

DESIGUALDADES DE SALUD

Viernes 7 de octubre de 2011. 19:00 a 20:30 h

Aula 1 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (3 minutos)

Modera: M.^a Carmen Martos

1060. LA POBLACIÓN RUMANA EN ESPAÑA: EXPLORANDO LA HIPÓTESIS DEL MIGRANTE SANO

D. La Parra

Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La hipótesis sobre la población migrante sana se refiere al hecho de que, para una variedad de indicadores de salud, las personas migradas tienen mejor salud que la población residente en su país de origen y, en ocasiones, también que la población del país de acogida. En España reside un total 829.715 personas con nacionalidad rumana, que llegaron a España en los últimos 10 años (en el año 2000 se contabilizaban 6.343). Al ser un grupo de migrantes recientes el fenómeno del migrante sano podría explicar su perfil epidemiológico.

Métodos: Los datos analizados provienen de cinco fuentes: 1) el fichero de Rumania de la Encuesta Europea de Condiciones de Vida (UDB SILC 2008, Eurostat); 2) la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (INE); 3) la Encuesta Europea de Salud 2009 (INE); 4) encuesta sobre discapacidad 2008 (INE), y 5) el fichero de Rumania del European Social Survey (round 4, 2008). Se trata de un estudio transversal, comparativo, que analiza: a) el estado de salud autopercebido de la población rumana residente en España con la población española residente en España y la rumana en Rumanía; b) diferentes indicadores de salud en la población rumana en España y la población española residente en España. Las principales variables son: estado de salud autopercebido, enfermedades crónicas (varias), limitación de actividad, obesidad. Se emplea análisis de regresión logística, estratificado por sexo, ajustado por edad, educación y clase social ocupacional. Intervalos de confianza al 95% para las OR brutas y ajustadas.

Resultados: La población española tiene un mejor estado de salud autopercebido que la población de Rumanía (OR 0,57; IC, 0,40-0,82). La población rumana que vive en España se encuentra entre ambos grupos (OR 0,36; IC, 0,05-2,69). Se observa una clara ventaja en la población rumana residente en España en términos de salud funcional (capacidad para trabajar). Por ejemplo, tiene una mayor probabilidad de estar libre de problemas de limitación de la actividad principal (OR 2,44; IC, 1,67-3,57). Para múltiples indicadores la población rumana en España cuenta con niveles de salud equivalentes a los de la población española.

Conclusiones: Con la información disponible se puede hablar de la existencia de un fenómeno de migrantes sanos en el caso de la

población rumana en España, especialmente cuando se considera la salud funcional.

237. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS EN MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN ZARAGOZA

C. Feja^a, M.C. Martos^{a,b}, M.J. Rabanaque^{a,c}, M. Esteban^d, L. Compés^d, J.T. Alcalá^{a,c}

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); ^bCentro Superior de Investigación en Salud Pública de Valencia; ^cUniversidad de Zaragoza; ^dDepartamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios muestran una tendencia creciente en la mortalidad por cáncer de pulmón (CP) en mujeres y más estable en hombres. También se ha observado una asociación con factores socioeconómicos. En el marco del proyecto MEDEA el objetivo es identificar la evolución de las variaciones geográficas en la mortalidad del CP, en hombres y mujeres, en la ciudad de Zaragoza, en el periodo 1996-2007, y su asociación con factores socioeconómicos.

Métodos: Las defunciones por CP fueron obtenidas del Registro de Mortalidad de Aragón y los datos socioeconómicos del censo de 2001. La unidad geográfica de análisis fue la sección censal (SC). En cada SC se obtuvo un indicador sintético de privación (IP). Se analizó la evolución de la mortalidad entre dos periodos: 1996-2001 (P1) y 2002-2007 (P2). Se obtuvo para cada SC la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) mediante estandarización interna, con tasas específicas de referencia, las de P1. La RME se ajustó mediante un modelo GLMM bayesiano que recoge la heterogeneidad espacial, utilizando el procedimiento de estimación INLA. El IP se introdujo discretizado en cuantiles, tomando como referencia el primero (Q1, mejor situación económica).

Resultados: Se registraron 3.209 defunciones en hombres y 423 en mujeres (1.542 y 175 en P1 y 1.667 y 248 en P2, respectivamente). En mujeres se ha observado un aumento uniforme de la mortalidad por CP entre P1 y P2 en todas las SC, mientras que en hombres este aumento uniforme no se aprecia. En cuanto al IP, en hombres se ha encontrado una asociación entre la mortalidad por CP y el IP estudiado en ambos periodos, siendo el riesgo 1,4 veces mayor (IC 95%, 1,2-1,7) en el Q5 en relación al Q1 en el P1 y 1,3 (IC 95%, 1,1-1,4) en el P2. Al comparar los dos periodos, se ha observado un incremento significativo del riesgo sólo en el Q3. En mujeres, mientras que en P1 no se ha encontrado una asociación de la mortalidad por CP y el IP, en P2 se observa un riesgo significativamente menor en el Q3 con respecto al Q1. Sin embargo, al comparar entre periodos se ha obtenido un incremento del riesgo en Q1.

Conclusiones: Hombres y mujeres presentan patrones diferentes en la evolución de la mortalidad por CP y en su asociación con la privación. En el periodo 2002-2007 se ha incrementado el riesgo de mortalidad por CP en mujeres de SC más favorecidas con respecto al periodo 1996-2001. Sin embargo, en los hombres este efecto se da en las SC de privación intermedia. Esto podría ser explicado, al menos en parte, por la diferente evolución del patrón del hábito de fumar entre ambos sexos.

256. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL O DE CONVIVENCIA Y LA SALUD EN ESPAÑA

L. Artazcoz^{a,b,c}, I. Cortès^{a,b}, C. Borrell^{a,b,c}, V. Escribà-Agüir^{b,d}, L. Cascant^b

^aAgència de Salut Pública de Barcelona; ^bCIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^cUniversitat Pompeu Fabra; ^dCentre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP), Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: 1) Analizar la relación entre el estado de salud o de convivencia y diferentes indicadores de salud en España y 2) examinar si los patrones difieren según el sexo y la edad.

Métodos: La población de estudio fue la población ocupada de 30 a 45 años y de 50 a 64 entrevistada en la Encuesta Nacional de Salud de

2006. Se excluyeron las personas no ocupadas para analizar una población sana y reducir el posible sesgo de selección de personas más sanas entre las casadas o que viven en pareja. La muestra final fue de 9.955 personas. Las variables dependientes fueron estado de salud percibido, estado de salud mental (GHQ-12) y consumo de psicofármacos, todas ellas dicotómicas. La variable independiente fue el estado civil o de convivencia, con cinco categorías: persona casada (referencia), convive en pareja, soltera, separada/divorciada y viuda. Se ajustaron modelos de regresión logística multivariados separados por el sexo y por el grupo de edad ajustados por la edad, la convivencia con hijos/as, el tipo de relación laboral y la clase social ocupacional.

Resultados: La asociación entre el estado civil o de convivencia y la salud fue diferente según el sexo y la edad. Entre los hombres jóvenes, los separados o divorciados tenían peor salud percibida y peor salud mental (ORa = 1,98, IC 95%, 1,21-3,26 y ORa = 1,90, IC 95%, 1,08-3,36, respectivamente). En los hombres mayores los separados/divorciados y viudos tenían mejor estado de salud percibido que los casados. En hombres no se observaron asociaciones con el estado de salud mental o con el consumo de psicofármacos. Entre las mujeres, tanto jóvenes como mayores, convivir en pareja sin estar casada se asoció con peor estado de salud percibido (ORa = 1,36, IC 95%, 1,05-1,77 para las jóvenes y ORa = 3,26, IC 95%, 1,46-7,28 para las mayores) y más consumo de psicofármacos (ORa = 2,05, IC 95%, 1,45-2,92 para las jóvenes y ORa = 3,85, IC 95%, 1,80-6,21 para las mayores). Además, entre las jóvenes se asoció también a mal estado de salud mental (ORa = 1,54, IC 95%, 1,17-2,03). Entre las mujeres mayores, las solteras tenían mejor estado de salud percibido (ORa = 0,54, IC 95%, 0,30-0,96) y menor consumo de psicofármacos (ORa = 0,32, IC 95%, 0,13-0,79) que las casadas.

Conclusiones: A diferencia de estudios realizados en otros países, en España estar casado/a no se asocia de manera consistente con mejor estado de salud. Además, la relación entre el estado de convivencia y la salud difiere según el sexo y la edad. Resalta entre las mujeres la consistencia de la asociación de vivir en pareja sin estar casada con diferentes indicadores de salud.

364. DIFERENCIAS EN LA SALUD ENTRE AMAS DE CASA Y MUJERES EMPLEADAS EN ESPAÑA

L. Artazcoz^{a,b,c}, I. Cortès^{a,b}, C. Borrell^{a,b,c}, V. Escrivà-Agüir^{b,d}, L. Cascant^b

^aAgència de Salut Pública de Barcelona; ^bCiber en Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); ^cUniversitat Pompeu Fabra; ^dCentre Superior d'Investigació en Salut Pública, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: 1) Analizar las desigualdades en el estado de salud entre mujeres empleadas y amas de casa en España; 2) comprobar si hay diferencias según la razón por la que las amas de casa abandonaron el mercado laboral, y 3) examinar si los patrones son diferentes según el nivel de estudios.

Métodos: Estudio transversal en el que la población de estudio fueron las mujeres empleadas y las amas de casa de 25 a 64 años, casadas o que vivían en pareja, entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Se seleccionaron las amas de casa que habían estado empleadas con anterioridad (64,9%) y habían abandonado el mercado laboral por razones no relacionadas con el estado de salud (94,6%) para evitar un posible efecto de la "trabajadora sana". La muestra final estuvo compuesta por 5.575 mujeres, el 72,6% empleadas. La variable independiente fue la situación laboral con seis categorías: empleadas, abandono del trabajo remunerado por dificultades para compaginar empleo y familia, abandono del trabajo remunerado por querer dedicarse a la familia, amas de casa forzadas a dejar el empleo por razones de empresa, abandono voluntario del trabajo remunerado y abandono por otras razones. Se analizaron cuatro variables dependientes, todas dicotómicas: estado de salud percibido, estado de salud mental (GHQ-12), consumo de psicofármacos y visitas al médico general. Se ajustaron modelos de regresión logística multivariados separados por el nivel

de estudios (hasta primarios y más que primarios) ajustados por la edad, convivencia con hijos y convivencia con mayores de 65 años.

Resultados: La razón más frecuente de abandono del mercado laboral fue querer dedicarse a la familia (46,0%). Mientras en las mujeres de mayor nivel de estudios la situación laboral no se asoció con ninguno de los indicadores de salud analizados, en las de menor nivel de estudios aquellas que abandonaron el trabajo remunerado por querer dedicarse a la familia presentaron una menor prevalencia de mal estado de salud percibido (ORa = 0,61, IC 95%, 0,47-0,69), de consumo de psicofármacos (ORa = 0,67, IC 95%, 0,48-0,95) y de visitas médicas (ORa = 0,72, IC 95%, 0,55-0,94).

Conclusiones: No hay diferencias en el estado de salud entre amas de casa y empleadas en las mujeres de mayor nivel de estudios. Sin embargo, en las de menor nivel de estudios, las que abandonan el trabajo remunerado por querer dedicarse al hogar tienen mejor estado de salud que las empleadas, probablemente porque en este segundo grupo se suman los riesgos de un trabajo poco cualificado con las dificultades para compaginar la vida laboral y familiar.

692. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DESDE EL SISTEMA SANITARIO DIRIGIDAS A DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN EL CUIDADO DE LA DIABETES. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

I. Ricci-Cabello^{a,b}, I. Ruiz-Pérez^{a,b}, V. Sarmiento^c

^aEscuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; ^bCIBER de Epidemiología y Salud Pública; ^cDirección General de Salud Pública, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La preocupación acerca de la existencia de importantes desigualdades sociales en el cuidado de la diabetes está impulsando que desde el sistema sanitario se realicen intervenciones específicamente dirigidas a disminuir dichas inequidades. No obstante, hasta ahora, no existe suficiente evidencia científica acerca su efectividad. El objetivo del presente trabajo es analizar la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo desde el sistema sanitario para disminuir las desigualdades sociales en el cuidado de la diabetes.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Se diseñaron estrategias de búsqueda específicas para las bases de datos Medline, CINAHL y Embase y se consultaron otras bases de datos y fuentes de literatura gris a través de palabras clave (marzo de 2010). Se incluyeron estudios experimentales, cuasiexperimentales y de cohortes con grupo control que analizaban la efectividad de intervenciones realizadas por los sistemas sanitarios pertenecientes a países de la OCDE dirigidas a disminuir las desigualdades de género, etnia, posición social o territorio en el cuidado de personas con diabetes. Se excluyeron los estudios de baja calidad metodológica (evaluada mediante "The Quality Assessment Tool for Quantitative Studies"). El proceso de selección y evaluación de los estudios fue realizado por dos revisores de forma independiente. La efectividad de las intervenciones fue valorada en función del porcentaje de variables de resultado que mejoraron significativamente tras la realización de la intervención.

Resultados: Como resultado de la búsqueda se recuperaron 1.612 artículos, de los cuales 51 cumplieron los criterios de selección. Se identificaron 5 tipos de intervenciones: basadas en la realización de cambios en la organización del servicio asistencial (18 artículos), educación a pacientes (19), formación a profesional sanitario (3), promoción del autocuidado (4) y multifacéticas (7). A excepción de las basadas en la formación a sanitarios, que mostraron resultados contradictorios, en general todos los tipos resultaron efectivos, produciendo una mejoría significativa en la mayoría aspectos de la salud estudiados. Cabe destacar las intervenciones de promoción del autocuidado, las cuales demostraron ser las más efectivas.

Conclusiones: Los sistemas sanitarios pueden contribuir de forma sustancial en la disminución de la brecha de salud de personas diabé-

ticas. La evidencia generada en el presente trabajo podría estimular la incorporación de este tipo de actuaciones en el ámbito sanitario.

Financiación: FIS-FEDER PS09/00747, PI/90724 y PI-0096-2010.

751. PUBLICACIÓN EN INTERNET DE MAPAS DE MORTALIDAD EN ÁREAS PEQUEÑAS MEDIANTE HERRAMIENTAS WEB GRATUITAS

M. Calvo, S. Esnaola, I. Montoya, E. Aldasoro, C. Audicana, R. Ruiz, B. Ibáñez

Departamento de Sanidad y Consumo, País Vasco; Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia; Fundación Miguel Servet, Navarra.

Antecedentes/Objetivos: La difusión de resultados sobre las desigualdades en salud de una comunidad ayuda a aumentar la conciencia pública sobre su existencia y a impulsar el desarrollo de intervenciones. En el caso de las desigualdades en salud por áreas pequeñas, en los últimos años ha crecido la disponibilidad de resultados sobre los patrones geográficos de los fenómenos relacionados con la salud. Nuestro objetivo es ilustrar el uso de herramientas web gratuitas (Google Earth y Google Maps) para la publicación y visualización de mapas de mortalidad en áreas pequeñas.

Métodos: Dentro del proyecto MEDEA del País Vasco se estimó para cada sexo el riesgo mortalidad por todas las causas y por las principales causas de muerte en las secciones censales de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y de sus capitales para el período 1996-2003. La estimación del riesgo de mortalidad se obtuvo con modelos jerárquicos bayesianos. Se utilizó la función `kmlPolygon` de la librería `maptools` del *software* libre R para crear los archivos de formato `kml`, que son los usados para mostrar información geográfica en los navegadores Google Earth y Google Maps.

Resultados: La visualización de los mapas mediante Google Earth requiere que la persona usuaria se descargue los ficheros `kml` e instale la herramienta en su ordenador. Para ello, los ficheros correspondientes a cada causa, sexo y ámbito geográfico han sido alojados en un espacio web abierto que contiene información detallada del origen y los métodos utilizados. En el caso de Google Maps, los ficheros han sido alojados en una página web, a la que la persona usuaria puede acceder para su visualización. Con ambas herramientas se visualizan de forma sencilla los mapas elaborados y se mantiene el diseño gráfico (colores, categorías) definido al generar los ficheros `kml`. Además, al clicar en una sección censal se muestra la información específica de esa área.

Conclusiones: Las herramientas web gratuitas de visualización de mapas facilitan la difusión de los resultados de los estudios de desigualdades en salud en áreas pequeñas y permiten que la realidad de las desigualdades en salud en áreas pequeñas sea más conocida entre los profesionales y la ciudadanía.

Financiación: FIS, PI040388.

787. DEPRIVACIÓN ECONÓMICA Y SALUD: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SALUD DE WISCONSIN (SHOW)

F.J. Nieto García, K. Malecki, M. Walsh, E. Friedman, A. Bersch, C. Engelman, L. Galvao, P. Peppard

Department of Population Health Sciences, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health.

Antecedentes/Objetivo: La privación económica (*economic hardship*) puede tener consecuencias adversas para la salud física y mental de individuos y poblaciones. El objetivo de este estudio es examinar cómo índices de privación económica medidos a nivel individual y a nivel de la comunidad se asocian con parámetros de salud así como con conductas y percepciones relacionadas con la salud.

Métodos: La Encuesta de Salud de Wisconsin (Survey of the Health of Wisconsin, SHOW) es una encuesta anual de muestras representativas de la población del estado de Wisconsin, EE.UU. Los participantes en la encuesta son los residentes adultos (21-74 años de edad) en viviendas seleccionadas usando muestreo aleatorio por conglomerados bi-etápico. El reclutamiento y entrevistas iniciales se realizan en la vivienda; otras entrevistas y un breve examen físico (incluyendo recogida de muestras de sangre) se hacen en una clínica fija o móvil. Las viviendas se geocodifican con el fin de estudiar la correlación de la salud individual con datos del medio ambiente físico y social a nivel de la comunidad. Entre 2008 y 2010, 1.572 personas participaron en la encuesta. La privación económica a nivel individual se midió usando datos de ingresos familiares per cápita; a nivel del barrio (bloque censal) y del condado, se midió usando el índice de privación económica (Economic Hardship Index), una medida que combina datos censales de promedio de renta, nivel educativo, empleo, vivienda y dependencia.

Resultados: La privación económica tanto a nivel individual como a nivel de la comunidad (barrio, condado) se asociaba fuerte y consistentemente con un peor estado de salud, conductas poco saludables y otros factores de riesgo. La salud autoevaluada y otros determinantes de salud se relacionaban más fuertemente con la privación económica medida a nivel individual que la medida a nivel de la comunidad. No obstante, la privación económica a nivel del barrio se asociaba más fuertemente que la medida a nivel individual con ciertas percepciones sobre la calidad del medio ambiente así como con la frecuencia de uso de restaurantes de comida rápida y con baja actividad física.

Conclusiones: Estos resultados subrayan la importancia de medir y tratar de entender las razones por las que el nivel socioeconómico de individuos y poblaciones se asocia con la salud y determina las desigualdades de salud.

Financiación: Financiado por el Wisconsin Partnership Program and the National Institutes of Health.

802. LA PROPUESTA DE MEDICIÓN DE LA CLASE SOCIAL EN SALUD DE LA SEE 15 AÑOS DESPUÉS

E. Chilet-Rosell^a, C. Álvarez-Dardet^{a,b}

^aGrupo de Salud Pública, Universidad de Alicante; ^bCiber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Consciente de la necesidad de contar con una herramienta consensuada para medir la clase social en ciencias de la salud, la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) realizó en 1995 una propuesta que recogía los indicadores de clase social mayoritariamente aceptados. El objetivo de esta comunicación es explorar el impacto bibliométrico de esta propuesta.

Métodos: Utilizando el buscador Google Scholar se recuperaron los artículos que citan el informe "Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG editores, SEE; 1995", y utilizando Scholar Google y Scopus se recuperaron los artículos que citan los 2 artículos, resultado de este informe: "Grupo de trabajo de la SEE. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25(5)" y "Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del Grupo de Trabajo de la SEE. Rev Esp Salud Pública. 2001;75:13-22". Se aplicó a los artículos recuperados un protocolo de recogida de información con las siguientes variables: referencia, año de publicación, área temática, ciudad del primer autor, tipo de publicación, diseño del estudio y tipo de variable que constituye la clase social en el estudio.

Resultados: En total se revisaron 162 artículos: 64 citan el informe, 81 el artículo publicado en Atención Primaria y 17 en Revista Española de Salud Pública. En cuanto a la evolución temporal, 10 citas publicadas durante el periodo 1996-2000, 46 en 2001-2005, 96 durante el periodo 2006-2010 (más 10 entre enero-abril 2011). Las principales áreas te-

máticas de las citas fueron epidemiología social (39 citas), nutrición (20) y promoción de la salud (24). El origen geográfico de los primeros autores fue predominantemente Barcelona (54) y Madrid (30). Predominan los artículos originales (154), encontrando también 6 revisiones, 1 opinión y 1 original breve. El diseño transversal fue el más frecuente (112), seguido de ensayos clínicos (22), cohorte (19), casos y controles (3). La variable clase social se ha utilizado como variable explicativa (64 citas), descriptiva (57) y de ajuste (34).

Conclusiones: Se observa un aumento progresivo de las citas de la propuesta de medición de la clase social en salud de la SEE. Hay gran heterogeneidad en cuanto a la temática, siendo la principal la epidemiología social. Se trata generalmente de publicaciones de artículos originales, de diseño transversal y de investigadores residentes en Barcelona o Madrid.

866. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD ADULTA EN ANDALUCÍA EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI

F. Viciano^a, J. Librero^b, V. Montáñez Cobo^a, R. Cánovas Balboa^a, D. Ramiro Fariñas^c

^aInstituto de Estadística de Andalucía; ^bCentro Superior de Investigación en Salud Pública; ^cInstituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC).

Antecedentes/Objetivos: En España muchas investigaciones en desigualdades sociales en mortalidad han demostrado la importancia del problema. Las características de la información disponible han llevado a primar los diseños ecológicos. Unos pocos estudios longitudinales con pequeñas muestras poblacionales han hecho significativos aportaciones al área; sin embargo, la cuantificación de lo "social" sigue controvertida. Recientes desarrollos en "enlace de registros", como los que se están realizando en el "Registro Estadístico de Población de Andalucía" (REPA), están permitiendo plantear mediciones más precisas de este efecto. **Objetivo:** Describir y cuantificar las desigualdades sociales en mortalidad usando la información individual obtenida mediante el enlace de los registros censales del 2001 y los boletines estadísticos de defunción del periodo 2002-2009 en Andalucía.

Métodos: La base de datos del REPA incluye la información enlazada de las variaciones de los padrones desde 1998, las defunciones del MNP y las características individuales recogidas en el censo de 2001. Se ha realizado un diseño de cohortes partiendo de la población censada en 2001 y enlazada con los registros del REPA (unos 7 millones de personas, un poco más del 95% de la población censal). Se ha comprobado durante el periodo 2002-2008 si alguno de ellos fallece o sale de Andalucía. Para cada individuo se calcula duración del seguimiento y estado al final del estudio. Se calculan las tasas de mortalidad y la expectativa de vida en las subpoblaciones definidas por características sociales y territoriales recogidas en 2001. Por último, se modeliza para identificar los principales predictores de la mortalidad.

Resultados: Las desiguales en expectativa de vida a los 40 años por nivel de educación son muy evidentes: cerca de 10 años, entre los universitarios y analfabetos y 5 años entre los universitarios y los sin estudios completados. Otras variables como la situación ocupacional, el entorno familiar, la propiedad de la vivienda o la disponibilidad de coche en 2001 son importantes predictores. Las desigualdades territoriales se reducen al introducir las características individuales pero no desaparecen.

Conclusiones: El REPA, al disponer de información individual, permite precisar muchas cuestiones en la investigación de desigualdad en salud hasta ahora difícilmente abordable. La consistencia y significativa de sus resultados a nivel de población pequeña le permiten abordar cuestiones no accesibles a las fuentes estadísticas, transversales o muestrales, habituales.

991. DESIGUALDADES EN SALUD MENTAL: DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y DE LA RED DE SALUD MENTAL

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: Estudiar las desigualdades en la mala salud mental asociada a las variables socioeconómicas y de la red de atención a salud mental en las comunidades autónomas (CC.AA.) en España en 2006.

Métodos: Se trata de un estudio transversal multinivel. La fuente de información fue la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006, en la que participaron 29.476 personas de 16 años o más. La variable dependiente fue la mala salud mental medida a través del General Health Questionnaire (GHQ-12 ≥ 3). Como variables independientes se incluyeron la edad, la clase social, la cobertura sanitaria, el país de origen y las características socioeconómicas y de los servicios de salud mental de las CC.AA. Se realizó un análisis descriptivo de la prevalencia de mala salud mental (PMSM) a nivel individual y se ajustaron modelos de regresión logística multinivel para tener en cuenta simultáneamente las variables individuales y contextuales de CC.AA., obteniendo *Odds ratios* (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%, por separado para hombres (H) y mujeres (M).

Resultados: La PMSM varía en las CC.AA. (H: 9-19%, M: 14-37%). En los hombres el aumento de la edad y tener cobertura sanitaria solamente pública y no doble (OR 0,91, IC 95%, 0,82-1,00) está asociado a una mayor PMSM. Entre las variables contextuales, el desempleo (OR 1,03, IC 95%, 1,01-1,05), una menor tasa de psiquiatras (OR 0,95, IC 95%, 0,93-0,97) y de camas asistenciales para salud mental (OR 0,97, IC 95%, 0,94-1,00) por habitantes está asociado a una mayor PMSM. En las mujeres el aumento de la edad, pertenecer a la clase social manual (OR 1,30, IC 95%, 1,18-1,44) y haber nacido en un país de renta baja (OR 1,26, IC 95%, 1,04-1,53) está asociado a una mayor PMSM. Entre las variables contextuales, una menor tasa de personal de enfermería de salud mental (OR 0,98, IC 95%, 0,95-1,00) y de camas asistenciales (OR 0,95, IC 95%, 0,91-0,99) por habitante está asociado a una mayor PMSM. Al comparar la variabilidad del modelo individual con el modelo final se observa que se explica el 88,5% de la variabilidad en H y el 59,7% en M.

Conclusiones: La PMSM se asocia a determinantes socioeconómicos de las CC.AA. y de la red de atención a salud mental de las CC.AA. Estos resultados deberán tenerse en cuenta al planificar la atención a la salud mental.

Financiación: AETS: PI09/90676.

993. DISEÑO DE 2 INTERVENCIONES PARA MEJORAR EL CUIDADO DE PERSONAS DIABÉTICAS DE BAJO NIVEL EDUCATIVO

A. NEVOT-CORDERO^a, A. OLYR DE LABRY-LIMA^{a,b}, C. BERMÚDEZ-TAMAYO^{a,b,c}, I. RICCI-CABELLO^b, I. RUIZ-PÉREZ^{a,b}, J. BOLÍVAR^a

^aEscuela Andaluza de Salud Pública, Granada; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^cHospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Es ampliamente conocida la existencia de desigualdades en la atención sanitaria a la diabetes, por lo que se está insistiendo en la necesidad de intervenir desde el sistema sanitario para disminuirlas. No obstante, hasta ahora en nuestro país no se conoce si se están desarrollando intervenciones con este objetivo ni si se evalúa la efectividad de las mismas. Nuestro objetivo es dar a conocer el diseño e implantación de 2 intervenciones dirigidas a mejorar el autocontrol de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en pacientes de bajo ni-

vel educativo en un centro de AP así como las características basales de la muestra hasta ahora reclutada.

Métodos: Ensayo clínico con asignación aleatoria de las 9 consultas de 1 centro de AP de Granada a 2 grupos de intervención y a 1 grupo control (3 consultas/grupo). Cada consulta recluta a 30 pacientes ($n = 270$). La población de estudio está compuesta por pacientes con DM2 con bajo nivel educativo adscritos al centro de salud que realizan un autocontrol inadecuado (medido como $HbA1c > 7$). La intervención A consiste en mostrar durante las consultas habituales un gráfico del control glucémico del/la paciente relacionándolo con las prácticas de autocuidado que lleva a cabo; la intervención B es igual pero recibe además un refuerzo telefónico. Ambas intervenciones se repiten durante 5 sesiones en 1 año. El grupo control recibe atención sanitaria habitual. Se recogen características sociodemográficas y clínicas relacionadas con el control de la enfermedad. Los análisis estadísticos incluyen análisis descriptivos y regresiones logísticas multinivel con 2 niveles de jerarquía (pacientes y consultas).

Resultados: Hasta ahora se ha reclutado a 90 pacientes (porcentaje de participación = 88%), de los cuales 33 son varones (36,7%) y 57 mujeres (63,3%), con una edad media de 62,2 años ($s = 12,3$). El 20% son de etnia gitana y el 21% tienen bajo apoyo social. El nivel medio de $HbA1c$ es de 8,8 ($s = 1,48$). El 67,8% presenta obesidad, el 37,8% hipertensión arterial, el 72,4% hipercolesterolemia y el 35,6% hipertrigliceridemia. Actualmente ya han recibido la primera sesión el 100% de los asignados a la intervención A y el 47% de los asignados a la B.

Conclusiones: A pesar de las dificultades encontradas en alguna consulta, la buena predisposición tanto de sanitarios como de pacientes sugiere que es factible realizar este tipo de intervenciones. Ello debería estimular la realización de más estudios que permitan identificar las estrategias más efectivas para disminuir la inaceptable brecha en salud que experimentan ciertos colectivos.

Financiación: FIS-FEDER PS09/00747.

Financiación: Este trabajo se realizó con financiación de la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Medellín.

1022. DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN MEDELLÍN (COLOMBIA), 2010

L. Mancilla López, L.S. Álvarez-Castaño, S.C. Castaño-Díez

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Establecer los determinantes sociales y económicos de la inseguridad alimentaria en Medellín.

Métodos: Se evaluaron 2.719 hogares de la ciudad aplicando la Escala Latinoamericana y del Caribe para la medición de Seguridad Alimentaria. El estudio fue representativo de la zona urbana y rural de la ciudad. Los hogares fueron agrupados por estrato socioeconómico de 1 a 6, de acuerdo a las características de la vivienda y del vecindario, ubicándose en el estrato 1 aquellos hogares y vecindarios en condiciones más precarias.

Resultados: La proporción de hogares clasificados como seguros fue del 41,6%, la proporción restante presentó algún grado de inseguridad alimentaria que se distribuyó en leve (36,7%), moderada (13,7%) y severa (8,2%). Los determinantes sociales más relevantes fueron el área de residencia, pues la situación es más crítica en la zona rural de la ciudad, el estrato socioeconómico porque la proporción de hogares seguros se incrementó a medida que ascendió el estrato socioeconómico ($p = 0,000$); la prevalencia de seguridad alimentaria fue del 20,6% en el estrato 1 y de 97,9% en el estrato 6. Igualmente, se encontraron como determinantes sociales de la seguridad alimentaria los ingresos de los hogares ($p = 0,000$) y el nivel educativo del padre de familia.

Conclusiones: Los determinantes sociales más importantes de la seguridad alimentaria en Medellín son la zona, el estrato social de la vivienda, los ingresos del hogar y el nivel educativo del jefe de hogar.