

ACCIÓN LOCAL EN SALUD 2

Jueves 6 de octubre de 2011. 17:30 a 19:00 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Rosa Puigpinós

311. VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE RECURSOS EN PACIENTES CON ICTUS EN BARCELONA

E. Torné, J. Benet, A. Guarga

Dirección de Planificación, Compra y Evaluación, Consorci Sanitari de Barcelona, CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades vasculares constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La instauración de las unidades de tratamiento fibrinolítico inmediato del ictus ha supuesto un cambio en la evolución de los pacientes, en la mortalidad, capacidad funcional y en el destino al alta, lo que comporta nuevas necesidades de recursos. **Objetivo:** Determinar la incidencia de hospitalización por ictus en los últimos 10 años, la mortalidad hospitalaria y el destino al alta. Calcular la necesidad de recursos expresada en nº camas en centros agudos y sociosanitarios (SS) de la población de Barcelona ciudad.

Métodos: Mediante el CMBD-AH y el SS (2000-2010) se selecciona la población de Barcelona según código diagnóstico 430-434 y 436 (CIM 9.MC). Se analiza el número, tipos, estancia media, mortalidad hospitalaria y el destino al alta de pacientes con ictus. Con dichas variables y considerando pacientes susceptibles de rehabilitación, los que ingresan en un centro SS, calculando la estancia en dicho centro con un índice ocupación del 85%, se obtiene los recursos mínimos necesarios (n.º camas) en H. agudos y SS para atender a dichos pacientes.

Resultados: Tasa de hospitalización por ictus: 179-163 pac/105 hab/año (2000-2010) con cifras estables en los últimos 5 años. Los hombres presentan valores más elevados que las mujeres (tasa: 172 y 154, año 2010 respectivamente), tendencia que se va repitiendo. La edad de presentación se retrasa concentrándose las tasas mayores en > 75 años, más tardía en mujeres. La mortalidad intrahospitalaria ha disminuido un 21% desde el 2000 y la necesidad de rehabilitación se ha incrementado (40%). La estancia media se ha reducido (2 días) en H. agudos en 10 años, siendo de 10,7d (2010). El n.º de recursos mínimos para atender a pacientes con ictus, asumiendo un comportamiento parecido a los últimos años es de 94 camas (H. agudos) y 122 camas de convalecencia, aplicando la estancia media en SS de 50 días. No se observa variación en la tipología (73% isquémicos, 25% hemorrágicos y resto mal definidos).

Conclusiones: La instauración del código ictus junto con la ampliación en la oferta de recursos SS juega un papel importante en los resultados obtenidos y está en concordancia con la literatura. La reducción de la mortalidad, junto con el incremento de la prevalencia y del n.º de pacientes tributarios de realizar rehabilitación, induce a recalcular, desde las unidades de planificación, las necesidades de recursos sanitarios, con el fin de conseguir un reajuste en la equidad, eficiencia y efectividad en la asignación de los recursos.

341. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE AL ROTAVIRUS EN NAVARRA

J. Castilla, X. Beristain, M. García Cenoz, I. Polo, V. Martínez Artola, A. Navascués, N. Álvarez, A. Mazón, A. Barricarte

Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Complejo Hospitalario de Navarra; Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Antecedentes/Objetivos: La vacuna frente al rotavirus no está incluida en los calendarios de inmunización infantil, pero su utilización ha aumentado en los últimos años. Evaluamos la efectividad de la vacuna frente al rotavirus en Navarra.

Métodos: La población de estudio fueron los niños de 3 meses a los 3 años, residentes en las áreas de Pamplona y Tudela, cubiertos por el Servicio Navarro de Salud y vacunados del resto de vacunas habituales para su edad. Realizamos un estudio de caso-control incluyendo los niños que consultaron por un proceso diarreico entre enero de 2008 y marzo de 2011 y se les tomó muestra de heces para estudio de rotavirus y otros patógenos. Los casos fueron aquellos niños en los que se confirmó presencia de rotavirus en heces y controles los que fueron negativos a rotavirus. Del registro autonómico de vacunas se tomó la información sobre las dosis de vacuna recibidas. Mediante regresión logística se estimó el efecto de distintas situaciones de vacunación frente al rotavirus.

Resultados: Un total de 6.307 niños cumplieron criterios de inclusión, de los cuales 699 (11%) se confirmaron para rotavirus y 5.608 resultaron negativos. El 26% habían recibido alguna dosis de vacuna anti-rotavirus (28% de los controles y 10% de los casos). El 12% de los niños estudiados tenían una pauta con de dos dosis de Rotarix de acuerdo con la ficha técnica, el 12% la tenían de 3 dosis de Rotateq y otro 2% tenían alguna dosis sin ajustarse totalmente a la pauta recomendada. En el análisis de regresión logística ajustando por sexo, medio rural/urbano, diagnóstico de enfermedad crónica, edad en trimestres y tiempo calendario en semestres, el haber recibido alguna dosis de vacuna frente al rotavirus presentó una efectividad del 79% (OR 0,21; IC 95% 0,16-0,28) en la prevención de diarrea por rotavirus entre los 3 meses y 3 años. La pauta completa con dos dosis de Rotarix mostró una efectividad del 77% (IC 95%, 66-83), la pauta completa con tres dosis de Rotateq tuvo una efectividad del 83% (IC 95, 74-88) y el resto de situaciones vacunales incompletas o con edad de administración no ajustada a recomendación del fabricante mostraron una efectividad del 67% (IC 95%, 36-83).

Conclusiones: Las vacunas frente al rotavirus presentan una efectividad entre moderada y alta para prevenir diarrea por rotavirus en niños de 3 meses a 3 años. No encontramos diferencias significativas entre las dos marcas disponibles.

476. SISTEMA DE ATENCIÓN A ALERTAS DE SALUD PÚBLICA DE ARAGÓN. ACTIVIDAD 2007 A 2010

J.P. Alonso, M.B. Adiego, J.R. Ipiéns, C. Malo, S. Martínez, E. Marco

Servicio de Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: El Sistema de Atención de Alertas de Salud Pública (SAA-SP), que inició su actividad a mediados de 2006, tiene por objetivo el control de las alertas en salud pública en Aragón, fuera del horario de trabajo habitual. Se presenta resumen de actividad de 2007 a 2010.

Métodos: Los datos de estructura se obtienen del registro de personal, y la actividad a través del registro de alertas. En 2010, los coordinadores han baremado (puntuación de 1 a 5) la importancia de las alertas, la calidad de la intervención y el grado de control.

Resultados: El número de profesionales que integran el SAA-SP ha aumentado (2007: 182, 2008: 189, 2009: 198, 2010: 216) y es más del 50% de los técnicos universitarios de la Salud Pública. En número de actuaciones muestra continuidad con años anteriores, salvo con 2009 por la actividad extraordinaria derivada de la situación de fase de pandemia de gripe. Se realizaron 70 actuaciones en 2007, 98 en 2008, 115 en 2009 (excluidas 198 relacionadas con gripe) y 100 en 2010 (7,9 por 100.000 habitantes). Las actuaciones corresponden a alertas y a trabajos programados, y son respectivamente 70 y 0 en 2007, 86 y 12 en 2008, 83 y 32 en 2009, 80 y 20 en 2010. Las alertas más frecuentes en los cuatro años, 2007 a 2010, son del ámbito de la vigilancia (respectivamente 41,4, 43, 33,7 y 42,5%) y alimentaria (25,7, 43, 41 y 41,3%). Lo más frecuente fueron las situaciones de riesgo por alimentos (17,1, 41,9, 39,8 y 42,5%), las enfermedades respiratorias/meningitis (22,9, 19,8, 18,1 y 12,5%) y otras por causas no clasificadas (11,4, 7, 12 y 17,5%). El 85% de los trabajos programados son del área alimentaria. En 2010, el 71,8% se realizaron en Zaragoza, y en algunos meses no hubo actividad en Huesca y Teruel, equiparable a años anteriores. Sobre el 80% de las alertas se resuelven según protocolos del SAA-SP. Las alertas que se resuelven definitivamente por el SAA-SP aumenta desde 2007 a 2010 (respectivamente 34,3, 44,2, 45,8 y 61,3%). En 2010, la evaluación de los coordinadores es favorable, con puntuación de 3,0 para la importancia de las alertas, 3,9 para la calidad de la intervención y 4,9 para el grado de control.

Conclusiones: En el cuarto año de funcionamiento, el SAA-SP sigue estimándose como sistema útil. Hay continuidad en el número de alertas atendidas, siendo bajo el nivel de demanda. Las alertas más frecuentes son de vigilancia epidemiológica y de seguridad alimentaria. La actividad de trabajos programados parece consolidarse. La valoración se considera satisfactoria con adecuada calidad y grado de control.

614. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

K. Bones Rocha, K. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, C. Muntaner, J. Alonso, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona, IMIM (Institut de Recerca de l'Hospital del Mar); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: 1) Estudiar las diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre las personas que tienen y no tienen problemas de salud mental (PSM) en España y 2) analizar la relación entre la utilización de los servicios por parte de las personas con PSM y los determinantes socioeconómicos y de la red de atención a salud mental de las Comunidades Autónomas (CCAA).

Métodos: Estudio transversal multinivel con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España del año 2006 y datos contextuales de las CCAA. Se incluyeron las personas entre 16 y 64 años no institucionalizadas. Se utilizó el General Health Questionnaire (GHQ-12) para identificar las personas con PSM (GHQ-12 \geq 3). Las variables dependientes fueron: el uso de urgencias en el último año y del médico general en el último mes. Las variables independientes fueron: la edad, la clase social, las características socioeconómicas individuales, y de los servicios de salud mental que permiten valorar el despliegue de la reforma psiquiátrica de las CCAA. Para el primer objetivo se ajustaron modelos de regresión logística, obteniendo Odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC). Para el segundo objetivo se realizó un análisis ecológico para valorar la asociación entre el uso de los servicios de salud por parte de las personas con PSM y las características de las

CCAA mediante correlaciones y se ajustaron modelos de regresión logística multinivel.

Resultados: Las personas con PSM utilizan más los servicios de urgencias (OR = 2,09; IC 1,90-2,30) y el médico general (OR = 2,37; IC 2,16-2,61) que las personas sin PSM. A nivel ecológico se observa que a mayor presencia de recursos de salud mental existe una menor utilización de urgencias ($r = -0,57$; $p < 0,05$) y una mayor utilización del médico general ($r = 0,76$; $p < 0,05$) por parte de las personas con PSM. Los modelos multinivel muestran que, después de ajustar por las variables individuales, las variables socioeconómicas y de la red de salud mental de las CCAA explican las diferencias en la utilización por parte de las personas con PSM.

Conclusiones: Las variables contextuales son importantes para entender las diferencias en la utilización de servicios por parte de las personas con PSM en las CCAA. Ello indica la necesidad de avanzar en el despliegue de recursos de salud mental en todas las CC.AA.

Financiación: AETS: PI09/90676.

616. DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y DE SALUD ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

K. Bones Rocha, K. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell, J.E. Obiols

Agència de Salut Pública de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: Analizar la prevalencia de trastornos de salud mental y su asociación con determinantes sociales, económicos y de salud en España en 2006.

Métodos: Se trata de un estudio transversal. La fuente de información es la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006, en que participaron 29.476 personas entre 16 y 64 años. La variable dependiente fue la presencia de problemas de salud mental evaluada a través del instrumento de cribado General Health Questionnaire (GHQ-12). Las variables independientes fueron: el nivel de estudios, el estado civil, el país de origen, el apoyo social, la situación laboral, los trastornos crónicos y la limitación de actividades por un problema de salud. Se describió la prevalencia de mala salud mental y se analizó la asociación de la misma con las variables independientes mediante *Odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC) ajustando modelos de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%) y en las personas con menor nivel de estudios, separadas o divorciadas (hombres OR 1,69; IC 1,27-2,26; mujeres OR 1,52; IC 1,25-1,86), inmigrantes de países de renta baja (hombres OR 1,29*; IC 1,02-1,64 mujeres OR 1,50; IC 1,28-1,76) y que están desempleadas (hombres OR 2,39; IC 1,90-3,01; mujeres OR 1,29; IC 1,10-1,51) o en baja laboral. El apoyo social muestra un gradiente de aumento de la prevalencia a medida que disminuye el apoyo social. En la misma dirección, a medida que aumenta el número de enfermedades crónicas y el grado de limitación en la realización de actividades en función de problemas de salud se observa también un aumento de la prevalencia de mala salud mental.

Conclusiones: A nivel poblacional los problemas de salud mental no se distribuyen de manera uniforme entre la población española. Cabe destacar la mayor prevalencia de problemas de salud mental en las mujeres, principalmente las que tienen peor condición socioeconómica, lo que refuerza la necesidad de incrementar políticas sociales de igualdad de género. La mayor prevalencia entre la población inmigrante también impone un reto y refuerza la importancia de acciones dirigidas específicamente a este colectivo.

618. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12) EN POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA

K. Bones Rocha, K. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell, J.E. Obiols

Agència de Salut Pública de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivo: El General Health Questionnaire (GHQ-12) fue incluido por primera vez en la Encuesta Nacional de Salud de España en 2006 (ENS-2006), siendo un instrumento de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos. En España no existen estudios que analicen las propiedades psicométricas del GHQ-12 como instrumento unidimensional de cribado utilizando la puntuación GHQ, y que utilicen datos de una muestra representativa a nivel poblacional. Se plantea como objetivo analizar las propiedades psicométricas del GHQ-12 como instrumento de cribado en una muestra representativa de la población española entre 16 y 64 años, y específicamente en la población mayor de 65 años.

Métodos: Se trata de un estudio transversal utilizando los datos de la ENS-2006. Fueron entrevistadas 29.476 personas mayores de 16 años, no institucionalizadas. El GHQ-12 está formado por 12 ítems que son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ. Una puntuación GHQ de 3 o más permite utilizar el instrumento como herramienta de cribado. Se realizaron análisis de correlación entre ítems, análisis de consistencia interna, un análisis factorial exploratorio (AFE) y un análisis de validez externa para los 2 tipos de puntuación (Likert y GHQ).

Resultados: Los resultados muestran que cada uno de los ítems del GHQ se correlaciona con los demás (correlación $> 0,43$) en ambos métodos de puntuación (Likert y GHQ). El análisis factorial exploratorio confirma que gran parte de la variabilidad del instrumento se explica al reunir todos los ítems en un único factor (67% Likert y 73% GHQ). El GHQ-12 presenta una elevada consistencia interna en población general (alfa de Crombach de 0,86) y también en población mayor de 65 años (alfa de Crombach de 0,90). El análisis de validez externa confirma que existe una asociación significativa entre el GHQ-12 y el hecho de declarar depresión, ansiedad u otro trastorno mental en el año anterior a la entrevista, en ambas puntuaciones.

Conclusiones: El GHQ-12 presenta buenas características psicométricas en ambas puntuaciones. Los resultados confirman que el GHQ-12 puede ser utilizado como un instrumento unidimensional de cribado y la puntuación más adecuada en este caso es la puntuación GHQ. El análisis de validez externa refuerza la sensibilidad del GHQ-12 para detectar problemas de salud mental.

630. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COMUNITARIO DE CAMINATAS EN UN BARRIO DESFAVORECIDO: BARCELONETA, PAS A PAS

E. Díez, A.M. Novoa, M. Mateos, A. Terra, Grupo de Trabajo de Llei de Barris de Barceloneta

Agència de Salut Pública de Barcelona, Llei de Barris de Barceloneta.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de un plan de regeneración de un barrio desfavorecido de Barcelona, se diseñó un proyecto comunitario de promoción de la actividad física en personas adultas y mayores. Se evaluó mediante indicadores de proceso, uso, satisfacción, y de resultados en cambios en salud percibida entre los usuarios/as.

Métodos: Diseño post test no experimental. La intervención se desarrolló por personal técnico de regeneración urbana, salud pública, deportes, atención sanitaria, social y comunitario. Se dirigió a mayores de 24 años. Consistió en: a) establecimiento de rutas, b)

dos sesiones semanales de caminatas monitorizadas, c) plan de comunicación de marketing social y derivación del equipo de atención primaria de salud y d) incentivos como gorro, podómetro y cantimplora. Periodo: enero-julio de 2010. Se evaluó mediante: a) indicadores de proceso: circuitos establecidos; folletos distribuidos e impacto en medios de comunicación; caminatas realizadas; incentivos distribuidos; b) indicadores de uso y satisfacción: edad, sexo, nivel socioeconómico de usuarios/as; frecuencia de uso, fuente de información, satisfacción global y respecto a frecuencia, distancia, horario, recorrido y monitora; y c) indicadores de resultados cambios en salud percibidos. En julio se entrevistó a las personas inscritas presencial o telefónicamente con cuestionario. Se realizó un análisis descriptivo con Stata 10.

Resultados: a) Se establecieron 6 circuitos de 1 a 6 km; se pretestó el material gráfico, se distribuyeron 6.000 folletos y 100 carteles en domicilios, tiendas y centros de salud y comunitarios, se presentó en páginas web, revistas, televisión y prensa; se realizaron dos sesiones semanales de caminatas; se ofreció gorro, cantimplora y podómetro a cada participante; b) se inscribieron 200 personas; se entrevistó a 114 (57%); un 82% era mayor de 55 años, 67% mujeres, 68% con estudios primarios o secundarios y 48% jubilados; 61% asistió una o más veces por semana; conocieron el programa por los medios de comunicación (32%), amistades (29%) y equipo sanitario (11%); satisfacción respecto a la frecuencia, distancia, horario, recorrido, monitora y global superior al 90%, y c) el 26% declaró sentirse mejor o mucho mejor que antes de participar.

Conclusiones: El programa alcanza la población pretendida. Los usuarios/as están muy satisfechos y declaran una mejora de la salud. El programa es viable y efectivo en la promoción de la actividad física entre mayores de un barrio desfavorecido. Pas a Pas continúa y se extenderá a zonas similares.

653. PECHO LLENO, BRAZOS VACÍOS. SUBIDA DE LECHE TRAS LA PÉRDIDA PERINATAL

S. Cenalmor González^a, M.A. Claramunt Armengau^b

^aEnfermera, Asesora de Lactancia, Doula; ^bAsesora de Lactancia, Doula; Coautora de "La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo"; Cofundadora y Administradora del Foro "Superando un aborto" (SUA).

Antecedentes/Objetivos: La subida de leche tras una muerte perinatal es un hecho posible a partir del segundo trimestre de embarazo. Observamos una demanda de atención no resuelta en el manejo de la ingurgitación mamaria (lactogénesis II) por parte de mujeres que han pasado por tales pérdidas. Abrimos una línea de trabajo basada en la revisión de protocolos actuales y/o creación de nuevos protocolos. En el año 2009, el INE registró una tasa de 4,55 casos por cada 1.000 nacidos vivos de pérdidas perinatales sumando un total de 2.621 casos y 49.889 casos de embarazo con resultado abortivo registrados. El mismo número de mujeres que pudieron verse afectadas. Objetivo: Investigar el impacto psicosocial que supone experimentar la subida y el manejo de la misma con el fin de abrir nuevas líneas de trabajo y la revisión o creación de protocolos en este tipo de situaciones.

Métodos: A raíz de los comentarios en el foro de SUA (43.000 mensajes los últimos 2 años) sobre cómo vivieron las madres la subida de la leche tras la pérdida, se hizo un seguimiento de 20 casos de subida de leche tras la pérdida por medio de la observación y de la realización de una encuesta en la que mujeres que habían pasado por una pérdida gestacional, valoraron el impacto psicosocial percibido sobre la subida de leche y sus repercusiones en las lactancias de futuros hijos o bien de hijos que se encontrasen en período de lactancia en el momento de la pérdida perinatal.

Resultados: Observamos que no existen actualmente protocolos de manejo para estos casos. Detectamos una clara falta de información o información errónea que llega a estas madres así como el apoyo psicológico durante el proceso, pudiendo afectar manera negativamente la lactancia de futuros hijos o bien de otros que se encuentren lactando hasta ese momento.

Conclusión: Detectamos necesidades no cubiertas y proponemos una línea de trabajo. Las sugerencias que ofrecemos son: Necesidad de normalizar un tema tabú en la sociedad, ofreciendo información clara y concisa. Reflexionar sobre las prácticas protocolarias habituales o falta de protocolo en estos casos. Abrir posibilidades de actuación relacionadas con la facultad de dotar a las madres para que puedan escoger el tipo de manejo frente al inicio de la lactogénesis II: inhibición farmacológica o fisiológica de la lactancia, así como diferentes posibilidades de uso de la leche extraída (donación, uso para otros hijos, etc.). Alertar de la necesidad de dar información (consentimiento informado), dejar elegir y dar apoyo emocional a la mujer durante este proceso.

713. ESTRATEGIAS DE TRABAJO EN RED PARA LA PLANIFICACIÓN LOCAL EN SALUD

I. Sierra Navarro

Dra. en Psicología, Responsable del Proyecto "Entorno Urbano y Salud" de la Diputación de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Desde los ayuntamientos, la salud puede no ser visible o bien estar presente en todas las acciones del consistorio. La salud en todas las políticas, como estrategia de la OMS se concreta en diferentes ámbitos y niveles territoriales. Desde la administración autonómica, local, estatal o europea, requiere de diferentes enfoques y métodos. Presentamos aquí una experiencia para su desarrollo en el ámbito local.

Métodos y resultados: A partir de nuestra propuesta metodológica, los ayuntamientos definen tres estructuras a diferente nivel formadas por agentes locales vinculadas a diferentes escenarios de salud. La primera, de carácter técnico y participativo, incluye un sistema de diagnóstico y definición de propuestas a partir de métodos cualitativos, teniendo como protagonistas a técnicos del propio ayuntamiento —de diversas áreas—, representantes de entidades de salud de la ciudad y ciudadanos/as. La segunda estructura, cuyo objetivo es la priorización y toma de decisiones, está formada por un núcleo reducido del grupo anterior, además de expertos/as externos y directivos municipales que afinen en las necesidades, definan la viabilidad de las propuestas y las jerarquicen según su impacto social. La tercera estructura, formada por políticos/as y directivos de entidades públicas y privadas de la ciudad, diseña el Plan estratégico "Por la salud en la ciudad de..." que marca los objetivos a medio plazo, la suma de compromisos y esfuerzos de todos los implicados y los resultados esperados. A partir de su aprobación en el pleno municipal, se constituye un equipo que evalúa la ejecución de las propuestas, así como su impacto sobre la salud de la población, con la participación de agentes clave de la ciudad que se han ido identificando durante todo el proceso. Los planes de salud local que se han generado a partir de este método han conseguido un mayor seguimiento de sus objetivos, un mayor compromiso de la ciudadanía y las entidades en actuar como agentes de salud en el territorio, un fortalecimiento notable de la red de profesionales de diferentes dispositivos: atención primaria, salud mental, salud sexual y reproductiva, drogodependencias, atención sociosanitaria y hospitalaria. Permiten, asimismo, profundizar en los métodos de análisis cualitativo de las necesidades en salud, así como en la evaluación.

Conclusiones: El compromiso mutuo por la salud requiere técnicas de consenso y planes estratégicos a partir de la participación ciudadana.

na, la conexión en red del conocimiento, y la concreción política a largo plazo.

778. RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD (RELAS) DEL MUNICIPIO DE ALGECIRAS

C. Montañó Remacha^a, L.M. Rodríguez Benjumeda^b, M.A. Cuesta-Guerrero^c, A. Rabadán-Asensio^c, C. Monte Vázquez^d

^aÁrea de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar; ^bDistrito Sanitario Aljarafé; ^cDelegación Provincial de Cádiz; ^dConsejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La Red Local de Acción en Salud (RELAS) representa una nueva estrategia de trabajo en relación a la promoción de la Salud entre los vecinos de Algeciras. Se parte de dos principios fundamentales: Salud en todas las políticas (la salud es y deber ser un tema transversal a toda política pública y a su ejecución) y del enfoque estratégico local (los problemas y activos en salud se dan sobre una población determinada sobre un territorio concreto). El Objetivo de este proyecto es crear una red de trabajo interdepartamental, interinstitucional e intersectorial.

Métodos: Esta red se articula a través de una planificación estratégica que tiene como instrumento el Plan Local de Salud (PLS), que contiene: análisis de la situación de salud, priorización de problemas y propuestas de acción. Su elaboración es consensuada y participada.

Resultados: Tras la presentación del proyecto al gobierno local y la firma del convenio, se creó un grupo motor inicial formado por representantes de los sectores públicos y sociales de la ciudad. Este grupo ha sido el encargado de impulsar la elaboración y seguimiento del PLS, acordar las líneas prioritarias de actuación, aprobar la programación anual de actividades y asesorar a la implantación de la estrategia local de salud. Tras la priorización de problemas se formó la Comisión del PLS, compuesta por técnicos y profesionales de distintos sectores, distribuidos en 4 grupos según las áreas a trabajar (Educación para salud, adicciones, entorno de vida saludable y desigualdades en salud). El documento final se expuso a foros de participación y debate ciudadano.

Conclusiones: El nivel local es el ámbito básico para la intervención en Salud Pública. La participación ciudadana es imprescindible en la conformación de una estrategia de Salud Pública y fundamental en la corresponsabilidad y potenciación de la autonomía grupal e individual.

1058. EDUCACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA: PROGRAMA NUTRIACTIV EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES

S. Gómez-Zorita^a, A. Urdampilleta^{ab}, J.M. Martínez-Sanz^c

^aDepartamento de Farmacia y Ciencias de los Alimentos (UPV-EHU), Facultad de Farmacia; ^bCentro de Salud Ergoactiv, Vitoria; ^cDepartamento de Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El aumento de prevalencia de obesidad y sedentarismo son un problema para la salud pública, esto argumenta la realización de actividades educativas encaminadas a fomentar modelos de alimentación y de vida más saludable. Objetivos: Diseñar actividades educativas enmarcadas en un programa de educación nutricional y física dentro de un centro de salud que faciliten la instauración y asentamiento de hábitos saludables y fomente el desarrollo de actividad física y así mejora de la salud pública.

Métodos: La muestra es 30 adultos de edad entre 49-62 años que acudían a un centro de salud con problemas osteoarticulares. Las actividades se realizaban durante el tiempo de visita al centro, los alumnos se estratificaban en 3 grupos subdivididos en grupos 10, con 1 coordinador por cada grupo y 4 profesionales de la salud colaboradores, li-

enciado en actividad física y deporte, dietista-nutricionista, médico deportivo y fisioterapeuta. Actividades realizadas: Test previo de conocimientos sobre alimentación y de actividades físicas, hábitos dietético-nutricionales y de actividad física y posibilidades de adherencia. Test final para valorar adquisición de conocimientos y actitudes y reiterado cada trimestre por los coordinadores de los grupos para valorar el mantenimiento del cambio de hábitos; cuestionario para valorar las actividades realizadas.

Resultados: Test previo conocimientos de los adultos mayores: 70% por debajo del nivel aceptable. Valoración de actividades por coordinadores y pacientes muy satisfactoria en el 100% de los casos. El 90%, después de realizar las actividades, había mejorado sus conocimientos. La labor de los coordinadores por parte de los pacientes resultó muy positiva.

Conclusiones: Actividades educativas dentro de un centro de salud que impliquen adquisición de conocimientos y desarrollo de actividad física de forma participativa resultan satisfactorias y eficaces. Reiterar actividades similares desde instituciones públicas serviría de refuerzo para promocionar hábitos adecuados para mejorar las patologías de gran prevalencia y de salud pública.

884. LA MIRADA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD EN ENTORNOS LOCALES

N. Codern, R. Crespo, A. Cardona

Área Q-Evaluación e Investigación Cualitativa.

Antecedentes/Objetivos: La equidad es uno de los objetivos de la OMS en Europa en la estrategia Salud Siglo XXI. Uno de los retos del sistema sanitario es desarrollar políticas públicas, planes y programas de salud que reduzcan las desigualdades (de género, socioeconómica, origen, edad y territorio) y mejoren las condiciones de vida de la ciudadanía. La promoción de la salud es una estrategia de transformación, a través de actuaciones integrales e intersectoriales y de la participación de los diferentes actores. Con la comunicación, presentamos las contribuciones de la promoción de la salud (PS) en los programas de políticas locales, a raíz de una experiencia de trabajo con un equipo de profesionales del ámbito de las políticas públicas locales.

Métodos: Se exploraron los marcos substantivos de los programas que se desarrollaban desde la mirada de la PS. Esto conllevó una revisión bibliográfica y discusión conceptual de la promoción de la salud y hacerse preguntas sobre cómo la práctica profesional se orientaba a la PS y a la promoción de la equidad.

Resultados: La revisión bibliográfica y discusión conceptual sobre la promoción de la salud ha permitido construir un lenguaje común y a una "nueva definición" de PS contextualizada en el marco de trabajo. A menudo se evalúan los programas de promoción en términos de cambios en los estilos de vida y reducción de los problemas de salud. Esto dificulta explicar los efectos de la promoción, debido a que las diferentes políticas (promoción, prevención, protección y tratamiento) contribuyen a los cambios en las conductas y reducen los problemas de salud. También ha permitido determinar, en términos de resultados, los aspectos clave de la PS: Ciudadanía más responsables para escoger opciones en salud (decidir hacer ejercicio físico, hacer de agente de salud, etc). Personas y grupos comunitarios que sean capaces de valorar su situación y tengan capacidad para movilizar recursos (personales y comunitarios) para desarrollar una comunidad más saludable y equitativa. Para ello es necesario que los programas sean participativos, que se establezca un diálogo entre los diferentes actores del territorio. Que se tenga en cuenta a la población más vulnerable, en términos de accesibilidad, y que se aplique una metodología de aprendizaje basada en el aprendizaje significativo.

Conclusiones: Consideramos que es importante reflexionar sobre los marcos substantivos de los actuales programas de PS, ya que facilita una revisión del programa en términos de resultados, participación, responsabilidad y trabajo intersectorial.

964. FIABILIDAD DE UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER EN INTERNET

M. Talavera^a, R. Peiró-Pérez^b, A. Molina^b, D. Salas^b, J. Ibáñez^b, J. Miranda^b, D. Aviñó^b

^aUniversidad de Valencia; ^bCentro Superior de Investigación en Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Análisis de la fiabilidad de la “Guía de Ayuda a la lectura de Información sobre Cáncer (eGALIC) como parte de su validación para su uso por población general, para seleccionar, con criterios de calidad, webs de información sobre cáncer. Herramienta constituida por: cuestionario (a validar), manual de uso y paquete formativo.

Métodos: Valorar la fiabilidad de eGALIC a través de concordancia interobservadores y consistencia interna. Seleccionan grupos de población de diferente perfil: personas expertas (“gold standar”), nivel socioeconómico (NSE) medio-alto y nivel bajo, población vulnerable, profesionales de salud, personas con cáncer. Seleccionar 6 páginas relacionadas con cáncer: 2 clínicas privadas, 2 institucionales, 1 asociación ciudadana, 1 sociedad profesional. Se envían las páginas a la muestra para valorar su calidad según sus criterios personales (escala = 1-10). Una vez recibidas estas valoraciones se vuelve a pedir la valoración usando eGALIC. Se realizó un análisis descriptivo de las valoraciones recibidas por pág.Web con y sin eGALIC y por grupo de población. Se comparan valoraciones por grupo (nivel de concordancia según kappa). Se comparan medias mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) e intervalos de confianza del 95% por grupo. Se calcula consistencia interna mediante el índice Alfa(?) de Cronbach.

Resultados: En los resultados preliminares se obtienen 40 respuestas (5 expertas, 11 NSE medio-alto, 6 nivel bajo, 11 población vulnerable y 7 profesionales de salud). La valoración media para las páginas sin eGALIC es 6 y con eGALIC 4,8. Por grupos, sin utilizar la guía, la media más alta es 8,4 para páginas institucionales (8 según personas expertas y 9,4 en profesionales de salud) y 2,4 para clínicas privadas en población vulnerable. Por grupos, al utilizar la guía, media = 7,1 para páginas institucionales (6,6 en personas expertas y 7 en profesionales de salud) y 1,8 para clínicas privadas en población vulnerable. Nivel de concordancia entre personas expertas kappa = 0,625 (NSE-bajo = 0,526, NSE-medio-alto = 0,5, prof. salud = 0,429, pobl. vulnerable = 0,4). El CCI = 0,69 (IC 95%) para expertas y valores similares para el resto de grupos (CCI = 0,515 para NSE medio-alto; 0,7 para profesionales de salud y población vulnerable = 0,97). Índice ? de Cronbach total = 0,901. Valor próximo a 1 en todos los grupos estudiados.

Conclusiones: La eGALIC apoya la actitud crítica frente a la información (disminuye valoración media). Indica necesidad de alfabetización digital en salud, en especial en población vulnerable, con manuales de uso y paquetes formativos adaptados a sus necesidades.