

## COMUNICACIONES CARTEL

Jueves, 12 de septiembre (15:30 h)

### C.1.3. Investigación clínica y de servicios sanitarios

Moderadora:  
*M. Isabel Pasarín*

#### CONSECUENCIAS PARA LA ELECCIÓN TERAPÉUTICA DE LA DIFICULTAD DE OBTENER UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ALERGIA A FÁRMACOS

E. Mariño, H. Falcão, N. Lunet, E. Gomes, L. Cunha y H. Barros  
*Unidad de Inmunología, Hospital Maria Pia, Porto, Portugal. Servicio de Higiene y Epidemiología, Facultad de Medicina de Porto, Porto, Portugal.*

**Antecedentes:** El diagnóstico con exactitud de reacciones de hipersensibilidad a fármacos es difícil y su prevalencia, evaluada por auto-declaración, es probablemente sobreestimada. La clasificación incorrecta de los enfermos relativamente a la existencia de alergia tiene consecuencias en las opciones individuales de tratamiento y es responsable por un desnecesario aumento de los costes asociados.

**Objetivo:** Cuantificar la sobreestimación de la prevalencia de reacciones alérgicas a la aspirina e la penicilina obtenida por auto-declaración así como sus consecuencias en la elección de tratamiento.

**Métodos:** Efectuamos un estudio transversal en 2.172 estudiantes universitarios utilizando un cuestionario auto-administrado para obtener información acerca de la ocurrencia e características de los episodios de reacciones alérgicas. Tres alergólogos analizaron separadamente la información obtenida de cada participante, de modo a clasificar cada uno de ellos como probablemente alérgico, probablemente no alérgico o no clasificable con la información disponible, y a responder a la pregunta "¿Prescribiría penicilina/aspirina a este paciente?".

**Resultados:** Sesenta y seis participantes declararon ser alérgicos a la penicilina e 32 refirieron alergia a la aspirina. Cada uno de los médicos clasificó como probablemente alérgico respectivamente 16,7%, 18,2% y 54,5% de los individuos que declararon alergia a la penicilina y 21,9%, 43,8% y 53,1% dos casos de hipersensibilidad a la aspirina. Para ambas situaciones la concordancia entre los tres médicos fue baja ( $k < 0,4$ ). De cualquier manera, los médicos prescribirían penicilina a apenas 7,5%, 6,1% y 6,1% y aspirina a 6,3%, 3,1% y 6,3% de los individuos que declararon ser alérgicos a penicilina y aspirina, respectivamente.

**Conclusiones:** A pesar de los médicos haber clasificado como probablemente alérgicos una baja proporción de los individuos, la mayor parte de las veces no se arriesgarían a prescribir estos fármacos a los pacientes, aún siendo baja la probabilidad de una verdadera reacción alérgica. Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que la clasificación de un individuo en relación a su estado de alergia a fármacos basada apenas en información sobre un episodio no observado puede ser responsable por la no realización de tratamiento o por escoja de fármacos de segunda línea, con los costes subsiguientes.

72

73

**BENEFICIO EN CAPACIDAD FUNCIONAL VISUAL DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS EN EL SEGUNDO OJO. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO**

M Comas, X Castells, V Martínez, J Tuñí, M Castilla, J García-Arumí, J Alonso y M Espallargues

*Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria, Barcelona; Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** El incremento persistente en la demanda y tasas de cirugía de cataratas ha desembocado en un debate sobre los beneficios de la cirugía en el segundo ojo. El objetivo de este estudio fue evaluar los beneficios de la cirugía de cataratas en ambos ojos (intervención) comparándola con la cirugía en un solo ojo (control).

**Métodos:** Se realizó un ensayo clínico controlado de dos ramas en pacientes con cataratas bilaterales e indicación de cirugía de cataratas del primer ojo. Se excluyeron aquellos pacientes con comorbilidad ocular severa. Las medidas de resultado de salud percibida fueron: capacidad funcional visual medida a través del Índice de función visual VF14, que tiene un rango de 0 (máxima discapacidad) a 100 (libre de discapacidad básica), dificultad con la visión y satisfacción con la visión. Además se tomaron las medidas clínicas: agudeza visual binocular (peor 0 y mejor 1) y visión estereoscópica (mejor 1,2 y peor 3,65). Para el análisis se compararon los resultados de las visitas postoperatorias entre 4 y 6 meses después de la última cirugía para cada grupo: después del segundo ojo para el grupo intervención y después del primer ojo para el grupo control.

**Resultados:** De 296 pacientes reclutados para el estudio, 148 fueron asignados al grupo de intervención y 148 al grupo de control. Los grupos presentaron características similares en la evaluación preoperatoria. Los resultados en salud percibida relacionada con la visión fueron mejores para el grupo de cirugía en ambos ojos: índice de función visual VF14 97,7 contra 89,5 ( $p < 0,001$ ); porcentaje de pacientes libres de discapacidad funcional básica (VF14 = 100) 74,1% contra 43% ( $p < 0,001$ ); porcentaje de pacientes declarando no tener ninguna dificultad con la visión 86,3% contra 61,5% ( $p < 0,001$ ) y porcentaje de pacientes muy satisfechos con su visión 88,5% contra 62,2% ( $p < 0,001$ ). En cuanto a las medidas clínicas de visión, los pacientes operados de ambos ojos obtuvieron mejores resultados en visión estereoscópica (1,75 contra 2,37,  $p < 0,001$ ) y en agudeza visual (0,8 contra 0,71,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La cirugía en ambos ojos presenta un beneficio especialmente relevante en capacidad funcional visual, satisfacción con la visión y visión estereoscópica, pero un beneficio moderado en agudeza visual, que es la medida clínica habitual en pacientes de cataratas. Sin embargo, se debe destacar que un elevado porcentaje de pacientes consigue el máximo nivel en las medidas de capacidad funcional después de la cirugía del primer ojo y, por lo tanto, el beneficio esperado de la segunda cirugía es menor. La diferencia entre el perfil de mejora en capacidad funcional visual y el de la agudeza visual sugiere la necesidad de incorporar la medida de la capacidad funcional en la evaluación de pacientes de cirugía de cataratas del segundo ojo.

75

**INFLUENCIA DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES Y DE LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE ESAS EXPECTATIVAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO**

A. Figueiras, E. Lado Lema, M. Vacariza, J.A. Ferreira, R. Iglesias, M.C. Almirón, M.D. Gómez y J.J. Gestal

*Dto. Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. Centro de Atención Primaria de Vite, SERGAS, Santiago de Compostela.*

**Antecedentes y objetivos:** Varios estudios coinciden en los escasos conocimientos que tienen los pacientes en materia de medicamentos y en la influencia que ejercen las expectativas de los pacientes en la prescripción, a través de la percepción que el médico tiene de estas. Sin embargo, se desconoce el efecto que tienen los conocimientos y las actitudes de los usuarios en sus expectativas, en las percepciones de los médicos de esas expectativas y en la prescripción de medicamentos. El objetivo de este estudio es valorar el efecto que ejercen (1) las actitudes de los pacientes en sus expectativas y (2) las expectativas de los usuarios y la percepción de los médicos de estas expectativas en la prescripción de medicamentos.

**Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles anidado sobre una cohorte de 937 sujetos adscritos a un centro salud de Santiago de Compostela. En el estudio de cohortes se entrevistó a 649 sujetos en su domicilio para valorar, entre otros, los conocimientos y las actitudes de los sujetos en materia de medicamentos. El estudio de casos y controles estuvo formado por los 127 sujetos de la cohorte que acudieron al centro de salud durante los 3 meses que duró el seguimiento. En el centro se realizó (1) una entrevista a los pacientes antes de la consulta para valorar sus expectativas sobre el número de medicamentos que esperaba que le prescribiese el médico, y (2) un formulario autocumplimentado por los médicos para valorar su percepción de las expectativas de cada uno de los pacientes del estudio acerca del número de medicamentos que esperaban, y también para conocer el número de medicamentos prescritos. Se consideraron casos los sujetos a los que se les prescribió algún medicamento y controles a los que no se les prescribió ninguno. En el análisis estadístico se aplicó un análisis factorial, comparación de proporciones y regresión logística.

**Resultados:** La información de las 38 actitudes valoradas se resumió en 10 factores que explican más del 47% de la varianza. Las actitudes de los pacientes condicionan sus expectativas sobre el número de medicamentos prescritos: dos factores están asociados a las expectativas ( $p < 0,05$ ). La prescripción de medicamentos parece estar asociada a la percepción del médico de las expectativas de los pacientes ( $p < 0,0001$ ), pero las expectativas de los pacientes no muestran relación con la percepción del médico de sus expectativas ( $p > 0,05$ ) ni con la prescripción de medicamentos ( $p > 0,05$ ). Por otro lado, los médicos sobrestiman ligeramente las expectativas de los pacientes.

**Conclusiones:** 1) Las actitudes de los pacientes condicionan sus expectativas, 2) la prescripción de medicamentos está asociado con la percepción del médico de las expectativas de los pacientes, y 3) las expectativas de los pacientes no están relacionadas con el número de medicamentos prescritos, ya que 4) los médicos perciben mal las expectativas de los pacientes, sobrestimándolas.

74

**PREVALENCIA, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES CRÓNICAS DE DIABETES TIPO 2 CONOCIDA EN EL PAÍS VASCO**M.I. Larrañaga, J.M. Arteagoitia, J.L. Rodríguez, I. Baonza y J.A. Pinies  
*Vigilancia Epidemiológica. Salud Pública, Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, Donostia-San Sebastián. Vigilancia Epidemiológica, Salud Pública, Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. Vigilancia Epidemiológica, Salud Pública, Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, Bilbao. (Vigilancia Epidemiológica, Salud Pública, Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. Endocrinología y Nutrición, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Bilbao.*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia, incidencia y complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2 conocida en la población atendida en Atención Primaria en el País Vasco.

**Métodos:** Durante el año 2000 se realizó un estudio a partir de una muestra de 65651 personas > 24 años atendidas en las consultas de 61 médicos de AP pertenecientes a la Red de Médicos Vigía del País Vasco. Se consideraron casos prevalentes a los pacientes con diabetes tipo 2 registrados durante el período del estudio, independientemente de la fecha de diagnóstico. Se consideró caso incidente a las personas, que no siendo conocidas como diabéticos con anterioridad al 1 de enero del 2000, fueron diagnosticadas de diabetes a lo largo del año 2000. El diagnóstico de diabetes de casos incidentes se basó en los criterios de la ADA y de la OMS. Se registraron las posibles complicaciones crónicas de la diabetes: retinopatía, nefropatía, presencia de enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, ACV, y arteriopatía periférica) y polineuropatía.

**Resultados:** Casos prevalentes: la prevalencia de diabetes tipo 2 conocida fue de 47 por 1000 (IC 95%: 45-49), siendo máxima (130 por 1000) en el grupo de edad entre 65-74 años. La edad media de los casos prevalentes fue 68 años, significativamente mayor en las mujeres ( $p < 0,001$ ) y la duración media de la enfermedad  $10 \pm 4,5$  años. La prevalencia de retinopatía, nefropatía y polineuropatía fue alrededor del 20% en los diabéticos tipo 2 conocidos. La prevalencia de nefropatía diabética fue mayor en hombres ( $p < 0,05$ ), mientras que la presencia de retinopatía fue mayor en mujeres ( $p < 0,05$ ). La macroangiopatía (enfermedad coronaria, ACV y arteriopatía periférica) fue la complicación crónica más frecuente (33%) en los casos prevalentes, siendo mayor en hombres ( $p < 0,05$ ). Casos incidentes: la incidencia de diabetes tipo 2 conocida en la población > 24 años atendida en las consultas de AP fue de 4,5 por 1000 habitantes (IC 95%: 4,0-5,0) y similar para ambos sexos, con una edad media de 64 años más elevada en las mujeres ( $p < 0,05$ ). El grupo de 65-74 años registró la máxima incidencia (12,7 por 1000). El 36% de los casos incidentes presentaban al diagnóstico complicaciones de la diabetes: 21,6% macroangiopatía, 12,5% neuropatía, 12,6% nefropatía y 6,5% retinopatía diabética.

**Conclusiones:** 1) Se aporta por primera vez la incidencia (4,5 por 1000) y la prevalencia (47 por 1000) de la diabetes tipo 2 conocida en Atención Primaria a nivel del País Vasco. 2) Tanto en los casos incidentes como en los prevalentes de diabetes tipo 2 conocida la complicación crónica más frecuente fue la macroangiopatía (22% y 33% respectivamente). Los hombres con diabetes tipo 2 conocida presentaban una mayor frecuencia de macroangiopatía y nefropatía diabética, mientras que las mujeres con diabetes tipo 2 conocida presentaron mayor retinopatía diabética.

76

**PREVALENCIA DE VARICES Y FACTORES ASOCIADOS, EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE ADULTOS**M. Ahumada, J. Vioque, E. Martín-Aragón, P. Llopez y L. Asensio  
*Universidad Miguel Hernández, Dpto Salud Pública, Valencia.*

**Antecedentes:** La patología del sistema venoso es un problema de salud que afecta principalmente a la sociedad occidental, resultando en una considerable morbilidad en la población y un alto coste para los servicios de salud. En muchos países, las varices constituyen probablemente el problema más común atendido en cirugía general, habiéndose estimado en algún estudio que el personal de enfermería invierte hasta un 30% de su tiempo en el cuidado de pacientes con úlceras flebotáticas.

**Objetivo:** Al disponer de datos de una Encuesta de Nutrición y Salud realizada sobre una muestra representativa de adultos de tres provincias españolas, se investigó el problema de salud que representan las varices a nivel poblacional, y los factores asociados a su presencia incluidos factores sociodemográficos, estilos de vida, la dieta y otras patologías acompañantes.

**Métodos:** Se han utilizado los datos de una encuesta de nutrición realizada sobre una muestra representativa de población adulta mayor de 14 años en la que participaron 833 hombres y 981 mujeres (participación del 74,4%). En entrevistas domiciliarias se recogió información sobre la existencia de varices (no/sí) y sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, ingresos familiares, categoría profesional), consumo de tabaco y alcohol, actividad física, estado de salud subjetiva, índice de masa corporal y la ingesta de alimentos y nutrientes. Se estimaron prevalencias de varices por edad y sexo, y se analizó la asociación entre varices y las variables estudiadas mediante regresión lineal múltiple estimando odds ratios ajustadas con sus intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** La prevalencia de varices venosas fue mayor en mujeres, 26,4%, que en hombres, 5,4% ( $p < 0,001$ ). Se observó un aumento de la prevalencia de varices con la edad desde el 7,7% en las mujeres de 15-24 años, hasta el máximo del 42,9% en las mujeres de 50 a 64 años, y desde el 0,4% en los hombres de 15-24 años, hasta el máximo del 9,2% en los mayores 65 años. En el análisis multivariante, las variables asociadas a una mayor presencia de varices fueron, el ser mujer, OR = 5,68 (IC95%: 3,91-8,25), una edad avanzada ( $p < 0,001$ ), un mal estado de salud ( $p = 0,02$ ), la presencia de hemorroides, OR = 1,62 (IC95%: 1,14-2,30), un índice de masa corporal elevado, OR IMC  $\geq 30$ /IMC  $< 25 = 1,57$  (IC95%: 1,06-2,34), y los que pertenecían a la categoría profesional de empresarios y obreros. Para el alcohol se ha observado una curva en J, con un efecto protector del consumo moderado respecto al no consumo, OR 6-12 g/día = 0,47 (IC95%: 0,27-0,84), OR 12-24 g/día = 0,59 (IC95%: 0,33-1,05) y OR  $\geq 24$  g/día = 0,74 (IC95%: 0,38-1,35). Ni la dieta ni las demás variables se asociaron a la presencia de varices.

**Conclusiones:** El ser mujer y tener una edad avanzada se asoció a una mayor presencia de varices venosas. La prevalencia de varices fue también mayor con el sobrepeso, un mal estado de salud, la presencia de hemorroides, y entre empresarios, mientras que un consumo moderado de alcohol pareció ejercer un efecto protector.

77

**LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: FUNCIONES Y ROL EN EL SISTEMA SOCIO-SANITARIO**

J. Rivera y J.M. Morales

*Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Servicio de Investigación, Ministerio de trabajo y servicios sociales, Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** Podemos definir los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como un movimiento social caracterizado por la realización de funciones educacionales, de soporte, y de orientación al cambio personal y dirigido a la solución de un problema de la vida diaria o a tratar una condición compartida por todos los miembros. Los profesionales no tienen un rol activo dentro de los grupos, a menos que ellos participen como miembros del mismo. En nuestro país, los GAM son una alternativa importada, sin apenas tradición, y que han sido promocionadas principalmente por: a) algunos profesionales de la salud, generalmente críticos con el modelo oficial y, b) asociaciones de colectivos de enfermos que al mismo tiempo posibilitaban la creación de GAM.

**Objetivos:** Estudiar el rol de los GAM dentro de las asociaciones de pacientes y familiares; estimar el papel que cumplen los GAM en la mejora de la calidad de vida de los enfermos y de sus familiares y cuidadores.

**Métodos:** Utilizamos dos instrumentos de metodología cualitativa: el grupo de discusión y la entrevista semi-estructurada. Tanto para diseñar los grupos de discusión como las entrevistas tuvimos en cuenta las organizaciones que se incluían en el directorio de asociaciones de ayuda mutua y salud (Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Dirección General de Sanidad, 1999). De dicho directorio seleccionamos a aquellos agentes sociales que más consolidados estaban (evaluado según el tiempo de existencia y socios) y que incluían en su seno al menos un GAM. De cada una de estas asociaciones acudían a los grupos de discusión y entrevistas al menos un representante de cada una ellas. Realizamos siete grupos de discusión, agrupándoles según ámbitos temáticos: alcohólicos, salud mental, familiares de enfermos crónicos, enfermos con patologías crónicas, personas con conductas de riesgo, SIDA, enfermedades con patologías no estrictamente crónicas. Se realizaron diez entrevistas semi-estructuradas para complementar los grupos de discusión.

**Resultados:** Todos los GAM crean un espacio simbólico que trata de subvertir la consideración que en el ámbito social y profesional se tiene de su problemática de salud concreta, específicamente en la reducción de estigmas y anatemas que, las patologías en algunos casos y los colectivos en otros, poseen. Las asociaciones que trabajan con adicciones, con enfermedades crónicas (como el SIDA, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, etc.) y salud mental aluden a los GAM como parte imprescindible de la rehabilitación social y emocional del afectado, y en otros casos de la familia.

**Conclusiones:** Los GAM posibilitan una adaptación a situaciones graves, que originan una mala calidad de vida, y que por medios de terapias tradicionales es difícil de obtener. El trabajo realizado por dichos grupos se empieza a considerar imprescindible para que el paciente y/o el familiar obtengan una rehabilitación o integración idónea.

79

**UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE UNA AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA**

A. Ruano-Ravina y F. Martínez Varela

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela.*

**Introducción y objetivos:** El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres en la actualidad. El tratamiento quirúrgico habitual posterior al diagnóstico consiste en algún tipo de mastectomía (parcial o radical) seguido de linfadenectomía axilar, la cual suele originar diversos efectos secundarios. Bajo la hipótesis de que el tumor drena primeramente a uno o dos ganglios de la axila, ha surgido la técnica de la biopsia del ganglio centinela, que indica que se podría preservar la axila en el caso de que el ganglio centinela no presentase células tumorales, lo cual tendría importantes repercusiones en las pacientes. El objetivo de este trabajo consiste en indicar el estado actual de la biopsia del ganglio centinela en cáncer de mama e indicar si es posible su uso.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica con estrategias de búsqueda específicas en las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, CRD y TESEO, además de búsqueda manual en las revistas "The breast" y "Breast Cancer Research". También se analizaron manualmente las referencias de los artículos obtenidos. La utilización de la palabra "sentinel" cerca de "breast" permitió obtener unos resultados de la búsqueda con poco ruido y muy sensibles. Se excluyeron opiniones de expertos, editoriales, comunicaciones a congresos, cartas al director y estudios con menos de 50 sujetos.

**Resultados:** La mayoría de los estudios existentes son series de casos (alguna con miles de pacientes), aunque algunas investigaciones pretenden serlo de seguimiento sin que exista un grupo control (o no expuesto). Hay en marcha 3 ensayos clínicos con más de 1500 personas cada uno: NSABP 32, ACOSOG Z10 y ACOSOG Z11. El principal problema que plantea la técnica es la aparición de un 5-10% de falsos negativos (pacientes con metástasis axilar que no son detectados con la técnica del ganglio centinela). Estos falsos negativos varían en función del colorante y/o radio-trazador utilizados para identificar el ganglio así como con la técnica anatomopatológica utilizada para su análisis. El porcentaje de falsos negativos desciende a mayor experiencia del cirujano.

**Conclusiones:** 1) No existen estudios que comparen la supervivencia de pacientes con biopsia del ganglio centinela frente a pacientes con linfadenectomía axilar. 2) La biopsia del ganglio centinela es un procedimiento muy interesante que podría permitir la preservación de la axila, sobre todo cuando los programas de cribado poblacional de cáncer de mama han conseguido que en el momento de su detección éste tenga un menor tamaño, disminuyendo por tanto las posibilidades de que haya habido invasión axilar.

78

**ANÁLISIS DE PETICIONES Y RESULTADOS DE UNA AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS**

A. Ruano-Ravina, F. Martínez Varela y E. López-Pardo

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela. Hospital Clínico Universitario de Santiago, Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela.*

**Introducción y objetivos:** Las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias han sido creadas en los últimos años por diversas administraciones como respuesta a la introducción, prácticamente exponencial en el mundo sanitario, de nuevas técnicas y tratamientos. Su misión fundamental es proporcionar evidencia científica de calidad en la que se pueda apoyar la toma de decisiones de los gestores sanitarios. Las Agencias de Evaluación pueden producir diversos documentos a petición de diferentes personas u organismos. El objetivo de este trabajo es describir el tipo de documentos producidos en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, el perfil de los peticionarios y las recomendaciones formuladas en esos documentos.

**Métodos:** Se revisaron los registros de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de marzo de 2002. Los documentos producidos se clasificaron en notas técnicas, consultas técnicas, informes de evaluación y protocolos. Los peticionarios se clasificaron en: gerencias de hospitales, unidades de la División de Asistencia Sanitaria, inspección médica y otros. Las recomendaciones sobre la tecnología evaluada se clasificaron en: no recomendable, recomendable y recomendable con condiciones (sobre un grupo de pacientes o en situaciones concretas).

**Resultados:** El 50% (14) de los documentos realizados fueron consultas técnicas, el 32% (9) fueron informes de evaluación, el 11% (3) notas técnicas y el 7% (2) protocolos. En cuanto a los peticionarios de información, el 60% (17) de las peticiones procedieron de unidades de la División de Asistencia Sanitaria, el 18% (5) de gerencias hospitalarias, el 11% (3) de inspección médica y el 11% (3) restante de otros peticionarios (en este caso el Ministerio de Sanidad). Las recomendaciones emitidas sobre el procedimiento a evaluar indican en su mayoría (57%, 16) que se pueden aplicar de un modo condicional. No se recomendó su aplicación en el 25% (7) de los casos y en el 7% (2) restante se indicó su aplicación sin restricciones. En el 11% (3) de los informes no procedía hacer una recomendación. Destaca el dato que el 43% de los documentos que no recomendaban la técnica que se evaluaba tuvieron amplia repercusión en los medios de comunicación.

**Conclusiones:** 1.- Las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias aparecen como un instrumento útil en la asistencia sanitaria, pues uno de cada 4 procedimientos evaluados no son recomendados con la evidencia disponible en el momento de elaboración del informe, aunque falta por evaluar el impacto en la práctica clínica de estos informes.

80

**ESTIMACIÓN DE LA CARGA TURÍSTICA Y SU IMPACTO SOBRE EL USO DE SERVICIOS SANITARIOS. VIABILIDAD E IMPLICACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA**

E. Perea-Milla, G. Gutiérrez, J.A. García, F. Rivas, F. Fernández-Nieto, M. Dotor, J.C. March, E. Navarro y D. López-Cano

*Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella. Departamento de Geografía, Universidad de Málaga. Delegación Provincial de Salud, Junta de Andalucía, Málaga. Distrito de Atención Primaria Costa del Sol, Consejería de Salud, Mijas-Costa. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.*

**Objetivos:** 1) Valorar la viabilidad de un sistema de estimación del tamaño y las variaciones temporales de la población flotante (carga turística) que constituye el denominador de referencia para el sistema sanitario público en el Área Sanitaria Costa del Sol (ASCS), y validarlo en una zona control. 2) Describir la repercusión de la carga turística sobre el uso de servicios sanitarios (urgencias, ingresos, actividad quirúrgica, consultas), y su distinto patrón en períodos de tiempo a lo largo de un año. 3) Valorar el impacto de la carga turística simulando escenarios de dotación de recursos extrahospitalarios en función de la corrección de la población censal por la población real estimada.

**Métodos:** Ámbito: ASCS [Zona A] y municipios del interior de la provincia de Málaga, excluyendo la capital [Zona B]. Instrumentación: 1) Diagnóstico de la estructura y dinámica demográfica, usando datos del Movimiento Natural de la Población y estimando el movimiento real (base: 1996-2000). Análisis y descripción de indicadores indirectos del tamaño real del denominador poblacional, usando como fuentes de datos los Residuos Sólidos Urbanos (RSU) diarios de los municipios afectados y su comportamiento temporal durante un año (2000). Estimación de las ratios para el indicador RSU/persona, validándolas en la población control, asumiendo su estabilidad demográfica. 2) Descripción de los usos de servicios (urgencias, ingresos, consultas externas, cirugía, cirugía mayor ambulatoria) para la población global real estimada en el ASCS durante un año. 3) Elaboración de un mapa de accesibilidad comparando tamaño x coronas de (agregaciones de) municipios y ponderación por un índice de actividad hospitalaria (Ocupación promedio/Índice Funcional), y simulación de un escenario mínimo, máximo y promedio para la localización y dimensionamiento de centros de especialidades.

**Resultados:** El ASCS agrupa 9 municipios, con una población censal a 01/01/2001 de 260.000 habitantes. El crecimiento vegetativo observado osciló entre 5.09% y 4.10%, superior en un 66% al promedio provincial. El movimiento real de la zona estudiada evidenció tasas más altas en los municipios costeros. La ratio kg de RSU/persona diaria se estimó en 1,1 kg en la zona de control. El uso de ratios entre 1,1 y 1,2 kg proporciona unas estimaciones mínimas en el mes de marzo de 2000 (para 1,2 kg) de 407.400 Hab y máximas en el mes de agosto de 2000 (para 1,1 kg) de 804.400 Hab; entre 1,57 y 3 veces la población oficial censada. El coeficiente de correlación entre población real estimada y número de consultas en Urgencias hospitalarias fue de 0,93 ( $p < 0,001$ , contraste bilateral). No se encontró correlación significativa con otros indicadores de actividad. Se presenta el mapa de localización de nuevos recursos, usando en lo posible el punto de no retorno como criterio adicional, con proyecciones a 5 y 10 años.

**Conclusiones:** En áreas de grandes flujos turísticos, con cambios cuantitativos y cualitativos en el tiempo, la planificación real de recursos sanitarios requiere medidas epidemiológicas y demográficas de ajuste para el denominador poblacional, que se pueden obtener a partir de indicadores indirectos fiables, y permiten conocer proyecciones de necesidades a medio plazo.



81

**VARIABLES ASOCIADAS A LA BUENA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN Y VALENCIA**

S. Marquez-Calderon, M.J. Rabanaque, V. Gosalbes y J.M. Abad  
*Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Valencia. Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Consejería de Salud de Aragón, Zaragoza.*

**Objetivo:** Identificar si el tener una buena práctica (auto-referida) con relación a las actividades preventivas que están indicadas en Atención Primaria (AP) se asocia a características del médico y de la organización de la AP, así como a la comunidad autónoma (Aragón y País Valenciano).

**Métodos:** Sujetos de estudio: 318 médicos de AP. Muestreo aleatorio, con una única muestra en Valencia (N = 84) y una muestra por área de salud en Aragón (N total = 234). Fuente de datos: Cuestionario administrado por entrevista personal, basado en 4 casos de pacientes (de 75, 54, 46 y 16 años) que acudían a la consulta de AP por un problema de salud banal. Para cada caso se preguntó si hacían en su práctica habitual una serie de actividades preventivas especificadas. Variables resultado: prácticas auto-referidas por los médicos. Sumando las respuestas correctas a las preguntas del cuestionario se construyeron 5 variables: 1) sobre detección y consejo sobre abuso de alcohol y hábito de fumar, 2) sobre vacunas, 3) sobre pruebas de cribado contraindicadas, 4) sobre pruebas de cribado que deben hacerse en la consulta, 5) sobre pruebas de cribado que deben hacerse pero hay que prescribirlas (no se hacen en consulta). El número de preguntas del cuestionario para cada una de estas variables fueron 16, 7, 8, 5 y 7 respectivamente. Variables independientes: 1) Del médico: edad, género, formación, relación laboral, años de ejercicio, nivel de conocimientos para cada una de las variables resultado. 2) De la organización de la AP: modelo de AP, tamaño del equipo de AP, años de funcionamiento del centro. 3) Comunidad autónoma. Análisis: Análisis multivariante de regresión logística (forward stepwise). Las variables resultado se dicotomizaron (fallo en la respuesta al menos a dos preguntas del grupo / uno o ningún fallo).

**Resultados:** 1) Tres de las variables resultado sólo se relacionaron con la comunidad. Así, trabajar en Aragón se asoció a tener una buena práctica sobre consejo y detección de abuso de alcohol y hábito de fumar, vacunas, y pruebas de cribado que deben hacerse en la consulta, siendo las OR respectivamente de 3,9 (IC 95%: 2,2-6,6), 3,2 (1,8-5,5), y 3,9 (2,2-6,8). 2) Tener una buena práctica en las actividades de cribado contraindicadas se relacionó con tener un buen nivel de conocimientos sobre estas actividades (OR = 150,0; 46,7-482,5), con el número de años desde la finalización de la carrera (OR por cada año = 1,08; 1,01-1,17), con trabajar en Valencia (OR de comunidad autónoma = 0,3; 0,1-0,6), y con el menor tamaño del equipo de AP (OR por cada médico más = 0,88; 0,81-0,96). 3) Tener una buena práctica sobre actividades de cribado que deben prescribirse se relacionó con tener un buen nivel de conocimientos sobre dichas actividades (OR = 212,9; 3,87-11723,7), con el número de años desde la finalización de la carrera (OR por año = 1,4; 1,2-1,8), y con el menor tamaño del equipo de AP (OR por médico = 0,7; 0,5-0,9).

**Conclusiones:** 1) Existen diferencias en la práctica auto-referida sobre actividades preventivas entre los médicos de Aragón y Valencia, con mayor adecuación de los primeros, salvo en el caso de las actividades contraindicadas. 2) Un buen nivel de conocimientos, trabajar en equipos pequeños y mayor tiempo de experiencia se relacionan con mejores prácticas en actividades de cribado que no pueden hacerse en la propia consulta o que no deben hacerse nunca.

82

**VARIABLES ASOCIADAS A UN BUEN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN Y VALENCIA**

P. Bach, S. Marquez-Calderon, V. Gosalbes, M.J. Rabanaque y J.M. Abad  
*Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Valencia. Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Consejería de Salud de Aragón, Zaragoza.*

**Objetivo:** Identificar si el tener un buen nivel de conocimientos sobre las actividades preventivas que están indicadas en Atención Primaria (AP) se asocia a características del médico y de la organización de la AP, así como a la comunidad autónoma (Aragón y País Valenciano).

**Métodos:** Sujetos de estudio: 318 médicos de AP. Muestreo aleatorio, con una única muestra en Valencia (N = 84) y una muestra por área de salud en Aragón (N total = 234). Fuente de datos: Cuestionario administrado por entrevista, basado en 4 casos de pacientes adultos que acudían a la consulta de AP por un problema de salud banal. Para cada caso se preguntó la opinión sobre si deberían realizarse o no, en la práctica habitual, una serie de actividades preventivas especificadas. Variables resultado: sumando las respuestas correctas a las preguntas del cuestionario se construyeron 5 variables de conocimiento: 1) sobre detección y consejo sobre abuso de alcohol y hábito de fumar, 2) sobre vacunas, 3) sobre pruebas de cribado contraindicadas, 4) sobre pruebas de cribado que deben hacerse en la consulta, 5) sobre pruebas de cribado que deben hacerse pero hay que prescribirlas (no se hacen en consulta). El número de preguntas del cuestionario para cada una de estas variables fueron 16, 7, 8, 5 y 7 respectivamente. Variables independientes: 1) Del médico: edad, género, formación, relación laboral, años desde el fin de la carrera. 2) De la organización de la AP: modelo de AP, tamaño del equipo de AP, años de funcionamiento del centro. 3) Comunidad autónoma. Análisis: Análisis multivariante de regresión logística (forward stepwise). Las variables resultado se dicotomizaron (fallo en al menos dos preguntas del grupo/uno o ningún fallo).

**Resultados:** Tener un buen nivel de conocimientos sobre consejo y detección de abuso de alcohol y hábito de fumar se asoció a la formación como especialista en Medicina Familiar (OR = 2,9; 1,5-5,6), a ser mujer (OR = 2,5; 1,2-5,3), a trabajar en el modelo reformado de AP (OR = 3,8; 1,1-12,9) y en Aragón (OR = 2,4; 1,2-4,9). Tener un buen nivel de conocimientos sobre vacunas se asoció a la formación como especialista en Medicina Familiar (OR = 2,9; 1,6-5,4), y de forma negativa con los años desde el fin de la carrera (OR = 0,89; 0,84-0,96). Tener un buen nivel de conocimientos sobre pruebas de cribado contraindicadas se asoció a la formación como especialista en Medicina Familiar (solo en el grupo vía MIR) (OR = 3,5; 1,8-6,7). Tener un buen nivel de conocimientos sobre pruebas de cribado que deben hacerse en la consulta sólo se asoció con trabajar en el modelo reformado de AP (OR = 4,4; 1,5-12,4). Tener un buen nivel de conocimientos sobre pruebas de cribado que deben hacerse pero hay que prescribirlas se asoció negativamente a trabajar en el modelo de AP reformado (OR = 0,22; 0,07-0,68) y a los años de funcionamiento del equipo (OR = 0,92; IC: 0,85-0,98).

**Conclusiones:** 1) La variable del médico que se asoció de forma más consistente a un buen nivel de conocimientos sobre actividades preventivas fue la formación como especialista en Medicina Familiar. 2) La variable organizacional más relacionada con un buen nivel de conocimientos fue trabajar en el modelo de AP reformado, salvo en el caso de las pruebas de cribado que hay que prescribir, donde los conocimientos fueron mayores en el modelo no reformado.

83

**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. DIFERENCIAS DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE HOMBRES Y MUJERES. UN ESTUDIO EN EL NORDESTE DE BRASIL**

M.L. Vázquez, R. Ferreira, E. Siqueira, A. Kruze, A. Diniz, I. Leite y A.P. Pereira

*CHC Consultoria i Gestió, S.A, Institute for Health Sector Development, Instituto Materno Infantil de Pernambuco; Universidade Federal de Pernambuco.*

**Objetivos:** El objetivo general del estudio era determinar la efectividad de las políticas de reforma del sistema de salud en fortalecer la participación de la población en el control de la calidad de los servicios de salud en dos municipios de Brasil. Los objetivos de esta comunicación son a) analizar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a niveles de conocimientos y utilización de los mecanismos institucionales de participación en los servicios de salud y b) la capacidad percibida de influenciar los servicios de salud, asociadas a variables de naturaleza socioeconómica.

**Métodos:** Se realizó una encuesta poblacional con un cuestionario que incluía preguntas abiertas y cerradas sobre formas y mecanismos institucionales de participación en los servicios de salud (consejo municipal de salud (CMS), conferencias de salud, buzón de quejas y sugerencias, disque saúde, ouvidoria de salud y PROCON). La muestra fue de 1590 usuario/as de los servicios de salud, seleccionada de forma aleatoria. Se realizaron análisis uni y bivariados, utilizando SPSS. El área de estudio la constituían los municipios de Cabo Santo Agostinho y Camaragibe en el Nordeste de Brasil.

**Resultados:** En ambos municipios los mecanismos de participación más conocidos eran el buzón de quejas y sugerencias (42,5%), disque saúde (59,5%) y el CMS (42, 4%), siendo mayor la proporción de mujeres que referían estar al tanto de su existencia. Mientras que los hombres conocían más la ouvidoria y las conferencias de salud. Tanto hombres como mujeres mostraron dificultades para describir las funciones de los distintos mecanismos, no obstante, los hombres las definieron de forma más pertinente. Exceptuando la ouvidoria y conferencias de salud, el conocimiento de todos los demás mecanismos se relacionaba de manera positiva con la escolaridad y la edad. Apenas un 5% de los encuestado/as había utilizado alguno de estos mecanismos. Los hombres referían una mayor utilización de mecanismos colectivos, el CMS y las conferencias de salud, mientras que las mujeres utilizaban más los mecanismos de participación individual. La actitud de las mujeres frente a la participación era más comedida que la de los hombres. En relación a este aspecto, la mayoría de las mujeres se consideraban indecisas o presentaban actitudes moderadas, a favor o en contra. No obstante, expresaban un interés ligeramente mayor que el de los hombres en participar en movimientos colectivos por la salud.

**Conclusiones:** Se observan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a conocimientos y utilización de los mecanismos de participación, así como su actitud frente a la participación en salud. Aunque las mujeres parecen tener un mayor conocimiento de algunos de los mecanismos institucionales de participación, este no deja de ser insuficiente y menor que el de los hombres que los conocen. La utilización por las mujeres de mecanismos individuales, se corresponde con la actitud comedida frente a la participación, aunque muestra una cierta contradicción con la expresión de interés en participar de movimientos colectivos. Así mismo, el mejor conocimiento de los mecanismos colectivos, así como su utilización por parte de los hombres podría ser reflejo de su rol tradicionalmente más social.

*Estudio financiado por la Comisión Europea DGXII y Ministerio de Salud de Brasil y realizado como colaboración entre EASP (España), IHSD (Reino Unido), IMP-UFPE (Brasil), Univalle (Colombia) y CHC Consultoria i Gestió, S.A (España).*

84

**VISIÓN DE LOS DIFERENTES AGENTES SOCIALES SOBRE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS SISTEMAS DE SALUD. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA**

M.L. Vázquez, R. Ferreira, E. Siqueira, A. Kruze, A. Diniz, I. Leite y A.P. Pereira

*CHC Consultoria i Gestió, S.A, Institute for Health Sector Development, Universidade de Pernambuco, Instituto Materno Infantil de Pernambuco; Universidade Federal de Pernambuco.*

**Objetivos:** El objetivo general del estudio es determinar la efectividad de las políticas de reforma del sistema de salud en fortalecer la participación de la población en el control de la calidad de los servicios de salud en dos municipios de Brasil. Los objetivos de esta comunicación son a) analizar los conceptos la participación social en salud de los diferentes actores sociales y b) identificar los obstáculos y facilidades a la participación ciudadana en los servicios de salud percibidos por estos agentes sociales.

**Métodos:** Se realizó una investigación cualitativa utilizando entrevistas individuales semi-estructuradas (E) y grupos focales (GF) con los diferentes agentes sociales. En total se entrevistaron 135 usuarios (E,GF), 14 líderes comunitarios (E,GF), 12 miembros del consejo de salud (E), 9 formuladores de políticas (E) y 37 personal de salud (E,GF). En las entrevistas se utilizó un guión específico para cada grupo de informantes, con una parte común. Las entrevistas y discusiones fueron grabadas y posteriormente transcritas textualmente. Se hizo un análisis narrativo de contenido. El área de estudio la constituían los municipios de Cabo Santo Agostinho y Camaragibe en el Nordeste de Brasil.

**Resultados:** El concepto de participación social en salud alcanzó diferentes niveles de elaboración entre los distintos grupos de informantes. No obstante, todos los grupos distinguían formas de actuación individual y colectiva. Los conceptos de participación individual, así como la idea de utilización de los servicios de salud fue predominante en las respuestas de usuarios. A excepción de formuladores de políticas, las nociones de la mayoría de los entrevistados describía la forma propia de interacción con los servicios de salud. Los conceptos de participación también incluían acciones organizadas de la comunidad, fiscalización y supervisión del funcionamiento de los servicios, especialmente en el caso los líderes. Todos los grupos ilustraron como ejemplo de participación el consejo municipal de salud. En cuanto a los obstáculos a la participación, se observó en las respuestas una distinción entre factores sociales e institucionales. Mientras que los usuarios y líderes atribuían aquellos a ambos tipos de factores, se observaba un mayor énfasis por parte del personal de salud y miembros del consejo en los factores relacionados con la población. Para una parte del personal de salud no existen barreras, apenas una limitada divulgación de información. Los formuladores de políticas resumen el problema como falta de decisión política. En la descripción de las facilidades se observó la misma tendencia.

**Conclusiones:** Los conceptos y las dificultades a la participación descritos parecen mostrar la distintas formas de relación entre los diversos agentes sociales y los servicios de salud. Los resultados señalan hacia un limitado alcance de la política de participación prevista en el ámbito legal y en la articulación entre los servicios de salud y la sociedad. No obstante, algunos de los mecanismos ya empiezan a ser reconocidos por la población.

*Estudio financiado por la Comisión Europea DGXII y Ministerio de Salud de Brasil y realizado como colaboración entre EASP (España), IHSD (Reino Unido), IMP-UFPE (Brasil), Univalle (Colombia) y CHC Consultoria i Gestió, S.A (España).*

85

**PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS Y GÉNERO. ANÁLISIS DE LA REGIÓN HOSPITALARIA GRANADA-ALMERÍA**

J.L. Navarro, M.A. Padiá, A.M. Ortega, P. González y A.M. García  
*Subdirección de Control de Gestión, H.U. Virgen de las Nieves, Granada. Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Ciudad de Jaén, Jaén. Instituto Fomento Andalucía, Granada.*

**Antecedentes:** El objetivo de este trabajo es el estudio de la actividad de hemodinámica desarrollada en la región hospitalaria Granada-Almería. Este análisis se centra especialmente en el origen geográfico y sexo de los pacientes. Trataremos de determinar si existen unos patrones de comportamiento distintos respecto a la decisión de derivar a un paciente para la realización de un procedimiento cardíaco percutáneo en función de su lugar de residencia, así como la existencia de diferencias entre sexos para los distintos indicadores de actividad.

**Métodos:** El ámbito funcional se ha limitado al estudio de los GRDs 112, 808, 124 y 125 que recogen la totalidad de las intervenciones percutáneas cardíacas tanto diagnósticas como terapéuticas. El ámbito geográfico de nuestro estudio comprende la población de las ciudades de Granada, Almería y una parte de Jaén, aproximadamente 1.281.403 habitantes dependientes del Hospital Universitario Virgen de las Nieves para la realización de este tipo de procedimientos. El ámbito temporal recoge los años 1998, 2000 y 2001. La fuente de datos utilizada ha sido el CMBD del hospital durante los años señalados y su agrupación por GRDs. El análisis estadístico se ha centrado en la búsqueda de diferencias significativas entre hombres y mujeres, así como entre los distintos orígenes geográficos.

**Resultados:** El número total de pacientes tratados en el H.U. Virgen de las Nieves ha experimentado un notable aumento entre 1998 (809 pacientes) y el año 2001 (1.127 pacientes). Al mismo tiempo que aumentaba la oferta, la demanda superó con creces dicho aumento pasando la demora media en el registro de demanda de procedimientos percutáneos cardíacos de 38 días en diciembre de 1998 a 43 días en diciembre del año 2001. La tasa de frecuentación para los procesos estudiados ha aumentado notablemente en el caso de la población procedente de Almería. Respecto a la diferencia entre sexos se confirma una frecuentación mucho más reducida de las mujeres en este tipo de procedimientos, si bien han pasado de representar el 31% del total de procedimientos realizados en 1998 a un 35% en 2001.

**Conclusiones:** La utilización de sistemas de información hospitalarios puede ser una buena fuente para el estudio de la demanda hospitalaria. A través del análisis exhaustivo de todos los procesos, se ha detectado un incremento notable de la demanda para la población de Almería. Así como un aumento en el porcentaje de procedimientos en mujeres. Ambas cuestiones pueden ser la base para estudios posteriores donde se analicen la distribución territorial de los recursos y el posible aumento de la tasa de incidencia de la angina estable en mujeres.

86

**SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN BRASIL**

A.M. Costa, M. Rodríguez y C. Borrell  
*Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivo:** La consolidación de la universalidad en asistencia en salud con calidad constituye una conquista permanente para lo que es necesario la participación y el control de la población. Las usuarias de los servicios con menor nivel socioeconómico no tienen una mirada crítica sobre la cuestión de la asistencia y de sus relaciones con los servicios. Así, la alta satisfacción de usuarias con los malos servicios refleja una mala capacidad crítica acerca de lo ofrecido como asistencia y tiene relación directa con su poca capacidad de intervenir en el control de los servicios. El objetivo en este estudio es conocer el grado de satisfacción de las usuarias del Sistema Único de Salud, explicitando las desigualdades del acceso y calidad de la atención a las mujeres.

**Metodología:** Estudio transversal por entrevista a mujeres usuarias de los servicios públicos de atención primaria de salud, en el momento de la salida de la consulta, y entrevistas en profundidad a los trabajadores del equipo de asistencia de los centros de salud. El estudio fue realizado en siete municipios de las 5 macro regiones brasileñas. El cuestionario mide la percepción subjetiva de satisfacción a través de: evaluación de la consulta, confianza en el médico, expectativa sobre el resultado y comprensión de las explicaciones. También contiene informaciones sobre los parámetros de calidad relacionados con el acceso y la asistencia: tipo de consulta, tiempo de demora para conseguir visita, tiempo de espera en la unidad y duración de la consulta. Además se recogen datos sociodemográficos como la edad, etnia y el nivel educativo. Se realiza un análisis descriptivo del cuestionario de usuarias, y la entrevista cualitativa al equipo es tratada por el método de análisis del discurso.

**Resultados:** Del total de mujeres entrevistadas (N = 634) el 6% son analfabetas, el 30% tiene entre 4 y 8 años de escolaridad, el 40% entre 8 y 12 años y el 24% tiene estudios superiores. Las usuarias analfabetas declaran una mayor dificultad para conseguir una visita (42%) que las usuarias de estudios superiores (24%), en este grupo el tiempo de espera a la consulta es mayor (el 32% de analfabetas espera más de 3 horas y sólo lo hacen el 12% de las de nivel superior) y el tiempo de duración de la consulta es inferior (el 74% de analfabetas está menos de 10 minutos frente al 48% de estudios superiores). El tiempo en la consulta afecta al nivel de confianza en el médico, ya que menos tiempo de consulta genera menos confianza; aunque para el mismo tiempo de consulta las usuarias analfabetas confían más que las de estudios superiores (en una consulta de menos de 5 minutos la confianza es de 71,4% en analfabetas y sólo 27,3% en las de estudios superiores). Estas diferencias se reflejan en la evaluación de la consulta donde el 21% de usuarias analfabetas la valora negativamente frente a un 15% de las usuarias con nivel superior.

**Conclusiones:** Existen desigualdades de acceso y de calidad de la atención a la salud de las mujeres analfabetas y esto se refleja en el grado de satisfacción con la atención, que es menor en este grupo, a pesar de eso muestran menos capacidad crítica.