

XIII Congreso SESPAS

Sevilla, 4-6 de marzo de 2009-01-27

MESA ESPONTÁNEA I

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto en España: 2004- 2007

Moderadora: Montserrat García

ME-01. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES QUE HAN ESTADO EXPUESTOS A AMIANTO EN ESPAÑA 2004-2007

M. García Gómez, R. Castañeda López, et al

Ministerio de Sanidad y Consumo; por el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS.

Antecedentes/Objetivos: El seguimiento de los trabajadores expuestos a amianto persigue cuatro metas principales: identificar poblaciones de alto riesgo, identificar situaciones sobre las que actuar preventivamente, descubrir daño para la salud producido por el trabajo y desarrollar las actuaciones para el tratamiento, rehabilitación y reconocimiento como enfermedad profesional. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas diseñaron y consensuaron con las organizaciones empresariales y sindicales representativas en 2003 un Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos a Amianto, con el objetivo de garantizar una intervención adecuada, uniforme y armonizada en todo el Estado. El objetivo de este estudio es evaluar el funcionamiento del Programa en los años 2004 a 2007.

Métodos: Se evalúan todas las etapas del Programa mediante indicadores que permiten homogeneizar los denominadores y facilitar la comparabilidad de los datos en todas las Comunidades. Los indicadores cubren la evaluación de estructura, de proceso y resultados. La información se recoge a través de una ficha diseñada al efecto que recoge datos de las empresas y trabajadores que han utilizado amianto, los recursos asignados al Programa en cada Comunidad, trabajadores a los que se realiza el primer reconocimiento, demora, seguimiento, y enfermedades encontradas.

Resultados: Cuatro años después de aprobado el Programa, 15.136 trabajadores procedentes de 11 Comunidades Autónomas y pertenecientes a 106 empresas, están incluidos en el Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto. El 54% son trabajadores inactivos (jubilados y parados) y el 46% activos. La cobertura es del 76%, la demora de 68 días, y el 7,9% de los trabajadores no quiere participar. 208 trabajadores tienen EPOC, 535 placas pleurales, 152 asbestosis, 64 cáncer de pulmón y otros 28, mesotelioma; 32 trabajadores presentan otros cánceres con posible relación con el amianto (gástrico, de laringe y colon). El número de estas enfermedades declaradas como profesionales es menor al 1%.

Conclusiones: El consenso y la participación alcanzados alrededor de este Programa está permitiendo alcanzar coberturas de las políticas de prevención de riesgos laborales muy superiores a las que se consi-

guen con la mera actuación institucional y elaboración de normativa, ya que en el primer año de implantación del Programa (2004) se duplicó el número de trabajadores atendidos ((el Registro de Empresas con Riesgo de Amianto –RERA– funcionante desde 1984, contenía 2.500 trabajadores en 2003), y en el cuarto año se ha sextuplicado.

ME-02. RECONSTRUCCIÓN DE LA COHORTE DINÁMICA DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AMIANTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID. PROBLEMAS ENCONTRADOS

M.F. González Gómez, M.C. Álvarez Castillo, M. Martínez Vidal, M. Zimmermann Verdejo, M.J. Sagüés Cifuentes, et al

Servicio de Salud Laboral; Dirección General de Ordenación e Inspección; Consejería de Sanidad; Comunidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Es conocido el riesgo que para la salud supone la inhalación de las fibras de amianto y la gravedad de las patologías asociadas a dicha exposición. Durante décadas ha estado permitida en España la fabricación de productos con este material, por lo que numerosos trabajadores estuvieron expuestos a estas fibras en su ambiente laboral. Las Administraciones Sanitarias son las responsables de la Vigilancia de la Salud de los trabajadores que estuvieron expuestos a amianto una vez que éstos dejan la empresa en la que tuvieron la exposición al amianto (jubilación, desempleo, o cambio de empresa). En la Comunidad de Madrid se puso en marcha el Programa para la vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto con el objeto de garantizar la vigilancia médica específica de estos trabajadores y, de darse el caso, facilitar el reconocimiento de la enfermedad profesional. Para ello fue necesaria la creación de un Registro de expuestos. Este trabajo pretende describir las fases de reconstrucción de la cohorte de expuestos de la Comunidad de Madrid –iniciada en el año 2004–, y analizar las dificultades y progresos relacionados con el programa.

Métodos: Dada la falta de información y la dispersión de la existente, se acudió a diferentes fuentes para la identificación, localización e inclusión de éstas en la cohorte. Dichas fuentes fueron: listado de trabajadores con reconocimientos médicos de amianto (INSHT: 1987-2002 y Unidad de Neumología Laboral del ISCIII). Captación activa de trabajadores con historia de exposición: contacto directo con las empresas del Registro de Empresas con Riesgo de Amianto. Datos de filiación y estado vital: búsqueda en tarjeta sanitaria, estadísticas de mortalidad (1989-2006) y padrón continuo.

Resultados: A octubre del 2008 la cohorte la componen 4.701 trabajadores de 66 empresas (92,41% hombres, 2,30% mujeres, y 5,29% sin información). De la cohorte, se ha localizado al 82% (filiación y estado vital conocidos); de ellos el 64,1% ya no trabaja o lo hace en una empresa diferente (son post-ocupacionales) y ha fallecido el 11,02%. Dicha cohorte es la base sobre la que se sustenta el resto de actividades del programa, actualmente funcionando.

Conclusiones: Dada la importancia de este tipo de programas y del carácter abierto del registro, establecer nuevos mecanismos que favorezcan la comunicación con las fuentes y no despreciar posibles vías no exploradas hasta la fecha son estrategias a considerar para solventar o reducir las dificultades existentes para el rescate de información.

ME-03. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE SALUD EN TRABAJADORES EXPUESTOS A AMIANTO EN NAVARRA. AÑO 2007

V. García López, A. Beloqui, A. Parra, A. Hoyo, C. Alsua, M. Palomino, C. Cipriain, L. Artieda, et al

Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 1996 se construyó la cohorte de trabajadores expuestos a amianto a partir de diversos registros documentados desde 1984. La búsqueda exhaustiva ha hecho posible construir una cohorte de 2.431 trabajadores para una población de menos de 600.000 habitantes. Es la mayor cohorte relativa del Estado.

Métodos: Desde la Sección de Epidemiología laboral del INSL se ha coordinado el Programa de Vigilancia de la Salud para los trabajadores documentalente expuestos a amianto en Navarra. Entre los recursos asistenciales se cuenta con neumólogos de la red pública, médicos del trabajo de servicios de prevención propios y ajenos y entidades contratadas.

Resultados: La cohorte de trabajadores expuestos a amianto en Navarra al final de 2007 es de 2.431, 2.043 hombres y 388 mujeres pertenecientes a 62 empresas de riesgo. Además, se han producido 126 éxitus y 33 casos perdidos. Entre los recursos sanitarios, Navarra cuenta en la Red Pública con 2 centros de referencia y 2 neumólogos entrenados. Además, desde la Sección del INSL se coordina el seguimiento de esta actividad con 7 servicios de prevención propios y 8 ajenos. Entre los indicadores de proceso del Programa en 2007, en el 74,4% de los trabajadores expuestos, en el 85% de los activos postexpuestos y en el 59% de los inactivos ha sido vigilada su salud por el Programa. Lo que supone la realización de 284 reconocimientos específicos sólo durante este año. En 17 casos se han encontrado patologías relacionadas con el riesgo (6% de los reconocimientos realizados), todos ellos varones. Sólo un caso de estos se ha declarado como enfermedad profesional. Durante el período de seguimiento, en total se han declarado 2 enfermedades profesionales y se ha detectado un total de 190 patologías relacionadas (10 en mujeres y 180 en hombres). Tres mesoteliomas pleurales, 2 peritoneales y 10 neo pulmón y 2 de laringe (todos los cánceres detectados en otros registros).

Conclusiones: El seguimiento de los trabajadores que fueron laboralmente expuestos a amianto, algunos hace más de 30 años, dada la fisiopatología de la enfermedad, hará posible detectar la epidemia de la patología relacionada con amianto (mesotelioma de pulmón, ca. pulmón y laringe, fundamentalmente) en los próximos años. El esfuerzo exigido exige una labor de coordinación importante para llevar a cabo el Programa de Vigilancia y el reconocimiento laboral de esta patología.

ME-04. LA VIGILANCIA DE LA SALUD REALIZADA POR LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN LOS TRABAJADORES ACTIVOS Y POST-EXPUESTOS ACTIVOS DENTRO DEL PLAN DE ACTUACIONES SANITARIAS EN PERSONAS CON EXPOSICIÓN LABORAL A AMIANTO EN CASTILLA Y LEÓN

M. Elvira Espinosa, C. García Regidor, J. Fernández Rodríguez, L. Vegas Prieto, J.C. Ibáñez Martín, E. Aguado Cuenca, T. Velayos Pablo, M.L. Sánchez González, B. Susinos Arroyo, et al

Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación; Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La Consejería de Sanidad aprobó mediante Orden SAN/667/2007, de 2 de abril, el Plan de Actuaciones Sanitarias en personas con exposición laboral al amianto en Castilla

y León en el marco del Programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto en España. El objetivo de este trabajo es plasmar la importancia del papel de los servicios de prevención en la vigilancia de la salud de los trabajadores activos y postexpuestos activos.

Métodos: El sistema recoge información necesaria para elaborar un registro de trabajadores expuestos. La actividad 7 del Plan, referente a velar por el cumplimiento de la normativa en la vigilancia de la salud de los trabajadores con exposición laboral al amianto, que continúan en activo en las mismas empresas, se realiza mediante la recogida en fichas de los resultados de la vigilancia de la salud desarrollada por los servicios de prevención.

Resultados: Elaborado el registro de personas con exposición laboral al amianto en Castilla y León, el número total de personas en el año 2007 es de 1.532 (excluidos fallecidos). El 59,07% son trabajadores activos (con exposición actual y/o trabajadores no expuestos pero en la misma empresa en la que estuvieron expuestos) y el 40,93% trabajadores pasivos (jubilados, desempleados, otros). De los 905 trabajadores en activo, cuya vigilancia de la salud corresponde a la empresa a través de su servicio de prevención, se han realizado 555 reconocimientos, obteniéndose los siguientes datos relativos a la patología derivada de la exposición al amianto: 6 placas pleurales, 6 derrames pleurales, 1 mesotelioma pleural y 5 con otras neoplasias. En períodos acumulados 2004-2006, los resultados fueron 1 asbestosis, 19 placas pleurales, 1 derrame pleural, 3 fibrosis pulmonares y 1 mesotelioma pleural.

Conclusiones: De los datos obtenidos, se comprueba la necesaria colaboración entre la administración sanitaria y los servicios de prevención en la aplicación y actualización de protocolos específicos. Esta colaboración se ha visto favorecida por la implantación del Plan Autonómico y del Programa Nacional, manifestado en los resultados de la vigilancia de la salud que han ido remitiendo los servicios de prevención durante 2007.

ME-05. LOGROS DE LA COLABORACIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA VIGILANCIA POSTOCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS AL AMIANTO EN LA RIOJA

L. Miralles Martínez-Portillo, et al

Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: La puesta en marcha del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a amianto en La Rioja se enmarca dentro del Plan Integral aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2003. Las actividades que contempla el Plan comienzan con la elaboración del registro de empresas y trabajadores expuestos y terminan con el reconocimiento médico-legal de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto que pudiera desarrollar el trabajador. La administración de la Seguridad Social dispone de bases de datos de todos los trabajadores con su vida laboral, y es el organismo con potestad para reconocer la contingencia profesional de las patologías derivadas de la exposición. El objetivo de este trabajo es describir los cauces de comunicación creados entre diferentes ámbitos administrativos y competenciales.

Métodos: Se acudió a diferentes fuentes para elaborar el registro de empresas y trabajadores expuestos en su medio laboral. Se solicitó oficialmente a la Dirección Provincial del INSS la información de los domicilios actuales de aquellos trabajadores que no podíamos localizar. Se accedió a las estadísticas oficiales de incapacidades por contingencia profesional reconocidas en La Rioja mediante reuniones entre las autoridades sanitarias y de la Seguridad Social de La Rioja.

Resultados: En La Rioja no se había reconocido hasta la fecha ningún caso de neoplasia maligna relacionada con el amianto. La

búsqueda activa desde el CMBD (Conjunto Mínimo de Datos Hospitalarios) facilitó la localización de 48 casos diagnosticados de mesotelioma entre los años 1999/2005. De ellos, el 56,25% ha fallecido a fecha de hoy. Ninguno de ellos pertenecía a nuestra cohorte de trabajadores expuestos. Las reuniones entre las autoridades sanitarias y de la Seguridad Social de La Rioja han servido para establecer los procedimientos para el intercambio de información: la Dirección Provincial del INSS facilita la información de los domicilios actuales de aquellos trabajadores que no se pueden localizar. La Dirección General de Salud Pública actúa de nexo de unión entre las Inspecciones Médicas y los Equipos de Valoración de Incapacidades del INSS, para los casos de sospecha de una enfermedad incapacitante atribuible al amianto.

Conclusiones: A pesar de las resistencias y dificultades iniciales, la colaboración con el sistema de la Seguridad Social puede y debe ser lograda, dado que es imprescindible para localizar a los trabajadores que han estado expuestos al amianto, y para conseguir el reconocimiento profesional de las enfermedades derivadas de esta exposición. La colaboración con el sistema de la Seguridad Social abre el camino para mejorar los datos de declaración de enfermedades profesionales.

ME-06. RECONSTRUCCIÓN Y PRIMEROS RESULTADOS DE LA COHORTE DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AMIANTO EN CATALUÑA

S. Pitarque, O. Fàbrega, N. de Lara, A. Company, J.L. de Peray, J. Delclos, F.G. Benavides, et al

Unidad de investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra. CIBER de Epidemiología en Salud Pública; Unitat de Salut Laboral de Barcelonés – Costa de Ponent; Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Division of Environmental and Occupational Health Sciences. The University of Texas School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Aunque el amianto en España fue prohibido en 2001, se ha estimado que unas 800 empresas utilizaron unas 2,6 millones de toneladas de amianto en España entre 1900 y 2000. Estas empresas, desde 1984, deberían darse de alta en el Registro de Empresas con riesgo de Amianto (RERA), lo que ha permitido identificar a los trabajadores que estuvieron expuestos para realizar la vigilancia postocupacional de su salud, preceptiva por ley. El objetivo de esta comunicación es describir la reconstrucción y los primeros resultados de esta cohorte en Cataluña, donde la exposición fue importante.

Métodos: Tras la redacción de un protocolo de vigilancia sanitaria específica para trabajadores expuestos a amianto y el diseño de la aplicación informática que gestionará la cohorte, se procedió a la identificación de trabajadores que estuvieron expuestos a amianto a partir de dos fuentes de datos: el registro de trabajadores visitados en los Centros de Seguridad y Salud Laboral (CSSL) y el RERA en Cataluña. Ha sido necesario enviar cartas solicitando los datos de trabajadores que estuvieron expuestos en estas empresas. Los trabajadores identificados están siendo seguidos por las Unidades de Salud Laboral de Catalunya.

Resultados: El registro de trabajadores visitados por los CSSL ha proporcionado un total de 1.113 trabajadores expuestos. Por otro lado, se enviaron 412 cartas a empresas que han trabajado con amianto en Cataluña, 85 de las cuales fueron devueltas, y 70 respondieron, de las que sólo 32 dicen tener trabajadores expuestos, incrementando en 1.075 el número de expuestos. En los primeros resultados, correspondientes a la Unidad de Salud Laboral de Barcelonés–Costa de Ponent, se observa que un 61,3% (n = 19) de los casos visitados presentan patología relacionada con el amianto, aunque la mayoría de éstos (84,2%, n = 16) ya estaba siendo controlada por el Sistema Nacional de Salud.

Conclusiones: El RERA y el listado de trabajadores atendidos en los CSSL son una buena base para reconstruir la cohorte de trabajadores expuestos a amianto. Los primeros resultados sugieren que gran parte de los trabajadores con patología relacionada con el amianto ya estaban identificados por el Sistema Nacional de Salud, aunque debido al largo período de latencia de patologías asociadas al amianto y al retraso en la regulación del uso del mismo, se espera que el número de trabajadores afectados aumente en los próximos años.

MESA ESPONTÁNEA II

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

¿Pueden la danza, la música y la risa mejorar la salud de la población?

Modera: María José López

ME-07. ¿PUEDEN LA DANZA, LA MÚSICA Y LA RISA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

M.J. López, M. Guxens, et al

Grupo EJE (Grupo Español de Jóvenes Epidemiólogos/as).

Antecedentes/Objetivos: El uso terapéutico de la danza, la música y la risa se ha llevado a cabo desde la Antigüedad. Tras la segunda Guerra Mundial se definió la Danza Movimiento Terapia (DMT), que se aplicó en pacientes que no podían hablar. Asimismo, la musicoterapia empezó en Estados Unidos como disciplina formalizada, utilizándose en diversos hospitales para atender las necesidades individuales de los soldados de guerra. En el caso de la dinámica de la risa, ya en el antiguo imperio chino existían templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud.

Métodos: La DMT se define como el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo. La musicoterapia se define como la aplicación sistemática de la música a fin de promover cambios deseables en el funcionamiento físico, cognitivo, psicólogo o social. La dinámica de la risa se basa en aplicar técnicas que ayuden a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada natural.

Resultados: En el caso de la DMT, existen más de 40 publicaciones en el Pubmed que hablan de su aplicación en diferentes poblaciones. Además, el reciente descubrimiento de las neuronas espejo –neuronas que se activan cuando una persona desarrolla la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo y desempeñan un importante rol dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social– ayudaría a comprender los mecanismos subyacentes de la DMT. La musicoterapia es una de las terapias creativas que se aplica con una variedad de colectivos, como alumnos de escuelas de educación especial, centros de rehabilitación o centros geriátricos. Y existen diversos estudios mostrando un efecto positivo de estas terapias en pacientes con determinadas enfermedades crónicas. En cuanto a la dinámica de la risa, según algunos autores, el acto de reír podría llevar a incrementos inmediatos de los ritmos cardíaco y respiratorio, de la capacidad pulmonar y del consumo de oxígeno. Estos incrementos son seguidos de un período de relajación muscular, con el correspondiente descenso de los ritmos cardíaco y respiratorio y de la presión arterial. Otros estudios han mostrado una disminución de la ansiedad y del estrés, al observarse un descenso de hormonas de estrés, como el cortisol.

Conclusiones: La evidencia epidemiológica de los efectos de la DMT, la musicoterapia y la dinámica de la risa en procesos espe-

cíficos de enfermedad es aún escasa. Sin embargo, en la literatura científica encontramos estudios que demuestran mejoras en determinados procesos, tales como disminución del estrés, aumento de la expresión emocional o mejoras en el funcionamiento cognitivo y social.

ME-08. ¿PUEDE LA DANZA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

N. Ribas-Fitó, et al

ADMTE.

Antecedentes/Objetivos: La danza movimiento terapia (DMT) surgió en Estados Unidos durante los años cuarenta de la mano de Marian Chace, bailarina que trabajó en centros psiquiátricos con pacientes psicóticos. Esta disciplina se define como el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo. La DMT no sólo busca mejorar la salud a través del ejercicio corporal, sino que trabaja con la premisa de que todo movimiento corporal puede llevar a cambios en la psique; utiliza el movimiento para explorar nuevas formas de ser y de sentir, y para acercarse a sentimientos que no pueden ser expresados verbalmente.

Métodos: Chace desarrolló una amplia metodología, que sigue vigente actualmente, y ha servido de base a posteriores investigaciones. En la década de los cincuenta, la DMT se empezó a utilizar en pacientes que no podían hablar y en los años sesenta se iniciaron las investigaciones sobre comunicación no verbal, donde se observó que el movimiento corporal mejora la autoestima y aumenta la habilidad de expresarse.

Resultados: A pesar de la evidencia en la práctica clínica, existen aún pocos estudios que aporten datos cuantitativos de dichos beneficios. Con este objetivo, en el año 2006 se publicó el primer libro sobre DMT e investigación en el que, además de promover la investigación en este campo de la psicoterapia, se presentaban los resultados de algunos de los estudios realizados. La mayoría de artículos publicados hasta la fecha se ha realizado en revistas especializadas en las terapias creativas o en otras revistas no indexadas. En estos momentos, los términos “dance therapy” o “dance movement therapy” en el Pubmed arrojan poco más de 40 publicaciones en diferentes poblaciones (pacientes con cáncer, ancianos y pacientes psiquiátricos, entre otros). Sin embargo, el reciente descubrimiento de las neuronas espejo, neuronas que se activan cuando una persona desarrolla la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo y desempeñan un importante rol dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tales como la empatía.

Conclusiones: La DMT se puede aplicar en cualquier tipo de población y se han descrito múltiples beneficios de su uso: mejora la autoestima y la autonomía, estimula la creatividad, favorece la comunicación, amplía el repertorio de movimiento, ayuda al conocimiento del propio cuerpo y posibilita la expresión emocional de sentimientos difíciles de expresar con palabras.

ME-09. ¿PUEDE LA MÚSICA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

M. Mercadal-Brotos, et al

Universitat Pompeu Fabra-UR.

Antecedentes/Objetivos: La relación música-medicina ha existido desde la Antigüedad (Benenson, 1981). Alvin (1984) señala que el estudio y la aplicación de la música como recurso terapéutico han ido evolucionando, en función de las creencias y costumbres de cada época. Esta presentación-taller pretende mostrar algunas de las apli-

caciones actuales de la musicoterapia, basadas en la evidencia científica, en el ámbito de la salud.

Métodos: Revisión de estudios primarios y metaanálisis sobre la aplicación de la musicoterapia en el ámbito de la salud.

Resultados: La musicoterapia constituye en la actualidad una disciplina totalmente independiente dentro del área de la salud, además de ser un tipo de tratamiento efectivo con una variedad de problemáticas y colectivos, tal y como avalan de forma continuada las diferentes investigaciones sobre la materia.

Conclusiones: Actualmente, la musicoterapia es una de las terapias creativas que se aplica con una variedad de colectivos, niños y adultos, en escuelas, escuelas de educación especial, centros de rehabilitación, clínicas y hospitales, domicilios particulares, centros de día, centros geriátricos, etc. Cabe destacar la importancia del trabajo en equipo y de la comunicación a nivel interdisciplinar entre el musicoterapeuta y los otros profesionales.

ME-10. ¿PUEDE LA RISA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

M. Guxens, N. Guxens, et al

Grupo Español de Jóvenes Epidemiólogos (Grupo EJE); Grau Superior Dietètica i Nutrició, IFPS Roger de Llúria.

Antecedentes/Objetivos: Diferentes corrientes filosóficas conocen desde hace siglos la importancia de la risa y el sentido del humor y lo promueven de manera práctica. Hace más de 4.000 años, en el antiguo imperio chino existían ya unos templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. Asimismo, en la India también se encuentran templos sagrados donde se puede practicar la risa. Fue en los años setenta cuando Hunter “Patch” Adams, un médico estadounidense, aplicó la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo resultados beneficiosos. A partir de entonces se comenzó a utilizar esta terapia en hospitales de EE.UU., Suiza, Alemania y Francia.

Métodos: La risa es la reacción biológica de los humanos a momentos o situaciones de humor. Existen dos tipos de risa. La risa pasiva, que se produce cuando mira un espectáculo de humor, y la risa activa, que es la que fomenta la dinámica de la risa. Ésta se basa en aplicar técnicas que ayuden a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes y técnicas para reír de manera natural.

Resultados: A partir de una revisión exhaustiva de la literatura realizada por Bennett y Lengacher, que dio lugar a 4 artículos publicados entre 2007 y 2008, se obtuvieron 55 artículos relevantes. Una de las conclusiones derivadas de esta revisión era que el acto de reír podía llevar a incrementos inmediatos de los ritmos cardíaco y respiratorio, de la capacidad pulmonar y del consumo de oxígeno. Estos incrementos son seguidos de un período de relajación muscular, con el correspondiente descenso de los ritmos cardíaco y respiratorio y de la presión arterial. Algunos autores, incluso, mostraron una disminución de la ansiedad tras estimulación de la risa. Otro estudio apuntó a una posible disminución del estrés, al observarse un descenso de hormonas de estrés, como el cortisol, la hormona del crecimiento y el ácido dihidroxifenilacético, un metabolito de la dopamina. Además, se ha relacionado la risa con cambios en algunos componentes del sistema inmunológico. No obstante, la mayoría de estos estudios está sujeta a ciertas limitaciones, como carecer de grupos controles, tamaños de muestra pequeños o incluir sólo hombres.

Conclusiones: Los resultados de diversos estudios apuntan hacia una posible relación entre la risa y ciertos cambios psicológicos y físicos. No obstante, es difícil determinar cómo puede esto estar relacionado con procesos específicos de enfermedad. Para ello, sería necesario realizar más ensayos controlados y cruzados en muestras

representativas y de mayor tamaño, que permitiesen establecer y cuantificar la asociación real entre el humor, la risa y la salud.

MESA ESPONTÁNEA III

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

La evaluación del impacto en salud: una herramienta para elaborar políticas públicas y privadas saludables

Moderadora: Elena Aldasoro Unamuno

ME-11. LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD EN EL CONTEXTO EUROPEO: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PRINCIPALES RETOS DE FUTURO

A. Rivadeneyra Sicilia, C. Artundo Purroy, et al

Consultores en salud pública.

Antecedentes/Objetivos: Presentar un diagnóstico de situación sobre el nivel de implantación de la evaluación del impacto en la salud (EIS) en países del entorno y posibles escenarios para su desarrollo futuro como herramienta estratégica para la planificación de políticas saludables.

Métodos: Actualización de fuentes bibliográficas y documentación de referencia disponible en los sitios web de organismos y agencias nacionales y supranacionales implicados en la promoción de la EIS. Se recogen, además, las principales conclusiones de un encuentro internacional sobre la EIS, celebrado en Sevilla en febrero de 2008.

Resultados: La EIS está siendo cada vez más utilizada en países del entorno en línea con la estrategia europea de la salud en todas las políticas y el interés creciente por incorporar el valor salud en las agendas sectoriales. A nivel de gobiernos, los mayores avances se observan en países con una fuerte tradición en SP. Es este el caso de Inglaterra, Gales, Irlanda, Suecia, Finlandia y Holanda, donde se está empleando como herramienta de apoyo a la toma de decisiones saludables y fundamentalmente a nivel local y regional. También existen iniciativas más recientes en otros países, con un nivel de desarrollo e implantación muy desigual según la tradición y prioridad asignada a la SP. La experiencia acumulada ha revelado algunas limitaciones de la herramienta, especialmente en relación al proceso de estimación de impactos y las dificultades para influir en el complejo entramado político en el que se toman las decisiones sectoriales. Los retos de futuro tienen que ver con la necesidad de fortalecer sus fundamentos metodológicos y avanzar en su integración efectiva en procesos formales de decisión, por sí sola o como parte de otras evaluaciones de impacto.

Conclusiones: La afinidad estratégica de la EIS con la política europea de salud en todas las políticas abre una ventana de oportunidad para su desarrollo en España, especialmente en el contexto actual de reflexión sobre el futuro de la SP y la necesidad de dotar a ésta de una mayor prioridad en la agenda política. Para ello se precisa: (1) promover, bajo el liderazgo de SP, el debate intersectorial sobre la relevancia de promover la Salud en todas las políticas y la contribución específica de la EIS; (2) implementar nuevas experiencias piloto para evaluar el potencial efectivo de la herramienta en la formulación de políticas saludables y el abordaje de los determinantes; (3) facilitar su apropiación por parte de decisores políticos y gestores en entornos extra-sanitarios, especialmente en niveles de decisión local y autonómicos; (4) avanzar hacia un marco normativo y administrativo favorable al desarrollo y consolidación de la EIS como herramienta catalizadora de la acción intersectorial en salud.

ME-12. LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD EN EUSKADI: TRAYECTORIA Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

A. Bacigalupe, E. Aldasoro, E. Sanz, S. Esnaola, C. Calderón, J. Zuazagoitia, K. Cambra, et al

Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación del impacto en la salud (EIS) permite introducir la salud en el diseño de las políticas públicas no sanitarias considerando la perspectiva de las desigualdades sociales en salud. En Euskadi, el Plan de Salud 2002-2010 recoge la necesidad de introducir la EIS como herramienta de trabajo en la salud pública y la planificación sanitaria. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia en la utilización de la EIS en Euskadi, así como las perspectivas futuras.

Métodos: La EIS permite estimar prospectivamente los impactos de una actuación política sobre la salud para que ésta pueda ser modificada antes de implementarse. La primera fase de la EIS, el cribado, resulta de gran relevancia para decidir qué políticas deben ser sometidas a una EIS completa. Se expondrán los resultados principales de la EIS de una política municipal y los resultados preliminares de un proyecto para elaborar y validar una herramienta de cribado para políticas de ámbito autonómico. En el futuro, se realizará un proyecto que explore oportunidades y barreras para la implantación sistemática de la EIS en el marco de "health in all policies" en los sectores no sanitarios del ámbito autonómico vasco.

Resultados: En 2005 se publicó la primera guía EIS en castellano. En 2006 se realizó la primera EIS en una política de regeneración urbana en un barrio de Bilbao. El impacto general se previó positivo aunque se identificaron áreas de incertidumbre y posibles efectos negativos, que conllevaron recomendaciones para la mejora de la intervención. En 2007 comenzó a elaborarse una herramienta para el cribado sistemático de políticas autonómicas utilizando el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la OMS. Se recopilieron las intervenciones (107) realizadas por tres departamentos y clasificaron en función de (a) su naturaleza: normativa/política o táctica, (b) el determinante de la salud afectado: estructural o intermedio, (c) la población diana y (d) el momento de la planificación: borradores o acciones iniciadas. Se aplicó la herramienta a diez de ellas. Se realizará un grupo de discusión para evaluar el proceso desde el punto de vista de las personas que la utilizaron.

Conclusiones: La EIS ha mostrado su utilidad para introducir la salud en la elaboración de las políticas públicas no sanitarias de ámbito municipal y autonómico, y contribuye a la implicación de las poblaciones afectadas y representantes de la política sectorial evaluada. Esta experiencia demuestra que la extensión de la EIS deberá venir del impulso del trabajo intersectorial, la extensión del modelo de los determinantes sociales de la salud y el apoyo y liderazgo por parte de la clase política.

ME-13. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DEL APROVECHAMIENTO DEL ESPACIO LIBERADO POR EL SOTERRAMIENTO DEL FERROCARRIL EN VITORIA-GASTEIZ

F. Gómez, J.J. Estibález, et al

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Antecedentes/Objetivos: Vitoria-Gasteiz pertenece a la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS. En la Red se promueve la puesta en marcha de iniciativas que valoren el impacto en la salud de la acción municipal. El Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz ha desarrollado una metodología para realizar una Evaluación de Impacto en Salud (EIS) prospectiva sobre un proyecto que cambiará la movilidad, el transporte, el ocio y la cohesión de la ciudad. Los objetivos al intro-

ducir la EIS son: 1. Sensibilizar a técnicos y políticos sobre su utilidad 2. Contar con un grupo intersectorial que desarrolle la metodología 3. Evaluar el impacto en la salud de una intervención de planificación urbana.

Métodos: 1.- Formación y sensibilización sobre EIS Curso destinado a técnicos y políticos impartido por Erica Isson, Asesora de la OMS para EIS, en febrero de 2008. 2.- Creación Grupo Director de la EIS Compuesto por técnicos de los departamentos municipales de Medio Ambiente, Urbanismo, Ensanche 21, Intervención Social, Centro de Estudios Ambientales, Salud y Consumo, Tecnologías de la Información, Observatorio de la Sostenibilidad, y del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 3.- Creación de 4 grupos de trabajo para el estudio de los determinantes de la salud.

Resultados: Actividades desarrolladas por el grupo director de la EIS: A.- Selección del proyecto B.- Fase preparatoria C.- Aprobación de la metodología C.1. Análisis de la propuesta C.2. Población afectada C.3. Identificación de los determinantes de la salud afectados, impactos positivos y negativos en población general y grupos vulnerables C.4. Jerarquización de impactos C.5. Medidas correctoras D.- Aprobación del alcance D.1.- Definición de la propuesta D.2.- Población objeto del estudio, zonas y grupos vulnerables D.3.- Aprobación de los determinantes de la salud para identificar los impactos potenciales en la salud D.4.- Categorización de las variables de los determinantes de la salud E.- Creación de fichas metodológicas para los 4 grupos de trabajo E.1. Estilos de vida, circunstancias personales y sociales E.2 Factores económicos E.3 Accesibilidad E.4 Medio ambiente, urbanismo e infraestructuras F.- Diseño de un foro intersectorial *online*.

Conclusiones: La EIS permite trabajar de forma transversal una metodología que tiene como objetivo la mejora de la Salud Pública. La EIS ha generado una dinámica de trabajo que abre nuevas expectativas de intervención en Salud Pública y en Investigación.

ME-14. BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD: DETERMINANTES AMBIENTALES

P. Martín-Olmedo, A. López Ruiz, E. Boldo, S. Medina, N. Valero, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ISCIII-Centro Nacional de Epidemiología; Institute de Veille Sanitaire (Paris); Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación de impacto sobre la salud (EIS) ha sido reconocida internacionalmente como un instrumento indispensable para que las decisiones políticas estén basadas en una evaluación válida de sus potenciales efectos en salud. Estudios europeos han demostrado que EIS está siendo utilizada de manera creciente, contribuyendo positivamente a una mejora en la adopción de decisiones políticas informadas. No obstante, se hace precisa una reflexión sobre los problemas subyacentes que dificultan una más extensa implementación de esta metodología. Objetivo: con este estudio se pretende analizar algunas de las dificultades existentes para la aplicación de la EIS, concretadas en la falta de evidencia o la mala clasificación de la exposición en la evaluación del impacto en salud de ciertos determinantes ambientales (p. ej., aguas de consumo), o la necesidad de desarrollar herramientas informáticas facilitadoras de dicha cuantificación por profesionales sin bagaje previo en EIS (Ej. HIAir aplicado a contaminación atmosférica).

Métodos: En el marco del proyecto ENHIS-2 (Environmental and Health Information System), se llevó a cabo un estudio de viabilidad de EIS en relación a los programas de control de aguas de consumo, analizándose la disponibilidad de evidencia epidemiológica a nivel europeo, y de disponibilidad de datos. Al mismo tiempo, se desarrolló HIAir (www.hiair.eu), una herramienta informática *online* que permite calcular el número de eventos de salud que podrían “preve-

nirse” en una población concreta si se redujeran los niveles de contaminación.

Resultados: Las revisiones efectuadas no permitieron identificar una función concentración-respuesta robusta a nivel europeo que permita cuantificar el impacto en salud en relación al agua de consumo, detectándose asimismo una falta de consenso en la recogida de información para la caracterización de la exposición. En relación a HIAir, la herramienta permite obtener el número de muertes “prematargas” que podrían prevenirse debido a una reducción de los niveles de PM10 anuales o diarios para una ciudad concreta. Los resultados vienen acompañados de un texto interpretativo y de una lista de asunciones que hay que tener en cuenta.

Conclusiones: Mejoras en la accesibilidad de bases de datos en salud y sus determinantes, la creación de unidades de apoyo para el asesoramiento sobre EIS, así como el desarrollo de herramientas de fácil utilización por todos los profesionales, son algunas medidas que pueden favorecer una mayor implementación de EIS por todas las administraciones implicados en la toma de decisiones.

Financiación. EC DG SANCO SPC 2004124.

MESA ESPONTÁNEA IV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Género y cuidados informales de salud

Moderadora: Inmaculada Mateo Rodríguez

ME-15. DESIGUALDADES DE GÉNERO Y DESIGUALDADES DE CLASE SOCIAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

D. la Parra Casado, E. Masanet Ripoll, et al

Departamento de Sociología II. Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la diversidad de situaciones y efectos de realizar labores de cuidados y atención a la dependencia en el hogar según la posición socioeconómica de la persona cuidadora, en mujeres y en hombres.

Métodos: Ponencia presentada en el marco de una mesa espontánea. La población objeto de estudio fue población nacional residente en viviendas familiares. Se analizaron ficheros de microdatos de la Encuesta de Empleo de Tiempo (INE, 2002-2003), la Encuesta Nacional de Salud (MSC, 2006) y La Encuesta de Condiciones de Vida (INE, ficheros de 2004 y 2005). Las variables utilizadas fueron posición socioeconómica (nivel de ingresos, propuesta de medición de la clase social de la SEE, nivel educativo, situación laboral, escala de prestigio profesional, índice de status socioeconómico), sexo, roles sociales y familiares (situación ocupacional y relaciones de parentesco), edad, número de horas de cuidado, número de horas de dedicación a las tareas domésticas, persona cuidadora de personas adultas, de mayores de 75 años y de menores, indicadores del estado de salud (salud autopercebida, limitación de actividad principal, etc.). Se combinan distintas técnicas de análisis de datos: contraste de medias, modelos de regresión logística de análisis de datos: contraste de medias, modelos de regresión logística de supervivencia, etc.

Resultados: a) Cálculo del tiempo total dedicado al cuidado de personas adultas, según posición socioeconómica, en hombres y mujeres (antes y después de considerar la confusión entre tareas domésticas y tareas de cuidados) b) Cálculo del tiempo utilizado para el trabajo remunerado, el trabajo no remunerado, las actividades de autocuidado y la vida privada personal (relaciones sociales, ocio, descanso, etc.) según la posición socioeconómica de las personas cuidadoras, en mujeres y hombres. c) Análisis del efecto diferenciado sobre el estado de salud de cuidar menores, personas adultas depen-

dientes o personas mayores, en mujeres y hombres, según la posición socioeconómica. d) Efectos sobre la inserción laboral de cuidar a personas dependientes.

Conclusiones: Metodológicas: sobre los sesgos en la medición de la posición socioeconómica de las personas cuidadoras y sobre el modo de medir el tiempo dedicado a la realización de cuidados. Descriptivas: especificar las situaciones de las personas cuidadoras en su dedicación temporal (carga y espacio para la vida personal), inserción laboral y efectos sobre la salud, atendiendo a su posición socioeconómica, sexo y los roles que desempeña. Intervención: determinar grupos sociales que se encuentran en situación prioritaria en los planes de atención a personas cuidadoras.

ME-16. EL CUIDADO INFORMAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DEPENDENCIA: ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

M.M. García Calvente, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades de género en el cuidado informal se manifiestan en el desequilibrio entre mujeres y hombres en responsabilidad de cuidar, características del “trabajo de cuidar” y su impacto sobre la calidad de vida. Puesto que se trata de un fenómeno fuertemente generizado, las políticas de atención a la dependencia tendrán especial repercusión sobre las mujeres. En esta intervención pretendo realizar un análisis de género del abordaje del cuidado informal en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y en los planes de atención a la discapacidad en el estado español vigentes hasta su promulgación.

Métodos: Se revisaron los textos de la Ley 39/2006 y de los planes de atención a la discapacidad de las administraciones públicas del Estado (gobierno central y CCAA) vigentes en el periodo 2005-2006. Se estandarizó el procedimiento de observación e interpretación mediante una “checklist” diseñada ‘ad hoc’ para el análisis de género de los textos, que incluyó las siguientes dimensiones: presencia del cuidado informal, modelos de cuidado implícitos, enfoque de género en el tratamiento del cuidado informal e incorporación de la perspectiva de género a nivel formal.

Resultados: Todos los planes abordaban el cuidado informal y la mayoría reconocía la situación de sobrecarga de las mujeres como cuidadoras principales; sin embargo, las actuaciones propuestas se centraron en medidas de apoyo dirigidas a “la familia”, olvidando las necesidades específicas de las mujeres y los problemas de inequidad de género en la distribución del cuidado. El modelo de cuidador/a-recurso fue el predominante, y el mainstreaming de género fue contemplado sólo de manera ocasional. Si bien la Ley 39/2006 incorpora el enfoque de género como principio rector, en el nivel operativo se detectan importantes carencias en el tratamiento del cuidado informal.

Conclusiones: El enfoque de género del cuidado informal no es un tema trasversal en los planes revisados ni en la formulación de la ley de dependencia. El tratamiento que se hace del cuidado es residual, con limitado reconocimiento de la magnitud de la contribución de las mujeres que cuidan e insuficiencia de medidas específicas dirigidas a ellas. El abordaje de las necesidades de las personas que cuidan es exclusivamente práctico, en lugar del abordaje estratégico imprescindible para que las políticas reduzcan, y no aumenten, las desigualdades de género existentes. Este hecho debe alertarnos acerca de la necesidad de evaluar el impacto de la ley y su desarrollo en términos de equidad de género en el cuidado informal.

Financiación. Proyecto parcialmente financiado por el Observatorio de Salud de la Mujer (Dirección General de la Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo) y el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (PI061491).

ME-17. ESTRATEGIAS DE APOYO A LAS CUIDADORAS DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS: PLAN DE ATENCIÓN A LAS CUIDADORAS FAMILIARES EN ANDALUCÍA

C. Padilla Marín, et al

Dirección Estratégica de Cuidados Consejería de Salud Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía, al igual que en el resto de las regiones y países desarrollados, se está produciendo un aumento del número de personas con necesidad de cuidados domiciliarios. La atención domiciliaria, en el caso de las personas que precisan cuidados de larga duración, es suministrada de manera mayoritaria por la red de atención familiar. Por estos motivos, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tiene entre sus objetivos desarrollar programas específicos para que el paciente y la persona cuidadora se adapten mejor a su entorno cotidiano, les ayuden a mantener niveles de independencia que hagan menos gravosa la tarea del cuidado y se haga efectiva la concienciación de la colaboración de todos los profesionales y miembros de la familia en el reconocimiento y necesidad de compartir las tareas del cuidado.

Métodos: Ponencia presentada en el marco de una mesa espontánea. La información se basa en el conocimiento experto y revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: Objetivos de Plan de atención a personas cuidadoras familiares en Andalucía: -Realizar una valoración y un plan de cuidados específico que den respuesta a las necesidades de cuidados de todas las personas cuidadoras captadas. -Mejorar el acceso de las personas cuidadoras familiares a los profesionales del SSPA. -Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria a las necesidades de estas personas. -Asegurar un trato caracterizado por la empatía y comprensión por los profesionales. -Realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, aporten estrategias para optimizar recursos personales en el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos sobre la necesidad de autocuidados y atención a los pacientes. -Proporcionar material de apoyo en el domicilio que facilite el cuidado y prevenga lesiones en la salud de las personas cuidadoras. -Garantizar la atención en situaciones de duelo. -Reforzar el empoderamiento de una tarea feminizada como es el cuidado. -Promocionar estrategias de inclusión de otros miembros de la familia al cuidado. -Fomentar la corresponsabilidad de la tarea del cuidado entre hombres y mujeres. -Establecer medidas de discriminación positiva para las personas cuidadoras de grandes discapacitados. -Desarrollar medidas para fomentar la integración del colectivo de personas cuidadoras inmigrantes. -Fomentar vías de formación y reinserción laboral aprovechando la experiencia y conocimientos adquiridos por las personas cuidadoras.

Conclusiones: Las connotaciones culturales del cuidado familiar en Andalucía, en cuanto a obligación y sacrificio, hacen que sea difícil la corresponsabilidad y negociación con otras personas del entorno familiar, siendo el objetivo hacia donde tenemos que dirigirnos.

ME-18. SERVICIOS PÚBLICOS Y CUIDADOS A LA DEPENDENCIA: ALGUNAS IDEAS PARA UNA POLÍTICA FEMINISTA

M.L. Esteban, et al

Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibersitateak.

Antecedentes/Objetivos: Esta intervención se enmarca en la participación de la autora, profesora de antropología y feminista, en la Plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia, en la que participan grupos feministas y sindicales de distinto tipo. En este contexto se llevaron a cabo diferentes actividades de difusión y concienciación sobre la necesidad de plantear de manera alternativa el cuidado a la dependencia, lo que implica a nuestro entender

creación de servicios públicos y reparto del cuidado en la sociedad, entre hombres y mujeres, generaciones, etc.

Métodos: Ponencia presentada en el marco de una mesa espontánea. La información se basa en el conocimiento experto y revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: Habría dos tipos de derechos en juego y absolutamente interrelacionados: el derecho subjetivo a recibir cuidados cuando lo necesitemos, que solo se verá bien resuelto con un sistema público amplio, suficiente y de calidad. Pero también el derecho que las mujeres tienen a decir hasta dónde cuidar, a limitar esta responsabilidad que les toca socialmente, absolutamente descompensada y discriminatoria para ellas.

Conclusiones: Se entiende la atención a las situaciones de dependencia como un tema clave para el sistema sanitario y para los sectores profesionales comprometidos con una sanidad pública y para todas/os. Se defenderá la necesidad de generar debate y conciencia crítica en el ámbito sanitario desde dos ejes de análisis: 1) La atención a la dependencia como un problema de salud doble, en la medida que: no está bien resuelto en nuestra sociedad el cuidado a aquellas personas que no pueden valerse por sí mismas, y por tanto hay un déficit claro de atención, como ha quedado de manifiesto, por ejemplo, en el Libro Blanco de la Dependencia y en las encuestas de salud. Es un problema de salud específico para las mujeres, en tanto que cuidadoras, ya que son ellas las que en una grandísima proporción atienden estas necesidades, de manera absolutamente voluntariosa y precaria. Es, al mismo tiempo, discriminación social, en la medida que no es sólo una cuestión de falta de visibilización del trabajo de las mujeres o de reconocimiento, que también, sino que conlleva, tal y como se plantea en nuestra sociedad, dificultades importantes para las mujeres para acceder a la riqueza, a la participación social y al poder como iguales. 2) La atención a la dependencia como un problema sanitario de gran entidad, aunque no sea exclusivo del ámbito sanitario, al que sin embargo no se le da la misma respuesta que a otros. Profundizar en esto nos conduciría a reflexionar sobre las responsabilidades del sistema en su conjunto pero también sobre la implicación concreta y la responsabilidad que tienen las/os profesionales.

MESA ESPONTÁNEA V

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Los problemas del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España. Implicación de los profesionales de los servicios de prevención y del Sistema Nacional de Salud

Modera: Montserrat García

ME-19. DESIGUALDADES TERRITORIALES, DE GÉNERO Y DESCENSO EN EL RECONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ESPAÑA 1990-2007

M. García Gómez, R. Castañeda López, et al

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: La titularidad del sistema de aseguramiento de las enfermedades profesionales (EP) corresponde a la Seguridad Social desde 1966. Es un sistema público pero está gestionado, en su mayor parte, por entidades privadas, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, controladas por los poderes públicos. Tiene dos limitaciones: la indemnización de los trabajadores enfermos rara vez se orienta a la prevención, y las enfermedades incluidas en las sucesivas listas sólo representan una pequeña parte

de los daños derivados del trabajo. Además, se constatan grandes desigualdades territoriales y de género en su reconocimiento, que plantean múltiples interrogantes. El objetivo de este trabajo es conocer el patrón de declaración y las tendencias por comunidades autónomas de las enfermedades profesionales en España, en los años 1990 a 2007.

Métodos: Los casos de EP se obtuvieron del Ministerio de Trabajo y los denominadores del INE. Se ha considerado como población con riesgo de sufrir una EP la población asalariada de la EPA. Para explicar la estructura de los datos se utiliza el análisis de componentes principales. Se calculan las tasas de incidencia específicas por sexo, edad, grupo EP, ocupación y actividad económica. Las tasas de incidencia anuales se ajustan por la edad y se representa en mapas el riesgo relativo. Se realiza análisis de regresión multivariante de Poisson, ajustando por edad, sexo y año de notificación.

Resultados: Desde 1990 hasta 2005 se multiplicó por 7 el número de EP compensadas. Los casos calificados como leves y sin baja suman el 99%, el 82% se reconocen en trabajadores de menos de 50 años, y el 67% en trabajadores con menos de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo. En 2006-2007 la declaración desciende un 47% frente a 2005. Descendió significativamente más en los hombres que en las mujeres en 2006 (31 frente a 29%, $p < 0,0001$), y más en las mujeres que en los hombres en 2007 (26 y 24%, respectivamente, $p < 0,0001$). Tanto el incremento como el descenso se observan en todas las comunidades autónomas, pero con valores y pendientes diferentes, con un claro patrón norte-sur en el reconocimiento de estas enfermedades, sin que factores tales como la edad, el sexo, la actividad económica y la ocupación expliquen las diferencias.

Conclusiones: El sistema de Seguridad Social no está compensando enfermedades complejas y crónicas, prevalentes hoy día. A pesar de la mejora en la declaración de las EP en los años 1990-2005, el retroceso observado en 2006-2007 y, sobre todo, la brecha entre CCAA, alertan de que la prestación no está funcionando con equidad, lo que genera desigualdad, falta de cohesión y supone un reto para la definición de políticas de prevención eficaces.

ME-20. DESCENSO DE LA INCIDENCIA DECLARADA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN NAVARRA A PARTIR DEL NUEVO SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE 2007

V. García López, A. Beloqui, C. Alsua, M. Palomino, A. Hoyo, A. Parra, I. Moreno, M. Lezaun, et al.

Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 1996 se construyó en la Sección de Epidemiología Laboral del INSL un registro histórico con las enfermedades profesionales (EP) declaradas desde el año 1998. Diversas actuaciones de vigilancia epidemiológica y preventivas hicieron aflorar EP, consiguiendo la mayor incidencia declarada de EP del Estado (más de 6 veces mayor a la media en los años 2003-4). Desde la entrada en vigor del RD 1299/2006 de 10 de noviembre del nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales se han observado diferencias de notificación.

Métodos: Estimación de la incidencia de enfermedades profesionales a partir de los partes emitidos según sistema de notificación vigente y análisis según variables de género e incapacidad laboral temporal (baja laboral).

Resultados: Durante el año 2007 se comunicaron 1.551 partes de EP (595 de mujeres y 956 de hombres) en la Comunidad Autónoma de Navarra, esto es un 21,6% inferior al año anterior y un 27,8% respecto a la media de los años 2003-06, mientras que la población laboral con contingencias profesionales protegida en Navarra aumentó en más de 10.000 personas en el último año (2007). No se aprecian diferencias en relación al género, aunque sí en relación a su situación de baja laboral o no. Mientras que las EP con baja laboral pasaron de 1673 en 2006 a 1048 en 2007 (37,4% menos y 45,9% menor a la media

de 2003-06), las de "sin baja" aumentaron de 306 en 2006 a 503 en 2007 y un 139,5% respecto a la media de los años anteriores.

Conclusiones: Es necesario revisar la aplicación del nuevo Real Decreto de EP y desarrollar el artículo 5 del mismo que hará posible la participación de las CCAA y su contribución a localizar patología de posible origen laboral no declarada y atendida en el Sistema Público de Salud.

ME-21. INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE VIGILANCIA PARA REFORZAR LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. NUEVA ESTRATEGIA

V. Esteban Buedo, E. Santolaria Bartolomé, et al

Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública; Servicio de Salud Laboral.

Antecedentes/Objetivos: La subnotificación de las enfermedades profesionales, la experiencia adquirida a lo largo de los años con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral (SVEL), el nuevo marco normativo (Real Decreto 1299/2006, que otorga un nuevo papel a los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de riesgos laborales), configuran el escenario idóneo para el nuevo abordaje de la enfermedad profesional en la Comunidad Valenciana desde el ámbito de la Salud Pública, con un doble objetivo: disminuir la subdeclaración, que constituye un problema para la planificación de las actuaciones de Salud Pública para los trabajadores, y reducir gastos para el sistema sanitario público.

Métodos: Se ha definido el circuito de notificación dentro de la administración sanitaria: el primer nivel es el SVEL (basado en metodología de sucesos centinela) y, al amparo de la nueva normativa, ABUCASIS y servicios de prevención de riesgos laborales (utilizando la metodología de las enfermedades de declaración obligatoria). El segundo nivel es la Unidad de Salud Laboral, que realiza la investigación y notificación, si procede, a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El retorno de la información también se realiza por vía telemática. Se ha diseñado una hoja de registro, que cumple un doble objetivo: recoger la información necesaria del caso y recordar al facultativo que esa enfermedad es susceptible de ser profesional/derivada del trabajo.

Resultados: Durante el periodo 1997-2007 se han investigado un total de 789 casos. Las notificaciones proceden principalmente de Atención Primaria. Las enfermedades respiratorias, seguidas de las osteomusculares, las enfermedades infecciosas y las intoxicaciones por productos químicos, son las declaradas con más frecuencia. El sistema ha permitido detectar un total de 30 brotes, incluyendo varios brotes de polineuropatía por n-hexano, de asma bronquial, de intoxicación por productos químicos y de enfermedades infecciosas.

Conclusiones: El nuevo sistema de notificación de enfermedades profesionales supone una nueva oportunidad para la creación de un Sistema de Información en Salud Laboral integrado en el Sistema de Información en Salud Pública. El sistema interrelaciona el sistema sanitario público, el sistema preventivo y el sistema de atención al daño laboral, y supone una mejora en el conocimiento y en la actuación preventiva y reparadora sobre el daño laboral, aportando una importante información al Sistema de Información en Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

ME-22. SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE SOSPECHAS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

J. Idiazábal, F. Urbaneja, I. Baonza, A.R. Zubía, et al

OSALAN Epidemiología e Información Sanitaria.

Antecedentes/Objetivos: El nuevo RD 1299/2006 ha establecido la obligación de todos los facultativos del sistema nacional de salud y de

los servicios de prevención de comunicar las enfermedades que puedan ser calificadas como profesionales. En la Comunidad Autónoma Vasca se ha desarrollado un subsistema de información para cumplir este mandato. El objetivo del sistema es mejorar el conocimiento y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades.

Métodos: Los organismos sanitarios gestores del sistema son la Inspección Médica del Departamento de Sanidad y la Unidad de Salud Laboral de OSALAN. De todos los casos comunicados, se solicita información complementaria sobre las condiciones de trabajo de riesgo. En esta primera fase, el sistema cuenta con el soporte de dos aplicaciones informáticas independientes: Una desarrollada por Osakidetza y a punto de ser implantada en su sistema de información de Atención Primaria (3S-Osabide) y en el sistema de atención especializada. Otra aplicación está incorporada en la intranet del Gobierno Vasco para uso de la administración sanitaria. Una herramienta de ayuda importante para facilitar la identificación y comunicación de casos por parte de los profesionales sanitarios ha sido la elaboración de tablas de correspondencia entre el cuadro de enfermedades profesionales y diagnósticos médicos. Esta herramienta se ha puesto a disposición del Servicio Vasco de Salud y de los servicios de prevención.

Resultados: En los primeros 9 meses de 2008 se comunicaron 180 posibles enfermedades profesionales. Un 16% procedía de la red asistencial y un 84% de los servicios de prevención. El 12% de los casos correspondía a población que está fuera del sistema de aseguramiento de la enfermedad profesional y el 3% eran personas de más de 65 años de edad. El 78% eran hombres y el 22%, mujeres. Por grupos de patologías, el 85% fueron enfermedades causadas por agentes físicos. Hubo un 3% de enfermedades tumorales. Gipuzkoa acumuló el 54% de los casos.

Conclusiones: Entre los puntos fuertes está la capacidad para hacer emerger enfermedades que no eran reconocidas como profesionales y sobre las que no se dirigía ninguna acción preventiva. Una segunda fortaleza es la inclusión de casos ocurridos en personas que están al margen del sistema de aseguramiento de la seguridad social. Una debilidad del sistema es la escasa comunicación desde la atención primaria y especializada. Esto está relacionado con la no implantación del sistema informático de apoyo. Un segundo elemento de mejora es la validación de los cuestionarios utilizados para obtener información añadida sobre factores de riesgo laborales. El tercer punto de mejora es reforzar el plan de difusión y de formación de todos los profesionales que intervienen en el sistema.

ME-23. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO. LA EXPERIENCIA DE CATALUÑA

J.L. de Peray Baiges, et al

Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 1993 viene funcionando un sistema de notificación de problemas de salud relacionados con el trabajo (PSRT). Se trata de un sistema voluntario en el que los profesionales del sistema público de salud, fundamentalmente de atención primaria, realizan la notificación de diagnósticos ante la sospecha de que los mismos pudieran estar relacionados con el trabajo. El destinatario de la notificación son las Unidades de Salud Laboral (USL), un recurso del Departamento de Salud que, entre otras funciones, sirven de apoyo a la atención primaria en materia de salud laboral, realizan la vigilancia epidemiológica de los PSRT y próximamente realizarán actividades de apoyo a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de su área, conjuntamente con los Centros de Seguridad y Salud Laboral del Departamento de Trabajo.

Métodos: El sistema de notificación recoge anualmente datos personales y laborales del paciente, del médico que ha notificado el pro-

blema, diagnóstico de sospecha y la actuación de la USL. Relacionado con esto, la Instrucción 1/2007 del Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas (ICAM) ha sido muy útil ya que, de forma consensuada, ha definido un circuito de actuación ante estos problemas con la implicación de la autoridad laboral.

Resultados: Desde 2001, la incidencia de problemas de salud relacionados con el trabajo ha aumentado un 36% (I = 40 por 10.000 afiliados en 2001, I = 54,3 por 10.000 afiliados en 2007). Durante 2007 se declaró un total de 1.483 problemas de salud relacionados con el trabajo, un 55,8% de ellos en mujeres (n = 827). Cabe destacar que un 44,2% de los casos corresponde a trastornos musculoesqueléticos (48,2% en hombres, 38,1% en mujeres) y un 42,8% a trastornos mentales y del comportamiento (46,6% en mujeres, 41,1% en hombres).

Conclusiones: El registro de problemas relacionados con el trabajo permite mantener el estado de alerta de la atención primaria sobre los PSRT, el conocimiento de su situación y la toma de decisiones sobre el modelo de gestión de unos problemas que pueden recaer bajo el ámbito de competencias de los dispositivos asistenciales de la medicina del trabajo.

MESA ESPONTÁNEA VI

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Selección de medicamentos en los hospitales españoles

Modera: Ana Ortega Eslava

ME-24. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE LAS COMISIONES DE FARMACIA DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES.

E. Durán, F. Puigventós, A. Ortega, T. Requena, B. Santos, et al

Grupo GÉNESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la estructura y el perfil profesional de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica (CFyT) de los hospitales españoles.

Métodos: Estudio descriptivo transversal incluido en un estudio más amplio en base a un cuestionario estructurado remitido a los hospitales españoles de más de 75 camas entre noviembre 2007 y enero 2008. El reclutamiento se hizo mediante correo postal, electrónico y contacto telefónico. El cuestionario contenía 7 apartados y 25 preguntas.

Resultados: Respondieron 175 de los 513 encuestados, (39% de hospitales y 57% de las camas españolas). La distribución de las respuestas por tamaño de hospital, carácter docente, carácter público y CCAA fue representativa. Hay CFyT en todos los hospitales que responden, Guía Farmacoterapéutica en el 95,5% y programa de intercambio terapéutico en el 71%. La media de componentes de la CFyT fue de 11,6 (8,3 para hospitales < 100 camas, 10,3 (101-200 camas), 11,7 (201-500 camas); 14,0 (> 500 camas). La mediana de farmacéuticos y clínicos del área médica fue de 2; la de clínicos del área quirúrgica, directivos y enfermería fue de 1. Existe comisión de infecciones y nutrición que evalúa medicamentos en el 59% y 20% de los hospitales respectivamente. Existe una comisión de uso racional del medicamento en el 46,5% de las áreas y esta es conjunta hospital-primaria en el 19%. Sin embargo la participación de farmacéuticos o clínicos en la CFyT del hospital es muy escasa (media de 0,53 miembros para el conjunto de la muestra) El 75% de las CFyT se reúnen con periodicidad establecida (mediana de 5 reuniones anuales para toda la muestra; 4 para < 100 camas, 7 > 500 camas). En el 46% de los hospitales el solicitante asiste a la reunión de la CFyT y en el 88% la decisión se toma por consenso. El formato GINF es utilizado por el 57% de los

hospitales (en el 34% en formato modificado) y el modelo de informe GÉNESIS en el 59% (34% modificado). Un 18% de hospitales (mayoritariamente de tamaño pequeño) no utiliza ningún formato de informe. Los informes se realizan mayoritariamente en el servicio de farmacia (el farmacéutico del CIM el 78% de los hospitales > 500 camas y el jefe de servicio en el resto). El 67,6% de los encuestados declara disponer de un informe previo en la web de Génesis.

Conclusiones: Las CFyT hospitalarias están bien establecidas en España, con una composición claramente multidisciplinar aunque la representación de profesionales de atención primaria aún es escasa. Herramientas de estandarización, como la guía de solicitud GINF y el modelo de informe de evaluación GENESIS, están implantadas en la mitad de los centros.

Financiación. Convocatoria ISCIII 2006. Proyecto PI061546.

ME-25. EVALUACIÓN DE NOVEDADES Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES EN EL AÑO 2006

A. Ortega, F. Puigventós, E. Durán, B. Santos, T. Requena, et al

Grupo GÉNESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Antecedentes/Objetivos: Analizar cuál fue el resultado de la actividad de selección de medicamentos de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica (CFyT) de los hospitales españoles en el año 2006.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en base a un cuestionario estructurado remitido a los hospitales españoles de más de 75 camas entre noviembre 2007 y enero 2008. El reclutamiento se hizo mediante correo postal, electrónico y contacto telefónico. Se solicitó información de cada fármaco evaluado por el hospital en el año 2006. De cada fármaco se identificó: si fue o no evaluado y si fue propuesto o no para inclusión en la guía del hospital. Se preguntó por otras actividades relacionadas con la selección de medicamentos y el mantenimiento actualizado de la Guía Farmacoterapéutica (3 cuestiones y 16 preguntas).

Resultados: Respondieron 175 de los 513 encuestados, (39% de hospitales y 57% de las camas españolas). Se realizaron 1.786 evaluaciones correspondientes a 348 fármacos. Un 34% de los hospitales ha revisado y actualizado un grupo terapéutico completo, siendo los más frecuentes A (Digestivo), C (Cardiovascular) y N (Sistema Nervioso Central) revisados en 15 hospitales. 12 hospitales revisaron todos los grupos. Un 49,5% de los hospitales ha retirado algún medicamento, con una media de 3,87 medicamentos por hospital. 23 hospitales retiraron más de 5 medicamentos. Los medicamentos incluidos lo han sido con condiciones de uso o en un protocolo el 64 y el 33% de los casos, respectivamente. 18 medicamentos han sido evaluados por 25 o más hospitales. De ellos, 17 corresponden a fármacos comercializados en los últimos 3 años. Eplerenona fue evaluado en 73 hospitales (41,7%), seguido de Aprepitant (28,0%) y ácido zoledrónico (26,9%). Valsartan, comercializado antes de 2004, fue evaluado en 41 hospitales (23,4%). El 75,3% de los informes de evaluación proponen la inclusión del fármaco en la Guía Farmacoterapéutica. Los medicamentos incluidos en un porcentaje mayor de hospitales son: Cinacalcet (100%), esponja de Fibrina (96,9%), Bortezomib (96,4%), Pemetrexed (96,3) y Tripanavir (92,9%). Los más rechazados: Escitalopran (66,7% de hospitales no lo incluyen), Ezetimibe (64,3%), Pregabalina (52,6%), Cefidoreno (51,1%) y Aripiprazol (37,1%). Un 12,2% de las evaluaciones proponía la declaración de equivalentes terapéuticos, (62 medicamentos diferentes): Eptifibatide (75,0%), Peg-Filgrastim (58,3%) y Escitalopram (44,1%).

Conclusiones: Los hospitales españoles realizaron una enorme actividad de evaluación de medicamentos, en su mayoría conducente a la inclusión de medicamentos con recomendaciones de uso o incluidos en protocolos. Destaca la alta proporción de medicamentos declarados equivalentes terapéuticos.

ME-26. VARIABILIDAD EN LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES EN EL AÑO 2006

F. Puigventós Latorre, A. Ortega Eslava, E. Durán García, T. Requena Caturla, B. Santos Ramos, et al

Grupo GÉNESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la variabilidad en las decisiones sobre incorporación de novedades en la Guía Farmacoterapéutica de los hospitales españoles.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en base a un cuestionario estructurado remitido a los hospitales españoles de más de 75 camas entre noviembre 2007 y enero 2008. El reclutamiento se hizo mediante correo postal, electrónico y contacto telefónico. Se solicitó información de cada fármaco evaluado por el hospital en el año 2006. De cada fármaco se identificó: si fue o no evaluado y si fue propuesto o no para inclusión en la guía del hospital. Se clasificaron los fármacos como incluidos o rechazados si así lo proponían más del 80% de los informes. Se cuantificó el grado de coincidencia en la decisión de inclusión o rechazo entre los hospitales como porcentaje ponderando por el número de evaluaciones para cada medicamento. Se analizaron los valores medios del conjunto de la muestra, por grupos de fármacos, por comunidades autónomas y por otros estratos.

Resultados: Respondieron 175 de los 513 encuestados, (39% de hospitales y 57% de las camas españolas). Se realizaron 1.786 evaluaciones correspondientes a 348 fármacos, (163 en más de un hospital, 71 comercializados entre 2004-2006). La media de fármacos evaluados por hospital fue 10,35. Sólo 129 medicamentos fueron evaluados por 3 o más centros y pudieron ser incluidos en el análisis de variabilidad sumando 1.533 evaluaciones. Hubo más concordancia entre los mayoritariamente aprobados respecto a los rechazados. 108/21 medicamentos; 1.334/199 evaluaciones; 81/61% grado de concordancia; respectivamente). Para los medicamentos mayoritariamente declarados equivalentes terapéuticos se detectó una escasa concordancia del 16% (medicamentos 25, evaluaciones 43). Se detecta una alta concordancia en grupos como antibióticos (J), citostáticos (L) pese a tener un alto número de medicamentos evaluados.

Conclusiones: Existe una alta concordancia entre los hospitales españoles en la decisión de incluir medicamentos, más alta si esa decisión es positiva y con grandes diferencias por grupos terapéuticos.

Financiación. Convocatoria ISCIII 2006. Proyecto PI061546.

MESA ESPONTÁNEA VII

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Instrumentos y herramientas para la atención sociosanitaria en inmigración

Moderador: Rafael Muriel

ME-27. INSTRUMENTOS DE GESTIÓN EN MATERIA DE INMIGRACIÓN Y SALUD EN ANDALUCÍA

R. Muriel Fernández, V. Llamas Martínez, R. García Galán, I. Frías Oncina, et al

Servicio de Participación Social, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2006 entró en vigor el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009, en el cual la Consejería de Salud se encarga a través de los objetivos sociosanitarios, en la mejora de la atención a la salud a la población inmigrante.

Métodos: Para dar cumplimiento a los objetivos sociosanitarios del II PIPIA, la Consejería de Salud cuenta con 2 instrumentos de gestión. Por un lado, La Cartera de Servicios entre la Consejería de Salud y SAS. El SAS, a su vez, establece la Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada, donde se definen los servicios que se ofertan desde la Atención Primaria y Especializada, se establecen los criterios mínimos de oferta, su sistema de información y registro, su población diana y sus principales indicadores de evaluación. Un segundo instrumento de gestión es la firma de un convenio a nivel autonómico y provincial, con organizaciones sindicales y asociaciones en materia de atención sanitaria a inmigrantes. El objeto de este acuerdo de colaboración es el acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante, procurando los medios necesarios para que su atención se dé en las mismas condiciones y calidad que dispone la población andaluza. Se destaca como prioridad, además de la asistencia, incrementar la participación de población inmigrante en los programas de promoción de salud y prevención de enfermedad, incorporando las perspectivas de sus grupos culturales a las actuaciones y revisiones de los diversos programas, en especial los destinados a la salud mental, materno-infantil y de los jóvenes.

Resultados: En Andalucía, según datos del Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración, con fecha 31 de diciembre de 2007, la población inmigrante con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor es de 504.122 personas, de las cuales 252.743 están acogidas al régimen general y 251.379 al régimen comunitario. Se analizarán cómo se han articulado en 2007 los instrumentos de gestión del II PIPIA de la Consejería de Salud, para dar respuesta y mejorar la atención de la salud a la población inmigrante.

Conclusiones: El II PIPIA recoge que el acceso a los servicios y recursos disponibles en materia sanitaria es un derecho universal de las personas, que no debe estar vinculado a su situación administrativa, ya que ese derecho está vinculado a la condición de persona y no a la situación administrativa. La filosofía del Plan tiende a no generar estructuras nuevas para atender a las personas migradas, sino que las estructuras existentes se adapten para ser capaces de ofrecer una atención al público general a través de la aplicación de mecanismos de gestión de la diversidad.

ME-28. INSTRUMENTOS FORMATIVOS: MATERIALES DESTINADOS A LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS

R. García Galán, I. Frías Oncina, R. Muriel Fernández, V. Llamas Martínez, et al

Servicio de Participación Social, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La atención a la inmigración en Andalucía se orienta a través de una acción intersectorial del Gobierno de la Comunidad a través del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. En este contexto se sitúan los objetivos sociosanitarios orientados hacia la articulación de la atención. Para la puesta en marcha de estos objetivos sociosanitarios, la Secretaría General de Salud Pública tiene un compromiso firme que es entre otros aspectos, el avance en la competencia intercultural de los profesionales sociosanitarios. Precisamente en esta línea de trabajo se han confeccionado unos materiales dirigidos a la formación en competencia intercultural. Nos referimos a los Manuales de Atención sociosanitaria y a la colección inmigración y salud. **Objetivos:** 1. Sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de una atención teniendo en cuenta la diversidad cultural y la igualdad de trato. 2. Capacitar a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor con población inmigrante. 3. Hacer converger los objetivos sociosanitarios del II Plan Integral para la inmigración en Andalucía y la formación de los profesionales. 4. Responder formativamente a los profesionales sociosanitarios, ante los problemas emergentes de la población inmigrante. 5. Identificar adaptaciones

y adecuaciones necesarias en la atención sociosanitaria, tendiendo hacia la normalización.

Métodos: La elaboración de los materiales formativos se realiza a través de la creación de grupos de trabajo de profesionales y de movimiento asociativo, implicados en la atención a la población inmigrante y con el apoyo técnico de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Una vez elaborado el material se somete a una validación institucional, por revisores externos y por expertos. Por último, desde la Secretaría General de Salud Pública se realiza la máxima difusión de los materiales, implicando para ello a los servicios de salud, delegaciones provinciales de salud, las ONGs y por el soporte web del portal de salud de la consejería y Red Isir.

Resultados: Se han publicado dos manuales de atención sanitaria a inmigrante, con formato digital, distribuyéndose 10.000 CD entre los profesionales. De la colección Inmigración-Salud, se ha publicado la monografía: "Salud Mental e Inmigración" y está en fase de revisión: "Nacer y crecer en Andalucía. Una mirada intercultural".

Conclusiones: Los resultados obtenidos impulsan el trabajo y la publicación de nuevos fascículos con el objeto siempre de mejorar la calidad de la atención de la población inmigrante y el proceso continuo de adquisición de competencia intercultural.

ME-29. RED ISIR: RED DE PROFESIONALES SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS INMIGRADAS

E. González, L.A. López, C. Torró, M.V. Llamas, R. García, S. Sánchez, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha producido la llegada de pacientes de diversas nacionalidades al sistema sanitario. La población inmigrada en Andalucía supone un 6,9% del total de la población. La red surge como respuesta a la demanda de profesionales sanitarios de apoyo y formación sobre aspectos interculturales. La Consejería de Salud, de la mano de la Escuela Andaluza de Salud Pública, pone en marcha la Red ISIR en el marco del cumplimiento de los objetivos sociosanitarios del II Plan para la Inmigración de Andalucía (2006-2009). La red ISIR nació en noviembre de 2007 y desde entonces sus objetivos han sido: 1. Identificar a los y las profesionales interesados en la mejora de la atención sanitaria a la población inmigrada. 2. Generar una plataforma de dinamización y creación de conocimiento en torno a la salud de las personas inmigradas. 3. Crear una red de formación en competencias interculturales para profesionales, generando materiales de apoyo. 4. Dinamizar encuentros que permitan la reflexión y faciliten el trabajo en red.

Métodos: La identificación de profesionales se realizó a través de la técnica bola de nieve, se hizo un sondeo y una revisión de publicaciones científicas y congresos en busca de profesionales relevantes en inmigración y salud. La red es interdisciplinar, forman parte de ella profesionales de la medicina, investigación, periodismo, ONG, asociaciones, etc. Desde la red se apoya a grupos de trabajo de temáticas específicas como juventud, salud mental, etc. La red ISIR usa las nuevas tecnologías de comunicación (web 2.0) que permiten la interacción entre usuarios, para ello cuenta con el apoyo de un profesional informático y de una técnica que dinamiza la plataforma.

Resultados: La red cuenta con una base de datos de 522 personas, de las que más de 150 están de alta en la Red. Además, se ha duplicado el número de inscritos del primer al segundo encuentro. Se ha publicado una monografía sobre salud mental en la inmigración, y se está editando una segunda monografía sobre el proceso de nacer y crecer. Se ha puesto en marcha el dominio (www.redisir.net), que cuenta con un blog de discusión y dos foros. Se ha diseñado un curso de formación de formadores con un amplio consenso entre profesionales de la Red y se han creado materiales en soporte audiovisual y papel para la puesta en marcha a cargo de un grupo de expertos.

Conclusiones: El trabajo en red es un instrumento de trabajo útil para apoyar a los profesionales sanitarios en la atención intercultural en salud y permite que los y las profesionales reflexionen y trabajen conjuntamente para que seamos capaces de mejorar la atención sanitaria de las personas inmigradas.

Financiación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación CajaSur.

ME-30. SERVICIO DE TRADUCCIÓN LINGÜÍSTICA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

E. Peinado Álvarez, R. López Cortés, et al

Consejería de Salud Dirección General de Innovación Sanitaria Sistemas y Tecnologías.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad, Andalucía se caracteriza por su diversidad y multiculturalidad, observándose en el quehacer diario de la atención sanitaria un aumento progresivo de la demanda asistencial del colectivo de no hispanohablantes constituido por dos grandes grupos de población: por una parte, los inmigrantes, y por otra, los turistas. Por tanto, no es de extrañar que tanto no hispanohablantes como profesionales de la salud muestren, como demanda percibida y sentida, la necesidad de mejorar la accesibilidad al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Objetivo: ofertar un Servicio de Tele- traducción (ST) para no hispanohablantes.

Métodos: El ST garantiza como requisitos mínimos para su eficiencia: -Confidencialidad y Privacidad: El Servicio garantiza que todos los actores de la traducción respetan estos dos ítems, ya que la atención sanitaria está impregnada de ambos por definición. -Inmediatez: Este servicio presta una respuesta inmediata para que tenga utilidad real en la atención sanitaria que en muchas ocasiones es de urgencia o emergencia. -Disponibilidad y Cobertura Total: A disposición de todos los usuarios/as del SSPA durante 24 horas al día y los 365 días del año para los siguientes idiomas: árabe, inglés, rumano, alemán, francés, chino, búlgaro, ruso, portugués, polaco y eslovaco. Además se implementa el servicio en días laborables y en horario de 8 a 18 horas con una oferta de otros 35 idiomas.

Resultados: Se ha logrado un Servicio basado en un sistema telefónico de traducción e interpretación simultánea que permite a los profesionales sanitarios desde el teléfono de su consulta acceder a este servicio y entenderse mejor con sus pacientes o hispanohablantes Este nuevo ST se ha pilotado en los Centros de Salud de Roquetas Sur, El Ejido Norte, La Mojonera, Puebla de VÍcar, Cartaya, Lepe y los centros que componen el Distrito Sanitario Costa del Sol, así como el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de Málaga desde Mayo hasta Junio de 2008. Se han gestionado 80 servicios: 57 solicitudes del Centro Coordinador de Urgencias y 23 solicitudes de Centros de Salud, siendo los idiomas más demandados y por este orden: Inglés, Alemán, Francés, Árabe y Rumano.

Conclusiones: El Servicio de Tele-traducción aporta un valor añadido al conjunto del SSPA dotándolo de un potente instrumento de relación y comunicación que plasma los criterios básicos de la política sanitaria en Andalucía: equidad, igualdad, accesibilidad, continuidad y calidad más allá del propio ámbito clínico-asistencial llegando al ámbito de la atención integral sociosanitaria.

ME-31. EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO CUALITATIVA Y SU IMPACTO. INSTRUMENTOS PARA LA MEJORA DEL II PIPIA

S. Sánchez Hernández, A. Gómez Rodríguez, J.I. Martínez Millán, E. González Rojo

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En 2006 entró en vigor el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009 (II PIPIA), en el que la

Consejería de Salud y el SAS son responsables de la gestión de los objetivos del área sociosanitaria. Ambas encargan a la EASP la evaluación de seguimiento cualitativa de esta área. El objetivo es identificar fortalezas y debilidades del proceso de puesta en marcha de las medidas contempladas para el cumplimiento de los objetivos, que orienten la planificación futura.

Métodos: Se realizó la revisión de la documentación generada por responsables de la puesta en marcha del II PIPIA, 50 entrevistas en profundidad a profesionales y 15 a personas migradas usuarias del SSPA. Para el análisis se utilizó el método de la Teoría Fundamentada. Las categorías de análisis fueron: 1) acciones desarrolladas; 2) mecanismos de gestión y coordinación; 3) logros alcanzados; 4) aspectos positivos y a mejorar; 5) recomendaciones. Se ha indagado en los procesos de gestión, así como en los de realización de las diferentes acciones y/o medidas.

Resultados: Los datos se han organizado en el informe en 3 grandes bloques; se ha agrupado la información obtenida sobre qué se ha hecho (actuaciones concretas) y cómo se ha hecho (gestión y coordinación). Se ha agrupado la información referida a los posibles efectos-logros que, sin ser exhaustiva ni representativa, destaca una

valoración positiva del sistema sanitario andaluz por parte de población migrada, la gratuidad de la atención y toda la información que se les facilita para su utilización. Exponen que son conscientes de su contribución al sistema sanitario a través de la política de impuestos y presentan, como principales trabas de acceso, el idioma y las condiciones de vida personales. Por último, se ha agrupado la información valorativa en cuanto a las actuaciones y a la gestión, obteniendo 14 aspectos positivos, 21 a mejorar y 15 recomendaciones de cambio.

Conclusiones: La realización de una evaluación de seguimiento cualitativa del II PIPIA ha sido valorada muy positivamente por la gran oportunidad que genera de explicitar con detalle no sólo aquello que está funcionando bien y aquello que es preciso mejorar, sino también cuáles se consideran los mecanismos más adecuados para implementar cambios hacia mejor. Uno de esos cambios, vinculado plenamente a la evaluación de seguimiento, es una batería de instrumentos de planificación, seguimiento y evaluación aplicables directamente por las personas responsables de la ejecución del II PIPIA y accesibles vía internet.

Financiación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.