

POLÍTICAS DE SALUD Y PLANIFICACIÓN 1

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

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Moderada: M.^a Ángeles López Oribe

62. MODELO DE AJUSTE DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COLOMBIA

M.L. Ospina, L.A. Acuña, J.I. Montaña

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.

Antecedentes/Objetivos: El propósito de los modelos para ajustar la prima en función del riesgo es aumentar niveles de predicción de costos y utilización de servicios para que los recursos financieros que reciben las aseguradoras realmente sean suficientes de acuerdo a su población, incorporando a la prima comunitaria los ajustes necesarios. **Objetivo:** Diseño y aplicación del modelo de ajuste de riesgo en enfermedad renal crónica (ERC) en Colombia.

Métodos: El modelo de ajuste de riesgo de (ERC) se diseñó para permitir la realización de transferencias de recursos entre las aseguradoras con el propósito de controlar y evitar la inequitativa distribución de costos en unas aseguradoras, como consecuencia de concentración del riesgo, desviación de prevalencias de la patología, selección adversa y selección del riesgo de los usuarios. Se realizó la recolección de información de pacientes con ERC y se identificaron personas con ERC estadio 5 en los años 2008 a 2010. Se identificó la concentración del riesgo en cada aseguradora a través de la prevalencia de ERC según grupo étnico. Se calculó la desviación de prevalencias respecto a la del país para realizar redistribución económica entre aseguradoras según cada vigencia. El análisis de datos se realizó con el programa STATA.

Resultados: La prevalencia determinada para el ajuste de riesgo en ERC terminal en Colombia por 100.000 afiliados para 2008, 2009 y 2010 es 62,76 (IC 90%, 53,48-72,03), 53,51 (IC 90%, 45,11-61,90) y 57,81 (IC 90%, 48,02-67,59), respectivamente. La desviación de prevalencias muestra que el 32% de las aseguradoras en la vigencia 2008, 29% en el 2009 y 27% en el 2010 presentaron alta concentración del riesgo en

esta patología y por lo tanto se redistribuyeron los siguientes recursos (25.849.411 € en 2008, 24.613.920 en 2009 y 26.516.882 en 2010), de acuerdo con su comportamiento respecto al país en cada vigencia.

Conclusiones: El modelo de ajuste de riesgo aplicado en ERC es el primero realizado en el sistema general de seguridad social de Colombia con alta confiabilidad de la información y ha permitido no sólo realizar análisis epidemiológico y de ajuste de riesgo entre las aseguradoras, sino que ha creado un espacio de concertación entre todos los actores del sistema. Sin embargo, propone realizar un ajuste para mejoramiento del reporte de información, evaluación de la verdadera gestión de riesgo de ERC en cada aseguradora y evaluación por resultados clínicos en las unidades de diálisis, para lo cual se han realizado consensos de expertos y se ha planteado un ajuste normativo.

187. MODELO DE PLANIFICACIÓN LOCAL: SALUD Y EQUIDAD EN TODAS LAS POLÍTICAS EN SAN FERNANDO DE HENARES

M.D. Gerez Valls^a, F. Martínez Navarro^b, L. Mazarrasa Alvear^b, I. Soriano Villarroel^b, E. Castellanos Torres^b, M.C. Álvarez del Castillo^b

^aCentro Municipal de Salud de SFH; ^bEscuela Nacional de Sanidad, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: El proceso comienza en 1992 adhiriéndose San Fernando de Henares a la Red Española de Ciudades Saludables y en 1999 a la Europea de la OMS. Se realizan y evalúan dos planes de salud. El III Plan se enmarca en la V Fase de la Red Europea de OMS, en un municipio pionero en el compromiso político de incorporar la salud y equidad en todas las políticas, haciendo real el proceso participativo, y se caracteriza por la identificación de los determinantes sociales de la salud en un proceso de transformación social y económica que desde 1960 experimentan las fuerzas productivas, que incide en el cambio de estructura de la población y del urbanismo. Se explicita la voluntad política de aplicación de políticas de salud coherente con la formación social de la ciudad. **Objetivos:** Hacer realidad la propuesta de salud y equidad en todas las políticas locales. Aplicar los determinantes de salud como guía de la elaboración del plan.

Métodos: Análisis epidemiológico, ambiental y participativo de la situación de salud a partir de la realidad social, combinado con los ejes de la V Fase de la Red Europea de Ciudades Saludables. La metodología de aprobación política garantiza que la propuesta de las fuerzas sociales se asuma.

Resultados: 16 programas encuadrados en los 3 ejes de la V Fase OMS y las 3 líneas de intervención emanadas del diagnóstico de situación: la diferenciación demográfica y social, las acciones derivadas de la organización social y económica del espacio urbano y las acciones derivadas del patrón epidemiológico dominante: distribución equitativa de recursos sociales y sanitarios, regeneración de vivienda, reducción de inequidades en salud, planificación urbana saludable, programas de integración social, acciones ante crisis ambientales, reducción del impacto sónico, acciones sobre asentamientos urbanos marginales, programas de movilidad sostenible, prevención de accidentes, ciudadanía activa, participando en salud desde la igualdad de oportunidades, prevención de las enfermedades no transmisibles, prevención y atención a situaciones de violencia, aprovechamiento de las posibilidades abiertas por el Parque Regional del Sureste hacia la promoción de actividades de ocio saludable, acciones destinadas a disminuir el cambio climático. El plan se propone a aprobación al órgano máximo del poder municipal.

Conclusiones: La identificación de los determinantes y el análisis de la inequidad en salud es una buena herramienta para la planificación de políticas públicas en el ámbito local. El nivel local es un excelente escenario de aplicación de la estrategia de salud y equidad en todas las políticas locales.

Financiación: Ayuntamiento de San Fernando de Henares.

507. MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS FRENTE A LA GRIPE A EN LOS CENTROS ESCOLARES DE BARCELONA

A. Pérez^a, T. Rodríguez^b, M.J. López^a, X. García^a, M. Nebot^c

^aASPB, IIB Sant Pau y CIBERESP; ^bASPB; ^cASPB, IIB Sant Pau, CIBERESP y UPF.

Antecedentes/Objetivos: El colectivo escolar es un elemento clave en la difusión de las enfermedades transmisibles. En septiembre de 2009, entre las medidas de control frente a la gripe H1N1 se elaboró en Catalunya un protocolo de medidas preventivas en el medio escolar. Este estudio pretende describir el seguimiento y la valoración de las medidas recomendadas por parte de los centros escolares de Barcelona.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta autoadministrada a los profesionales de los centros escolares de Barcelona entre abril y julio de 2010. El cuestionario incluía preguntas de conocimientos, percepciones y actuaciones relacionadas con la gripe A. Se realizó un análisis descriptivo de la adopción y valoración de las medidas por parte de los centros.

Resultados: Se obtuvo respuesta de 361 centros (83,4% del total), siendo el 56,2% públicos y el 43,8% concertados o privados (CP). El 30% de los centros se localizaba en barrios de bajo nivel socioeconómico, el 52% en nivel medio y el 18% en alto. La encuesta fue respondida mayoritariamente (79,2%) por el director o el referente de gripe A del centro. Entre los centros CP, el 93,4% utilizó pañuelos de papel de un solo uso, el 84,9% utilizó productos desinfectantes (geles) para lavarse las manos y el 97,3% ventiló los espacios cerrados al menos 15 minutos al día. Entre los centros públicos, estos porcentajes fueron del 92,5, 58,3 y 93,8%, respectivamente. La rapidez de la información recibida fue valorada con un 3,7 (del 1 al 5), la utilidad con 3,5 y la claridad con 3,8. Un 67% de los centros públicos declaró que hubo casos de gripe A entre sus alumnos y un 27,5% que hubo casos entre el personal docente. En los centros CP los porcentajes fueron del 76,4 y el 28,7%, respectivamente. En relación al absentismo escolar de los alumnos debido a la gripe, el 21,9% de los centros públicos consideraba que era superior al del año anterior (25,5% de los centros CP). Respecto al absentismo laboral por parte de los profesores, en los centros públicos un 9% consideró que era superior al curso anterior siendo este del 5,1% entre los centros CP.

Conclusiones: Las medidas recomendadas son bien valoradas y fueron seguidas por la mayoría de los centros. El impacto de la epidemia entre los alumnos fue elevado y superior al observado entre los profesores. Algunas de las medidas recomendadas fueron seguidas de forma desigual según la titularidad de la escuela, lo que debe ser considerado en el futuro en situaciones similares.

611. PROPUESTA DE RED DE INVESTIGACIÓN DEL OBSERVATORIO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE COLOMBIA

S.L. Restrepo Mesa^a, A. Estrada Restrepo^b, L.I. González-Zapata^a, L. Mancilla López, J. Monsalve Álvarez

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Colombia; ^aGrupo de Investigación (GI) Alimentación y Nutrición Humana; ^bUdeA GI Demografía y Salud; ^cUdeA GI Determinantes Sociales y de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN) para Colombia tiene como propósito incidir en procesos de toma de decisiones de política pública y de movilización social en torno a la seguridad alimentaria y nutricional (SAN). Para ello propone diferentes estrategias, entre ellas la conformación de una red de investigación para producir, analizar y difundir evidencia científica que contribuya a la formulación, seguimiento, evaluación y control de la SAN. **Objetivo.** Identificar los actores potenciales para la red de inves-

tigación del OSAN de Colombia y proponer una estructura para la conformación de la red.

Métodos: Para la formulación de la propuesta de red de investigación, se identificaron actores clave como observatorios, redes de investigación, organizaciones y personas que de manera permanente, sistemática y con rigor científico desarrollen investigación en SAN en el ámbito nacional e internacional. Para la identificación de los actores se realizó una búsqueda exhaustiva por medio del buscador Google y el metabuscador Yippi, para la identificación de los grupos de investigación se ingreso a la página web del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación Colciencias de Colombia. En ambos casos se utilizaron palabras clave en español e inglés para cada uno de los ejes de la SAN: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos. Además, se definieron los objetivos de la red y su estructura.

Resultados: Se identificaron 68 observatorios, 74 redes y 57 instituciones de referencia en investigación en SAN tanto del ámbito nacional como internacional y 184 grupos colombianos que realizan investigación en SAN o en áreas afines, todos ellos actores potenciales de la red. La red de investigación del OSAN estará compuesta por un nodo central, que contará con un comité científico y 5 nodos temáticos, cada uno correspondiente a un eje de la SAN. Los miembros del nodo central y del comité científico serán elegidos entre investigadores con amplia trayectoria en SAN en el país. Los nodos temáticos serán coordinados por una persona o institución designada por el nodo central, quien, a su vez, coordinará los diferentes actores vinculados al nodo temático.

Conclusiones: El país cuenta con un número importante de actores que desarrollan acciones en SAN, lo que genera un ambiente propicio para la conformación de una red de investigación en esta temática. La red posibilitará la interacción entre los diferentes actores que realizan acciones en SAN y que fortalecerán la producción de conocimiento útil para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Financiación: Proyecto financiado por el Instituto Nacional de Salud, Colombia.

650. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA, INTEGRACIÓN DE MEJORAS DE GESTIÓN Y MEJORAS DE PROGRAMAS

M. Varela^a, P. Daporta^a, M. Amigo^a, J. Aboal^b, C. Fernández^b

^aDG Innovación e Xestión de Saúde Pública, Xunta de Galicia; ^bApplica Asociados.

Antecedentes/Objetivos: Definir líneas estratégicas permite a las organizaciones la identificación de objetivos y prioridades que orientan las decisiones diarias y la distribución de cargas de trabajo y recursos económicos. La nueva DG de Innovación e Xestión de Saúde Pública consideró imprescindible la elaboración de un documento estratégico.

Métodos: 1) Análisis de situación de la organización mediante reuniones con personas de la organización y responsables de organizaciones consideradas partes interesadas, y consulta de documentación y bibliografía. 2) Designación de equipo para elaborar documento con los apartados: misión, visión y valores; análisis de situación basado en criterios del modelo EFQM; objetivos, líneas estratégicas; proyectos de mejora de gestión y de mejora de salud y priorización según su impacto en los objetivos. 3) Para cada proyecto se designó un responsable y las variables: prioridad, compromiso de gobierno, patrono, líder, partes interesadas, objetivo general, compromisos para 2011 e hitos futuros. 4) Fue presentado para alegaciones en la propia organización, al equipo directivo de la Consellería, y a responsables de organizaciones interesadas. 5) Cerrado el documento, se estableció sistema de presentación y difusión, se inició su ejecución y su seguimiento.

Resultados: Se recabó opinión directa de 34 personas. Se identifican 17 características que definía la situación de la organización. Se definen 9 objetivos: ser organización reconocida por la sociedad, referente, in-

novadora, sostenible, efectiva, con profesionales satisfechos, útil al sistema sanitario público, que mide impacto real en salud, y con capacidad de influencia. Se identifican 17 líneas estratégicas y, por último, se definen 25 proyectos nuevos o en ejecución, alineados con la estrategia. La priorización estableció la importancia de cada proyecto. Tiempo de elaboración: 4 meses.

Conclusiones: Este documento desarrolla la cadena estratégica de forma completa, ligando la misión con los proyectos específicos y sus objetivos anuales. Cuando la estrategia llega a nivel de proyecto consigue establecer criterios para asignar personas y recursos económicos y que la organización conozca lo que se espera de cada uno y trabaje alineada. Se considera marco para la evaluación de las unidades y permite el seguimiento periódico de resultados. La alta dirección puede conocer las acciones comprometidas. Se integraron proyectos de mejora de la gestión, con proyectos de mejora de programas de salud pública y, por tanto, de la salud.

657. AVANCES EN ESTADO DEL ARTE DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. COLOMBIA, 2005-2010

J. Monsalve Álvarez, A. Estrada Restrepo^a, L.I. González-Zapata^b, L. Mancilla López, S.L. Restrepo Mesa^c

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Colombia; ^aUdeA Grupo de Investigación (GI) Demografía y Salud; ^bUdeA GI Determinantes Sociales y de Salud; ^cUdeA GI Alimentación y Nutrición Humana.

Antecedentes/Objetivos: Avanzar en la construcción del estado del arte de la investigación en seguridad alimentaria y nutricional en Colombia entre los años 2005 y 2010, como línea base para el observatorio de seguridad alimentaria y nutricional (OSAN).

Métodos: Terminología de búsqueda. Se precisó el tema y las palabras clave en inglés y español de acuerdo a la definición de seguridad alimentaria y nutricional de la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Se utilizaron los vocabularios controlados o tesauros Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). La fuente de información fueron: pubmed, revistas electrónicas como Scielo, Doaj, Hinari y Agora, los catálogos virtuales de las universidades e instituciones. Las variables consolidadas de cada publicación fueron las usadas para la indización de documentos en el sistema BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud). El procesamiento de los datos se realizó en SPSS versión 18. Los temas de mayor publicación fueron comparados con lo establecido en la política de SAN del país, para determinar las posibles brechas de conocimiento.

Resultados: En total se encontraron 645 publicaciones en investigación en seguridad alimentaria y nutricional (SAN), distribuidos según los ejes de la SAN y sus respectivas temáticas: 189 de aprovechamiento biológico de los alimentos en temas como estado nutricional y servicios de salud, 151 de disponibilidad en desarrollo rural, abastecimiento de alimentos, producción agrícola, tenencia de la tierra y sector agropecuario, 136 de acceso a alimentos en pobreza, desempleo y distribución del ingreso, 90 de calidad e inocuidad en temas como alimentos funcionales, conservación, control y almacenamiento y 79 de consumo de alimentos en lactancia materna y hábitos alimentarios.

Conclusiones: Las 645 publicaciones en los últimos 5 años sobre seguridad alimentaria y nutricional indican que es un tema objeto de investigación en el país aunque no están en coherencia con las necesidades del país; sólo en el eje de aprovechamiento biológico de los alimentos se encontró que los temas de investigación fueron más coherentes entre las necesidades del país y las metas establecidas en la política de SAN. Las posibles brechas del conocimiento detectadas en los diferentes ejes de la SAN sugieren la necesidad de que el OSAN establezca un plan de investigación que contribuya no sólo a producir evidencia científica sobre la situación, sino que ayude a la resolución

de problemas que inciden de manera negativa sobre la seguridad alimentaria y nutricional del país y al direccionamiento de las políticas públicas en SAN.

Financiación: Proyecto financiado por el Instituto Nacional de Salud, Colombia.

693. EVOLUCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS ALIMENTOS PRIORITARIOS DE COLOMBIA

L. Mancilla López, A. Estrada Restrepo^a, L.I. González-Zapata^b, J. Monsalve Álvarez, S.L. Restrepo Mesa^c

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Colombia;
^aGrupo de Demografía y Salud; ^bUdeA GI Determinantes Sociales y de Salud; ^cUdeA GI Investigación Alimentación y Nutrición Humana.

Antecedentes/Objetivos: Describir el comportamiento de la disponibilidad de los alimentos prioritarios por regiones de Colombia durante el periodo 2007-2009.

Métodos: Estudio descriptivo. Se seleccionó como fuente de información Agronet, del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Se calcularon los indicadores de disponibilidad de alimentos prioritarios, coeficiente de dependencia alimentaria, producción per cápita de alimentos básicos y suministro de energía alimentaria (SEA). Los 36 alimentos analizados fueron priorizados por la Comisión Intersectorial de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) de Colombia.

Resultados: La disponibilidad presentó fluctuaciones importantes en los 3 años analizados, el país dispuso de 73.440.682 toneladas (t) de alimentos prioritarios en 2007, 145.779.315 t en 2008 y 33.441.806 t en 2009. El grupo de los cereales tuvo el mayor efecto en el cambio que registró la disponibilidad. La mayoría de los alimentos prioritarios presentaron un coeficiente de dependencia alimentaria cercano a cero (0 = autosuficiente; 1 = dependiente de las importaciones). Se observó que los cereales en 2008 presentaron un coeficiente de 0,28, esto significó que un tercio de este grupo provino de otros países; leguminosas y aceites le siguieron como los grupos más dependientes. La producción per cápita (pc) presentó una tendencia ascendente al pasar de 462,8 kg/pc en 2007 a 476,2 kg/pc en 2009. Los grupos de alimentos que hicieron la mayor contribución a la producción per cápita fueron tubérculos y plátanos, cereales y frutas. El SEA presentó un incremento sostenido, en 2007 fue 1.920,7 kcal pc/día y 2.029,7 kcal/pc/día en 2009.

Conclusiones: Colombia presentó baja dependencia alimentaria; sin embargo, se observó un progresivo aumento de las importaciones, especialmente de cereales, durante el período de estudio. En el contexto de Suramérica, Colombia sobresale en la producción pc de los tubérculos y plátanos, por encima de países como Argentina, Chile y Perú. En cuanto a los cereales, la producción pc nacional es sólo una décima parte de la argentina y la mitad de la peruana. Los resultados confirman que la disponibilidad de alimentos es suficiente para cubrir las necesidades energéticas mínimas de los colombianos; por tanto, la alta prevalencia de inseguridad alimentaria en los hogares (42,7%) reportada en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de 2010 obedece a factores estructurales y persistentes que limitan el acceso a los alimentos, como la pobreza y la alta concentración de la riqueza.

Financiación: Proyecto financiado por el Instituto Nacional de Salud, Colombia.

705. LA MUJER EN LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD: ¿POR, PARA Y SOBRE?

I. Vergara, M. Pertika, O. Sabas, A. Bilbao

Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF).

Antecedentes/Objetivos: Según la Comisión Europea, igualdad de oportunidades significa promover la investigación “por”, “para” y “so-

bre” las mujeres. El objetivo general de esta línea de trabajo es conocer cuál es el papel de la mujer en la investigación en ciencias de la salud y el de este estudio en particular es describir la participación de las mujeres como investigadoras principales y como población sujeto de proyectos de investigación en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron todos los proyectos de investigación que obtuvieron financiación en las convocatorias competitivas, gestionados por O+Iker (Instituto Vasco de Investigación Sanitaria) durante los años 2008, 2009 y 2010. Para cada proyecto se analizó el género de su investigador principal (IP), así como datos del proyecto que permitieran caracterizar la investigación realizada por mujeres, entre ellos, la población diana del estudio.

Resultados: Se analizaron 322 proyectos de investigación por un total de 18.674.887,96 €. El 35,4% de los proyectos tiene a una mujer como IP. Estos proyectos suman 4.639.066,28 €, un 24,84% del total obtenido durante el trienio estudiado. Analizando los proyectos de investigación liderados por mujeres, el 50% del total de la financiación procede de convocatorias de ámbito estatal. El 17% de los proyectos (20% de la financiación) se desarrolla en el área de salud mental (12% de proyectos y 9% de la financiación en esta área cuando no se ajusta por el género del IP ($p < 0,0001$)). El área transversal más frecuente es la genética (37% de PI y 43% de la financiación). Predominan los estudios sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (33% respectivamente), sin diferencias respecto a los resultados globales. Las mujeres son la población diana del 4,66% de los proyectos de investigación totales (3,46% del total de la financiación). Cuando la IP es una mujer, su población diana lo es también en un 9% de los casos, con un porcentaje similar de financiación, siendo esta diferencia significativa respecto a la investigación global ($p < 0,0001$).

Conclusiones: El porcentaje de mujeres que lideran proyectos de investigación en la CAPV se aproxima a las cifras publicadas en otros estudios. Su éxito recaudatorio es menor que el de los hombres. Es llamativa la predominancia de estudios en el área de la salud mental y el campo de la genética. También es importante destacar el interés de las mujeres en investigar sobre mujeres.

711. SALUD EN LAS POLÍTICAS URBANAS MUNICIPALES. ¿ES POSIBLE!

I. Sierra Navarro

Coordinadora del Proyecto “Entorno Urbano y Salud”, Diputación de Barcelona.

De dónde partimos. Después de más de dos siglos del inicio de la salud pública a partir de la construcción de elementos urbanos para la canalización del agua, el sector ha avanzado y mucho. En los últimos años hemos ido incorporando conceptos en relación a la ecología humana, es decir, la influencia del entorno físico en el bienestar humano, así como la importancia de las relaciones personales, el paisaje, el ruido o silencio y la percepción de un entorno seguro en la salud global de los seres humanos. Desde disciplinas como la biología, la medicina, la antropología, la psicología social, la geografía humana y otras, se ha ido configurando un entramado de conocimientos que apuntan hacia un mismo lugar: el entorno físico, las condiciones ambientales y las dinámicas humanas son determinantes claros para la salud de las personas. Nuestra propuesta. En los ayuntamientos, la salud suele tener un espacio político y presupuestario reducido. El desconocimiento político general de las posibilidades de actuación ante los determinantes de la salud suele ser también un condicionante negativo para poder desarrollar la estrategia de la OMS “La salud en todas las políticas”. La Diputación de Barcelona ha iniciado un modelo que puede ser un referente para la organización y diseño de las ciudades, de modo que los criterios y beneficios para la salud estén contemplados en los diversos escenarios de la planificación urbana, el espacio público, la vivienda y los equipamientos. Nuestro trabajo con 12 servicios de Urbanismo, Medio

Ambiente, Comercio, Vivienda, Bienestar Social, Deportes, Educación, Juventud y Políticas de Igualdad nos ha llevado, en el último año, a definir las siguientes estrategias para situar a la salud en las políticas urbanas: la planificación urbana y el modelo de ciudad que permita espacios para actividades saludables y la reducción de la contaminación atmosférica. Las políticas de vivienda que incluyan criterios de salud para facilitar la autonomía y la accesibilidad y eviten riesgos para la salud. El espacio urbano, seguro, verde, apto para la interacción y la actividad física. Unos equipamientos urbanos preparados para la promoción de la salud, seguros, accesibles y equitativos en su uso. Nuestra guía "Entorno Urbano y Salud" recoge todos los criterios y referencias para un urbanismo saludable en nuestras ciudades y su entorno.

Conclusiones: Seguiremos avanzando en el modelo y lo compartiremos con colegios profesionales, actores en la gestión de las ciudades y otros municipios para seguir avanzando, desde diferentes ámbitos, en la calidad de vida de nuestras ciudades.

37. PRIORIZACIÓN DE LÍNEAS Y TEMAS DE INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN COLOMBIA

A. Estrada-Restrepo, L.I. González-Zapata, L. Mancilla López, J. Monsalve Álvarez, S.L. Restrepo-Mesa

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

Antecedentes/Objetivos: Colombia, en el año 2008, adoptó la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN). El Ministerio de la Protección Social, en colaboración con la FAO, diseñó el modelo de observatorio de seguridad alimentaria y nutricional (OSAN), con miras a la participación en el desarrollo de la política y hacer seguimiento de sus resultados, por lo que el desarrollo del componente investigativo del OSAN resulta de especial relevancia.

Métodos: En el proceso de selección y priorización de líneas y temas de investigación a ser implementados por parte del OSAN, se realizó un taller de ámbito nacional con la participación de 18 expertos e investigadores relacionados con la SAN en el país. De forma previa, se invitó a los participantes a realizar la lectura y análisis del referente teórico sobre el tema, lo que generó una lluvia de ideas inicial. Durante el encuentro, y basados en la metodología del centro internacional de investigaciones para el desarrollo, se realizó la priorización de líneas de investigación (LI) por cada uno de los ejes de la SAN, posteriormente se obtuvo el consenso general de LI, criterios de priorización a emplear y selección de temas de investigación (TI) prioritarios.

Resultados: En el eje sobre disponibilidad de alimentos se priorizaron 4 LI: determinantes de la producción de alimentos, suficiencia, dependencia y soberanía alimentaria, efectos del cambio climático en la producción y cadenas productivas por regiones, con un total de 16 TI. En acceso a los alimentos: empleo e ingresos de la población colombiana y sus determinantes, derecho a la SAN, determinantes de la pobreza, precio de los alimentos y gastos alimentarios con un total de 13 TI. En consumo de alimentos 2 LI: ingesta de alimentos y nutrientes y cultura alimentaria con 9 TI. En aprovechamiento biológico 3 LI: determinantes ambientales y de salud en el aprovechamiento biológico de los alimentos, nutrición materno-infantil y situación nutricional en el ciclo vital humano con 14 TI. En calidad e inocuidad 3 LI: alimentos saludables, alimentos funcionales y fortificación, biofortificación y adición de nutrientes y sustancias bioactivas con 12 TI. Además se identificaron 2 LI transversales a todos los ejes: evaluación de las políticas en SAN y evaluación de los programas e intervenciones en SAN con 8 TI.

Conclusiones: El desarrollo del componente investigativo del OSAN en Colombia debe responder a las necesidades identificadas por los expertos SAN y mantener actualizado el conocimiento para dar respuesta efectiva a las necesidades concretas del país.

Financiación: Instituto Nacional de Salud de Colombia.

873. DETERMINANTES DEL GASTO DE BOLSILLO Y CATASTRÓFICO EN SALUD EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN, MÉXICO

E. Picazzo Palencia^a, J. Ortiz Rodríguez^b, D.E. Cortés Hernández^c

^aInstituto de Investigaciones Sociales (IINSO)/Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDCS), Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); ^bInstituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey; ^cCIDCS.

Antecedentes/Objetivos: Identificar los factores que afectan al gasto de bolsillo en salud en los hogares del estado de Nuevo León, además de conocer qué variables conllevan a los hogares de la entidad a incurrir en gastos catastróficos en salud.

Métodos: Como marco de análisis se utiliza el apartado de Nuevo León de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de México. Se utilizan dos modelos econométricos, el modelo Tobit y el Modelo Probit, considerando variables socioeconómicas, de gasto y se construyen variables proxy de enfermedades que padecen los integrantes del hogar.

Resultados: Parte de los resultados que arroja la investigación es que las familias con niños menores de 5 años, adultos mayores de 65 años y/u hogares que se encuentran en zonas rurales son un grupo vulnerable al cual es necesario ayudarle a hacer frente a sus gastos en salud, para que éstos no se conviertan en catastróficos. Del mismo modo que son necesarios programas de prevención de la diabetes y de otras enfermedades crónico-degenerativas con el fin de evitar que hogares pobres incurran en mayor pobreza y hogares de clase media caigan en pobreza o pérdida de su patrimonio social y económico con el fin de abatir estas enfermedades.

Conclusiones: La falta de un aseguramiento financiero por parte de las instituciones de salud en el estado ha provocado que los hogares se enfrenten a un escenario fragmentado e injusto que está inmerso en un sistema de salud financieramente inequitativo, provocando que los hogares del estado aumenten su gasto de bolsillo en salud hasta llegar a niveles catastróficos, provocando un aumento del riesgo que enfrentan los hogares de caer en la pobreza, de profundizar su nivel de empobrecimiento y de enfrentar graves quebrantos financieros en la economía familiar.