.

La perspectiva de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en materia sanitaria pasa necesariamente por corresponsabilizar a la Sanidad Pública, para poder abordar conjuntamente los importantes problemas de salud que se plantean en el interior de los centros penitenciarios. En estos momentos existen en los centros penitenciarios equipos de médicos generalistas y enfermeras que forman los equipos de atención primaria de salud. Existe también un Hospital General Penitenciario en el recinto de Carabanchel y es intención de esta Dirección General construir dos o tres más con el fin de tratar en ellos patologías menores y de esta forma no incrementar las listas de espera de los hospitales públicos y mantener una demanda real de patologías susceptibles de medicina especializada; todos ellos contarán con salas de internamiento de agudos en psiquiatría. Existen, a su vez, dos hospitales psiquiátricos cuya reforma se está abordando, tanto en cuanto a su ubicación física, transformándolos en centros de media y larga distancia, como mejorando la interacción con los dispositivos psiquiátricos de la comunidad.

Especial hincapié se está haciendo en la colaboración, cada vez más estrecha, con los sistemas sanitarios públicos, tanto transferidos como centrales. Ya se han realizado en los hospitales públicos todas las pruebas serológicas del programa de prevención y control de enfermedades transmisibles y ahora estamos poniéndonos en contacto con especialistas de la red pública para que puedan pasar voluntariamente consulta en el interior de las prisiones a través del Convenio de Colaboración Ministerio de Justicia-Ministerio de Sanidad y Consejerías de Sanidad de Andalucía, País Vasco y Comunidad Valenciana. Para la atención psiquiátrica en los centros penitenciarios y la hospitalización en hospitales públicos existe también un convenio con la Federación Española de Municipios y Provincias, que es donde estos recursos están mayoritariamente ubicados. Esta colaboración necesaria abre el mundo penitenciario al exterior, favorece su mayor transparencia y pone de manifiesto su presencia como ciudadanos privados de libertad, pero nunca de los demás derechos constitucionales.

5. REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

R. de la Torre / N. Castro / A. Granados / E. Megías / L. Martín

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio de Justicia

La reforma de la atención primaria en el medio penitenciario, para transformar a los profesionales que trabajan en el mismo en equipo de salud, pasa, además de por la adecuación de plantillas, la

modificación de las condiciones de trabajo de los sanitarios y la coordinación con otros profesionales que llevan a cabo su labor en los centros, por el desarrollo de un sistema de información y registro sanitarios que permita considerar la actividad asistencial de la institución como un todo y no como un conjunto inconexo de más de ochenta centros aislados. Para esto se ha procedido a la elaboración de una documentación básica: *Historia Clínica*: Documento fundamental del sistema, que recoge todo lo que afecta al estado de salud del interno, desde su ingreso en el centro hasta su salida de la institución. Incluye los documentos que se describen a continuación. *Registro de actividad*: Merced a su diseño, permite hacer llegar a los Servicios Centrales del ministerio los datos referentes a la actividad sanitaria de cada centro, a la vez que sustituye al «libro de Consultas», obligatorio según el vigente Reglamento Penitenciario. Se describe, además, el libro de ingresos en enfermería, así como el utilizado para el control de altas voluntarias, partes de lesiones u otras eventualidades.

Por otra parte, en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias se refuerza el sistema EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria) y el registro de casos de SIDA, mediante la notificación normalizada canalizada a través del Ministerio de Justicia.

Finalmente, se han determinado los circuitos que debe recorrer la información sanitaria. La historia clínica debe acompañar al interno en sus desplazamientos en el interior de la institución; queda clara la documentación que tiene que llegar a los Servicios Centrales, la que debe unir los equipos de salud con los especialistas de segundo nivel y con los hospitales propios y concertados, así como la información que, al alcanzar la libertad, se dirige a los servicios sanitarios públicos para que la atención transcurra sin interrupciones.

6. EL ÁREA DE SALUD Y SU DESARROLLO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

A. Quirarte / I. Sánchez / J. Sánchez / F. Ramiro / A. Guirao / P.P. Mansilla

Subdirección General de la Alta Inspección. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La delimitación de una base territorial y poblacional es premisa ineludible para una óptima utilización de los recursos sanitarios y la eventual consecución de los objetivos de salud. El RD 2221/78, de 25 de agosto, primer intento de organización territorial de servicios, preconstitucional, no prevenía el hecho autonómico.

Asumidas estatutariamente las competencias sanitarias, las comunidades pioneras en elaborar sus mapas sanitarios fueron Cataluña (D. 7-1-1980: 12 áreas) y País Vasco (O. 28-12-1982: 4 áreas), y una vez establecida la filosofía de actuación y los criterios conceptuales y de zonificación por el RD 137/84 de estructuras básicas de salud, lo hicieron Asturias (D. 112/84: 8 áreas), Galicia (D. 126/84: 9 áreas), Cantabria (D. 18/84: 4 áreas), Navarra (Ley F. 22/85: 5 áreas) y Madrid (DD. 77 y 106/85: 11 áreas). La Ley General de Sanidad establece los criterios generales de ordenación sanitaria, basándolos en el Área de Salud y atribuyendo a las comunidades competencias para su delimitación territorial. Fija un único límite, el respeto a los principios básicos establecidos en ella, un mínimo de un área por provincia y una población de 200.000/250.000 habitantes por área, aunque se prevén excepciones. La excepción es expresa para Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla.

En el año 1986 constituyen sus Áreas de Salud: Andalucía (Ley 8/86: 8 áreas), Aragón (D. 130/86: 4 áreas), La Rioja (33/86: 1 área) y Valencia (O. 2-6-86: 23 áreas). En 1987 lo hacen: Baleares (DD. 34 y 122/87: 3 áreas), Canarias (D. 63/87: 9 áreas), Castilla-La Mancha (D. 16/87: 1 área provisional) y Murcia (D. 27/87: 6 áreas). El

Pais Vasco (O. 27-2-1987) revisa la ya efectuada y reduce a tres el número de áreas. Así, salvo Castilla-La Mancha y Castilla y León, todas las comunidades cuentan, desde 1987, con la delimitación territorial de sus Áreas de Salud. Madrid (O. 19/88, Cantabria (D. 1/89) y Galicia (D. 55/89) han revisado posteriormente la delimitación inicial, que ha afectado a niveles inferiores al Área. La mayoría de comunidades opta por enumerar municipios, concejos, parroquias, etc., para conformar la población del área. Andalucía hace coincidir el Área de Salud con la provincia; Valencia y Castilla-La Mancha determinan la población que teóricamente comprenderán sus

áreas (200.000/250.000 y 100.000/300.000 h., respectivamente). Sólo Cataluña, Murcia y La Rioja indican la población concreta de cada área. Por tanto, para obtener una aproximación a la media de habitantes por área, acudimos a la población total de la comunidad y al número de áreas que establecen: la media oscila entre 100.000 y 300.000 habitantes, aproximándose a los límites de la LGS. Sin embargo, destacan tres excepciones, que coinciden con comunidades muy extensas o densamente pobladas: Andalucía, Cataluña y Madrid, con una media de 805.219, 476.021 y 433.271 habitantes por área, respectivamente.



POSTERS

SESIÓN: SALUD Y ADMINISTRACIÓN LOCAL: CIUDADES SALUDABLES Y OTRAS ACTUACIONES INTERSECTORIALES

1. Sugerencias de los ciudadanos para mejorar la ciudad de Elche recogidas en una encuesta de salud

A. Silvestre / L. González / C. Piera / C. Colomer / C. Álvarez-Dardet / M. Peña / A. Candela

2. I Evaluación de la unidad de diagnóstico y prevención de enfermedades de transmisión sexual de Sevilla

P. Borrero / J.I. Martínez / M.A. Mendo / R. Pereiro / I. Pueyo

3. Estructura y evaluación del subprograma de control de la gripe en Castilla y León

C. Ruiz / G. Doménech / J. Martín

4. Modelo de desarrollo de servicios de sanidad ambiental en el marco del futuro Servicio Regional de Salud

J. Gutiérrez / C. Riobos / J. Atienza

5. Programas y actuaciones intersectoriales en materia de salud y medio ambiente en Castilla-La Mancha

J. Gutiérrez / M. Martínez / P. Simón

6. Desigualdades de indicadores de promoción de salud

A. Silvestre / C. Álvarez-Dardet / C. Colomer / T. Zafra / L. González

7. La encuesta de salud de Reus: Metodología de la realización de una encuesta de salud en una ciudad de 80.000 habitantes y resultados

J. Palacio / F. Palacio / A. Pous

8. Desigualdades en indicadores de promoción de salud

A. Silvestre / C. Álvarez-Dardet / C. Colomer / T. Zafra / L. González

SESIÓN: NUTRICIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. Primeros resultados del estudio «Educa-HTA»: Estudio de dos modelos de intervención de educación sanitaria: Ensayo controlado en HTA

C. Germán / P. Blanco / E. Contreras / C. Heierle / A. Salas / V. Zunzunegui (Equipo Educa-HTA)

2. Evaluación del programa de manipuladores de alimentos

J.M. Sebastián / J.J. Guillén

3. Promoción de la higiene bucodental y detección precoz de la caries en las poblaciones de Gavà y Viladecans (Barcelona)

I. Coca / M. Cerdán / R. Llopis / M. Maicas / J. Pradas / R. Zapater

4. Seguimiento de las derivaciones por déficit visual y escoliosis realizadas en el marco de un programa de salud escolar

A. Mendiola / L. Balagué / A. Arranz / L. Dorronsoro

5. La selección de medicamentos como estrategia en educación para la salud

J.M. Hernández / F. Guerra / M.L. López

6. Programa de educación sanitaria individualizada en el centro municipal de planificación familiar

M.D. Vilaplana / S. Sáez

SESIÓN: SALUD INFANTIL Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

1. Prevalencia de carencia de hierro en una población preescolar

D. Gutiérrez / M.J. Colomer / P. Momparler / C. Barona / C. Colomer

2. Proyecto de prevención y detección de los trastornos madurativos en una consulta de salud infantil

M. Gili / A. Palacio / C. Bregolat / A. Llatas / L. Figueiras / A. Camino / J. Costa / M.D. Vega / A. Campo

3. Compactación de programas sectoriales de educación sanitaria para la enseñanza primaria

C. Bení / M. Calero / A. Gadea / P. Font / J.M. Martínez / I. Vallverdú / N. Villena

4. Proyecto de racionalización y mejora del plan regional de detección precoz de metabopatías en Castilla-La Mancha

M. A. García / A. Álvarez / M.L. Barroso

5. Validación de un instrumento para la detección de personas mayores de 65 años con necesidades de utilización de servicios de atención sociosanitaria

E. Rivero / E. Portella / E. Carrillo / D. Colom / L. Ferrus / C. Murillo / J. Murillo

6. Estudio de las necesidades podogeriátricas del distrito Nº IX Sant Andreu de Barcelona

A. Arévalo / F. Castro

7. El anciano en atención primaria

M.A. Busto / G. Coma / R.M. Cortés / J. Corrales / M.J. Cuevas / J. Fernández / C. González / E. Oltra / F. Plaza / M. Rodríguez / R. Sánchez / B. Sopeña / S. Tranche

SESIÓN: RACIONALIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

1. Funcionamiento del servicio de urgencias

R. Suárez del Villar / R. Manteiga

2. Proyecto de plan para la atención médica urgente en Navarra

C. Calderón / C. Garde / A. Arrazola / C. Imizcoz

3. UCE en la organización de los servicios de urgencias

J.L. Azpiazu / I. Barreña / J.C. Marguello / J.M. Martínez

4. Análisis de la demanda domiciliaria del servicio de atención urgente en el área del Gran Bilbao. Propuestas de reordenación de los recursos sanitarios

I. García

5. Demanda autorizada generada por un centro de atención primaria sobre el servicio de urgencias hospitalario

J.M. Pérez / T. Belzunegi / M.A. Biurrun

6. Eficiencia de la policía local en la asistencia y transporte de urgencias médicas: experiencia de Lloret del Mar y Girona

J. Parellada / J. Coderch / J. Marrugat / C. Sardà / E. Miñana / R. Masía

7. Actuación ante un síncope en la atención prestada por el servicio de atención urgente

L.G. Tosantos / I. García

SESIÓN: INFORMACIÓN SANITARIA

1. Informática aplicada a la atención primaria

R. Suárez del Villar / C. Antuña

2. Sistema de información sobre drogodependencias de la CAV. Evolución de los indicadores, 1987-1988

L. Ruiz / J. Asúa

3. Encuesta de opinión sobre aspectos del sistema de notificación de enfermedades transmisibles en Castilla-La Mancha

S. de Mateo / C. García / R. Perea

4. Sistema de información para la gestión y control de la prestación farmacéutica a nivel de área sanitaria

M.A. Jiménez

5. El sistema de información sanitaria en APS en Castilla y León

M. Pérez / J. Doménech / G. Ruiz

6. Descripción de una hoja de registro para diagnóstico y tratamiento en atención primaria: su utilidad como base para la investigación aplicada

A. Sáez / R. Acuña / C. Alberola / D. Álvarez / S. Ayala / E. Cruz / B. Fernández / A. Herreros de Tejada / E. García / A. González / C. Martínez-Aguayo / T. Orille / P. Pérez / E. Sevilla / M.J. Vico

7. Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en instituciones penitenciarias

L. Martín / A. Granados / E. Megías / R. de la Torre

8. Programas sobre drogodependencias en instituciones penitenciarias

E. Megías / A. Granados / L. Martín / R. de la Torre

SESIÓN: OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN

1. Documento para la gestión, planificación y evaluación de la atención especializada en el área de salud

C. Martín / J. Menal / M. Horno

2. Evaluación del programa de control de la TBC del Área de gestión 7, Centre

E. Carrillo / P. González / A. Martín / J.M. Pina / J.L. López

3. Relación entre la demanda de asistencia y la oferta hospitalaria: discordancia entre morbilidad expresada y demanda asistida

A. Sans / J. Ferré / M. Huguet

4. Evaluación de cambios en la planificación de servicios psiquiátricos con el registro acumulativo de casos

J. A. Ozamiz

5. Programa de cita previa hospitalaria para la comarca interior de Vizcaya

M. Mesa

6. Adecuación de los recursos a la demanda de hemodiálisis en la provincia de Sevilla

A. Gonzalbes / J. Barroeta

7. Estimación del gasto sanitario en España en 1988

B. Girón / M. Dilme / J. Velayos / J. Elola

8. Derivaciones de atención primaria. Comparación modelos

A. Sánchez / A. Iglesias / C. Diego / A. Martínez / S. Álvarez

9. Nueva organización funcional de la gestión territorial en atención primaria

R. Ruiz / J. Roma / P. Solans

10. El nuevo modelo de atención primaria frente al modelo tradicional de asistencia

M.D.Vega / J.A. García

11. Gestión de un servicio de radiodiagnóstico en un área sanitaria

R. Suárez del Villar / J.M. Fernández / J.A. Vázquez

12. Atención primaria de salud en Andalucía. Análisis de presupuestos años 1983-1989

J.R. Rueda

13. Aproximación al coste de funcionamiento de un equipo de atención primaria

J. Roma

14. Tratamiento informático del conjunto mínimo básico de datos en Cataluña

S. Asensio / R. López / SCOI

15. Nuevos instrumentos de gestión aplicados a un hospital general

J. Berenguer / C. Llorens

16. El suministro de material en una área sanitaria.

R. Suárez / A. Lera / C. Piquero / J.A. Corral

17. Estudio de los costes de un área sanitaria.

R. Suárez / A. Lera / M.R. Sors / J.M. Iglesias

SESIÓN: LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

1. Atención de enfermería integral y personalizada en el centro de salud de Arambizkarra (Vitoria-Gasteiz)

I. Larrinaga

2. Atención domiciliaria en la población de Ripollet (Barcelona)

C. Méndez / T. Bellavista / I. Guiard

3. Estudio de necesidades del personal de enfermería en un servicio de urgencias de un Hospital General

J. Legarreta / S. Sarrionandia

4. Programa de acogida y orientación al personal de enfermería de nuevo ingreso en un hospital

S. Sarrionandia / C. Munín / A. Chueca / J. Legarreta / A.M. Orbe

5. Diagnósticos de enfermería en la práctica de un centro de salud

M. de Pedraza / I. Méndez / M.L. Paje / R. Martín / E. Sáez / M.A. Sánchez / J.L. Turabian

6. Experiencia de educación materno-infantil en el hospital de área y su referenciación a APS

M.S. Álvarez / R.M. Plata / O.A. Sánchez

SESIÓN: EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

1. El paciente terminal en atención primaria: la experiencia de tres centros de salud en Asturias

S. Tranche / M. García / D. García / C. González / L. Iglesias / E. Oltra

2. El registro del problema de salud principal en atención primaria

B. Bolívar / S. Juncá / F. López / C. Vela / M. Marzo

3. Prevención de la hepatitis B en el medio ambulatorio: evaluación del programa del Área de Gestión Centre

T. Campanera / E. Carrillo / R. Blanch

4. Atención al paciente drogodependiente en el centro de AP Nivel 2 Montclar, Subsector Sant Boi

R.M. Marcos / M. Olvera / A. González

ÍNDICE DE AUTORES

- Acevedo P, 14
 Acuña R, 14, 30
 Alberola C, 14, 30
 Alcaraz M, 12
 Alemany R, 6
 Alfonso MT, 4
 Almazán C, 20
 Almisas M, 12
 Alonso A, 24
 Alonso J, 13, 23
 Álvarez D, 14, 30
 Álvarez I, 18
 Álvarez-Dardet C, 29, 29,
 29
 Álvarez Labra S, 30
 Álvarez MS, 30
 Álvarez Rallo A, 29
 Anasagasti I, 18
 Andrés J, 20
 Antó JM, 13, 23
 Antuña C, 29
 Arévalo A, 29
 Arranz A, 29
 Arrazola A, 29
 Arriola P, 18
 Artal R, 25
 Asensio A, 30
 Asensio S, 20, 30
 Astray J, 2
 Asúa J, 6, 6, 30
 Atares G, 10
 Atienza J, 29
 Aurrekoetxea J, 6, 6
 Ayala S, 14, 30
 Azpiazu JL, 29

 Bages M, 22
 Balanzategui I, 10
 Balagué L, 29
 Bango M, 18, 21
 Bañeres J, 23
 Barceló C, 11
 Barona C, 12, 29
 Barreña I, 29
 Barrigón M, 6
 Barrio M, 6
 Barroeta J, 17, 17, 23,
 30
 Barroso ML, 29
 Bataller E, 2
 Bautista A, 17, 17, 23
 Beguiristain J, 7
 Bellavista T, 10, 30
 Belzunegi T, 29
 Beni C, 29

 Benito I, 17
 Berenguer J, 30
 Bernal JL, 20, 21
 Berraondo I, 10, 15
 Biurrun MA, 29
 Blanch R, 30
 Blanco P, 29
 Bofill G, 8
 Bolibar B, 30
 Borrás JM, 25
 Borreguero V, 7
 Borrero P, 29
 Botella A, 24
 Bravo A, 24
 Bregolat C, 29
 Briones E, 17
 Broquetas J, 23
 Busto MA, 29

 Caballol E, 10
 Calderón C, 18, 29
 Calero M, 29
 Calonge S, 13
 Caminal J, 15
 Camino A, 29
 Camiña P, 8
 Campanera MT, 15, 15,
 30
 Campo A, 29
 Candela A, 29
 Carrillo E, 14, 21, 29,
 30, 30
 Casado C, 16
 Casado F, 16
 Casanova M, 12
 Casas A, 24
 Casas AM, 7
 Castells X, 20, 20
 Castillejo J, 24
 Castro F, 29
 Castro N, 27
 Catalán A, 8
 Cerdán M, 11, 29
 Cirera LI, 5
 Coca I, 11, 29
 Coderch J, 29
 Colom D, 13, 29
 Colomer C, 3, 4, 11, 11,
 12, 29, 29, 29, 29
 Colomer MJ, 12, 29
 Coma G, 29
 Comelles JM, 8
 Contreras E, 29
 Corcuera E, 2
 Cortés RM, 29

 Corral JA, 30
 Corrales J, 29
 Costa D, 10
 Costa J, 24, 29
 Costa M, 2
 Coto JC, 6, 6
 Cruz C, 12
 Cruz E, 14, 30
 Cruz T, 14
 Cuevas MJ, 29
 Chueca A, 30

 Davis J, 8
 de Andrés I, 24
 de Juan-Creix I, 8
 de la Torre R, 27, 27,
 30, 30
 de Mateo S, 30
 de Pedraza M, 30
 del Llano FJ, 2
 del Llano J, 2
 Diego C, 30
 Dilme M, 30
 Domenech, G, 29
 Domenech J, 30
 Donat F, 11, 11
 Dorronsoro L, 29
 Dorronsoro M, 10
 Dupuy MJ, 11, 11

 Eudaldo T, 25
 Elola J, 30
 Equiza JJ, 2
 Errezola M, 21
 Esnaola S, 21
 Espinás J, 20
 Espinosa L, 2

 Farrés J, 21, 15, 30
 Fernández B, 14, 30
 Fernández J, 16, 29
 Fernández M, 16
 Fernández de Gamarra J,
 21
 Fernández Gómez A, 13
 Fernández Hidalgo JM,
 30
 Fernández Jiménez, 25
 Fernández López J, 25
 Fernando D, 17
 Ferrari A, 8
 Ferrús L, 29
 Figueiras L, 29
 Font M, 8
 Font P, 29

 Gadea A, 29
 Galbe A, 20, 20
 Gallego J, 8
 Gálvez R, 23
 García A, 3
 García AM, 3
 García E, 14, 30
 García D, 30
 García M, 6, 6, 30
 García N, 16
 García P, 12
 García R, 2
 García Carbajo JA, 30
 García Colmenero C, 30
 García García I, 7
 García Merino I, 29, 29
 García Moreno N, 25
 García Sánchez MA, 29
 García Vargas-Machuca
 R, 14
 Garde C, 29
 Gascón E, 4
 Germán C, 29
 Gili M, 29
 Girón B, 30
 Gonzalbes A, 30
 González A, 14, 30, 30
 González C, 29, 30
 González L, 29, 29, 29
 González P, 14, 30
 Gonzalo C, 3
 Gracia C, 7
 Gracia M, 10
 Granados, 27, 27, 30, 30
 Granados J, 24
 Guerra F, 29
 Guiard I, 30
 Guillén JJ, 29
 Guirao A, 26, 26, 27
 Gutiérrez D, 12, 29
 Gutiérrez J, 29
 Gutiérrez JL, 4
 Gutiérrez Morlote J, 2,
 3, 29

 Heierle C, 29
 Hernández A, 12
 Hernández JM, 29
 Herreros A, 14, 30
 Horno M, 30
 Huguet M, 8, 24, 30

 Iglesias A, 30
 Iglesias JM, 30
 Iglesias L, 30

- Imizcoz C, 29
Iruzubieta JL, 3
Isla P, 8
- Jiménez L, 2
Jiménez Ortiz MA, 30
Juncà S, 30
Juvanet N, 24
- Laguna I, 17
Larrinaga I, 30
Legarreta J, 30, 30
Lera A, 30, 30
Limón J, 7
Lopaz MA, 6, 6
López F, 30
López JL, 14, 30
López ML, 29
López R, 30
López Arriba PA, 26
Losa J, 18
Lucas R, 14
Luque S, 24
- Llatas A, 29
Llopis R, 11, 29
Llorens C, 30
- Madridejos R, 8
Maicas M, 11, 29
Maiz E, 15
Mansilla PP, 26, 26, 27
Manteiga R, 29
Marcos RM, 30
Marguello JC, 29
Marín RM, 11, 11
Marión J, 15
Marrugat J, 29
Martín A, 14, 30
Martín C, 20, 21, 30
Martín J, 4, 29
Martín L, 27, 27, 30, 30
Martín R, 30
Martínez JM, 29, 29
Martínez M, 8
Martínez-Aguayo C, 14, 30
Martínez Bohigas E, 12
Martínez Cañedo A, 30
Martínez Cepa N, 2, 3, 29
Martínez García C, 13
Martínez González JL, 24
Martínez Noval JA, 18
Martínez Millan JI, 17, 29
Martínez Millán U, 23
Martínez Segura PF, 22
Marzo M, 30
Masià R, 29
Mata G, 24
MCACE CONSORTIUM, 21
- Megías E, 27, 27, 30, 30
Melero JM, 17, 23
Mena J, 17
Mena R, 24
Menal J, 30
Méndez C, 30
Méndez I, 30
Mendiola A, 29
Mendo MA, 29
Menéndez JJ, 18
Mendieta JM, 18
Merino IG, 18
Mesa M, 30
Millares JL, 30
Miñana E, 29
Momparder P, 12, 29
Moncada S, 5
Montabes E, 18
Morales P, 14
Mori M, 8
Moya MJ, 3
Munin C, 30
Muñiz J, 10
Muñoz J, 18
Murillo C, 6, 29
Murillo J, 13, 29
- Nájera P, 8
Nieto J, 17, 17
- Orille T, 14, 30
Oltra E, 29, 30
Olvera M, 30
Orbe AM, 30
Orea F, 24
Ortiz J, 18, 21
Ozamiz JA, 30
- Paino J, 15
Paje ML, 30
Palacio A, 29
Palacio F, 29
Palacio J, 29
Paniagua E, 18
Parellada J, 29
Peiró R, 3
Peña M, 29
Perea R, 30
Pereiro R, 18, 29
Pérez AC, 24
Pérez M, 30
Pérez P, 14, 30
Pérez Callejón A, 16
Pérez Gómez JM, 29
Piera C, 29
Piña JM, 14, 30
Piquero C, 30
Plana M, 8
Plata RM, 30
Plaza F, 29
Portella E, 13, 29
Pous A, 29
Pradas J, 11, 29
- Puertas ML, 7
Pueyo I, 29
Puzan R, 11
- Quintas J, 15
Quiralte A, 26, 27
- Ramiro F, 26, 26, 27
Ramis O, 20, 25
Ramos MI, 7
Raposo MF, 17
Rebull J, 4
Rey ME, 15, 15
Rico E, 10
Rico RM, 10
Riolobos C, 29
Rivero E, 29
Rodríguez M, 29
Rodríguez R, 7
Rodríguez Almodóvar F, 17
- Roma J, 30, 30
Romera MT, 6
Romera T, 18
Rué M, 20
Rueda JR, 30
Ruigómez A, 13
Ruiz C, 29
Ruiz M, 2
Ruiz MT, 4
Ruiz Cortinas R, 30
Ruiz Cosin G, 30
Ruiz de Galarreta L, 30
- Sáez E, 30
Sáez S, 29
Sáenz A, 14, 30
Saglione G, 8
Salas A, 29
Sánchez I, 26, 27
Sánchez J, 26, 26, 27
Sánchez MA, 30
Sánchez OA, 30
Sánchez R, 29
Sánchez-Cantalejo E, 13
Sánchez Menéndez A, 30
San Martín R, 2
Sans A, 24, 30
Sanz JR, 18
Sardà C, 18
Sardà N, 4
Sarrionandía S, 30, 30
SCOI, 30
Sebastián JM, 29
Serra N, 24
Sevilla E, 30
Silio F, 14
Silvestre A, 4, 29, 29, 29
Simón P, 2, 3, 29
Sola C, 15
Solans P, 30
- Sopeña R, 29
Sors MR, 30
Suarez R, 30, 30
Suarez del Villar, 29, 29, 30
Suárez TV, 18, 21
Subias A, 25
- Tamato A, 10
Tejedor F, 8
Tejero JA, 8
Torres E, 12
Tort J, 10
Tosantos LB, 29
Tranche S, 29, 30
Trovo AM, 26
Turabian JL, 30
- Urbaneja F, 6, 6
Urbieta R, 14
- Vallribera P, 25
Vázquez JA, 30
Vega MD, 24, 29, 30
Vela C, 30
Velayos, 30
Viciola M, 4, 6
Vico MJ, 30
Vilaplana MD, 29
Villa I, 10, 15
Villena N, 29
Villate R, 2
Vallverdú I, 29
- Walker RM, 4
- Yrigoyen P, 26
- Zafra T, 29, 29
Zapater R, 11, 29
Zuazagoitia J, 8
Zunzunegui V, 29