

DESIGUALDADES DE SALUD 1

Viernes 7 de octubre de 2011. 11:00 a 12:30 h

Aula 1 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Javier Segura

65. LA POSICIÓN DE LA POBLACIÓN GITANA EN EL GRADIENTE POR CLASE SOCIAL EN SALUD

D. La Parra

Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es establecer la posición de la población gitana en el gradiente por clase social en salud en España con la finalidad de proporcionar información útil para el diseño de estrategias de equidad en salud.

Métodos: Se comparan los resultados de la Encuesta de Salud de España de 2003 y 2006 con la Encuesta a Población Gitana de 2006 realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado Gitano. Se seleccionó una variedad de indicadores para comparar el nivel general de salud: salud autopercebida, limitación de la actividad principal, problemas crónicos, problemas de oído y de vista, caries y obesidad.

Resultados: En términos de salud autopercebida los hombres y mujeres gitanos se sitúan en los niveles de salud de los grupos peor situados en la escala ocupacional en la población general de España (clases IV-V). En la mayoría de los indicadores (limitación de actividad principal, acumulación de problemas de salud crónicos, problemas de vista y oído, presencia de caries) su situación es peor que las clases IV y V, tanto cuando se emplean tasas ajustadas por edad mediante estandarización directa como cuando se calculan las *odds ratio* ajustadas mediante modelo de regresión logística. En algunos indicadores la distancia con las clases IV y V es amplia: acumulación de problemas de salud (3 o más), problemas de vista y caries, en ambos sexos, y los problemas de oído y obesidad en mujeres. La salud de las mujeres gitanas es peor que la de los hombres gitanos en dos indicadores: limitación de actividad principal y acumulación de problemas crónicos.

Conclusiones: La posición de la población gitana en el gradiente por clase social en salud en España es extrema, lo que conduce a valorar la situación en términos de exclusión en salud, definida esta como una situación de desigualdad grave y de alejamiento de la pauta general de la población. Las estrategias de equidad en salud pueden plantearse, de acuerdo con las recomendaciones de la Unión Europea, incluir de forma explícita, pero no exclusiva, a la población gitana.

262. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL USO DE LAS MAMOGRAFÍAS: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2006

B. Sanz^a, V. Zunzunegui^b, M. Sopacua^c, A. Borda^a

^aEscuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid;

^bDépartement de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal; ^cUniversidad de Groningen, Netherlands.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres de los países occidentales. En España la inci-

dencia estimada en 2006 fue de 93,6 casos/100.000 mujeres. Actualmente existe evidencia de que las pruebas de cribado de cáncer de mama reducen la incidencia y la mortalidad por este cáncer. Objetivo: Identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres que se realizan/no realizan mamografías en España.

Métodos: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2006. El rango de edad utilizado es diferente en cada comunidad autónoma (CCAA), incluyéndose a las mujeres cubiertas por el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de su CCAA. La muestra estuvo compuesta por 3.202 registros. Se excluye a las mujeres que se realizaron una mamografía previo hallazgo de anomalía en el pecho. Variable dependiente: realización de una mamografía en los últimos 2 años. Variables independientes: sociodemográficas (edad, lugar de origen, convivencia en pareja, CCAA de residencia, personas discapacitadas a su cargo); nivel socioeconómico: estudios concluidos; estado de salud: enfermedades crónicas; tipo de cobertura sanitaria. Análisis: se estimaron las *odds ratio* con sus intervalos de confianza al 95%, ajustando regresiones logísticas. Multivariantes.

Resultados: El 83,5% de las mujeres refiere haberse realizado una mamografía en los últimos 2 años. Las variables asociadas a una mayor probabilidad de uso: la edad, concretamente tener entre 55-64 años (ref: 45-54 años) (OR: 1,32, IC 95%, 1,02-1,71); ser española (ref extranjero) (OR: 3,69, IC 95%, 2,36-5,78); convivir en pareja (ref: no) (OR: 2,27, IC 95%, 1,78-2,90); tener algún tipo de estudios (ref: no) (OR: 1,43, IC 95%, 1,03-1,99) así como padecer enfermedades crónicas. Las variables asociadas a una menor utilización fueron: tener cobertura sanitaria exclusivamente pública (ref: no) (OR: 0,42, IC 95%, 0,27-0,67) y tener personas discapacitadas a su cargo (ref: no) (OR: 0,56, IC 95%, 0,32-0,98).

Conclusiones: Las mujeres residentes en España han integrado la mamografía como una práctica preventiva del cáncer de mamá. Actualmente el porcentaje de participación supera la tasa de participación deseada (70%). A pesar de esto persisten ciertas desigualdades en la utilización de la mamografía, con menor utilización en mujeres sin estudios, con personas discapacitadas a su cargo, en mujeres inmigrantes, mujeres sin pareja y en mujeres con cobertura sanitaria exclusivamente pública. Financiación: Observatorio del Cáncer de la AECC.

289. SANIDAD 2.0: ¿UNA NUEVA VÍA DE ACCESO DESIGUAL AL SISTEMA SANITARIO?

S. Esnaola^a, A. Bacigalupe^{ab}, E. Sanz^a, U. Martín^b, J. Llano^c, M. Calvo^a, E. Aldasoro^a

^aServicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Departamento de Sanidad y Consumo; ^bDepartamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea; ^cOsatek.

Antecedentes/Objetivos: La introducción de tecnologías para la interacción de la ciudadanía con los servicios de salud puede verse limitada por la brecha digital y provocar desigualdades en la atención sanitaria. El Sistema Vasco de Salud/Osakidetza ha implantado un centro de servicios multicanal (Osarean) para facilitar la interacción de la ciudadanía con los servicios de salud. Dentro de la evaluación del impacto en la equidad en salud de Osarean se valoraron las desigualdades sociales en el uso del nuevo canal de citación en atención primaria de salud.

Métodos: Estudio transversal que combina información individual y de áreas pequeñas. Se estudiaron las citas solicitadas por las personas adscritas a los 4 primeros centros de salud de la ciudad de Bilbao incluidos en la fase piloto de Osarean (julio-octubre de 2010). A través del código de la tarjeta de identificación sanitaria se asignó a cada persona el valor del índice de privación socioeconómica correspondiente a su sección censal de residencia. El índice de privación combina información del censo de 2001 sobre la proporción de personas en desempleo, trabajadores manuales, asalariados eventuales, con instrucción

insuficiente y con instrucción insuficiente en la población joven. Para cada sexo y quintil de privación se calculó la prevalencia bruta y ajustada por edad de las citas realizadas por el sistema Osarean y la razón de prevalencia ajustada por edad (modelo log-binomial).

Resultados: En las mujeres (hombres), de un total de 59.028 (41.140) citas, el 18% (17) fueron solicitadas mediante Osarean. En ambos sexos, el uso de Osarean fue menor para las citas de enfermería (12%) que para las de medicina (21%). En las de medicina el uso fue menor en las personas mayores de 65 años; en las de enfermería en las menores de 15 años. El uso de Osarean disminuía al aumentar la privación, siendo 1,9 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,8-2,0) veces mayor en las personas de las áreas más favorecidas que en las menos favorecidas. Esa razón fue mayor en las citas de enfermería (2,6 [IC del 95%, 2,4-2,8]) que en las de medicina (1,8 [IC del 95%, 1,7-1,9]). La magnitud de las desigualdades socioeconómicas fue similar en ambos sexos.

Conclusiones: El patrón de desigualdad en el uso del nuevo sistema de citación podría extenderse a otros servicios del centro de servicios multicanal. La implantación de este tipo de centros debe incluir medidas que prevengan su impacto potencial en la equidad en salud.

528. PERFILES DE SALUD. UNA VISIÓN RÁPIDA DE LA SALUD EN SU REGIÓN EN COMPARACIÓN CON EL RESTO DE EUROPA

C. Bradford^a, J. Wilkinson^a, I. de Gaminde Inda^b, A. Ochoa^c

^aNorth East Public Health Observatory, UK; ^bServicio de Docencia y Desarrollo Sanitarios, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra; ^cFNORS, Francia.

Antecedentes/Objetivos: La disponibilidad de información comparativa de salud a nivel regional es cada vez más importante para Europa. I2SARE, un proyecto de la UE, representa la culminación de 11 años de trabajo en los que participaron la mayoría de los países miembros. Con el propósito de examinar las desigualdades en las regiones de la UE, el objetivo principal de I2SARE fue ayudar a los responsables europeos, nacionales, regionales y locales en el desarrollo de sus políticas de salud mediante una mejor comprensión del estado de salud de la población y de las desigualdades de salud a nivel regional. Para ello se crearon perfiles de salud para cada región de la UE y de los países candidatos a estado miembro.

Métodos: I2SARE es el cuarto de una serie de proyectos europeos de desarrollo de la información de salud a nivel regional. El proyecto ha sido liderado por los observatorios de salud pública francesa (FNORS) junto a otros colaboradores en 17 países europeos. Usando la experiencia de los previos proyectos, se identificaron 37 indicadores de salud para ser recopilados a nivel regional, divididos en 5 categorías: mortalidad, morbilidad, demografía y condiciones socioeconómicas, factores de riesgo relacionados con la salud y recursos de atención médica. Los datos fueron obtenidos de Eurostat y países colaboradores. Los perfiles se produjeron usando una herramienta y fueron validados por los delegados nacionales del proyecto.

Resultados: Hay 265 perfiles de salud para el total de las regiones de la UE y los demás países candidatos. Los perfiles ofrecen una visión concisa de la salud en un área determinada y permiten tanto la evaluación de la salud de la población dentro de una demarcación geográfica concreta como la comparación del estado de salud con otras áreas. Los perfiles están disponibles gratuitamente en el sitio web I2SARE. Una base de datos de todos los indicadores y una guía europea de 83 observatorios regionales de salud están también disponibles. I2SARE produjo una tipología regional que se ha clasificado en 8 grupos utilizando una técnica de agrupación jerárquica de las mismas. Un análisis más detallado ha permitido la comparación de la salud en toda Europa a un nivel más local y ha investigado tendencias en áreas específicas.

Conclusiones: I2SARE ha producido instrumentos para que los usuarios puedan obtener una visión rápida de la salud en su región en

comparación con el resto de Europa. Los resultados muestran gran diferencia en el estado de salud regional en Europa. En muchos casos estas diferencias son mayores que las de ámbito nacional.

Financiación: I2SARE ha sido financiado por la Unión Europea a través de su programa de salud pública.

795. EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD: REHABILITACIÓN DE EDIFICIOS DE UN PLAN DE REFORMA EN LA BARCELONETA

M. Morteruel, E. Díez, M. Mateos, A. Terra

Ciber Epidemiología y Salud Pública, Agència de Salut Pública de Barcelona, Plan de Barrios Barceloneta.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación de impacto en salud (EIS) es una herramienta novedosa en nuestro ámbito. Se desarrolla en 5 fases e introduce la perspectiva de salud en el diseño de políticas públicas. Se desarrolla una EIS de las medidas de rehabilitación de edificios de la Ley de Barrios en la Barceloneta.

Métodos: Se desarrollaron las fases de la EIS, en base a las guías metodológicas. En el cribado, la caracterización sociodemográfica del barrio se realizó a partir del padrón, registros censales e información sanitaria. En la fase de evaluación, se realizó la revisión bibliográfica de impactos en salud y 11 entrevistas en profundidad a residentes e informantes clave.

Resultados: Se describieron las medidas de instalación de ascensores, rehabilitación del ciclo del agua y de los espacios comunes de los edificios. Se describió el perfil sociodemográfico del barrio, desfavorecido respecto del de Barcelona —elevado índice de envejecimiento y número de personas mayores que viven solas, viviendas antiguas y deficiente estado urbanístico—. El grupo director, conformado por técnicas de la Agència de Salut Pública de Barcelona y responsables del Plan de Barrios, acordó la realización de una EIS en profundidad por la necesidad de ahondar en los impactos en salud. De la revisión bibliográfica y el análisis de las entrevistas se extrajeron determinantes sociales potencialmente afectados. De la instalación de ascensores se desprendieron impactos potenciales positivos relativos a la mejora de la accesibilidad, pero negativos en salud mental derivados de los realojamientos a otras viviendas fuera del barrio, especialmente para las personas mayores, así como la posibilidad de mayor sedentarismo entre las personas sin problemas de movilidad; se recomendaron alternativas, como los realojos dentro del mismo edificio y mensajes incentivadores del uso de la escalera. La rehabilitación del ciclo del agua potenciaría mejoras en salud por la eliminación de humedades y exposición al plomo; se recomendó formación dirigida a la sensibilización así como al control de los restos de humedades en la vivienda. Se observó que la rehabilitación de elementos comunes como la escalera o las fachadas podrían incrementar la actividad física y las recomendaciones se orientaron a la reducción de las caídas y las rutas seguras en el entramado urbano.

Conclusiones: La EIS se muestra como herramienta factible en el ámbito local para emitir recomendaciones que apoyen la inclusión de temas de salud en el diseño de políticas públicas y que éstas sean promotoras de equidad en salud.

796. EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE REHABILITACIÓN DE ESPACIOS PÚBLICOS: FASES DE CRIBADO Y ALCANCE

M. Morteruel, E. Díez, V. Santafé

Ciber Epidemiología y Salud Pública, Agència de Salut Pública de Barcelona, Plan de Barrios Bon Pastor-Baró de Viver.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación del impacto en salud (EIS) de políticas e intervenciones es una herramienta relativamente nove-

dosa en nuestro medio, que se desarrolla en 5 fases. Se presenta el desarrollo de las 2 primeras, cribado y alcance, de la EIS de 3 intervenciones de rehabilitación de espacios públicos del plan de reforma integral Ley de Barrios de Bon Pastor-Baró de Viver (BPBV) de Barcelona.

Métodos: En el cribado se describió el perfil socioeconómico, de salud y urbanístico de BPBV a partir de datos del padrón, censales y de información sanitaria. Se redactó el informe de cribado, en base a una guía metodológica y el alcance se definió a partir de entrevistas con responsables del plan de barrios de BPBV.

Resultados: El cribado y el alcance se desarrollaron simultáneamente. La EIS respondió a una oferta de la Agència de Salut Pública de Barcelona al Plan de Barrios de BPBV, interesado en conocer los impactos potenciales en la salud de las intervenciones. Se configuró un grupo director que revisó las actuaciones susceptibles de ser evaluadas, en base al calendario de ejecución y las potenciales consecuencias para la salud. Se describió la remodelación de 2 plazas y una calle transversal. BPBV comparten paisaje social y urbanístico, estando incomunicados entre sí por una zona industrial, lo que genera una demanda de intervenciones integrales. El porcentaje de inmigración y la tasa de paro son superiores a los del resto de Barcelona, siendo inferior la esperanza de vida y el nivel de renta. Tras utilizar un modelo de cribado los resultados mostraron influencias potenciales en determinantes sociales como el entorno socioeconómico, físico, la cohesión social y los estilos de vida. Se realizó una revisión bibliográfica preliminar que permitió extraer posibles impactos en salud, examinándose su potencial distribución sociodemográfica y territorial. Se identificaron implicaciones sobre las desigualdades, así como la necesidad de emitir recomendaciones al respecto. De acuerdo con lo anterior, se planificó la realización de la EIS en profundidad para las 3 intervenciones, 2 prospectivas y 1 retrospectiva, con estudio de grupos focales y entrevistas a un arquitecto urbanista y a personal socio-sanitario del barrio. Es factible incidir en la toma de decisiones mediante la EIS.

Conclusiones: Los resultados del cribado para las 3 medidas son concluyentes para la realización de una EIS en profundidad. Esta experiencia aporta evidencia de la factibilidad y utilidad de la EIS en el ámbito local con la implicación de diversos agentes comunitarios.