

asociación entre las variables sociodemográficas y la prevalencia de los FRCV mediante el test de homogeneidad ji cuadrado y de tendencia lineal. Mediante regresión logística binaria no condicional se calculó el riesgo ajustado por edad (OR; IC 95%) de padecer DM, obesidad, HTA, HCOL, TAB, consumo de alcohol y sedentarismo, considerándose como categorías de referencia tener titulación universitaria y realizar trabajo remunerado.

Resultados: Las mujeres sin estudios universitarios presentaron mayor riesgo de obesidad (OR: 2,5; IC 95%, 1,4-4,2), tabaquismo (OR: 2,5; IC 95, 1,7-3,6) y sedentarismo (OR: 2,4; IC 95%, 1,5-3,9) y menor riesgo de consumo de alcohol (OR: 0,4; IC 95%, 0,3-0,6). Los varones sin estudios universitarios también presentaron un mayor riesgo de tabaquismo (OR: 2,1; IC 95%, 1,4-3,1) y de obesidad (OR: 1,5; IC 95%, 1,0-2,2) y un menor riesgo de sedentarismo (OR: 0,2; IC 95%, 0,1-0,3). El riesgo de obesidad fue mayor en las mujeres que no trabajaban y/o no percibían salario por cuenta ajena (OR: 1,3; IC 95%, 1,0-1,8). Los varones sin trabajos remunerados presentaban mayor riesgo de consumo de alcohol (OR: 1,7; IC 95%, 1,3-2,4). Cuando se incluyeron todas las variables en la ecuación de regresión se observó que presentan un menor riesgo de padecer obesidad las mujeres con estudios universitarios (OR 0,4; IC 95%, 0,2-0,7) y que perciben remuneración por su trabajo (OR 0,7; IC 95%, 0,5-0,9), y un mayor riesgo las que no realizan ejercicio físico regular (OR 1,6; IC 95%, 1,1-2,5).

Conclusiones: Disponer de formación universitaria se asocia con una menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población extremeña, sobre todo en las mujeres.

Financiación: PI 071218 Plan Nacional de Investigación Científica 2004-07 (ISCIII).

271. PRIVACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD GENERAL EN LA CIUDAD DE CÁDIZ, 1992-2007

A. Escolar Pujolar^{a,b}, J.A. Córdoba Doña^a, M. Ruiz Ramos^c

^aServicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario "Puerta del Mar", Cádiz; ^bDelegación Provincial de Salud, Junta de Andalucía, Cádiz; ^cRegistro de Mortalidad de Andalucía, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la evolución de las desigualdades en la mortalidad general, período 1992-2007, en la ciudad de Cádiz según nivel de privación de la sección censal.

Métodos: Mediante regresión de Poisson se han calculado, en mujeres y hombres, las tasas de mortalidad general, ajustadas a la población estándar europea, para todas las edades y truncadas (35-64) en tres períodos (P1: 1992-97; P2: 1998-2002; P3: 2003-2007) y en cada uno de los 5 quintiles de un índice de privación (IP) de la sección censal. El IP resume las características del bajo nivel de estudios, trabajo no cualificado y desempleo (censo 2001). Para la medida de los cambios en la desigualdad se han calculado, en cada período, las razones de tasas (RT) de cada nivel del IP respecto al de menor privación (IP1) y en referencia al P1, introduciendo el término de interacción período*IP.

Resultados: Las secciones censales con mayor privación presentan en cada período y en ambos sexos RT superiores a las de menor privación. Se observa un gradiente social, más destacado en hombres. La desigualdad, tanto en hombres como en mujeres, es más marcada en mortalidad prematura. La desigualdad en el tiempo se incrementa solamente en mortalidad prematura de hombres de secciones censales con mayor privación, RT_P1-IP5: 1,65 (1,32-2,08); RT_P2-IP5: 1,71 (1,32-2,21); RT_P3-IP5: 1,96(1,55-2,49). En mujeres a partir de 1998-2002 se produce el fenómeno contrario, RT_P1-IP5: 1,91 (1,39-2,62); RT_P2-IP5: 1,29 (0,84-1,95); RTP3-IP5: 1,16 (0,75-1,80). Para el resto de niveles del IP la desigualdad disminuye con el tiempo. Las tasas ajustadas de mortalidad prematura, en hombres de secciones censales de

DESIGUALDADES DE SALUD 2

Sábado 8 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Andrés Agudelo

117. NIVEL EDUCATIVO, SITUACIÓN LABORAL Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DON BENITO-VILLANUEVA

L. Palomo, F.J. Félix-Redondo, F. Buitrago, L. Lozano-Mera, J.F. Pérez-Castán, D. Fernández-Berge

Servicio Extremeño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Como la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) varía en función del desarrollo socioeconómico, en este estudio hemos querido determinar si existe asociación entre los factores de riesgo cardiovascular y el nivel educativo y de ocupación en una amplia muestra poblacional de Extremadura.

Métodos: Muestra de 2.833 personas de 25 a 80 años de edad (media 51,2 años), representativa del área de salud Don Benito-Villanueva de la Serena (Badajoz). Para cada sexo se realizó un análisis crudo de la

mayor privación, aumentaron: 820,10, 900,77 y 1.013,80 x 100.000 p/a en P1, P2 y P3. En mujeres estas tasas disminuyeron.

Conclusiones: 1. La tasa de mortalidad prematura de los hombres de secciones con mayor privación ha aumentado, así como su desigualdad respecto a las secciones con menor privación. 2. Dado el peso que tiene en la mortalidad prematura en los hombres el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica es posible que aún no se refleje el impacto de la reducción en la exposición a tabaco que se ha dado en grupos con mejor posición socioeconómica, además de ser reflejo de exposiciones ocupacionales pasadas (amianto en la industria naval). 3. Las mujeres, aun las de secciones con mayor privación, han podido verse más beneficiadas que los hombres por las mejoras socioeconómicas y asistenciales de las últimas décadas. 4. Es necesario analizar el peso de las distintas causas de muerte en los cambios descritos.

357. PROGRAMA MUJER GITANA Y SALUD. INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

M. Ceinos, P. Mínguez, L. Caballero, F. Cortés, M. Martín-Nieto, C. Yebra, J. Buenache, S. Rodríguez, M. López

CMS Villa de Vallecas, Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: Mejorar la salud de la mujer gitana con revisiones médicas y ginecológicas protocolizadas dentro de un programa de salud integral. Fomentar la asistencia a las consultas preventivas. Facilitar el acceso a la consulta de planificación familiar en estas mujeres. Mejorar los conocimientos sobre la sexualidad y anticoncepción.

Métodos: Trabajo coordinado con asociaciones que trabajan con la mujer gitana. La captación es a través de una mediadora que es también de raza gitana. En el CMS se realiza una valoración de salud general, de su alimentación y actividad física y una detección de factores de riesgo. Seguidamente se realiza consulta ginecológica. Se reserva un tiempo de consulta cada semana para realizar este programa. La mediadora realiza la petición de cita y el acompañamiento a la mujer al centro y a las pruebas complementarias.

Resultados: Han acudido 373 mujeres en 5 años. Las consultas han funcionado bien y el seguimiento ha sido correcto. Se han realizado charlas sobre "Sexualidad y Métodos Anticonceptivos" dirigido a jóvenes donde se resuelven dudas sobre este tema. La valoración personal del centro ha sido muy positiva. Son evidentes los problemas de salud de esta población, las diferencias en la sexualidad, la planificación familiar y la maternidad en estas mujeres y su dificultad de adaptación al sistema sanitario normalizado. Desde las asociaciones se valora como positivo el número de mujeres que han acudido y continuado en ella, que sirve de captación para otras mujeres. También ha sido interesante la formación de las jóvenes en temas de planificación familiar. Se considera una experiencia pionera que se debe intensificar y mantener en el tiempo. La asistencia al programa ha ido aumentando progresivamente desde su inicio, habiendo aumentado el número de mujeres atendidas en un 43% en el último año respecto al anterior.

Conclusiones: Es importante la captación de las mujeres gitanas por una persona cercana a ellas para realizar programas de salud. Teniendo en consideración sus diferencias y la resistencia a acudir al sistema sanitario, sobre todo a revisiones preventivas, es conveniente facilitar su asistencia, reservando un horario y consiguiendo un clima de buena comunicación y confianza. Es necesario seguir trabajando por la consolidación y establecimiento de vínculos que sirvan para extender la atención preventiva médico-sanitaria a la etnia gitana, para así atraer a estas personas al sistema de salud y mejorar sus hábitos de manera integral.

Financiación: Proyecto Artemisa patrocinado por la Mesa de Igualdad del Ayuntamiento de Madrid.

393. RIESGO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN EL PAÍS VASCO, EVOLUCIÓN Y RELACIÓN CON PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA

K. Cambra^a, B. Ibáñez^a, F.B. Cirarda^b, S. Esnaola^b, I. Portillo^c, J. Zuazagoitia^b, D. Urcelay^b, M. Calvo^b

^aCentro de Investigación Biomédica, Pamplona; ^bDepartamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz; ^cOsakidetza, Vitoria-Gasteiz.

Antecedentes/Objetivos: 1) Conocer la prevalencia y evolución de las anomalías congénitas (AC) en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). 2) Analizar la relación entre el riesgo de AC y la privación socioeconómica del lugar de residencia.

Métodos: Estudio transversal de áreas pequeñas y de tendencias. La población de estudio son los nacidos en la CAPV en 1995-2005. Se utilizan los casos de AC del Registro de Anomalías Congénitas del País Vasco, integrado en el proyecto EUROCAT. Se consideran AC las de los nacidos vivos, mortinatos e interrupciones voluntarias del embarazo por AC en cualquier edad gestacional. La valoración de la evolución temporal de la prevalencia de AC se ha realizado mediante el test X2, el test de tendencias X2 para proporciones, y modelos de regresión de Poisson con variable respuesta el número anual de AC, como variable explicativa el año y como *offset* el número de nacimientos anuales. Como indicador socioeconómico se ha usado el índice de privación (IP) del proyecto MEDEA. La relación entre el IP y el riesgo de AC ha sido estudiado por zona básica de salud (ZBS), para lo que se han ajustado modelos de Besag York y Mollié, con el número de AC observadas como variable respuesta, el número de AC esperadas como *offset*, el IP categorizado en quintiles (Q) y dos efectos aleatorios (variabilidad espacial estructurada y heterogeneidad). Los modelos se han estimado con un enfoque bayesiano mediante los programas R y WinBUGS.

Resultados: En el periodo 1995-2005 no se observa una tendencia lineal significativa en las prevalencias totales de AC, ni en las cromosómicas ni en las no cromosómicas. La evolución de la prevalencia total anual de las AC no cromosómicas presenta una curva en forma de U, con un mínimo en torno a 2000. En cuanto a la asociación del riesgo de AC con el IP de la ZBS, los resultados indican un mayor riesgo en las ZBS con niveles más altos de privación, tanto en relación con las anomalías cromosómicas como con las no cromosómicas. Respecto al Q1 de privación (ZBS con nivel socioeconómico más alto), el RR (IC 95%) de las ZBS en los quintiles Q2, Q3, Q4 y Q5 de presentar una AC no cromosómica es, respectivamente, 1,02 (0,89-1,16), 1,13 (1,00-1,28), 1,19 (1,05-1,36), 1,22 (1,08-1,39) y el de presentar una AC cromosómica 1,40 (1,09-1,82), 1,32 (1,02-1,73), 1,45 (1,10-1,89), 1,35 (1,02-1,81).

Conclusiones: Los resultados obtenidos apuntan la existencia de diferencias en el riesgo de anomalías congénitas según nivel de privación, y sugieren, en el caso de las no cromosómicas, un gradiente positivo a lo largo de los quintiles de privación.

Financiación: FIS (PI08/1392).

430. PERFIL DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO E INDICACIÓN DE CATETERISMO ATENDIDOS EN HOSPITALES DE ANDALUCÍA

M. Colmenero Ruíz^a, A. Reina Toral^a, M. Expósito Ruíz^a, E. de Antonio Martín^a, C. Bermúdez Tamayo^b, Grupo ARIAM, Grupo de Investigación en Resultados en Salud

^aHospital Virgen de las Nieves, Granada; ^bEscuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

Antecedentes/Objetivos: La realización de coronariografías e intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en Andalucía están por debajo de la media nacional, lo que se justifica en parte por la baja cifra de salas de hemodinámica existentes por centro. Además, el ac-

ceso a la hemodinámica no es homogéneo para toda la población; algunos hospitales, en especial los comarcales, no disponen de salas especializadas, lo que provoca desigualdades de acceso y variabilidad geográfica, ya que sus pacientes necesitan desplazarse al hospital de referencia, lo que conlleva posibles diferencias en el retraso en la realización del intervencionismo y en las complicaciones derivadas. Los objetivos son describir el perfil de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) con indicación de cateterismo según dos estrategias: atención desde hospital con sala de hemodinámica vs atención desde hospital sin sala de hemodinámica + cateterismo en hospital con sala de hemodinámica.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con SCA e indicación de cateterismo, atendidos en los hospitales públicos andaluces e incluidos en el registro ARIAM durante el período 2005-2009. Las variables analizadas son complicaciones cardiológicas, hemodinámicas, arritmias, estado al alta, estrategia utilizada, edad, sexo, antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular y retrasos en la atención recibida. Se realizará un análisis descriptivo, calculando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Para contrastar las posibles diferencias respecto a los grupos estudiados se utilizará para variables cuantitativas el test t de Student o Mann-Whitney en caso de no normalidad, y chi-cuadrado de Pearson para las cualitativas.

Resultados: Se analizaron 3.747 pacientes con SCA y elevación de ST a los que se realizó ICP. La edad media de los pacientes fue de 60,61 ± 12,29 años. Los grupos de pacientes atendidos en hospitales con y sin salas de hemodinámica son homogéneos respecto a la mayoría de las variables estudiadas. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en las complicaciones presentadas y en los tiempos de atención.

Conclusiones: Existen diferencias en el resultado de estos pacientes según sean atendidos en hospitales con o sin sala de hemodinámica.

674. PRIVACIÓN Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN EL CAMPO DE GIBRALTAR, 1992-2002

A. Escolar Pujolar^{a,b}, J.A. Córdoba Doña^a, E. Benítez^{a,b}, M. Ruiz Ramos^c

^aServicio de MP y Salud Pública, Hospital Universitario "Puerta del Mar", Cádiz; ^bDelegación Provincial de Salud, Junta de Andalucía, Cádiz; ^cRegistro de Mortalidad de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La comarca del Campo de Gibraltar (CG) ha sido identificada como un área muy destacada de sobremortalidad por cáncer en España. Objetivo: Evaluar la magnitud de las desigualdades en la mortalidad por cáncer según la privación de la sección censal (SC) de residencia en el período 1992-2002.

Métodos: Estudio transversal. Defunciones por cáncer según edad y sexo en residentes en municipios del CG, 1992-2002. A través de un Sistema de Información Geográfica y manualmente se geocodificó el domicilio de acuerdo con el seccionado censal, censo de 2001. Mediante regresión de Poisson se calcularon, en mujeres y hombres, tasas de mortalidad ajustadas a la población estándar europea en cada uno de los 5 niveles de un índice de privación (IP) de la SC (n.º SC = 145). El IP resume en cada SC la frecuencia de bajo nivel de estudios, trabajo no cualificado y desempleo (censo 2001). Para la medida de la desigualdad se han calculado, para todas las edades y truncadas (35-64), las razones de tasas (RT) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para cada nivel del IP, tomando como categoría de referencia las tasas de las SC con menor privación. Se ha calculado el riesgo atribuible poblacional en tanto por cien (RAP%).

Resultados: Las RT (IC 95%) de mortalidad por cáncer, de menor a mayor privación de la SC, fueron en hombres, todas las edades de: 1,06 (0,95-1,19); 1,16 (1,03-1,31); 1,18 (1,04-1,34), y 1,25 (1,10-1,42). En la mortalidad truncada fueron respectivamente de 1,18 (0,96-1,45); 1,36 (1,10-1,69); 1,36 (1,08-1,72), y 1,81 (1,44-2,26). En mujeres se identifica

desigualdad solo en mortalidad prematura y en las SC con mayor nivel de privación, siendo la RT (IC 95%) respecto a las de menor privación de 1,74 (1,35-2,24). El RAP(%) para la mortalidad prematura en hombres fue de un 21%.

Conclusiones: 1. Existe una gradiente social en la mortalidad por cáncer en hombres del CG, tanto en todas las edades como en la mortalidad prematura, aunque mucho más marcado en esta última. A medida que aumenta el nivel de privación de la SC aumenta el riesgo de muerte. 2. En mujeres no se observa un gradiente social. Sin embargo, y también en la mortalidad prematura, las SC con más privación presentan una importante sobremortalidad por cáncer. 3. Si la mortalidad prematura por cáncer en el CG hubiera sido la de las SC de menor privación se podría haber evitado, en los hombres, el 21% de muertes entre los 35-64 años. 4. La desigualdad social debe ser tenida en mayor consideración en la investigación de las causas de la sobremortalidad por cáncer en el CG.

691. CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN EL CUIDADO DE LA DIABETES

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 evidencia sobre la existencia de importantes desigualdades sociales en el cuidado de la diabetes ha conducido a que se incentive la realización de estudios para evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas a disminuir dichas desigualdades. No obstante, hasta ahora, no se conoce ni el número de intervenciones evaluadas ni sus características. El objetivo del presente trabajo es identificar y caracterizar 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 las intervenciones realizadas por el sistema sanitario dirigidas a disminuir las desigualdades de género, etnia, posición social o territorio en la atención sanitaria de personas con diabetes cuya efectividad había sido evaluada a través de estudios experimentales, cuasiexperimentales y de cohortes con grupo control. Las características analizadas fueron: país en el que se llevó a cabo la intervención, tipo de diabetes estudiada, eje de desigualdad, población diana, número de participantes, duración, personas encargadas de realizar la intervención, diseño epidemiológico utilizado para evaluarlas y tipo de intervención llevada a cabo.

Resultados: Se identificó un total de 101 estudios, los cuales fueron publicados mayoritariamente a partir del año 2002. El 85% de las intervenciones se llevó a cabo en EE.UU., no existiendo ninguna publicada en España. El 60% fueron estudios experimentales y el 65% en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La mayoría de intervenciones están dirigidas a grupos étnicos minoritarios (mayoritariamente afroamericanos e hispanos) y de baja posición socioeconómica, teniendo una duración muy variable (desde 4 semanas hasta 5 años). La mayoría de ellas fueron intervenciones basadas en la educación a los pacientes o en la realización de cambios en la organización del servicio asistencial.

Conclusiones: Existe un importante número y una amplia variedad de intervenciones específicamente diseñadas para disminuir las desigualdades en el cuidado de la diabetes. Es necesario que en España se comience a realizar este tipo de estudios para conocer qué intervenciones pueden ser más efectivas en nuestro contexto.

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

704. EPI-RIU. PERFIL SOCIO SANITARIO DE UN BARRIO VULNERABLE EN RELACION CON EL MUNICIPIO

C. Fernández^a, S. Amós^b, J. Paredes^a, D. Aviñó^c, V. Palop^d, C. Simó^b

^aCentro de Salud Pública Alzira; ^bUniversidad de Valencia; ^cCentro Superior de Investigación de Salud Pública; ^dHospital La Ribera.

Antecedentes/Objetivos: El Centro de Salud Pública de Alzira desarrolla una intervención comunitaria, modelo RIU, de formación-acción de agentes de salud para facilitar el acceso y uso adecuado de servicios sanitarios en entornos vulnerables. Para evaluar el impacto de la intervención se pretende disponer de una descripción sociodemográfica del barrio El Raval (R) y del municipio Algemés (A) antes y después de la intervención.

Métodos: Búsqueda de fuentes de información municipal y sanitaria desagregada por núcleos de población R y A para el año 2008, mortalidad bianual 1999-2008. Identificación de variables y cálculo de indicadores definidos por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010) y establecimiento de diferencias (X²) entre el barrio y el resto del municipio.

Resultados: Número de habitantes en A: 28.557 (padrón 2008), 1.557 (5,4%) residen en R: 54% son varones ($p < 0,05$) y más del 20% tienen entre 20 y 39 años, grupo significativamente más numeroso que en el resto de A. Casi el 30% son extranjeros. Marruecos supone el 14% en R ($p < 0,05$ respecto a otras procedencias y total A). El índice de envejecimiento 8,35 y 15,9 en A. La tasa de natalidad es superior en R; por origen materno, España y Marruecos son los más numerosos. Nivel de estudios en R significativamente inferior: más del 80% graduado escolar o menos. El colegio del barrio registró 163 alumnos, sin diferencias de sexo por nivel. El 20% presenta retraso en escolarización, más del 70% pertenece a etnia gitana. El programa de vacunaciones del niño no presenta diferencias con el resto de la población. Menos del 60% han realizado examen de salud escolar, sin diferencias en hallazgos con el resto de escolares de A. Respecto a la mortalidad, hay diferencia con A en los hombres ($p < 0,01$) superior a 60% de fallecimientos. Mortalidad prematura mayor en R: supone un 33% para todo el periodo, con una χ^2 significativa ($p = 0,048$). El cáncer y las enfermedades hepáticas tienen tasas más elevadas en algún periodo. No se observan diferencias entre ambos núcleos para el total de cada grupo de causas y todo el periodo. Una limitación importante ha sido la dificultad en obtener datos desagregados de salud sexual y reproductiva, nivel socioeconómico, empleo y consumo de drogas. La utilización de recursos sanitarios está en elaboración.

Conclusiones: Barrio vulnerable con varones jóvenes, alto grado de inmigración y bajo nivel de instrucción. El estado de salud marca diferencias en mortalidad prematura en hombres en el barrio. Sin diferencias en la población infantil respecto a determinantes de salud y coberturas vacunales.

733. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL IMPACTO DE CUIDAR SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES Y HOMBRES EN ANDALUCÍA

R. Cantos, M.M. García-Calvente, S. Toro, M. del Río, G. Maroto, I. Mateo

Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Analizar desigualdades de género en el impacto que cuidar tiene sobre la salud de población andaluza mayor de 15 años y el efecto que tienen ciertos elementos modificadores.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal. Explotación de la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 con mayores de 15 años. Entrevistas a 3.214 hombres y 3.297 mujeres. Se estudió la asociación entre variables dependientes de salud (estado de salud, utilización de servicios sanitarios, estilos de vida y prácticas preventivas) y variables de cuida-

do. Se controlaron otros factores sociodemográficos y de roles reproductivos. La magnitud de la asociación se estimó mediante la *odds ratio* (OR), con un intervalo de confianza del 95%. Se construyeron modelos de regresión logística multivariante relacionados con las cuatro dimensiones de las variables dependientes. Se utilizó el método de introducción paso a paso.

Resultados: Cuidar sin ayuda potencia una peor salud percibida en mujeres (la edad también). La OR es de 1,70 para cuidar menores y de 1,59 para cuidar mayores y/o personas con trastorno crónico o discapacidad (TCD). No ocurre así en hombres. Si hombres y mujeres dedican al cuidado un número de horas similar, los efectos en la salud mental son semejantes, pero son ellas las que dedican más horas (entre semana: 5,71 h/día y 3,58 ellos. Fines de semana: 7,05 h/día frente a 4,78). Al cuidar, la carencia de apoyo social y la realización de trabajo doméstico potencian una peor salud mental en ellas. El análisis del uso de servicios sanitarios muestran, entre otros datos, que si las mujeres cuidan menores de 16 años (con y sin ayuda), utilizan con más frecuencia los servicios de atención primaria y hospitalarios para sí mismas (OR de 1,43 y 2,24, respectivamente). No ocurre así en hombres. Los datos sobre estilos de vida destacan, entre otras, asociación entre cuidado de menores con ayuda y consumo de tabaco y alcohol en hombres (OR de 1,40 y de 1,63, respectivamente). En mujeres, cuidar mayores de 65 y/o TCD sin ayuda reduce la probabilidad de realizar ejercicio físico (OR de 3,85). Factores sociodemográficos como clase social o trabajo remunerado modifican estas asociaciones.

Conclusiones: El cuidado informal supone riesgo para la salud de mujeres y hombres, encontrando una influencia modificadora de factores sociodemográficos y marcadas diferencias cuando las intensidades del cuidado son distintas. Es importante que las políticas y medidas dirigidas a personas cuidadoras tengan en cuenta estas diferencias. Palabras clave: Cuidado informal. Desigualdades de género. Calidad de vida.

850. DIFERENCIAS POR GÉNERO EN STOCK CAPITAL SALUD. IMPLICACIONES PARA LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES

A. Hidalgo, J. Oliva, N. Zozaya, I. Aranda

Universidad de Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: Los objetivos del presente trabajo son la estimación de los stocks de capital salud (esperanza de vida ajustada por calidad), diferenciados por género y comparar los resultados entre la Comunidad Canaria y en Cataluña. Por otro lado también se pretende estudiar los determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud, diferenciando por grupos etarios y género.

Métodos: Para la realización del trabajo se emplearán la Encuesta de Salud Canaria (ESC), correspondiente al año 2004, y la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del año 2006. Ambas encuestas incluyen el EQ-5D, con lo que se pueden estimar las diferencias de QALY por género, estudiando la asociación existente y su grado de significatividad estadística entre la CVRS y distintas variables sociosanitarias. El análisis se centra en el estado de salud autopercibido, es decir, en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para dicho objeto, y dada la especial distribución de la variable dependiente, fuertemente asimétrica y concentrada en valores iguales a 1 (valor máximo) o cercanos, se construyó una variable discreta que clasifica a los individuos en cuatro categorías (salud muy buena; salud buena; salud regular-mala; salud muy mala). A continuación se llevó a cabo un modelo probit ordenado donde se identifican las variables explicativas estadísticamente significativas.

Resultados: Los varones señalan un mejor estado de salud autopercibida que las mujeres, si bien en tramos altos de edad las diferencias se suavizan. En segundo lugar, a mayor edad, el estado de salud

percibido es peor. En tercer lugar, un mayor nivel de estudios está positivamente asociado con una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Pasando ya al bloque de enfermedades diagnosticadas, las dos enfermedades con mayor impacto sobre la calidad de vida percibida son las enfermedades osteomusculares (artritis, artrosis, hernias, dolores de espalda y osteoporosis) y la ansiedad o depresión. Otras enfermedades que reducen la calidad de vida de las personas que la padecen son las enfermedades vasculares, las respiratorias o las digestivas. Haber estado hospitalizado o haber sufrido un accidente aumenta la probabilidad de notificar algún problema en alguna de las dimensiones del EQ-5D.

Conclusiones: Las diferencias de esperanza de vida existentes entre mujeres y varones se suavizan de manera acentuada cuando se introduce el componente de CVRS.

881. EVALUACIÓN DE DESARROLLO DE UNA INICIATIVA POR LA EQUIDAD EN SALUD: EL OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA

A. Cabria, D. Prieto, O. Pérez

Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC).

Antecedentes/Objetivos: La iniciativa de evaluar el OSPC como política pública de equidad en salud partió de su I Plan de Actuación 2007-2010. Los objetivos son evaluar el proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento; la posición del OSPC como actor público y la contribución a la salud pública y a las políticas de salud; reflexiones y recomendaciones para el desarrollo del siguiente plan de actuación.

Métodos: El modelo de la evaluación interna del OSPC se construyó desde una visión sistémica orientada a explicar los fenómenos que suceden en el proceso de implementación del proyecto a partir del análisis de las interacciones entre los múltiples actores y sectores involucrados. La evaluación de desarrollo y de la evolución del OSPC trata de darle sentido a todo aquello que emerge en situaciones complejas. Fases clave: 1. Recogida de necesidades y preguntas de la evaluación del equipo del y miembros del Comité Asesor. 2. Definición de tres períodos del proceso a analizar: creación, desarrollo y evaluación. 3. Definición de los analizadores y los criterios para la recogida, sistematización y análisis de la información. 4. Desarrollo de caja de herramientas (mapeo y análisis de actores, matriz de evaluación y mapeo de cambios). 5. Análisis y difusión.

Resultados: Preliminares: logros con escasos medios, una visión de observatorio como sujeto técnico y político, un enfoque metodológico mixto cualitativo-cuantitativo en determinantes sociales de la salud desde una perspectiva de género en la investigación y evaluación. Se promovió la evaluación de políticas, planes y programas de salud. Se realizaron proyectos de investigación-acción participativa con población inmigrante, gitana, etc. que han generado nuevos debates en salud pública, sensibilizando a profesionales, desarrollando formación intersectorial e interdisciplinar. Las dificultades incluyeron cambios políticos y económicos y limitaciones que han planteado, se ha perdido el impulso favorecedor inicial del trabajo en determinantes sociales de la salud, ha requerido mayor esfuerzo de negociación. Diferencia de visiones entre políticos y gestores y el OSPC. La participación representó un reto ideológico, político y metodológico. Limitaciones en la difusión de resultados. Recomendaciones a las que no han dado seguimiento.

Conclusiones: La coherencia con las políticas europeas y estatales demandan un enfoque participativo e intersectorial en la salud pública cántabra; se hacen necesarios cambios en la cultura de las instituciones públicas.

Autofinanciación: Evaluación interna.

921. VARIABILIDAD ENTRE CC.AA. EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LAS ESPONDILOARTRITIS

L. Carmona^a, M.J. García de Yébenes^b, M.A. Descalzo^b, E. Loza^b, C. Hernández-García^c, Grupo de Estudio emAR II

^aUniversidad Camilo José Cela; ^bUnidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología; ^cAgencia del Medicamento y Productos Sanitarios.

Antecedentes/Objetivos: EmAR II es un estudio multicéntrico sobre variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (SPA) llevado a cabo en España durante el año 2010. El objetivo es describir la variabilidad en el manejo de la AR en cuanto a utilización de distintos recursos sanitarios en función de la comunidad autónoma (CCAA) en la que es atendido el paciente.

Métodos: Revisión de historias clínicas con recogida de información de los 2 últimos años de una muestra probabilística de 1.272 pacientes de AR y 1.168 pacientes con SPA seleccionados por muestreo estratificado (CCAA) y bietápico (hospital y paciente). Se analizaron los siguientes recursos: número de visitas al reumatólogo, número de visitas a otros especialistas, proporción de ingresos hospitalarios y proporción de cirugías ortopédicas. Se llevó a cabo un análisis descriptivo con medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (percentiles 25 y 75) y distribución de porcentajes.

Resultados: La distribución por CCAA del número de visitas al reumatólogo osciló desde un valor mediana de 4 (4-6) a 7 (6-8) en la AR y de 3 (2-5) a 11 (3-12) en las SPA. La variabilidad en el número de visitas a otros especialistas se demostró entre un valor mediana mínimo de 1 (0-4) hasta valores de 6,5 (2-15,5) en la AR y entre 1 (0-2) hasta valores de 7,5 (3-11) en SPA. El porcentaje de ingresos fluctuó entre mínimos de 22,2% y máximos de 53,6% en la AR y desde 6,4% hasta el 34,8% en SpA. El porcentaje de pacientes con cirugía ortopédica se movió entre un mínimo de 2,3% y un máximo de 23,3% en la AR y entre 6,4 y 34,8% en las SPA.

Conclusiones: Existe una importante variabilidad en el uso de recursos sanitarios entre las diversas comunidades autónomas. Esta variabilidad es mayor en las SPA. Es muy posible que las diferencias puedan explicarse, al menos parcialmente, por factores propios de la organización asistencial en la que son atendidos los pacientes y las características estructurales de la propia CCAA.