

## COMUNICACIONES ORALES IV

Desigualdades  
socioeconómicas

## TENDENCIAS DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD EN BARCELONA EN EL CAMBIO DE SIGLO

C. Borrell, E. Azlor, M. Rodríguez-Sanz, R. Puigpinós, G. Cano-Serrall, M.I. Pasarín et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo de este estudio es analizar las tendencias de las desigualdades en mortalidad según nivel de estudios, para las principales causas de muerte, en los hombres y mujeres de Barcelona en el cambio de siglo (1992-2003).

**Métodos:** La población estudiada fueron todos los residentes en Barcelona mayores de 19 años. Se incluyeron todas las defunciones ocurridas entre 1992 y 2003. El nivel de estudios se obtuvo mediante la conexión de datos entre el registro de mortalidad y el padrón municipal de habitantes. Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, el nivel de estudios, el período de defunción (cuatro períodos de 3 años) y la causa de la defunción. Se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por edad para cada nivel de estudios, causa de muerte, sexo y período. Se ajustaron modelos de regresión de Poisson para la mortalidad total y según causas, separando los hombres y las mujeres, para obtener el índice relativo de desigualdad (IRD) por nivel de estudios ajustado por edad para los 4 períodos. El IRD es el RR de mortalidad según nivel de estudios pero teniendo en cuenta la proporción de población en cada uno de los 5 niveles de estudios (los cuales oscilan entre 0 y 1).

**Resultados:** El IRD para todas las causas de muerte fue constante a lo largo de los períodos (alrededor de 1,5), pero las diferencias absolutas fueron mayores en el período 1995-1997 (715,6 por 100.000 habitantes para hombres y 352,8 para las mujeres) y tendían a disminuir en los hombres. El análisis de tendencias de las desigualdades para las distintas causas de muerte muestra que para la mayoría de causas hay una tendencia estable con mayor mortalidad entre quienes tienen un menor nivel de estudios, excepto el cáncer de pulmón y de mama en las mujeres que tienen IRD por debajo de 1.

**Conclusiones:** Las desigualdades relativas en la mortalidad en hombres y mujeres en Barcelona no cambiaron durante los 12 años estudiados, mientras que las desigualdades absolutas tendieron a disminuir en los hombres. Nuestro estudio llena un importante vacío en la literatura del Sur de Europa sobre el análisis de las tendencias de las desigualdades en mortalidad durante la década de los 90 y principios de 2000.

*Financiación. Proyecto 04/2013 del Fondo de Investigaciones Sanitarias.*

O-099

O-098

## TENDENCIAS DE LAS DESIGUALDADES SEGÚN POSICIÓN SOCIOECONÓMICA EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CIUDAD DE BARCELONA

R. Puigpinós i Riera, C. Borrell i Thió, E. Azlor Celma, M. Rodríguez-Sanz, G. Cano-Serrall, G. Pérez, M. Pasarín, E. Fernández, L. Antúnez et al  
Agència de Salut Pública de Barcelona. Institut Català d'Oncologia. U. de Sao Paulo.

**Antecedentes y objetivos:** El cáncer es la tercera causa de muerte a nivel mundial y tiende a aumentar sobre todo en los países más desfavorecidos. Dentro de cada país, se han descrito desigualdades en la mortalidad por cáncer vinculadas a aspectos complejos que abarcan desde elementos vinculados al propio individuo hasta elementos sociales. El objetivo de este trabajo es estudiar la evolución de las desigualdades según nivel de estudios en la mortalidad por cáncer en Barcelona entre los años 1992 y 2003.

**Métodos:** La población de estudio son los residentes en Barcelona a partir de 20 años de edad. Se han incluido todas las muertes debidas a cáncer ocurridas entre 1992 y 2003 agrupando los años de defunción en 4 períodos. Se ha utilizado el nivel de estudios como indicador de posición socioeconómica obtenido a través del cruce entre el padrón de habitantes y el registro de mortalidad. Las variables estudiadas han sido edad, sexo, nivel de estudios, año y causa de defunción. Se han calculado las tasas de mortalidad estandarizadas por edad utilizando como población de referencia la de Barcelona de 1996. Se ha calculado la Razón de Diferencias (RD) y se han ajustando modelos de Poisson, calculando índice relativo de desigualdad (IRD), que compara la mortalidad relativa entre el nivel de estudios menor y mayor, de los distintos tipos de cáncer. Todo ello separado por hombres y mujeres.

**Resultados:** En general en Barcelona las desigualdades en mortalidad por cáncer se han mantenido estables si bien con una tendencia a disminuir, pasando de un IRD de 1,67 a 1,5 en el los hombres y de 1,15 a 1,05 en las mujeres. Las desigualdades más importantes en los hombres de nivel de estudios inferiores respecto a los de estudios superiores han sido en los cánceres de estómago, boca-faringe, esófago, laringe y pulmón, siendo la relación inversa en los de riñón y melanoma. En las mujeres las de nivel de estudios más bajos presentan más mortalidad en los cánceres de cérvix y estómago. El cáncer de pulmón disminuye en los hombres pero aumenta en las mujeres, presentado además una asociación inversa al igual que en el caso del cáncer de mama.

**Conclusiones:** Las tendencias en la desigualdad se han mantenido estables durante el período estudiado. Las estrategias propuestas en 1985 por el European Code Against Cancer, se han mostrado efectivas si bien no han conseguido la meta propuesta de disminuir en un 15% la mortalidad por cáncer. La incorporación de nuevos países a la Unión Europea es un importante reto en la reformulación de estos objetivos de disminución del cáncer en general y de las desigualdades según posición socioeconómica.

*Financiación. FISS P1042013.*

## DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS, DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL EN EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CATALUÑA

A. García-Altés, J. Benet, D. Elvira, J. Mendivil, C. Colls, D. Porrata, J. Torrens, C. Borrell, A. Guarga et al

Agència de Salut Pública de Barcelona. Consorci Sanitari de Barcelona. Departament de Salut de Catalunya.

**Antecedentes y objetivos:** Si bien hay evidencia de la existencia de desigualdades en España en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios, no se conocen las desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios. El objetivo de este estudio es medir las desigualdades geográficas, de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña el año 2005.

**Métodos:** Estudio ecológico de corte transversal, siendo la unidad de análisis las 37 "áreas de salud" de Cataluña. Los indicadores fueron adaptados del "UK National Health Service performance assessment framework" y agrupados en dimensiones: estado de salud, acceso, provisión efectiva de servicios sanitarios apropiados, eficiencia, experiencia del usuario, y resultados en salud de los servicios sanitarios. Las fuentes de información fueron registros epidemiológicos (mortalidad y natalidad, vacunaciones, tuberculosis y VIH/sida, etc.), población, y uso de servicios sanitarios (atención primaria, CMBD-AH, larga estancia). Los indicadores fueron tasas y proporciones, calculadas para 2005, y estandarizadas por edad usando la población de Cataluña de 2001 como referencia.

**Resultados:** De momento, se dispone de los resultados relativos a las 10 "subáreas de salud" (SAS) de Barcelona. El número de habitantes de las SAS va de 82.879 en la SAS 4 a 267.083 en la SAS 2. Los porcentajes más altos de población mayor de 65 años se dan en la SAS 8 para hombres (19,2%) y en la SAS 2 para mujeres (26,2%). La esperanza de vida al nacer es mayor en hombres que en mujeres en todas las SAS (87,0 años en las mujeres y 79,6 años en los hombres en la SAS 6), y es mayor en las SAS con mejores indicadores socioeconómicos (81,5 años para los hombres de la SAS 5, y 75,4 años en los de la SAS 1). Los años de vida perdidos, totales y por enfermedades del aparato circulatorio siguen el mismo patrón. Las tasas de mortalidad son más altas en los hombres que en las mujeres, especialmente por enfermedades cardiovasculares, coronarias, respiratorias, cáncer y accidente de tráfico (9,73 por 100,000 habitantes para hombres en la SAS 9, y 2,47 para mujeres). Algunas causas de mortalidad siguen un patrón geográfico similar al del nivel socioeconómico de las SAS.

**Conclusiones:** Esta iniciativa será útil para identificar desigualdades geográficas, de género y clase social en las "áreas de salud" de Cataluña, en indicadores de desempeño de los servicios sanitarios. Además, está siendo útil para monitorizar el funcionamiento de los servicios sanitarios y establecer objetivos de política sanitaria para disminuir las desigualdades.

O-100

O-101

**LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS**M. Rodríguez-Sanz, M.I. Pasarin, C. Borrell, P. Carrillo-Santistevé et al  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La universalización de la atención sanitaria no garantiza la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios o en la realización de prácticas preventivas. A pesar de disponer de un sistema público español, hay personas que contratan seguros privados (un 15,8% de la población española), sobre todo las clases privilegiadas, teniendo mayor capacidad de elección así como la posibilidad de acceder a atenciones no cubiertas o cubiertas parcialmente por el sistema público. El objetivo del estudio fue analizar las desigualdades socioeconómicas en la realización de prácticas preventivas en el Estado Español el año 2003.

**Métodos:** El diseño ha sido transversal con datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2003. Se incluyeron las personas no institucionalizadas, residentes en el Estado Español. Las variables dependientes fueron la vacunación de la gripe en los mayores de 60 años, la realización de mamografías en los últimos 3 años en las mujeres de 50 a 69 años y la visita preventiva al dentista el último año en mayores de 16 años. Las variables explicativas fueron la edad, la clase social (manuales / no manuales) y el tipo de cobertura sanitaria (pública/mixta o privada). Se estimaron, para hombres y mujeres por separado, las prevalencias de realización de las diferentes prácticas preventivas estandarizadas por edad y las razones de odds (OR) según la clase social y el tipo de cobertura sanitaria mediante regresión logística.

**Resultados:** Un 57,2% de la población de 60 años o más se vacunó de la gripe, sin variación según clase social o cobertura sanitaria, excepto las mujeres de clases desfavorecidas que se vacunan menos (56%) que las de clases más favorecidas (60%). Un 76,9% de las mujeres de 50 a 69 años ha realizado una mamografía, siendo mayor en mujeres con cobertura mixta o privada (83%) respecto las que tienen cobertura pública (76%). Sólo un 18,3% de la población mayor de 16 años visitó el dentista. Por un lado las personas de clases favorecidas van más al dentista (OR = 1,6 IC 95% = 1,4-1,7 en hombres, OR = 1,6 IC 95% = 1,5-1,8 en mujeres), y por otro lado la población con cobertura mixta o privada acude en mayor proporción al dentista (OR = 1,7 IC 95% = 1,5-2 en hombres, OR = 1,9 IC 95% = 1,7-2,1 en mujeres).

**Conclusiones:** Estos resultados muestran la existencia de desigualdades en la realización de prácticas preventivas, sobre todo en las visitas preventivas al dentista y en la realización de mamografías. Estas desigualdades están relacionadas con el hecho de disponer de cobertura sanitaria mixta y por lo tanto con las clases sociales más privilegiadas. La inclusión de prácticas preventivas en la cartera de servicios prestados por el sistema público puede disminuir las desigualdades socioeconómicas en estas prácticas.

O-103

**DESIGUALDADES EN SALUD SEGÚN EL LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 45 AÑOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO (CAPV)**U. Martín, A. Bacigalupe et al  
*Universidad del País Vasco.*

**Antecedentes y objetivos:** Las desigualdades sociales en salud relacionadas con el lugar de nacimiento han sido escasamente estudiadas en la CAPV, a pesar de tratarse de una de las comunidades autónomas que más inmigración absorbió en la década de los 60-70. Se describirán estas desigualdades en la población mayor de 45 años residente en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en 2002.

**Métodos:** Estudio trasversal a partir del análisis de la Encuesta de Salud de la CAPV 2002 (ESCAV'02), representativa de la población no institucionalizada de esta comunidad. Se seleccionó a la población mayor de 45 años según su lugar de nacimiento, en la CAPV o en el resto del Estado (2.061 hombres y 2.613 mujeres). Como variables de resultado se utilizaron la autovaloración de la salud, el SF-36 y la existencia de problemas crónicos. Se calcularon las prevalencias de mala salud, de padecer al menos un problema crónico y la media de las dimensiones del SF-36, estandarizadas por edad, para cada sexo y clase social. Se realizaron modelos de regresión logística para las variables cualitativas y análisis de la covarianza para las dimensiones del SF-36. Se construyeron modelos para hombres y mujeres ajustados por edad y por clase social.

**Resultados:** Las personas nacidas fuera de la CAPV presentaron mayor prevalencia de mala salud, puntuaciones más bajas en las ocho dimensiones del SF-36 y una mayor prevalencia de problemas crónicos, tanto en hombres como en mujeres y en todas las clases sociales. Las desigualdades fueron mayores en mujeres que en hombres. Ajustando por clase social, las diferencias fueron significativas en todos los casos salvo en la autovaloración de la salud en los hombres y en algunas dimensiones del SF-36: rol físico en mujeres; y vitalidad y función social en hombres.

**Conclusiones:** El lugar de nacimiento constituye un eje de desigualdad en la salud en la población de la CAPV ya que las personas nacidas en la CAPV declararon una mejor salud percibida, una mejor calidad de vida relacionada con la salud mejor y una menor morbilidad crónica que las nacidas en el resto del Estado, tanto en hombres como en mujeres y en todas las clases sociales. Resulta necesario avanzar en el conocimiento de las razones de estos peores resultados, que afectan a casi la mitad de la población vasca mayor de 45 años, con el fin de establecer políticas y acciones para la reducción de tales desigualdades.

*Financiación. Beca de Investigación aplicada. Ararteko-Defensor del Pueblo Vasco.*

O-102

**DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA PLANIFICACIÓN Y DESENLACE DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE BARCELONA**L. Font-Ribera, G. Pérez, J. Salvador, C. Borrell et al  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La planificación del embarazo aporta beneficios claros tanto para las mujeres como para los recién nacidos. En la ciudad de Barcelona la proporción de embarazos no planificados es alta y la tasa de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) va en aumento. El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades por posición socioeconómica (PSE) en la planificación y desenlace de los embarazos de la ciudad.

**Métodos:** La población de estudio son los embarazos de mujeres residentes en la ciudad de Barcelona entre 1994 y 2003. Las fuentes de información han sido el Registro de IVE del Departament de Salut y los nacimientos del Registro de Defectos Congénitos de Barcelona. La muestra consiste en el 2% de las IVE y nacimientos respectivamente (n = 3,023). La PSE se ha medido según el nivel de estudios de las mujeres. Las variables dependientes son la planificación del embarazo, el desenlace (IVE o nacimiento). Las variables independientes son el nivel de estudios, la edad y la convivencia en pareja. La asociación de las variables se ha calculado con Odds Ratio (OR) y OR ajustadas (ORA) a través de modelos de regresión logística bivariados y multivariados. Se ha evaluado también la existencia de interacciones en los modelos.

**Resultados:** El 41,8% de los embarazos del período no se habían planificado y el 25,6% acabó en IVE. Las mujeres con estudios secundarios y sobre todo las que no tienen estudios primarios tienen más embarazos no planificados que las universitarias. (OR = 1,71; IC 95%: 1,40-2,08 y OR = 7,22, IC 95%: 4,82-10,81 respectivamente). Las mujeres con menos estudios son las que realizan más IVE tanto en el global de los embarazos como sólo en los que no son planificados (OR = 7,87; IC 95%: 5,26-1,79 y OR = 3,23; IC 95%: 1,98-5,28). Por otra parte, la relación entre la PSE y el desenlace del embarazo varía según la convivencia en pareja y la edad.

**Conclusiones:** Existen desigualdades por PSE en la planificación y en el desenlace del embarazo en la ciudad de Barcelona y estas desigualdades no afectan tanto al acceso a la IVE como a la falta de planificación del embarazo. Se han podido identificar dos grupos de riesgo: las mujeres que no conviven en pareja y las mujeres de PSE desfavorecida. Pocas mujeres continúan un embarazo sin tener una pareja estable. Para disminuir estas desigualdades en la ciudad hacen falta intervenciones dirigidas a realizar una planificación del embarazo efectiva y universal para todos los sectores sociales, así como facilitar el acceso a los anticonceptivos efectivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia y los métodos anticonceptivos permanentes e incrementar las políticas sociales dirigidas a ayudar a las familias y a las mujeres que quieren tener hijos y que no puedan por razones económicas.

O-104

**LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN BARCELONA: ¿UN PROBLEMA EMERGENTE?**R. Puigpinós Riera, C. Borrell Thió, M. Rodríguez Sanz, M. Pons Viqués, I. Robles Garrido et al  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** El año 2000 en Catalunya un 18,6% de la población vivían en situación de pobreza (personas que conviven en un hogar con una renta por debajo del 60% de la renta mediana). La dinámica social y económica de las sociedades ricas, hace emerger el concepto de pobreza integrada, la no visible. Son personas en situación de vulnerabilidad, que entre otros factores, han de valorar qué pueden comer en función de qué pueden pagar. Si bien a nivel internacional, algunas encuestas de salud contemplan el estudio de este fenómeno conocido como inseguridad alimentaria, en nuestro medio aun no ha sido estudiado. La encuesta de salud de Barcelona llevada a cabo durante el año 2005, ha sido un primer acercamiento a esta problemática. El objetivo de este estudio es analizar la presencia de inseguridad alimentaria en la ciudad de Barcelona así como el perfil de las personas que la padecen.

**Métodos:** La población de estudio son las personas no institucionalizadas residentes en Barcelona durante el año 2005. Es un diseño transversal en el que se encuestaron 3150 personas mayores de 15 años (52,5% mujeres y 47,5% hombres). La variable dependiente ha sido la inseguridad alimentaria y las independientes el sexo, la edad, la clase social, el número de personas que conviven en el hogar y país de origen. Se han calculado las prevalencias de inseguridad alimentaria y las respectivas OR mediante modelos de regresión logística estratificando por sexo.

**Resultados:** Declararon haber estado preocupados por no poder comer suficiente debido a falta de dinero (inseguridad alimentaria) un 9,5% de las mujeres y un 8,4% de los hombres, no siendo significativa la Chi-cuadrada. Al ajustar los modelos de regresión logística, no se observaron diferencias significativas al controlar por la edad, si bien las personas de clase social IV y V presentaron unas OR de inseguridad alimentaria mayores respecto a las personas de clase social I y II de 3,39 (1,92-5,97) en las mujeres y 3,08 (1,76-5,41) en los hombres. En cuanto al país de origen, las mujeres y hombres procedentes de países en vías de desarrollo presentaron una OR de inseguridad de 4,39 (2,97-6,48) y de 2,75 (1,79-4,25) respectivamente respecto a las mujeres y hombres nacidos en Catalunya.

**Conclusiones:** Los resultados ponen en evidencia la existencia de importantes desigualdades vinculadas a la estructura social, poniendo de relieve que además de la pobreza visible existen otros problemas latentes y no visibles vinculados a la vulnerabilidad en la que viven determinados grupos sociales. Es necesario estudiar este problema en más profundidad así como los diversos determinantes sociales que lo condicionan. La alimentación es un derecho básico de la humanidad por el que deben velar los responsables de nuestra sociedad global.

O-105

**LA CLASE SOCIAL COMO FACTOR DE RIESGO EN LA VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

C. Vives-Cases, D. Gil-González, M. Carrasco-Portiño, C. Álvarez-Dardet et al  
*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Red Nacional de Investigación sobre Salud y Género. España. Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS).*

**Antecedentes y objetivos:** En la investigación sobre Violencia del Compañero Intimo Contra las Mujeres (VCI) se cuestiona cierta tendencia a generar un mayor conocimiento sobre las mujeres afectadas y no tanto en torno a los perpetradores. A pesar de la visibilidad de los casos de V.C.I. en parejas con problemas socioeconómicos, su relación con el hecho concreto de desarrollar una conducta violenta no está clara. Se plantea realizar una revisión de la evidencia empírica sobre el papel del nivel socioeconómico de los perpetradores en este problema.

**Métodos:** Revisión sistemática. *Bases de datos:* Eric (1966-2004), Sociological Abstracts (1963-2005), Science Citation Index (1945-2005), Social Science Citation Index (1956-2005), Medline a través de Pubmed (1966-2005), Social Service Abstracts (1980-2005), Lilacs (1982-2005) y Psycinfo (1972-2005). Se incluyeron los artículos empíricos que plantean analizar la posible relación entre la violencia del compañero íntimo contra las mujeres (resultado) y la clase social de los hombres que ejercen o no esta conducta violenta (exposición).

**Resultados:** Se localizaron 251 estudios. Sólo 10 cumplieron los criterios de inclusión. Se encontró un estudio de cohortes, un estudio de casos y controles, un estudio ecológico y una serie de casos. La forma más común de definir el factor de exposición es a través del nivel de ingresos de los participantes seguida del nivel educativo, y por último, del tipo de empleo y de tener o no trabajo. Con respecto a los aspectos contemplados para analizar la calidad de los estudios, el 91% cuentan con criterios bien definidos, el 73% justifican adecuadamente la selección de los sujetos, el 82% ofrecen una definición explícita de la V.C.I., el 91% ofrecen una definición explícita del nivel socio-económico como factor de exposición estudiado, y el 73% realizan análisis estadísticos para controlar el efecto de posibles factores de confusión. Sin embargo, sólo en 4 de los 10 seleccionados se ofrecen medidas de asociación o los datos necesarios para recalcularlas. En un estudio se obtiene una Odds Ratio de 1,4 (IC 95% = 1,1-1,9) con el desempleo, y en el otro, no se alcanzó en nivel de significación estadística ni con este factor ni con el bajo nivel de ingresos y educativo.

**Conclusiones:** Se requiere más información, y de más calidad, que permita establecer resultados concluyentes sobre el papel causal del nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. Aún es insuficiente la evidencia empírica que asocia la conducta violenta de los hombres contra sus parejas con determinados grupos de bajo nivel socioeconómico.

*Financiación. Trabajo financiado por la Escuela Valenciana de Estudio de Salud y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana (España) y, con el patrocinio del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español.*

**Intervención comunitaria**

O-106

**SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE ETNIA GITANA DEL BARRIO DEL CAMP DE LA BOTA DE BARCELONA (1985 – 2005)**

M. Casals, P. Pila, J.P. Millet, A. Orcau, P. García de Olalla, J. Batailla, J.M. Jansà, J.A. Caylà et al

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** En 1985 se detectaron varios casos de la tuberculosis (TB) en el Campo de la Bota, realizándose un cribaje que detectó 14 casos entre sus residentes. Objetivo: Realizar un seguimiento a largo plazo de los habitantes de este barrio marginal eliminado en 1989 para estudiar la redistribución residencial después de 20 años, así como analizar la incidencia de TB, SIDA, drogadicción y prisión y estudiar la supervivencia.

**Métodos:** *Fuentes de información:* Censo del barrio efectuado en 1985 a raíz del estudio del brote de TB, los padrones y registros de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de la ciudad de Barcelona y de la Generalitat de Catalunya. *Diseño, sujetos y período:* Estudio de cohorte retrospectivo de los individuos en los que ha sido posible llevar a cabo algún seguimiento. Este se realizó desde 1985 hasta el 31/12/2005. *Variabes 1985:* Nombre, sexo, fecha de nacimiento, número de barraca, presentación de TB, medida del diámetro en mm de la induración tuberculínica. *Variabes en el seguimiento:* residencia, presentación posterior de TB, SIDA, drogadicción (tipo droga), prisión, fecha censura, estado vital (fecha de muerte en los fallecidos). *Análisis:* estudio descriptivo de los casos, se calcularon las incidencias de las enfermedades estudiadas y la probabilidad de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier que se compararon con el test de Log-rank ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** De los 427 residentes se efectuó algún tipo de seguimiento en 368 (86,2%), comprobándose que 290 (78,8%) seguían vivos, 47 (12,8%) murieron y 31 (8,4%) emigraron. En 1985 la mediana de edad fue 14 años, el 54% eran hombres y el 20,5% eran tuberculín positivos. El 4% tenían TB y la media de habitantes por barraca era de 5,5. En cuanto a la redistribución residencial se constató que el 20,5% emigraron a otras zonas de Barcelona, el 20% a Sta Coloma, 16% a Sant Adrià, 15% a Barcelona y el 14% a Badalona. En la evolución se constató que en los aún residentes en Barcelona-ciudad la incidencia de SIDA fue de 0,54/100 personas-año de seguimiento (pas), la de toxicómanos fue de 0,76/100 pas, la de presos de 1,63/100 pas y la de TB de 0,54/100 pas. Las enfermedades indicativas de SIDA fueron TB en 4 casos (67%). En relación a la supervivencia, las mujeres y los menores de 20 años tenían mejor supervivencia ( $p < 0,05$ ). Destacaba que a los 17 años de seguimiento, el 7,3% de la población menor de 20 años había muerto.

**Conclusiones:** El seguimiento de esta población ha sido muy dificultoso, no obstante se evidencia elevada mortalidad y altas incidencias de drogadicción, SIDA y TB por lo que estas poblaciones marginales deben ser siempre un objetivo prioritario para los servicios de salud pública.

*Financiación. RCESP.FIS exped: 06F52281.*

**EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE UN SERVICIO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA**

O.R. Pérez Corral, M.J. Escudero Carretero, R. González Pérez, G. Gijón Sánchez, P. Ruíz Román, N. García Toyos, M.A. Prieto Rodríguez, J.C. March Cerdá et al

*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes y objetivos:** Consciente de la creciente demanda de información en salud, la Consejería de Salud andaluza apuesta por la creación de un servicio telefónico de promoción y prevención de salud, dando prioridad a los contenidos pediátricos. Antes de poner en funcionamiento este servicio se decidió realizar un pilotaje con la ciudadanía para conocer su valoración de este servicio y de la información ofrecida en él. El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el diseño metodológico y los resultados de este pilotaje.

**Métodos:** Abordaje cualitativo basado en la evaluación del servicio de promoción y prevención de salud y de la información ofrecida en él a través de simulación de llamada telefónica y entrevistas semiestructuradas y grupos focales realizadas entre julio y septiembre de 2006. Para ello se definieron unos perfiles teóricos tomando como condición indispensable ser padre o madre de niños y niñas entre cero y catorce años. Según ese perfil, profesionales de primaria y especializada del ámbito pediátrico siguiendo un muestreo intencional en bola de nieve facilitaron el contacto con usuarios y usuarias que accedieron a colaborar en el proyecto, previa información sobre el mismo y petición de consentimiento. Su participación consistía en simular una llamada telefónica a un servicio de información pediátrica y realizar preguntas sobre: consejos pediátricos, alimentación infantil o vacunación. Después, a través de una entrevista semiestructurada o un grupo focal, se recogía su valoración sobre la calidad, utilidad y comprensión de la información recibida, así como su opinión y expectativas sobre el servicio en general.

**Resultados:** En general la valoración fue positiva. Se valoraba especialmente el fácil y rápido acceso a la información que este teléfono proporciona, el tiempo que ahorra y la tranquilidad que proporciona. Consideraban esta iniciativa como un avance y una mejora en la oferta de servicios sanitarios. Manifestaban su deseo de ampliar la oferta de información a otros temas y grupos de edad. Igualmente, la información recibida fue calificada de clara, de fácil comprensión y expresada en un tono respetuoso y nada alarmista.

**Conclusiones:** La evaluación previa de este servicio supuso un importante respaldo a la calidad del mismo. Fue posible determinar la aceptación y el interés que despertaba entre la población a la que va dirigido antes de su implementación. También, fue posible determinar el grado de utilidad e idoneidad que la información ofertada tenía para las personas susceptibles de utilizar este teléfono e identificar otros temas de interés con los que ampliar la oferta del servicio.

O-107

O-108

**EVALUACIÓN DE PROCESO DE UNA INTERVENCIÓN ESCOLAR DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO**

M.S. Martínez, O. Juárez, C. Ariza, M.J. López, M. Nebot, A. Schiaffino, E. Fernández, A. Moncada et al

*Agència de Salut Pública de Barcelona. Institut Català d'Oncologia. Ajuntament de Terrassa.***Antecedentes y objetivos:** Realizar la evaluación de proceso de una intervención de prevención del tabaquismo activo y pasivo dirigida a niños/as de 1º de ESO (12-13 años) de Terrassa (Barcelona).**Métodos:** Se diseñó una intervención multinivel: nivel individual (6 sesiones en el aula, guía para el profesorado, cuaderno para el alumnado), nivel familiar (actividades para padres-madres e hijos, tríptico informativo) y nivel escolar (carteles, guía para la prevención y control del tabaquismo en la escuela, monitores de medición de nicotina aérea), además de otros materiales de refuerzo (adhesivos, imanes). Se empleó un cuestionario autoadministrado con 12 ítems para valorar los conocimientos, creencias, actitudes y autoeficacia del alumnado antes y después de la intervención. La evaluación de proceso se realizó mediante autoinformes y entrevistas personales y grupales con todos los implicados (alumnado, profesorado). Se diseñaron 6 autoinformes, correspondientes a cada una de las sesiones, y una ficha de valoración global para recoger la valoración del profesorado. También se diseñó una ficha de valoración global dirigida al alumnado.**Resultados:** Los resultados preliminares del cuestionario previo a la intervención muestran un nivel de conocimientos alto entre el alumnado, con valores superiores al 75%. Un 33% considera que fumar está de moda, un 10% que los espacios sin humo no son necesarios. La autoeficacia del alumnado es mejorable: el 51% no se siente capaz de pedir a alguien que no fume, un 46% de convencerlo, un 20% de rechazar un cigarrillo y un 44% de convencer a los amigos de que no fumen. La intervención se inició en Enero del 2007 con 828 alumnos pertenecientes a 12 escuelas. El grado de cumplimiento de las instrucciones y el calendario del programa es elevado. El profesorado considera que las actividades desarrolladas en el aula generan una buena dinámica, son comprendidas por el alumnado, y alcanzan los objetivos previstos. El profesorado ha valorado distintos aspectos de los materiales (claridad, utilidad, interés) con una media de 8,2 puntos sobre 10.**Conclusiones:** Los resultados preliminares del cuestionario previo a la intervención muestran que la autoeficacia y las habilidades de comunicación son algunos de los determinantes que más deben trabajarse a lo largo de la intervención. El profesorado considera las actividades apropiadas según los objetivos.  
*Financiación. Fundació La Marató de TV3 (Nº. 040830).*

O-110

**EVALUACIÓN DEL PLAN LOCAL DE DROGODEPENDENCIAS DE MONTCADA I REIXAC, PLSD: 2002-05**V. Vadillo, S. Valmayor, C. Olid, E. Gonzalo et al  
*Ayuntamiento de Montcada i Reixac. Associació CEPS.***Antecedentes y objetivos:** El PLSD nació por la necesidad de estructurar acciones que desde hacía años se estaban desarrollando en el campo de drogodependencias en el municipio. Su marco de referencia fue el Plan Nacional sobre Drogas y las áreas de acción han sido: prevención, reducción de daños, asistencia e integración social. Tras 4 años de funcionamiento se evalúan las diferentes intervenciones y el cumplimiento de los objetivos propuestos, para orientar líneas de estrategias futuras.**Métodos:** Se evalúan las diferentes acciones llevadas a cabo en el municipio desde el año 2002 al 2005, valorando las intervenciones, por sus indicadores de ejecución, proceso y la relevancia de la acción; y la consecución de objetivos según sea buena, aceptable o no conseguida.**Resultados:** *Intervenciones preventivas: ámbito escolar:* se realiza un estudio sobre consumo de drogas en 2002, y las propuestas de actividades consiguen la fidelización y consolidación de centros escolares; *ámbito del ocio:* se realiza un estudio sobre el ocio alternativo y se forma y da soporte a profesionales en contacto con jóvenes y se imparten talleres a jóvenes; *ámbito comunitario:* se consolida la celebración del día mundial sin tabaco, se diseñan materiales preventivos, se consolida un circuito de soporte a técnicos y se forma a mediadores; *ámbito laboral:* se facilita la normativa a empresas y se realiza un estudio sobre consumo de tabaco. *Reducción de daños: ámbito de salud:* se mantiene el circuito del PIJ (Programa de Intercambio de Jeringues); *ámbito comunitario:* consolidación de programa de reducción de riesgos en espacios de ocio, el diseño de material, formación a agentes de salud y colaboración con empresas. *Asistencia e integración social: ámbito de salud:* diseño de un catálogo de recursos, programa de mantenimiento de metadona, campaña para la deshabituación tabáquica y promoción de recursos para su consecución; *ámbito comunitario:* consolidación de un registro de indicadores de las intervenciones y promoción y desarrollo de hábitos y materiales para trabajar en red. La consecución de objetivos de estas intervenciones fueron valoradas como buenas en un 41,2% y como aceptables en un 17,7%. Un 35,3% de los objetivos fueron considerados no conseguidos.**Conclusiones:** Los recursos actuales son insuficientes para conseguir el 100% de los objetivos propuestos: se deben seguir líneas estratégicas basadas en recursos disponibles. En 4 años de programa se han logrado fidelizar i consolidar intervenciones en el ámbito escolar, comunitario y de ocio y la formación y asesoramiento a mediadores. Los estudios informan de la situación de consumo en el municipio. Estas indicaciones se tienen en cuenta en la definición de los objetivos del nuevo plan.  
*Financiación. Diputació de Barcelona y Red Española de Ciudades Saludables.*

O-109

**EFICACIA DE LA DIACETILMORFINA INYECTADA EN EL ENSAYO CLÍNICO DE ANDALUCÍA**

J.C. March Cerdá, E. Oviedo-Joeckes, M. Romero Vallecillos, E. Perea Milla, L.C. Silva, E. Pepsa et al

*Escuela Andaluza de Salud Pública. Centre of addictions research of British Columbia. Victoria BC. Canada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Hospital Costa del Sol. National Center for Medical Science Information. La Habana. Cuba.***Antecedentes y objetivos:** Evaluar la eficacia de la prescripción diversificada, individualizada y protocolizada de agonistas opioides, apoyada en la diacetilmorfina (DAM) por vía intravenosa en relación a la metadona oral, ambas con apoyo médico-psico-social, en la mejoría de la salud física, mental y en la integración social de personas dependientes a opioides en situación de exclusión social, para quienes los tratamientos disponibles no han sido efectivos.**Métodos:** *Diseño:* Ensayo clínico, abierto y aleatorizado. *Participantes:* 62 pacientes aleatorizados, 31 en cada grupo. *Intervenciones:* los participantes del grupo experimental recibieron DAM inyectada, más metadona oral durante 9 meses. El grupo control recibió dosis equivalente de opioides en 1 dosis al día de metadona oral. La dosis media de DAM fue de 274,5 mg/día y la de metadona en el grupo control de 105 mg/día. *Evaluaciones:* salud general, calidad de vida, problemas asociados al consumo de drogas, uso no médico de la heroína, conductas de riesgo para el VIH y el HCV y situación psicológica, familiar y social. Se analizaron diferencias intragrupal e intergrupales con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y la prueba de Mann-Whitney respectivamente. Para analizar el % de respondentes, se utilizó la variable resultado del ensayo clínico holandés, mediante métodos bayesianos. A lo largo del ensayo clínico, se realizaron entrevistas a 20 pacientes de cada grupo.**Resultados:** Ambos grupos mejoran a los 9 meses. En el grupo experimental, la tasa de respondentes fue del 70,4% y en el grupo control de 34,8%. El grupo experimental mejoró más que el grupo control en su estado de salud general y en las conductas de riesgo del VIH. Además este grupo disminuyó el uso de la heroína de la calle, así como el número de días libres de problemas relacionados con el consumo de drogas o impicación en actividades delictivas. Su percepción desde el inicio es que la realidad supera todas las previsiones, valorando mejoras en su salud física y psíquica (tranquilidad, seguridad en uno mismo, posibilidades de comunicación con otros, mejora en el cuidado personal en las pautas de higiene y aseo, mejoría en las funciones sexuales, de vigilia y sueño).**Conclusiones:** Bajo las mismas condiciones, la DAM es eficaz y segura. En relación a la salud física, el riesgo de VIH, consumo de heroína de la calle y días implicados en actividades delictivas, la DAM más metadona es más efectiva que la metadona sola y por tanto una alternativa efectiva.  
*Financiación. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía.*

O-111

**PRUEBA RÁPIDA CON RESULTADOS DIFERIDOS EN SAUNAS DE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES**

F. Barranco, P. García de Olalla, S. Carvajal, E. Díez, J. Caylá, M. Marresme, J. Casabona, F. Sánchez, A. Moreno et al

*Agencia de Salut Pública de Barcelona. Programa per a la Prevenció i Assistència a la Sida. Departament de Salut. CEESCAT. Departament de Salut. Hospital del Mar. Hospital Clínic de Barcelona. Servicio de Enfermedades Infecciosas.***Antecedentes y objetivos:** Describir los resultados de un programa de oferta de prueba VIH en saunas de hombres que mantienen relaciones con hombres (HSH). El programa incluye varios componentes dirigidos a mejorar la factibilidad y la efectividad: prueba anónima, consentimiento oral, consejo breve, contacto telefónico, prueba rápida, entrega de resultados diferida y vinculación preferente a servicios sanitarios.**Métodos:** Estudio transversal. La población de estudio son los usuarios de las tres principales saunas HSH de Barcelona. Durante 6 meses de 2006 se ofreció un nuevo formato de prueba VIH a los clientes de estas saunas. Consistió en la oferta, dos tardes a la semana, de una prueba rápida (Determiné VIH), anónima, con consejo preprueba simplificado, consentimiento informado oral y solicitud de teléfono móvil para contacto. Al día siguiente se ofrecía el resultado en una entrevista personal en un consultorio con consejo y vinculación inmediata a servicios sanitarios públicos de los casos reactivos para confirmación y eventual tratamiento. Se telefonaba a los usuarios no comparecientes para ofrecer nuevas citas. Mediante entrevista se recogió la edad, el nivel de instrucción, el país de nacimiento, el trabajo sexual, la realización de pruebas anteriores. Se hizo un análisis descriptivo bi y multivariado entre la reactividad y estas variables. Se estudió también la proporción de resultados comunicados y de usuarios reactivos que acudieron a los centros hospitalarios para confirmación y eventual tratamiento.**Resultados:** Se hicieron la prueba 433 usuarios. La edad mediana fue de 33 años. Un 65% era inmigrado. Un 33% declaró ser trabajador sexual. Un 27% no se había realizado nunca la prueba VIH y un 33% hacía más de un año que se la había hecho por última vez. Los resultados se entregaron en el 85,5% de los casos. La prueba fue reactiva en 27 personas (6,2%, IC 95%: 4,1%-8,9%). El resultado de la prueba se comunicó a 24 de los 27 usuarios reactivos (89%). De ellos, 20 usuarios (74%) acudieron a los servicios sanitarios vinculados al programa.**Conclusiones:** El programa se muestra factible y aceptable por los usuarios, trabajadores y gerentes de saunas. La proporción de reactividad es elevada. También lo es la proporción de resultados comunicados. El test rápido en saunas con entrega diferida de resultados permite alcanzar a una proporción importante de HSH que probablemente tiene dificultades de acceso a la prueba, inmigrantes y trabajadores sexuales.

O-112

**DISEÑO, DESARROLLO Y EVALUACIÓN DEL “PROGRAMA PREVENCIÓN DE TÉCNICAS DE MANIPULACIÓN PSICOLÓGICA”**

J.M. Jansà, M. Cortès, O. Juárez, M.P. González, E. Maté et al  
*Atenció i Investigació de Socioaddiccions (AIS). Agencia Salut Pública Barcelona (ASPB). Agencia de Evaluación e Investigación Médicas (AATRM). Escuela de Alta Dirección y Administración (EADA).*

**Antecedentes y objetivos:** Diseñar, desarrollar y evaluar un programa de prevención de técnicas de manipulación psicológica dirigido a jóvenes escolarizados de 13 a 16 años.  
**Métodos:** Se diseñó una intervención multinivel, que propone acciones en los ámbitos escolar y familiar, formada por diferentes materiales. La intervención propuesta se sustentó en los resultados de una revisión bibliográfica previa, en la experiencia del equipo en diseño de programas y en un modelo teórico de cambio conductual de eficacia demostrada en programas preventivos. Como materiales del programa se elaboraron una guía educativa para el profesorado, un tríptico dirigido a los padres/madres de los participantes y un material interactivo para los jóvenes. Mediante un estudio cuasi experimental, con grupo control y dos grupos intervención (intervención completa e intervención con sesión presencial) y un cuestionario autoadministrado antes y después, se realizó la evaluación de proceso y la evaluación de los efectos del programa.

**Resultados:** La evaluación se desarrolló en 15 centros de educación secundaria de Barcelona. La muestra del estudio estuvo formada por 900 alumnos (300 por grupo). Los resultados de la evaluación del programa muestran efectos estadísticamente significativos a favor de los dos tipos de intervenciones realizadas con relación a la percepción de riesgo personal a ser manipulado, al riesgo a que los amigos lo sean también ( $p < 0,005$ ) y a la gravedad percibida respecto a ingresar en un grupo coercitivo ( $p < 0,005$ ). Lo mismo se observa en la intención de informarse ante una actividad de la que se desconocen algunos aspectos importantes ( $p < 0,005$ ). En caso de la falta de conocimiento sobre un grupo determinado, la diferencia es estadísticamente significativa a favor de la intervención completa ( $p < 0,005$ ). En la variable no facilitar los datos personales, la diferencia es a favor de la intervención con sesión presencial ( $p < 0,005$ ). En la evaluación de proceso se observa que el profesorado ha seguido la planificación prevista de forma adecuada. La aceptación global del programa es favorable tanto por parte del profesorado como del alumnado en diferentes aspectos (interés, claridad y utilidad).

**Conclusiones:** Según los resultados de la evaluación, el programa muestra efectos positivos a nivel de conocimientos, creencias, actitudes e intención entre los jóvenes participantes. Los materiales y actividades son bien valoradas por los implicados. El programa constituye una herramienta educativa y preventiva para los jóvenes escolarizados.

*Financiación. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*

O-114

**EVIDENCIA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PARA PREVENIR EL ESTRÉS O BURNOUT EN TRABAJADORES SANITARIOS**

J. Ruotsalainen, A. Mariné, C. Serra, J. Verbeek et al  
*Cochrane Occupational Health Field, Finnish Institute of Occupational Health, Kuopio, Finlandia. Servicio de Prevención, Corporació Parc Taulí. Sabadell. Unidad de Investigación en Salud Laboral. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Los profesionales de la salud sufren estrés laboral por la exposición a factores de la organización del trabajo y el desequilibrio entre demandas, habilidades y/o apoyo social en el trabajo, y que puede producir una morbilidad mental severa, *burnout* o enfermedades psicosomáticas. El objetivo del presente trabajo es comparar la efectividad de diversas estrategias para el manejo del estrés con no intervención o asistencia habitual, para la reducción de estrés o *burnout* en trabajadores sanitarios.

**Métodos:** Revisión sistemática de la literatura científica de artículos originales sobre las intervenciones dirigidas a prevenir o reducir el estrés psicológico o *burnout* en personal sanitario. Dos autores extrajeron independientemente los datos de los estudios y evaluaron la calidad metodológica de cada estudio. Se realizó meta-análisis en aquellos casos en que se pudo agrupar los datos. En caso contrario, se realizó una síntesis cualitativa usando niveles de evidencia.

**Resultados:** Se incluyeron y analizaron 19 estudios originales: 14 ensayos clínicos controlados y randomizados, tres ensayos randomizados cluster y dos ensayos clínicos controlados. Dos ensayos puntuaron más del 75% en la escala de validez interna. Las intervenciones dirigidas a personas o individuales consistieron en varios programas de manejo del estrés de tipo cognitivo-conductuales, y cursos de relajación y asertividad. Las intervenciones enfocadas a la organización del trabajo incluyeron programas de apoyo y cambios en el trabajo de enfermería. Se observó que las intervenciones individuales pueden reducir las puntuaciones en la escala de *burnout*, estrés y diversos síntomas psicológicos cuando se comparó con no intervención, aunque la evidencia es limitada. Algunas de estas reducciones del nivel de estrés y de síntomas psicológicos se mantuvieron hasta dos años. También, la evidencia de que las intervenciones enfocadas a la organización del trabajo puedan producir reducciones similares.

**Conclusiones:** Se puede reducir el nivel de *burnout*, ansiedad, estrés y síntomas generales a partir de intervenciones bien planificadas en trabajadores sanitarios. Sin embargo, la mayoría de estudios identificados eran de baja calidad y no está claro si las reducciones observadas son permanentes o incluso clínicamente significativas. Son necesarios estudios más grandes, con randomización adecuada y ciegos para confirmar estos resultados.

*Financiación. Finnish Institute of Occupational Health.*

O-113

**EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIAL SOBRE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (VAS) EN UN DISTRITO SANITARIO**

M.I. Tamayo Velázquez, S. González Portillo, I.M. Ortega Castaño, A.M. González Álvarez, L.M. Recio Recio, N. López González, C. Perea Troyano, R. Toro Padilla, M.D. Martín Artacho et al  
*Escuela Andaluza de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga.*

**Antecedentes y objetivos:** Desde que entrara en vigor en mayo de 2003 la “Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente”, que regula las Voluntades Anticipadas (VAs) o Instrucciones Previas, ha habido un espectacular desarrollo de legislación complementaria y puesta en marcha de Registros oficiales. Sin embargo, a pesar de todo este desarrollo legislativo y burocrático-administrativo, según los datos recopilados de los Registros Autonómicos, tan sólo hay 28.918 VAs registradas en España a 1 de Enero de 2007. 1) Estudiar la efectividad de una intervención comunitaria integral en la población asignada al Distrito Sanitario La Vega de Málaga (Andalucía), en la mejora de la cumplimentación de Voluntades Vitales Anticipadas y de los conocimientos sobre estos documentos por parte de la ciudadanía y los profesionales. 2) Comparar la cumplimentación de VAs antes y después de la intervención realizada en el Distrito La Vega, con la de otro Distrito de Andalucía en el que no se hayan realizado intervenciones.

**Métodos:** *Ámbito de estudio:* Centros de Atención Primaria y Especializada y tejido social (asociaciones, sociedades, residencias, centros formativos...) del Distrito Sanitario La Vega, Málaga. *Sujetos:* profesionales sanitarios y personas mayores de 18 años residentes en el Distrito La Vega. *Intervenciones:* Sesiones formativas estandarizadas de Educación para la Salud impartidas por profesionales sanitarios entrenados (“Instructores”). Citas individuales de información y asesoramiento a la ciudadanía. Reparto de material divulgativo (trípticos, tarjetas, guías y carteles) y emisión de cuñas publicitarias y entrevistas a profesionales en emisoras de radio. *Indicadores de resultados:* *Indicadores de actividad:* número de sesiones realizadas, participantes y citas individualizadas. Satisfacción de los participantes. *Indicadores de efectividad:* número de VAs registradas.

**Resultados:** 58 sesiones en las que han participado 916 asistentes con una alta satisfacción. Los instructores llevaron a cabo 52 citas de asesoramiento individual. Según el Registro de VAs de Andalucía, durante el 2005 se registraron en el Distrito La Vega 28 VAs y 23 en el Distrito Control. Una vez comenzadas las intervenciones a principios de 2006 y hasta febrero de 2007, el Distrito control registró 21 VAs mientras que el Distrito Intervención cuenta ya con 97 VAs registradas.

**Conclusiones:** Después de las actividades realizadas en el Distrito La Vega, éste muestra un aumento en el número de VAs registradas con respecto al Distrito que no ha recibido ningún tipo de intervención.

*Financiación. Proyecto FIS PI041716.*

## Políticas

O-115

### ESTRATEGIA DE CONTROL DE ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS MEDIANTE PONDERACIÓN DEL RIESGO

A. Bolao, F. Tapia, J. Durán, J.R. Villalbí et al  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** El control sanitario de los establecimientos alimentarios busca minimizar riesgos para la salud. La normativa estipula requisitos, y los servicios de salud pública ejerciendo la autoridad monitorizan la situación y plantean como mejorarla. Para racionalizar los recursos con eficacia, priorizar acciones de inspección, planificar y programar las actividades de control sanitario de los alimentos, se han planteado sistemas de ponderación del riesgo para la clasificación de los establecimientos. Esta comunicación presenta la evaluación de un sistema de clasificación de establecimientos alimentarios con registro sanitario en función del riesgo (SISCERR-BCN) en Barcelona.

**Métodos:** Tras una prueba piloto el SISCERR-BCN se aplicó en 2004-05 a 340 establecimientos alimentarios con registro sanitario, englobando las claves 10 —carnes y derivados—, 12 —productos de la pesca—, 15 —leche y derivados—, 26 —cocinas centrales—, 28 —helados—, y 29 —horchaterías—. Se basa en 18 variables agrupadas en tres apartados (condiciones generales, higiene e instalaciones). Ponderando cada apartado, generan un baremo de 0 a 100 (100 es óptimo). La cifra resultante se relaciona con el riesgo. Se presentan los resultados para 2004-05. Las claves 10 y 12 que generan un informe anual se comparan con los de 2005-06.

**Resultados:** En 2004-05 la mayoría de establecimientos se clasifican en los grupos de riesgo medio o bajo. Un 53% de los de la clave 26 se valoran como con mayor riesgo; mientras que las claves 15 y 28 tienen un 53 y 82% respectivamente con riesgo bajo o muy bajo. Al seguimiento en 2005-06 de la clave 10, con 124 establecimientos, la puntuación media del sector ha pasado de 57,85 a 61,82. La evolución es positiva, pasando de un 43 a un 51% de establecimientos de riesgo mínimo, muy bajo o bajo, y de un 9 a un 3% de riesgo alto o muy alto. En la clave 12, con 54 establecimientos valorados, la puntuación global media del sector ha pasado de 60 en la campaña 2004-05 a 65 en la 2005-06. Se observa igualmente una evolución positiva: de un 53 a un 68% de establecimientos clasificados de riesgo muy bajo o bajo, y de un 8 a un 2% de riesgo alto o muy alto.

**Conclusiones:** Se aprecia una disminución de los riesgos en diversos sectores. La clasificación de establecimientos es una herramienta útil para focalizar la vigilancia y evaluar los progresos obtenidos, permite valorar la situación higiénica del sector y mejorar la homogeneidad de la vigilancia, con otros métodos. En la actualidad el SISCERR-BCN se encuentra en su tercera revisión. Para el futuro se propone su extensión a otros segmentos del sector alimentario, así como colaborar con los servicios de la Agencia de Protección de la Salud de Catalunya para el desarrollo conjunto de instrumentos de esta naturaleza.

### EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA TRAS LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO

O. Lushchenkova, E. Fernández, M.J. López, M. Nebot, A. Schiaffino, J. Twose et al

*Institut Català d'Oncologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Se ha estimado que un 60-70% de la población española no fumadora estaba expuesta al humo ambiental del tabaco (HAT) en los años 90. En enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que limita el consumo en diferentes lugares, incluyendo los lugares de trabajo. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de exposición al HAT de la población adulta española tras la entrada en vigor de la Ley.

**Métodos:** Encuesta transversal de una muestra representativa de la población adulta española sobre tabaquismo activo y exposición pasiva al HAT. Se ha realizado un muestreo proporcional por comunidades autónomas, tamaño del municipio de residencia, sexo y grupos de edad, con sustitución. El tamaño muestral final fue de 2.538 participantes (2.522 encuestas válidas: 1.221 hombres y 1.301 mujeres). El cuestionario se desarrolló en el marco de un estudio colaborativo europeo. Las entrevistas telefónicas se realizaron en junio y julio de 2006. En primer lugar, se ha calculado la prevalencia de consumo de tabaco activo en la población y en segundo lugar la prevalencia de exposición percibida al HAT en diferentes ámbitos (domicilio, trabajo, tiempo libre y transporte) y en general (exposición en cualquiera de ellos). Se han estandarizado las prevalencias por edad (población española intercensal de 2006) mediante el método directo.

**Resultados:** El 26,7% (intervalo de confianza [IC] 95%: 24,3-29,1) de los hombres y el 21,1% (IC 95% 18,9-23,3%) de las mujeres declaran ser fumadores activos de tabaco. El 72,2% (IC 95% 70,4-74,0) de los no fumadores están expuestos al HAT en cualquiera de los 4 ámbitos estudiados. En ambos sexos se observa una tendencia decreciente de la exposición al HAT con la edad. En los hombres, la prevalencia estandarizada por edad de la exposición al HAT fue del 26,4% (IC 95% 23,5-29,3) en el domicilio, del 39,8% (IC 95% 33,5-46,1) en el trabajo, del 61,1% (IC 95% 58,1-64,1) durante el tiempo libre y del 37,2% (IC 95% 33,3-41,1) en los medios de transporte. En las mujeres la exposición al HAT fue del 31,4% (IC 95% 28,5-34,3) en el domicilio, del 30,7% (IC 95% 24,2-37,2) en el trabajo, del 51,9% (IC 95% 49,0-54,8) durante el tiempo libre y del 45,5% (IC 95% 41,8-49,2) en los medios de transporte.

**Conclusiones:** La exposición al HAT de la población sigue siendo elevada, sobre todo en el tiempo libre. Además, una tercera parte de la población no fumadora trabajadora sigue expuesta en el lugar de trabajo pese a la prohibición introducida por la nueva Ley en este ámbito.

*Financiación. Comisión Europea/ European Network for Smoking Prevention (grant 2004323)*

O-116

### EVALUACIÓN UN AÑO DESPUÉS DE LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO

M.J. López, M. Nebot, C. Ariza, E. Fernández, A. Schiaffino, G. de Evaluación de la Ley 28/2005 et al

*Agencia de Salud Pública de Barcelona. Instituto Catalán de Oncología.*

**Antecedentes y objetivos:** El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto al año de esta ley en los niveles de exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) en lugares de trabajo, incluyendo el sector de la hostelería, de 8 Comunidades Autónomas.

**Métodos:** Estudio evaluativo pre-post con medidas repetidas a los 6 meses y al año. Como marcador del HAT, se midió la nicotina en fase vapor mediante monitores pasivos que contenían un filtro de 37 mm tratado con bisulfato sódico. Los sectores laborales estudiados fueron la Administración Pública, la Universidad, las empresas privadas y el sector de la hostelería de Baleares, Cantabria, Cataluña, C. Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja y Madrid. Se tomaron 50 muestras por Comunidad en el trimestre previo a la implantación de la ley y se repitieron las mediciones en los mismos locales a los 6 meses y al año. Las muestras fueron analizadas en el Laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona mediante cromatografía de gases (GC/MS).

**Resultados:** Actualmente se dispone de un total de 195 mediciones repetidas en 6 de las 8 Comunidades incluidas en el estudio. Los resultados preliminares muestran que el porcentaje de muestras con presencia de nicotina, que antes de la ley era de un 89%, ha disminuido a un 62% un año después. En el caso de la Administración Pública, la concentración mediana ha disminuido un 42% un año después de la implantación de la ley (0,12 a 0,07 mg/m<sup>3</sup>). En el caso de la Universidad, la disminución ha sido de un 76% (0,29-0,07 mg/m<sup>3</sup>), y en el caso de las empresas privadas de un 95% (0,39 a 0,02 mg/m<sup>3</sup>). En hostelería, las concentraciones de discos y pubs han disminuido un 68% (101,17 a 27,80 mg/m<sup>3</sup>), y los restaurantes mayores de 100 m<sup>2</sup> muestran una disminución del 36% (2,19 a 1,41 mg/m<sup>3</sup>). En el caso de los restaurantes menores de 100 m<sup>2</sup> en los que se permite fumar la concentración mediana ha aumentado un 8%, mientras que aquellos que han pasado a ser libres de humo, muestran una disminución de un 94% en los niveles de exposición.

**Conclusiones:** La Ley 28/2005 ha tenido un impacto muy importante en la disminución de los niveles de HAT en lugares de trabajo de la Administración Pública y empresas privadas. Asimismo, los datos demuestran que en los locales de hostelería que no se han declarado libres de humo, los niveles de HAT encontrados siguen suponiendo un elevado riesgo para los trabajadores de este sector.

*Financiación. Financiado parcialmente por el FIS PI052293 y por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Sociedad Española de Epidemiología.*

O-117

O-118

**ESTRATEGIA VASCA DE VIDA SALUDABLE: PRIMEROS PASOS**

I. Vergara, M. Iruretagoyena, J. Zuazagoitia et al  
*Instituto de Innovación Sanitaria o-berri. Dirección Salud Pública. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.*

**Antecedentes y objetivos:** Los resultados de la "Encuesta de Nutrición 2005: hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años" realizada por el Departamento de Sanidad de la CAPV relativos a obesidad y hábitos alimentarios de la población infanto-juvenil han motivado que la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco lidere la Estrategia de Vida Saludable ideada desde una perspectiva comunitaria y de los determinantes de la salud. Su objetivo fundamental es promocionar y facilitar la adopción de hábitos saludables entre la población de la CAPV.

**Métodos:** Lograr la modificación del entorno y del comportamiento de las personas y hacerlos más saludables es un reto que no puede ser abordado sólo por las administraciones sanitarias. Por este motivo se convocó y propuso la elaboración conjunta de la Estrategia a representantes de todas las instituciones relacionadas con la promoción de hábitos saludables, es decir, Dirección de Planificación Sanitaria del Departamento de Sanidad, Departamento de Educación, Dirección de Consumo, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Asociación de Municipios Eudel. Este plenario ha celebrado dos reuniones en las que se ha puesto en común las actividades desarrolladas desde cada institución y se han discutido las posibilidades de mejora de dichas actividades y fundamentalmente, de coordinación y colaboración interinstitucional.

**Resultados:** Como primer resultado en la elaboración de la Estrategia se han definido tres objetivos estratégicos y una batería de acciones para su consecución. Los objetivos son: 1) lograr la máxima homogeneidad y coherencia posibles en las intervenciones, programas, campañas y en los principios, contenidos y mensajes desarrollados por las instituciones de la CAPV, 2) impulsar las estrategias necesarias para que las instituciones implicadas en la EVS hagan de la promoción de la vida saludable una prioridad, y 3) facilitar y promocionar la colaboración y coordinación entre las instituciones participantes para poder así maximizar el potencial y el impacto de sus intervenciones en materia de promoción de la salud.

**Conclusiones:** Generar cambios significativos en el comportamiento de las personas no es una tarea fácil y requiere tiempo y esfuerzo. Las autoridades sanitarias no pueden afrontar este reto en solitario y es necesaria la coordinación y colaboración entre diferentes niveles gubernamentales y la sociedad en general. Es necesario facilitar la creación de espacios de colaboración interinstitucional que permitan generar la sinergia necesaria para abordar retos de esta complejidad.

O-120

**BARRERAS DE ACCESO AL CONTINUO DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA**

I. Vargas, M.L. Vazquez, A. Mogollón et al  
*Servei d'Estudis del Consorci Hospitalari de Catalunya. Universidad del Rosario. Colombia.*

**Antecedentes y objetivos:** En los noventa, en muchos países Latinoamericanos se promovió la introducción de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para mejorar la equidad de acceso. En Colombia, estas redes están constituidas por las aseguradoras (EPS, ARS) y el conjunto de prestadores (IPS) con el que proveen atención a la población afiliada (régimen contributivo y subsidiado), en un entorno de competencia. La población sin afiliación utiliza IPS públicas. El objetivo del estudio es analizar las barreras de acceso al continuo asistencial en las RISS en Colombia, desde la perspectiva de los actores clave.

**Métodos:** Estudio cualitativo de corte fenomenológico, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas a una muestra teórica de actores sociales, provenientes de 6 RISS públicas y privadas que proporcionan atención a la población afiliada. *Se entrevistaron:* gestores (29), profesionales de atención primaria y especializada (64), y usuarios (51). Se realizó un análisis narrativo de contenido generando categorías mixtas sobre las dimensiones principales: acceso y continuidad en la red, con segmentación por temas y grupos de informantes. Las áreas de estudio fueron una zona urbana (Ciudad Bolívar, Bogotá) y una zona rural (La Cumbre, Valle del Cauca).

**Resultados:** Las barreras en el acceso señaladas por los entrevistados variaban con el área y régimen de afiliación a la red. En la zona rural y redes del régimen contributivo, los informantes destacaron problemas de accesibilidad geográfica; en la zona urbana, destacaron las barreras que imponen las aseguradoras: en las redes del régimen subsidiado, administrativas en forma de trámites burocráticos y autorizaciones; y en el régimen contributivo, restricciones en la práctica médica. Para los no asegurados, la barrera es económica. Del discurso de los informantes emergen diversas causas de discontinuidad asistencial presentes en los casos analizados: interrupciones temporales en el aseguramiento; dificultades de acceso al nivel especializado —listas de espera—; insuficiente coordinación de la atención en las redes —de información y gestión—; y ausencia de continuidad en la relación médico-paciente.

**Conclusiones:** A pesar de que algunas evaluaciones destacan el impacto positivo en la cobertura de aseguramiento de la introducción de redes en Colombia, se identifican numerosas las barreras para el acceso efectivo al continuo asistencial. A las dificultades de acceso comunes en países en desarrollo, se agregan barreras originadas por el énfasis en el control de costos por parte de las aseguradoras privadas. *Financiación. Agencia Española de Cooperación Internacional (Becas Mutis).*

O-119

**SALUD, DESIGUALDAD Y EQUIDAD: EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA REGIÓN NORDESTE, LA INSERCIÓN DE BAHÍA**

G.J. Pedreira Etkin, M. Teixeira et al  
*Programa de Economía da Saúde -PECS-ISC-UFBA. Programa de Economía da Saúde.*

**Antecedentes y objetivos:** Las desigualdades sociales observadas en Brasil son reflejadas entre las regiones, entre los estados y entre los municipios de cada estado. Dentro de este contexto, las acciones y servicios de salud deben ocupar una posición de destaque, garantizando al Sistema Único de Saúde (SUS) fuentes propias de recursos financieros y porcentuales mínimos de aplicación de esos recursos para obtener una ubicación equitativa de recursos, una estrategia capaz de minimizar la asimetría existente. Identificar el comportamiento del gasto en salud en la región nordeste del Brasil a partir de las recetas propias aplicadas en salud y de las transferencias del gobierno federal a los municipios.

**Métodos:** Para la selección de la unidad de análisis fueron identificados los municipios de la región Nordeste con más de 100 mil habitantes que enviaran datos AL Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (SIOPS) en el período de 2002 al 2005, alcanzando 46 municipios distribuidos en los 9 estados de la región estudiada. La análisis se foco en los 15 municipios con mayor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y en los de menor índice, analizados según la participación de la receta propia dependida en salud y con los indicadores de la participación de las transferencias para la salud con relación a la despesa total del municipio con salud.

**Resultados:** Los municipios con peores IDH obtuvieron un porcentual de transferencias de recursos Del SUS inferior al de los que poseen mejor IDH. La aplicación de recursos propios de los municipios con peores IDH demuestran que estos, en 2004, no aportaran los 15% preconizados por la Emenda Constitucional Nº 29, al revés de los municipios con mejores IDH que aplicaron en media 17,28% de los recursos propios. Se identificó que los porcentuales de las transferencias del gobierno federal para los municipios con mejores IDH fueron superiores que las transferencias a los municipios del otro grupo, ratificando y generando el agravamiento de la inequidad entre los municipios de la región.

**Conclusiones:** Los municipios están asumiendo cada vez mas su papel en el financiamiento y gastos con salud, sobretudo los de peores IDH, destacando un modelo de financiamiento incompatible con las reales necesidades de la población pues que donde el indicador es más bajo, hay más necesidades por servicios de salud y la acaldraría, por lo tanto, debería recibir un porcentual mayor de los recursos del gobierno federal para adecuar la oferta de los servicios prestados de salud.

O-121

**¿ES LA EFECTIVIDAD UN ASPECTO FUNDAMENTAL EN LA ELECCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA LA OBESIDAD?**

L.I. González-Zapata, C. Álvarez-Dardet, R. Ortiz-Moncada, G. Ortiz-Barreda et al  
*Escuela de Nutrición y Dietética-Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. Observatorio de Políticas Públicas y Salud. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante-España.*

**Antecedentes y objetivos:** El acercamiento de la legislación a la salud pública, posula que la ley se puede utilizar para crear condiciones saludables. Uno de los objetivos legales más recientes en este aspecto es la obesidad. Al respecto, los países han desarrollado diversas iniciativas políticas, en las que es importante reconocer los intereses de los diversos sectores implicados. El futuro de la obesidad exige un mayor conocimiento sobre el contexto, actores, propósitos, criterios, para establecer las estrategias políticas a ser implantadas y conseguir desarrollar políticas basadas en la evidencia. A continuación presentamos los consensos, concordancias y contradicciones, sobre los criterios preferidos, y su importancia relativa, en el desarrollo de políticas públicas contra la obesidad, según los actores principales de España.

**Métodos:** Se siguió el proceso Mapeo por Multicriterio, en el marco del proyecto europeo "Opciones de políticas para responder al desafío de la obesidad (PORGROW)", mediante una entrevista estructurada individual a 21 actores principales, implicados en la alimentación y el ejercicio físico, para la valoración de un paquete de 20 iniciativas de políticas. Se integró información de tipo cuantitativo y cualitativo. En este proceso, alentamos a los entrevistados a establecer los diferentes factores que a su juicio eran importantes, para justificar su posición en pro y en contra de las diferentes iniciativas de políticas, estos aspectos se denominaron criterios y fueron agrupados en resultados.

**Resultados:** Los actores principales identificaron un total de 93 criterios, con un promedio de 4 por participante. En conjunto, los resultados prioritarios de acuerdo con el número de participantes que los seleccionaron fueron Eficacia (18), Beneficios sociales (17), y Aceptabilidad social (14). El impacto económico en general, no fue considerado importante por los entrevistados. Al pedirle a los participantes ponderar los criterios según su importancia relativa, se observó un comportamiento similar para los mismos resultados, aunque con una clara falta de consenso y variabilidad entre los diferentes grupos de actores principales.

**Conclusiones:** Los costos financieros aparecen, como una cuestión de bajo perfil para los entrevistados, quizás porque España se encuentra al comienzo del proceso de desarrollo de políticas contra la obesidad y aun no hay ni ganadores ni perdedores entre los implicados. Muy al contrario, las cuestiones más relevantes fueron la Eficacia, los beneficios para la Sociedad, los beneficios extras en salud, la Factibilidad y Aceptabilidad social.

*Financiación. Esta investigación es parte del proyecto Porgrow financiado por la convocatoria INEST -New and Emerging Science and Technology- (Contrato n0508913) de la Unión Europea.*

O-122

**ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE UN APOYO AL TRATAMIENTO DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS EN CATALUÑA**

X.M. Mas Canal, X.V. Valles, A.R. Rodés, A.D. Domínguez et al  
*Taller d'Economia i Salut. Departament de Salut. Subdirecció de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosis.*

**Antecedentes y objetivos:** La tuberculosis continúa siendo un problema importante de salud pública en Catalunya. La evolución de sus tasas de incidencia indica que la enfermedad esta reemergiendo probablemente debido a un aumento de personas en situación de precariedad social, entre los que se encuentran los inmigrantes. Un factor fundamental en todo programa de prevención y control de la tuberculosis es la adherencia al tratamiento. El objetivo del presente estudio es evaluar la relación entre costes y eficacia de una intervención que incremente la adherencia al tratamiento en los grupos siguientes: 1) Pacientes potenciales cumplidores con tratamiento auto-administrado estándar (TAS): Se propone la gratuidad del tratamiento. 2) Pacientes con factores de riesgo de no cumplimiento: Se propone tratamiento gratuito auto administrado y vigilado (TAV) desde las instituciones sanitarias. 3) Pacientes con alto riesgo de no adherencia: Se propone Tratamiento Directamente Observado (TDO), ambulatorio que implica que los servicios de salud se desplacen en busca del paciente o en régimen de hospitalización.

**Métodos:** Para evaluar dicha intervención se ha desarrollado un modelo de MARKOV en que se ha considerado la cohorte de ciudadanos actuales en Cataluña que pasa por los distintos estadios de salud en relación con la tuberculosis. Se han modelizado tanto los nacimientos, la inmigración, así como los procesos de formación de tuberculosis multi-resistente. El modelo se ha programado con una proyección temporal de 20 años. Dado el coste de tratar la tuberculosis y el sobre coste que tiene por paciente la intervención planteada, el modelo permite calcular las diferencias en costes y años de vida entre los escenarios control y intervención.

**Resultados:** La metodología utilizada nos ha permitido estimar el futuro incremento de los casos de tuberculosis en Cataluña si no se hace ninguna intervención. También nos ha permitido estimar una reducción significativa de casos de tuberculosis si se aplica la intervención propuesta. De la comparación entre costes y años de vida ganados se ha concluido que dicha intervención es deseable como instrumento de lucha para el control de la tuberculosis Finalmente dichos resultados se han demostrado robustos en el amplio análisis de sensibilidad realizado.

**Conclusiones:** La tuberculosis es un problema de salud pública creciente en Cataluña. Dicho problema debe ser abordado con todos los medios al alcance. Medidas como las que se proponen en este documento de mayor apoyo al tratamiento de la tuberculosis son un complemento muy eficaz y coste efectivo para la lucha contra la tuberculosis.

*Financiación. Departament de Salut.*

O-123

**COSTO DE LA DIARREA PARA EL GOBIERNO, PARA LAS FAMILIAS Y EL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MEJORÍAS SANITARIAS DOMICILIARES EN LA CIUDAD DE SAUDE-BAHIA-BRASIL**

H.F. Floriano do Nascimento, L.D. Damasceno Santos, S.A. Antônio Loureiro, A.S. Santos Fernandez, F.S. Santos Fontanelli et al  
*PECS/ISC/UFBA.*

**Antecedentes y objetivos:** El impacto económico de las acciones en saneamiento para el sistema público de salud es poco conocido en la literatura científica brasileña. En 2000, la Organización Mundial de Salud (OMS) estimó que el 18% de la población mundial todavía no tenía acceso al agua tratada y el 40% no tiene acceso al adecuado tratamiento sanitario. En Brasil, extensas áreas de pobreza siguen con precarias infra-estructuras de servicios básicos de saneamiento y abastecimiento, y los elevados índices de morbilidad y mortalidad decurrentes de condiciones ambientales precarias representan un gran impacto económico para el gobierno y las familias. El estudio estimó los costos del tratamiento de la diarrea al sistema público de salud y a las familias, y también de las acciones en saneamiento realizadas por el gobierno brasileño en el municipio de Saúde.

**Métodos:** El municipio seleccionado tiene el Índice de Desarrollo Humano (IDH) debajo de 0,5; tasa de mortalidad infantil mayor que 40/1.000 nacidos vivos; y se encuadra en los criterios epidemiológicos establecidos por la portaria del Ministerio de la Salud nº 176 del 2000. La muestra fue de 88 domicilios, lo que corresponde a 44% de los domicilios beneficiados. Se decidió por restringir este estudio a la valuación de los costos de la diarrea que, además de más frecuente, esta asociada a mayor factor de riesgo. Los datos secundarios y primarios fueron colectados por investigadores entrenados, utilizándose de tablas de costo institucional y cuestionarios de costo familiar aplicados a las familias y domicilios. Los costos fueron computados a partir del inicio de las obras (en el 2001) y deflacionadas a precios del 2005, cuando los beneficios generados con los casos evitados de diarrea se volvieron más evidentes.

**Resultados:** El valor estimado para el costo de las intervenciones de saneamiento fue de R\$ 347.000. Los costos medio y total de la asistencia ambulatorio a la diarrea fueron respectivamente de R\$ 12,53 y R\$ 30.727,53. En el caso del internamente por diarrea el costo medio fue de R\$ 519,79 y el costo total de R\$ 120.072,37. Las familias tuvieron un costo total de cerca de R\$ 254.214,52 asociado a la diarrea, sea por tratamiento en ambulatorio o sea para internamiento. El valor economizado con la reducción de casos de diarrea fue de R\$ 213.608,71. Fue economizado R\$ 52,23 por caso de diarrea evitado.

**Conclusiones:** Los beneficios generados por el programa de saneamiento posibilitaron una importante economía para el sector público y para las familias. Los costos de las obras de saneamiento fueron compensados por la economía de recursos financieros que se obtuvo.

*Financiación. Organización Panamericana de la Salud.*