

INMIGRACIÓN Y SALUD

Sábado 8 de octubre de 2011. 11:00 a 12:00 h

Aula Profesor Botella – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (3 minutos)

Modera: Sol Juárez

159. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CHINA ADULTA EN SEVILLA Y SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN SANITARIA. ESTUDIO PILOTO

J. García Fernández, M.M. Lomas Campos, J.R. González López, M.J. Guardado González, J. Pascualvaca Armario, J. Portero Prados

Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Describir la distribución y las características sociodemográficas de la población inmigrante china adulta en la ciudad de Sevilla. Identificar su grado de conocimiento y frecuentación del centro de salud de referencia.

Métodos: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia. Sujetos de estudio: la población de referencia está constituida por todas las personas inmigrantes, procedentes de China, con edades comprendidas entre los 25 y los 44 años. Representación muestral: 320 personas; para el estudio piloto empleamos el 10% de la misma, 32 personas, efectuando un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional, considerando las variables sexo y distrito de la ciudad. Se utilizó el cuestionario validado BRFS, siguiendo las directrices del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A) y los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 18.0, centrándonos para este trabajo en las variables sociodemográficas y de accesibilidad al sistema sanitario.

Resultados: Las personas de origen chino suponen el 0,3% de la población empadronada. Los distritos con mayor presencia son: Cerro-Amate (28,1%), Macarena y Este (12,5% cada uno). La distribución por sexo es similar (50%). La edad media de la muestra es de $29,75 \pm 5,6$ años. Llevan residiendo en España $3,45 \pm 2,92$ años y en Sevilla $2,87 \pm 2,59$ años. La mayoría está soltero/a (56,3%), tiene estudios secundarios (37,5%) y trabaja por cuenta ajena (43,8%), en actividades comerciales (76,9%), considerando el 31,3% que se le trata peor que a personas de otras razas. Viven en una vivienda alquilada (87,5%), compartida con 4 o más personas (35,5%); más del 40% consideran que el estado de ésta no es bueno y a la mayoría (72%) le preocupa su situación económica. El 21,9% califica su estado de salud de regular o malo; sin embargo, el 87,5% no identifica cuál es su centro de salud y sólo alrededor del 30% ha visitado al médico y/o la enfermera en el último año. El porcentaje de no respuesta ha superado el 5% en algunos ítems, hecho que entendemos más asociado al carácter propio que a un déficit de comprensión, ya que ha intervenido una persona bilingüe en la recogida de información.

Conclusiones: La población inmigrante china adulta de la ciudad de Sevilla habitualmente no solicita asistencia sanitaria, aunque la percepción sobre su estado de salud no sea buena. El desconocimiento y la escasa frecuentación de los servicios sanitarios hacen necesaria una captación activa de esta población.

Financiación: Forma parte del PI0138, financiado por la Junta de Andalucía.

160. CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN Y EL EJERCICIO DE LA POBLACIÓN CHINA ADULTA EN SEVILLA. ESTUDIO PILOTO

J. García Fernández, M.M. Lomas Campos, J.R. González López, M.J. Guardado González, J. Pascualvaca Armario, J. Portero Prados

Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Identificar las conductas saludables relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico de la población inmigrante china adulta de la ciudad de Sevilla.

Métodos: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia. Sujetos de estudio: personas inmigrantes en la ciudad de Sevilla, procedentes de China, con edades comprendidas entre los 25 y los 44 años. La representación muestral es de 320 personas; para el estudio piloto empleamos el 10% de la misma, 32 personas, llevando a cabo un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional, considerando las variables sexo y distrito de la ciudad. Se utilizó el cuestionario validado BRFSS, siguiendo las directrices del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A) y los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 18.0, centrándonos en aquellas variables relacionadas con los patrones de alimentación y ejercicio físico.

Resultados: El 93,75% de la muestra desayuna habitualmente, siendo los cereales el alimento más consumido (34,4%), junto con el pan (31,2%) y la fruta (21,7%). El 50% bebe zumos en el desayuno. El 50% no toma ningún alimento ni bebida a media mañana. El 84,4% realiza la comida; la carne (43,75%) y el pescado (34,4%) son los alimentos consumidos con mayor frecuencia, acompañándolos de zumos (33,3%). El 50% no suele merendar. El 90,6% cena, con mayor frecuencia hortalizas y pescado, tomando en mayor medida refrescos (18,8%) y lácteos (15,6%). El 15,6 y el 9,4% toman sólo un tipo de alimento en el almuerzo y la cena respectivamente. Por lo general, comen en casa. El 12,5% realiza algún tipo de dieta, la mayoría debido a algún problema de salud. El 34,4% está de pie o sentado la mayor parte del tiempo y el 43,8% no realiza ningún tipo de ejercicio. Caminar a ritmo ligero es el tipo de ejercicio más frecuente (56,25%). El

peso medio es de $58,53 \pm 12,1$ kg y la talla media es de $1,63 \pm 0,09$ ms, con un IMC promedio de 22 kg/m^2 .

Conclusiones: La población inmigrante china adulta estudiada presenta un patrón alimentario inadecuado, tanto en frecuencia de ingesta como en variedad y es, mayoritariamente, sedentaria. Consideramos importante incrementar la captación de esta población, especialmente en las consultas de enfermería, para que pueda recibir contenidos educativos relacionados con una alimentación y ejercicio saludables.

Financiación: Forma parte del PI0138, financiado por la Junta de Andalucía.

161. HÁBITOS TÓXICOS EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE CHINA ADULTA EN LA CIUDAD DE SEVILLA. ESTUDIO PILOTO

J. García Fernández, M.M. Lomas Campos, J.R. González López, M.J. Guardado González, J. Pascualvaca Armario, J. Portero Prados

Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población inmigrante china adulta de la ciudad de Sevilla.

Métodos: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia. Sujetos de estudio: personas inmigrantes, procedentes de China, con edades comprendidas entre los 25 y los 44 años. La representación muestral es de 320 personas; para el estudio piloto empleamos el 10% de la misma, 32 personas, llevando a cabo un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional, considerando las variables sexo y distrito de la ciudad. Se utilizó el cuestionario validado BRFSS, siguiendo las directrices del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A) y los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 18.0, centrándonos para este trabajo en aquellas variables relacionadas con los patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Resultados: El 68,75% de la muestra indica que no ha consumido nunca alcohol en el último mes y el 65,6% no lo ha hecho en el último fin de semana. El 18,8 y el 25% respectivamente de la muestra no ha marcado ninguna de las opciones ofrecidas en las preguntas anteriores. Los que consumen alcohol toman habitualmente combinados y cerveza, variando entre 1 a 4 combinados y 6 vasos de cerveza en el último fin de semana. La edad media de inicio de consumo es de $20,67 \pm 14$ años, destacando una persona (3,1%) que bebe desde los 7 años. El 6,3% de la muestra responde que debería beber menos, negándose a contestar las preguntas relacionadas con el efecto del consumo de alcohol el 3,1% de la muestra. El 12,6% dice fumar actualmente, entre 6 y 10 cigarrillos al día, si bien el 6,3% se ha negado a contestar a esta pregunta. La edad media de inicio del hábito tabáquico es de $28,67 \pm 9,87$ años. El 50% de la muestra contesta claramente que no ha consumido otras drogas, mientras que el 15,6% reconoce automedicarse, la mayoría sólo algunas veces, con analgésicos. El 18,8% suele emplear remedios tradicionales, aunque el porcentaje de los que no marcan ninguna opción o se niegan a contestar es del 43,7%.

Conclusiones: La prevalencia de hábitos tóxicos en la población estudiada es relativamente baja. Se hace un uso relativamente frecuente de los remedios tradicionales. El alto índice de respuestas en blanco y de personas que se niegan a contestar apunta hacia un importante tabú de índole cultural a la hora de responder determinadas preguntas relacionadas con los hábitos tóxicos.

Financiación: Forma parte del PI0138, financiado por la Junta de Andalucía.

250. FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA DE INMIGRANTES DEBIDA A ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN VALENCIA, 2006-2010

E. Navarro-Calderón^a, I. Abad^b, R. Borràs^c, E. Carbonell^a, E. Gosálbez^d, F.J. Roig^a, A. Salazar^a

^aCentro de Salud Pública, Valencia; ^bDepartamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Facultat de Medicina; ^cDepartamento de Microbiología, Facultat de Medicina, Valencia; ^dUDCA, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El principio del milenio ha supuesto grandes cambios sociodemográficos en la población española debidos, fundamentalmente, al impacto del fenómeno migratorio iniciado en la última década del siglo XX. Los estudios epidemiológicos continúan centrándose, principalmente, en casuísticas concretas. El objeto del trabajo ha sido cuantificar la demanda hospitalaria por enfermedades infecciosas y transmisibles entre el colectivo de inmigrantes.

Métodos: Se diseñó un estudio longitudinal retrospectivo recuperando diagnósticos al alta de población inmigrante hospitalizada en nuestra ciudad. Definición de sujeto a estudio: "Aquel con país de nacimiento desconocido o diferente a España, con una estancia igual o mayor a 24 horas en alguno de los 5 hospitales públicos del área, entre 01/01/06 y 31/12/10". El perfil de recuperación fue común a todos los servicios de admisión. Los datos de filiación fueron contrastados con el SIP (sistema de información poblacional) a fin de disminuir las pérdidas. Se presentan los datos más relevantes en forma de frecuencias y distribución de la población hospitalizada por enfermedades transmisibles.

Resultados: Sobre un total de 55.174 altas, se recuperaron 7.212 altas de procesos infecciosos de las cuales 2.995 estuvieron relacionadas con enfermedades transmisibles. La edad de los sujetos se situó en torno a los 33,01 años. Por sexos, en las enfermedades transmisibles se mostró un cambio en el patrón respecto al total de altas (mujeres: 68,1%; varones: 31,9%) ya que las mujeres constituyeron el 45,7% (1.370) y los hombres el 54,3% (1.625). En estas patologías, la procedencia fue mayoritariamente América (1.073, 35,8%), Europa (855, 28,5%), África (647, 21,6%) y Mediterráneo Oriental (302, 10,1%). Por países, Rumania (297, 9,9%), Bolivia (277, 9,2%), Ecuador (263, 8,8%), Guinea Ecuatorial (208, 6,9%) y Marruecos (204, 6,8%) fueron los principales. Las enfermedades transmisibles en el primer diagnóstico representaron el 2,7% del total de altas (1.510) y las causas más frecuentes fueron: tuberculosis (27,62%), malaria (13,58%), VIH (10,86%) y hepatitis (7,81%). El segundo y tercer diagnóstico fueron similares. No obstante, procesos como las micosis se recogieron, fundamentalmente, en diagnósticos 2.^o y 3.^o (1.^o: 1,9%, 28; 2.^o: 5,6%, 64; 3.^o: 9,9%, 81).

Conclusiones: Las enfermedades transmisibles no representan una causa importante de frecuentación hospitalaria en este colectivo. Tuberculosis, malaria, VIH y hepatitis constituyen mayoritariamente las hospitalizaciones registradas. El diagnóstico principal no recoge todas las patologías referidas.

386. DESIGUALDADES SOCIALES ASOCIADAS AL CONTROL DEL EMBARAZO EN GESTANTES INMIGRANTES

J. García-García^a, C. Pardo-Serrano^a, D. Gil-González^b

^aFacultad de Enfermería de Albacete (UCLM); ^bÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública (UA).

Antecedentes/Objetivos: La falta de control prenatal afecta a todas las inmigrantes y se asocia a un incremento del riesgo de mortalidad infantil. Para las instituciones sanitarias, la captación precoz de la embarazada, así como las visitas realizadas, constituyen indicadores de la calidad de la atención prestada. Los resultados sobre las diferencias en el control del embarazo entre inmigrantes y autóctonas son discrepan-

tes. Las mujeres con bajo nivel socioeconómico tienen peor grado de adherencia a los programas de cuidado del embarazo que las mujeres de clases sociales más favorecidas. Aunque la salud reproductiva es una prioridad sanitaria en España, la información disponible sobre desigualdades sociales relacionadas con el control del embarazo es escasa. **Objetivo:** Identificar las desigualdades sociales asociadas al control del embarazo en las gestantes inmigrantes.

Métodos: Estudio descriptivo sobre 1.016 gestantes que parieron en el servicio Obstétrico-Ginecológico del Hospital General de Albacete, 508 inmigrantes y 508 autóctonas, entre junio de 2008 y mayo de 2009. Se seleccionaron variables sociodemográficas, laborales y relacionadas con el control del embarazo. La clase social y el nivel de estudios se consideraron variables independientes en la medición de las desigualdades sociales de salud. Las medidas utilizadas fueron medidas de efecto e impacto total. Se utilizaron modelos de regresión logística ajustados por edad y nacionalidad.

Resultados: Control integral incorrecto en inmigrantes respecto a autóctonas: ORa = 4,4 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 3,3-5,8). Las inmigrantes que hablaban regular-mal el castellano (ORa = 2,5; [IC] del 95%, 1,5-4,3), en situación de irregularidad (ORa = 1,5; [IC] del 95%, 1,1-2,0) y con poco tiempo de residencia en España, obtuvieron los resultados más desfavorables. El nivel de instrucción evidenció que las mujeres sin estudios tuvieron peor control del embarazo (ORa = 1,7; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,2-2,6). Según estatus de residencia de las gestantes, la asociación entre no tener estudios e incorrecto control del embarazo no se produjo en autóctonas y sí en inmigrantes (ORa = 2,0; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,3-3,2).

Conclusiones: Las clases sociales más aventajadas mostraron un control prenatal más ajustado al estándar. Las inmigrantes tuvieron peor control prenatal, especialmente aquellas sin estudios, con peor dominio del castellano, menor tiempo de residencia en España e irregulares. Por áreas geográficas, las gestantes rumanas y marroquíes registraron los peores indicadores de atención gestacional.

527. INMIGRANTES QUE ACCEDEN A UN SERVICIO DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA MADRILEÑA

A. Guionnet^a, M. Morán^b, J. Rico^b, C. García-Riolobos^b, M. Navarro^a, M. Esteban^b, R. El Kertat^a, A. Condoul^a, A. Kouakou^a, B. Pizarro^a, M.S. Hossain^a, R. López-Vélez^a

^aUnidad de Medicina Tropical, Hospital Ramón y Cajal; ^bSubdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El 47,4% de los nuevos diagnósticos de VIH en la Comunidad de Madrid ha nacido fuera de España. En 2010, se implanta un Servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH (SPDP), cultural y lingüísticamente adaptado a población inmigrante, en 4 centros de salud de Madrid. Cinco mediadores asesoran antes y después de la prueba rápida, derivan los reactivos para su confirmación e informan sobre este servicio anónimo y confidencial en lugares de encuentro de inmigrantes. **Objetivo:** Describir factores de vulnerabilidad frente al VIH y la prevalencia de VIH en la población inmigrante que accede al SPDP.

Métodos: Se registran los datos sociodemográficos, la historia sexual, la fuente de conocimiento del SPDP y el resultado de la prueba rápida. Se realiza un análisis estadístico descriptivo de los usuarios atendidos entre el 1/04/2010 y el 31/03/2011. Se describen las variables cualitativas con recuentos y medidas de frecuencia; las variables cuantitativas, con mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Del total de personas atendidas (723), 255 eran inmigrantes (33,9%) de Latinoamérica (51,0%), Europa Occidental (18,8%), Gran Magreb (9,4%), Europa del Este (6,3%), Subcontinente Indio (5,9%), África Subsahariana (5,1%), Oriente Medio (1,2%), Norteamérica (1,2%) y Asia Central (0,8%). Estas son sus características: sexo: 65,5% hom-

bres; edad: 31 años (26-39); tiempo en España: 5 años (2-9); nivel escolar: (= primaria: 11%, secundaria: 43,5%, universidad: 44,7%); nunca habían hecho la prueba del VIH: 45,5%; sin tarjeta sanitaria: 14,1%; antecedentes de infecciones de transmisión sexual: 20,4%; ejercían la prostitución: 4,7%. clientes de prostitución: 14,9%; usuarios de drogas inyectables: 1,2%; relaciones sexuales bajo efecto del alcohol: 18,8%; 167 hombres: hombres que tienen sexo con hombres: 31,7%. Uso habitual del preservativo: 68,6%; penetración anal o vaginal desprotegida en los 12 últimos meses: 74,5%; personas en período ventana: 51,4%; números de parejas en el último año: 2 (1-4); con pareja estable: 63,9%. Pruebas realizadas: 248; sólo *counseling*: 7; casos reactivos: 10 (3,9%). Confirmación: positivos: 7 (5 latinoamericanos); negativos: 1; no confirmados: 2. Razones más frecuentes para la elección del servicio: rapidez (51,4%) y anonimato (12,2%). Principales modos de acceso al servicio: difusión del mediador (26,3%), internet (21,6%) y boca boca (19,2%).

Conclusiones: Un SPDP culturalmente adaptado reduce las barreras de acceso de la población inmigrante al diagnóstico precoz de VIH, reduciendo la vulnerabilidad de esta población frente a la infección.

651. DESIGUALDADES EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN MADRID. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE MEDIDA

S. Juárez^a, J.M. Díaz Olalla^b

^aDepartamento de Sociología, CSIC; ^bInstituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La depresión y la ansiedad son emociones connaturales a la naturaleza humana que pueden activarse ante una situación percibida por los individuos como amenazante. Se trata de trastornos de salud cuando se prolongan en el tiempo, provocando un agotamiento en el sistema orgánico que compromete a la salud general. El presente trabajo pretende cuantificar el fenómeno conociendo la prevalencia relativa de estos problemas en la población inmigrante y autóctona, así como ofrecer una reflexión metodológica útil sobre los instrumentos de medida para el diseño de futuras encuestas de salud.

Métodos: La Encuesta General de Salud de la ciudad de Madrid (2005) ha sido la fuente utilizada, comparando dos medidas para valorar los problemas de salud mental no psicóticos (test de Goldberg en su versión 12 ítems y una pregunta sobre morbilidad diagnosticada) en la muestra de 16 a 65 años. Se analizó la consistencia de las diferencias en la prevalencia de mala salud mental estimada entre la población autóctona ($n = 4.738$) y la extranjera ($n = 1.008$) utilizando la prueba de Chi-cuadrado y los intervalos de confianza para la población de estudio de cada frecuencia obtenida en la muestra.

Resultados: No existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de mala salud mental entre la población inmigrante y autóctona pero, dependiendo del instrumento de medida utilizado, las diferencias son muy grandes. Según el GHQ-12 con punto de corte en más de 2 respuestas, el 20% de la población autóctona tiene mala salud mental (IC 95%, 18-6-20,9) frente al 22% de la población extranjera (IC 95%, 19,4-25,1); sin embargo, solamente el 8% de los autóctonos (IC 95%, 7,42-6,96) y el 6% de los extranjeros (IC 95%, 4,27-7,54) han sido diagnosticados de ansiedad y/o depresión por un médico. Estas desigualdades tienden a disminuir al incrementarse el tiempo de residencia de la población extranjera.

Conclusiones: Algunos instrumentos (GHQ-12) muestran deficiencias para conocer la prevalencia de mala salud mental en la población inmigrante y otros (morbilidad diagnosticada) son poco fiables al emplearse en una población con una utilización diferente de los servicios sociales y sanitarios ligada a limitaciones de orden cultural (idioma, hábitos) o legal (desconocimiento de derechos). Las diferentes oportunidades de las personas para ser diagnosticadas formalmente de algu-

no de estos trastornos, así como los distintos patrones culturales de ambas poblaciones, limitan la validez interna y externa de estos métodos de medida de la mala salud mental, usuales en las encuestas de salud.

681. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE POBLACIÓN MIGRANTE EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: ANÁLISIS COMPARADO

S. Hernández^a, R. Terraza-Núñez^b, L.A. López^a, M.L. Vázquez^b, L. Bosch^c, I. Vargas^b, J.I. Martínez^a, S. Pequeño^b

^aEscuela Andaluza de Salud Pública; ^bConsorcio de Salud y Social de Cataluña; ^cServeis de Salut Integrats, Baix Empordà.

Antecedentes/Objetivos: La elevada proporción de migrantes en España ha planteado nuevos retos para el sistema sanitario, que debe proveer atención a población diversa. La evidencia empírica internacional refleja un acceso inadecuado a la atención sanitaria de la población inmigrante. A pesar de que se han diseñado numerosas políticas sanitarias específicas para esta población, son escasos los análisis comparados y los existentes no se centran en el acceso a una atención adecuada. El objetivo es analizar las condiciones que influyen en el acceso a la atención en salud adecuada de la población inmigrante desde las políticas sanitarias.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo comparado a través de un análisis de contenido de las políticas dirigidas a la atención sanitaria de población inmigrante en Andalucía, Cataluña y estatal. Se seleccionaron legislación y planes que contuvieran una política sanitaria dirigida a población inmigrante, contuvieran la evaluación de la implementación de una de esas políticas y fuera el último documento vigente en el momento de la búsqueda. Se analizaron 19 documentos estatales, 15 catalanes y 16 andaluces con la ayuda del Atlas-ti. Las dimensiones de análisis fueron: definición de inmigrante y acceso, principios y objetivos, estrategias y evaluación de los resultados.

Resultados: Pocas políticas incluyen la definición de inmigrante y ninguna la de acceso. Los objetivos estatales se dirigen a garantizar el derecho a la protección de la salud —objetivos que garanticen el acceso—. Los regionales siguen las directrices estatales pero con más concreción. Las estrategias se dirigen a los determinantes del acceso relativos a la población inmigrante —provisión de información, captación de inmigrantes e idioma (solo en Cataluña); a la entrada a los servicios como la mejora de la disponibilidad de recursos y, solo en Andalucía, al acceso geográfico; al acceso a una atención de calidad—, mejora de la comunicación, modelo de organización de servicios, formación de profesionales, conocimiento de las desigualdades en salud y acceso, y en relación al sistema se centran en la burocracia para obtener el TSI. Se aprecian diferencias entre CC.AA. en el tipo de estrategias.

Conclusiones: Parte de las barreras de acceso a la atención en salud de la población inmigrante identificadas por la literatura son abordadas en las políticas sanitarias. Sin embargo, la persistencia de problemas en el acceso, la falta de definición de los mismos, la ausencia de presupuesto para las políticas y una escasa definición de las estrategias podrían requerir una implementación más planificada.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria. Carlos III.