

POLÍTICAS DE SALUD Y PLANIFICACIÓN 2

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

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Joan Paredes

89. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD: HERRAMIENTA DE LA EPIDEMIOLOGÍA PARA LA GERENCIA EN SALUD PÚBLICA

F.J. Dávila L.^a, W.E. Gómez G.^a, L. Dorta^b

^aMinisterio del Poder Popular para la Salud-SA IAE “Dr. Arnoldo Gabaldon”; ^bMinisterio del Poder Popular para la Salud-Corposalud Aragua y Universidad de Carabobo.

Antecedentes/Objetivos: Precisar el significado del análisis de situación de salud (ASIS) como herramienta de la epidemiología para la gerencia en salud pública.

Métodos: El trabajo se realizó bajo un enfoque epistémico cualitativo, a través del método etnográfico, se estableció como escenario de estudio el posgrado de salud pública del SA IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" y se utilizaron informantes clave. La información recabada fue procesada a través de la técnica denominada categorización, contrastación y teorización, y la credibilidad de los hallazgos se logró a través de la triangulación de la información.

Resultados: El significado del ASIS como herramienta de la epidemiología para la gerencia en salud: son de utilidad práctica y a nivel de la comunidad permiten obtener una visión distinta y real de los problemas de salud a través de la identificación y priorización de los mismos, hecha con los actores sociales comunitarios. Establecen vinculación entre la comunidad y el sector salud. Generan conocimientos y estrategias de intervención. Son un aporte para el mejor desempeño de los gerentes de salud. Contribuyen a la transformación del sistema de salud y la sociedad.

Conclusiones: Los ASIS aportan elementos importantes para la solución de los problemas de salud desde el mismo momento en que se comienzan a identificar y priorizar los problemas en asambleas en las comunidades; en este sentido, se resalta que los ASIS son considerados una herramienta de la epidemiología para los gerentes en salud y para las comunidades mismas, ambos deben participar activamente en su construcción multidisciplinaria, intersectorial e interinstitucional para así dar a conocer la verdadera situación de salud que se presenta, elemento fundamental para lograr los cambios necesarios y mejorar su situación de salud.

115. VARIABLES ASOCIADAS CON LOS PRESUPUESTOS SANITARIOS AUTONÓMICOS DE 2009

L. Palomo, M. Sánchez-Bayle

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Desde la finalización de las transferencias en 2001, las CC.AA. disponen de plena capacidad normativa para planificar, organizar y gestionar sus recursos asistenciales, pero las características sociodemográficas, los recursos de partida, la capacidad de financiación o la ideología (liberal, socialdemócrata, etc.) de los diferentes gobiernos autonómicos han determinando un incremento de las diferencias en los distintos servicios de salud autonómicos. El objetivo de este trabajo es analizar la relación existente entre los presupuestos per cápita de cada C.A. con algunas de las variables relacionadas con el presupuesto sanitario de 2009.

Métodos: A partir de los datos presupuestarios publicados de las CC.AA. y de otras variables de gasto de conocimiento público del año 2009, hemos realizado un estudio de regresión lineal múltiple (procedimiento *stepwise*). La variable dependiente ha sido el gasto sanitario per cápita en 2009, y las variables independientes el porcentaje de mayores de 65 años; las camas hospitalarias/1.000 habitantes; el número de aparatos de tomografía computarizada (TAC)/1.000.000 habitantes; el promedio de tarjetas sanitarias individuales (TSI)/médico de familia; recursos humanos en AP; el porcentaje de gasto farmacéutico atribuido a medicamentos genéricos; el gasto farmacéutico total, y el hecho de que el gobierno sea o no de izquierdas (gobierno de un partido de izquierda o de coalición con algún partido de izquierda).

Resultados: El presupuesto sanitario per cápita en el año 2009 osciló entre 1.125,33 € en la comunidad autónoma que menos gastó y 1.595,98 € en la que tuvo un presupuesto mayor, siendo la media 1.351,57 €. A juzgar por las correlaciones encontradas en el análisis de regresión, gran parte de esa variabilidad (470,65 €) puede ser explicada por la variabilidad en recursos humanos de AP, por el gasto far-

macéutico y por el color político del gobierno. El modelo de regresión que ofrece menor error de estimación incluye las variables recursos humanos en AP, el gasto farmacéutico, el gasto en genéricos y el tipo de gobierno, con un coeficiente R de 0,851, R² 0,724 (R² corregida 0,632).

Conclusiones: El gasto sanitario público autonómico crece de manera sostenida desde 2003, con un crecimiento del 19%, superior al crecimiento del PIB en este mismo período. Ese gasto sanitario per cápita continúa recogiendo diferencias importantes entre las CC.AA. porque el esfuerzo en el gasto no se relaciona con su riqueza, sino más bien con la voluntad política y el mayor o menor compromiso social de las mismas.

226. NUEVA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN SANITARIA DE LA CALIDAD DEL AIRE INTERIOR EN COLEGIOS DE ANDALUCÍA

P.M. Armario Ibáñez, P. Torres Cañabate, C. Pérez de la Cruz, J. Rodríguez Muñoz, M.A. Espinosa Oliva, B. Alcón, F. Rodríguez Domínguez, E. Torres Butrón, F. Rodríguez Rasero, L. Moya Ruano

Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En el marco del Plan Andaluz de Salud Ambiental 2008-2012, la Consejería de Salud ha creado un innovador grupo de trabajo sobre Calidad de Aire Interior (CAI) con el objetivo de prevenir las enfermedades relacionadas con la CAI de los edificios. Estudios disponibles indican que los centros educativos suelen presentar problemas relacionados con su CAI. Teniendo en cuenta la población expuesta en estos centros, infantil, y sus especiales características, el grupo ha elaborado un protocolo de inspección sobre CAI en los CEIP de Andalucía como punto de partida para la diagnosis inicial de la CAI. Mediante la mejora del conocimiento sobre la exposición a contaminantes de ambientes interiores y su impacto en salud, se pretende obtener información y recomendaciones sanitarias para la población sobre aquellos factores que influyen en la CAI.

Métodos: Revisión bibliográfica valorando los siguientes aspectos: 1) efecto del diseño estructural y materiales de construcción sobre la CAI. 2) Factores que afectan a la CAI y sus repercusiones en salud: radón, campos electromagnéticos, contaminantes biológicos y químicos.

Resultados: El protocolo, confeccionado a modo de encuesta, consta de 10 apartados: 1) edad del edificio (años). 2) Entorno: urbano/rural/industrial, estaciones de servicio, parques-jardines-campo abierto, agrícola, vehículos, vertedero. 3) Construcción: piedra granítica, aulas prefabricadas, sótano, ventanas-dobles, practicables, rejillas de ventilación. 4) Reformas importantes: sí/no. 5) Interiores: pintado < 1 mes, suelo de madera/moqueta/corcho, persianas, centro TIC, mobiliario renovado, otros equipamientos, alumnos por clase. 6) Climatización: no existe, radiadores, sistema centralizado de aire frío/caliente por conductos, ventilación forzada sin tratamiento del aire, aire acondicionado frío/calor mediante splits, ventilación-natural/ausencia. 7) Mantenimiento: humedades, moho, goteras, malos olores, plagas. 8) Actividades especiales con productos químicos: talleres, laboratorios, ambientadores, pegamentos. ¿Clasificados como peligrosos? ¿Bajo llave? 9) Usos: exclusivo docente/compartido. 10) ¿Quejas relacionadas con la CAI?

Conclusiones: Nos encontramos con un campo de enorme repercusión en la salud de la población y ante el reto de sentar las bases para futuras estrategias en materia de CAI. El objetivo del protocolo es conocer el estado de los factores que afectan a la CAI en los centros de educación infantil y primaria con el fin de elaborar las recomendaciones sanitarias pertinentes.

282. INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE 20 AÑOS

I. Casas, M. Esteve, X. Casas, I. García-Olivé, R. Guerola, J. Ruiz-Manzano

Servicios de Medicina Preventiva y Neumología, Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La exposición laboral a pacientes con tuberculosis (TB) activa se considera un factor de riesgo laboral, aunque existen pocos datos en nuestro medio sobre TB en profesionales sanitarios. **Objetivos:** Determinar la incidencia de TB en el personal sanitario de nuestro hospital en un período de 20 años, analizar su evolución y describir las características clínicas y epidemiológicas.

Métodos: Estudio retrospectivo entre 1988 y 2001 y prospectivo entre 2003 y 2007 del personal sanitario de un hospital universitario situado en la provincia de Barcelona. A partir de los registros del Servicio de Neumología y de Medicina Preventiva se ha recogido para cada caso: variables sociodemográficas, localización de la TB, procedimiento diagnóstico, categoría, prueba de la tuberculina y riesgo extralaboral. Se ha calculado la probabilidad acumulada anual agrupando los casos en períodos de 5 años. El estudio de tendencia se ha analizado mediante la regresión de Poisson. Se ha comparado la incidencia de TB con la población de 15-64 años de Cataluña calculando la razón de incidencia estandarizada (RIE) por tuberculosis en cada periodo quinquenal.

Resultados: En 20 años se han diagnosticado 22 casos de TB en personal sanitario, 8 (36,4%) eran varones, edad media de 29 años (21-46 años). El 36,4% eran médicos internos residentes y un 45,5% personal de enfermería. Prácticamente el 50% trabajaba en urgencias. La forma de TB más frecuente fue la pulmonar y el derrame pleural. Hubo un caso de TB ósea concomitante con la pulmonar y dos casos de TB de partes blandas por punción percutánea. La incidencia anual por periodos ha variado de 164,18/100.000 habitantes en el periodo 1988-1992 a 12,01/100.000 en 2003-2007 ($p = 0,00019$). Se ha observado un exceso de incidencia estadísticamente significativa en el periodo 1988-1992 (RIE de 2,64; IC 95%, 1,44-4,78).

Conclusiones: Los resultados muestran un incremento de casos de TB en personal sanitario, especialmente en las áreas de urgencias y en las áreas donde se manipula material biológico de riesgo. El análisis de tendencia muestra una reducción importante del número de casos a lo largo del periodo estudiado con un exceso de casos en el primer quinquenio al comparar con la población general. Los esfuerzos deben ir dirigidos a mantener medidas de protección eficaz en el hospital, que incluyan la educación sanitaria para el diagnóstico y aislamiento precoz de los pacientes con TB y la utilización de equipos de protección personal y material de bioseguridad por parte de los profesionales sanitarios.

312. COMPORTAMIENTO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LA REGIÓN SANITARIA BARCELONA, AÑOS 2005-2010

E. Torné, J. Benet, A. Guarga

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

Antecedentes/Objetivos: Estudios recientes sobre frecuentación de urgencias describen una estabilización en la tasa de urgencias hospitalarias en países desarrollados. La longevidad poblacional ha aumentado y consecuentemente también ha crecido el n.º de pacientes crónicos; esta situación repercute sobre el global de la asistencia sanitaria y también ha de influenciar en la actividad de urgencias. **Objetivo:** Determinar la evolución de la actividad de urgencias y los ingresos corres-

pondientes en relación con la edad y valorar su complejidad según los distintos centros hospitalarios de la Región Sanitaria Barcelona (RSB), con una población de 5 millones de habitantes y 14 territorios de salud.

Métodos: Mediante el análisis de la base de datos de facturación se evalúa la evolución global de las urgencias (ajustada) y se estudia la existencia de posibles diferencias por grupos de edad y centro hospitalario. Tras seleccionar las urgencias ingresadas, se analiza el grado de complejidad y su variación en los últimos 5 años a partir de la información del CMBD-AH (2005-2010).

Resultados: Se obtienen más de 2 millones/año de urgencias en los 30 hospitales públicos de RSB. La tasa ajustada: 422 urg/1.000 hab/año, presentando unos valores muy estables en los 5 años de estudio, con un incremento de un 3,5% en el año 2009. Existen oscilaciones en función del territorio analizado siendo las cifras más bajas las de Barcelona ciudad y las más elevadas las del territorio del Baix Vallès. En el análisis por grupos de edad, las tasas mayores corresponden a la población > 65 años y la pediátrica con tasas de 586 y 507 en el año 2010, mientras que la población adulta es de 356 urg/h/a. La evolución muestra un incremento de un 7% en la población > 65 años y un descenso de un 13 y un 6% en la población pediátrica y adulta en 5 años. No existe variación en el % de urgencias ingresadas por grupos de edad, presentando valores estables de 3, 7 y 21% (pediatría, adultos y > 65 años), aunque sí se ha incrementado la complejidad en > 65 años.

Conclusiones: Se ha incrementado la tasa de urgencias hospitalarias en la población > 65 años en los últimos 5 años y tiende a elevarse, mientras que en el resto de la población va en disminución. El aumento puntual en el año 2009 se debe posiblemente a la pandemia de la gripe A. El incremento de la actividad junto con la complejidad del paciente que precisa ingreso son factores importantes a considerar en la adecuación de programas y recursos sanitarios para incrementar la efectividad de los servicios de urgencia en el marco de la planificación sanitaria.

405. RESULTADOS: TRAS 2 AÑOS DE REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN UN ÁMBITO COMARCAL

T. Sabater Ripolles, O. Alberca Guevara

Regió Sanitària Catalunya Central, CatSalut, Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: La comarca de Osona esta situada en la zona central de Catalunya, tiene una extensión de 1.260,10 km² y una población de 156.000 habitantes. El territorio está dividido en 11 áreas básicas de salud (ABS), de diferente titularidad, y dispone de un hospital de referencia. Por peligrar la sostenibilidad del recurso, en el año 2008 se reordenó la atención urgente no grave, que comprendía el ámbito de la atención primaria y las visitas urgentes de baja complejidad del servicio de urgencias hospitalario. El objetivo principal es la evaluación de los resultados, después de 2 años de puesta en marcha de este dispositivo comarcal, analizando si ha habido mejoras en la respuesta a la demanda de atención continuada y urgente no grave.

Métodos: Seguimiento de la actividad diferenciando el recurso en el que se ha prestado la asistencia, realizando al mismo tiempo el seguimiento del nivel de satisfacción de los usuarios.

Resultados: La actividad total de visitas en el servicio de urgencias del hospital ha disminuido en un 13,4% a pesar de que la población ha aumentado un 4,5%. Esta disminución ha sido a expensas de las urgencias de baja complejidad atendidas a nivel hospitalario, que se han reducido entre un 30-35%. Se ha conseguido redireccionar alrededor de un 35-40% de la demanda de atención inmediata y/o urgente que acudía espontáneamente al servicio de urgencias hospitalario, hacia su centro de referencia de atención primaria, en

el horario en que dicho centro permanece abierto. No ha habido cambios significativos en el número de visitas de atención domiciliaria. Ha mejorado notablemente la relación entre niveles asistenciales y la satisfacción de la población con estos servicios. Ha mejorado la sostenibilidad del servicio, tanto en términos económicos como de disponibilidad de profesionales para proveer el servicio de atención continuada.

Conclusiones: La reordenación de los centros de atención continuada supone una mejora en la calidad de la atención al paciente urgente no grave y, consecuentemente, se observa un mayor nivel de satisfacción tanto entre los profesionales como en la población. Este cambio organizativo basa una parte importante de su éxito en la incorporación de la figura de la enfermera de selección de pacientes, como puerta de entrada al servicio de urgencias hospitalarias.

475. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LOS BARRIOS DE BARCELONA

N. Calzada, F. Daban, L. Artazcoz, C. Borrell, E. Díez, M.I. Pasarín, Grupos de Trabajo de SaBB

Agencia de Salud Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: "Salut als Barris" de Barcelona (SaBB) tiene como finalidad potenciar el trabajo comunitario para la mejora de la salud y reducir las desigualdades sociales en salud en los barrios beneficiados por la Ley de Barrios en Catalunya (2/2004). Objetivo: Describir el proceso utilizado para priorizar los problemas de salud y el resultado de este proceso en los diferentes barrios en que está implantado.

Métodos: SaBB se inició en 2008 y está implantado en 7 barrios. Fases de desarrollo: establecimiento de alianzas con agentes; identificación y priorización de necesidades en salud, planificación, implementación y evaluación de las intervenciones. Las fases promueven la acción y participación comunitaria. Se realiza un diagnóstico participativo, con métodos cuantitativos y cualitativos, sobre la salud de la población. Se incluyen indicadores sociodemográficos, de natalidad y mortalidad, de salud y conductas relacionadas con la salud y de servicios de salud, así como problemas identificados en entrevistas, grupos nominales y grupos de discusión a personas que residen o trabajan en el barrio. La priorización se realiza en una jornada participativa abierta al barrio. Se han utilizado dos métodos de priorización, según el barrio, la priorización por pares y otros basados en la selección individual de los participantes sobre una lista conjunta.

Resultados: En cada barrio se constituyó un grupo de trabajo (APS, salud pública, servicios sociales y otros agentes comunitarios) y se elaboró un documento de informe de salud. Se observan similitudes en los problemas y/o determinantes de salud priorizados en los barrios. Los temas considerados más importantes son: aislamiento y soledad de las personas mayores, desempleo, convivencia, consumo de drogas, ansiedad y depresión, obesidad, embarazo adolescente, ruido y suciedad.

Conclusiones: Pese a que los barrios son diferentes, los problemas de salud que preocupan a la población son en gran parte comunes. Hay factores globales, sociales y económicos que determinan los problemas de salud, como el desempleo y la precariedad laboral, la pobreza, el crecimiento de la inmigración y el envejecimiento de la población, que también son comunes. Los temas priorizados por los barrios requieren de la actuación a diferentes niveles y a partir de diferentes sectores, además del sanitario. Programas participativos e intersectoriales como SaBB favorecen el abordaje colectivo de los recursos de forma que las personas se puedan organizar en torno a la mejora de la salud y calidad de vida.

665. ENCUESTAS DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD: SU USO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD LABORAL

M.J.I. Iñiguez^{a,b,c}, A.A. Agudelo-Suárez^{b,d,e}, J. Campos-Serna^{b,d,f}, F.G. Benavides^{b,f}

^aSuperintendencia Riesgos Trabajo-Argentina; ^bCISAL, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona; ^cUniversidad de Buenos Aires; ^dGrupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; ^eUniversidad de Antioquia; ^fCIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las encuestas de condiciones de trabajo y salud (ECTS) son una herramienta de las políticas públicas en el campo de la salud y seguridad en el trabajo. Actualmente hay un creciente interés por utilizarlas además en la investigación, papel que no ha sido suficientemente explorado. El objetivo de este estudio fue analizar la utilización de las ECTS en el ámbito de la investigación en salud laboral a través de la literatura científica.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica sobre ECTS en MEDLINE (PubMed) entre 1990-2009 incluyendo metaanálisis, revisiones, estudios comparativos y artículos originales publicados en revistas de revisión por pares en inglés, español y portugués. Los descriptores utilizados fueron: "working conditions", "data collection" y "Surrey/s" combinados con los marcadores booleanos AND y OR. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión de acuerdo a la temática de interés, al título y resumen. En los artículos seleccionados se identificaron objetivos, temáticas abordadas y vacíos conceptuales, entre otras dimensiones.

Resultados: Se localizaron 378 publicaciones y se analizaron 13. Las exposiciones más estudiadas fueron aspectos de las condiciones de empleo (12 artículos). En las condiciones de trabajo se destacaron los riesgos osteomusculares (10 artículos) y los factores psicosociales (9 artículos). Bajo la dimensión de salud, 9 estudios analizaron los síntomas psicósomáticos y 6 la satisfacción laboral. Sólo 4 estudios incluyeron una perspectiva de género y 3 incorporaron la clase social. Fue escasa la investigación en prevención y participación de los trabajadores (1 estudio en cada caso).

Conclusión: La literatura científica producida a partir de las ECTS refleja las tendencias existentes en la investigación en salud laboral. Sin embargo, ciertos tópicos han sido prácticamente inexplorados, como la participación de los trabajadores, las actividades preventivas, la conciliación de la vida laboral y familiar. Igualmente, sería de gran interés la introducción de la perspectiva de género, migraciones y clase social ocupacional en los artículos científicos.

775. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA CIUDAD DE XÀTIVA. UN PROCESO PARTICIPATIVO

A. Grau Muñoz^a, J. Giner Monfort^a, Y. Sipán Sarrión^b, A. Silvestre García^c

Universitat de València; ^bRegidoria de Promoció Humana i Medi Ambient, Ajuntament de Xàtiva, Valencia; ^cCentro de Salud Pública del Departamento Xàtiva-Ontinyent, Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Según la FEMP, un Plan Municipal de Salud es un contrato dinámico entre la corporación local y la ciudadanía, orientado a incrementar el nivel de salud en el municipio. Toda iniciativa de este tipo debe partir de una diagnosis que recoja la apreciación de las carencias y oportunidades de la localidad. Se presenta el procedimiento metodológico y los resultados del diagnóstico de salud de la población de Xàtiva (Valencia). Un proceso que apostó por la participación directa de los agentes sociales y los profesionales locales. Objetivos principales: 1) Definir un diagnóstico de salud consensuado a partir de las aportaciones de la ciudadanía, la sociedad civil y lo/as profesionales, complementaria a la información secundaria disponible. 2) Fomentar el diálogo y la creatividad grupal en la identificación de las necesidades y oportunidades estratégicas. Las característi-

cas del proceso demandaban la conjunción de metodologías: metodologías cuantitativas, información cuantitativa y cualitativa sobre el estado de bienestar de la población a partir de fuentes secundarias disponibles. Metodologías participativas, promotoras de espacios colectivos de diálogo y creación de consensos.

Métodos: Seis entrevistas grupales con ciudadano/as de Xàtiva, a fin de captar los discursos y las valoraciones colectivas sobre el tema. La variable grupo de edad y distrito de residencia acotaron la muestra cualitativa. Dos talleres participativos ad hoc con asociaciones locales (n = 15 asociaciones) y con profesionales (n = 13 profesionales). La demanda planteada en las sesiones participativas giró alrededor de la representación de salud, desagregada en los constructos: limpieza urbana; zonas verdes; medio físico; gestión de residuos; atención sanitaria; recursos sanitarios; atención a personas con discapacidad; abusos y dependencias; malestares en la población; ocio y cultura, ejercicio físico; tejido social, y problemas sociales.

Resultados: El proceso de identificación y diagnosis resultó en la acotación de 49 problemas de salud segmentados en áreas temáticas. Este listado fue sometido a un proceso de priorización por parte del panel de participantes, determinándose 21 ítems de intervención. Prioridades que constituyen el armazón del futuro plan de salud de Xàtiva.

Conclusiones: Para abordar un diagnóstico de salud a nivel municipal debemos identificar e involucrar a los agentes sociales locales. Los procesos comunitarios resultan idóneos para conseguir estos fines. La participación de la ciudadanía, la sociedad civil y los/as profesionales ha resultado determinante en la definición del diagnóstico de salud de Xàtiva

1047. SALUD GLOBAL

A. Franco Giraldo

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); Doctor en Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En esta ponencia se presenta una visión interpretativa de la salud global desde la perspectiva planteada en el libro *Salud Global. Política Pública, derechos sociales y globalidad*, del mismo autor. Al escribir sobre globalidad, política pública y salud tuvo como intención integrar en un solo texto algunos de los temas relacionados con la salud pública, la política, la globalización y las transformaciones estatales que han influido en la salud durante la etapa más reciente de la humanidad. El propósito académico es contribuir al desarrollo disciplinar de la salud pública, como área político-científica; por eso el centro del análisis es el factor político y su influencia en la salud de la población mundial, lo cual permite establecer puentes de conexión entre los determinantes globales y la salud. La salud pública, como transdisciplina académica, debe establecer y hacer más evidentes ciertos vínculos entre la globalidad y la situación de salud en el mundo, mediatizados por los procesos políticos. Esta ha sido una de las intenciones que han motivado el presente texto, y a ella se dedican varias líneas y contenidos durante su desarrollo. Hasta el presente, las indagaciones de los grupos de investigación en salud pública y ciencias sociales se han dirigido a relacionar la salud con factores socioeconómicos y con el desarrollo, pero no se han explorado suficientemente los aspectos sociales y políticos relacionados con la salud en el mundo de la globalización.

Métodos: Se analiza la decadencia de los indicadores de salud en algunos países, en relación con cambios sociopolíticos de gran intensidad al final del milenio. En el mismo contexto, se consideran las transformaciones del Estado en el marco de la globalización económica y del ajuste estructural y su relación con la salud. Igualmente, se estudian las conexiones entre los indicadores de salud y los cambios políticos en cuanto a democracia y gobernabilidad, que hacia el final de siglo XX se hicieron más evidentes.

Resultados: En esta ponencia se desarrollan algunos de los ejes de trabajo y discusión planteados en el libro "Salud Global", presentando una síntesis integradora de sus temas. Se retoma la globalización y los ejes económico y político con sus implicaciones para el análisis de la salud global y en alguna forma esta presentación, trasciende el libro y lo actualiza con otros enfoques de salud global. Un reto adicional ha sido avanzar en la búsqueda de indicadores que puedan relacionar, por un lado, la política y el Estado (su componente público, en contradicción franca con los procesos globalizadores) y, por otro, los cambios en salud, para lo cual se debe determinar el efecto de estas variables contextuales y su incidencia en las políticas públicas de los países, ante todo en aquellas de carácter indirecto, que influyen sobre las condiciones de salud.

1048. LA GOBERNANZA ATEMPERA EL IMPACTO DEL LIBRE COMERCIO SOBRE LA SALUD. ESTUDIO EN LOS PAÍSES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO, 2005

A. Franco-Giraldo^a, R. Umaña-Peña^b, C. Álvarez-Dardet Díaz^c

^aFacultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); Doctor en Salud Pública; ^bOdontología, Candidato PHD Salud Pública; ^cUniversidad de Alicante; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); PHD Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Con el objetivo de determinar el efecto de los índices de gobernanza sobre los indicadores de salud (MI, EV y MM) en los países que suscriben acuerdos de comercio de servicios (AGCS) con la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el efecto cruzado con las variables de liberalización del comercio, se propuso esta investigación.

Métodos: Se trata de un estudio ecológico que incluye a todos los países de la OMC y considera información agregada para el año 2005. Relaciona indicadores de gobernanza y salud (MI, EV y MM). Como variables intervinientes, índices de liberalización del comercio, el coeficiente de Gini (desigualdad), el gasto público en salud (GPS) y el PIB per cápita. La mortalidad infantil (MI), esperanza de vida (EV), mortalidad materna (MM) se obtienen de Naciones Unidas. El indicador *regulatory quality* (indicador de gobernanza), del Banco Mundial (BM). La variable liberalización del comercio (liberalización global de servicios (AGCS), del BM. Con los datos del 2005 establece correlaciones de Pearson y medidas de tendencia central. Mediante análisis multivariado (modelo de regresión lineal múltiple) y aprovechando los datos agregados 2005, se buscan asociaciones de las variables que mejor explican los cambios en MM, MI, EV (coeficiente de determinación [r^2] y los beta específicos), al ajustar por gasto en salud, Gini, PIBpc y liberalización.

Resultados: El análisis bivariado sugiere un efecto favorable de la gobernanza sobre la salud. Las variables económicas presentan asociaciones significantes con indicadores de salud. Igual pasa con la liberalización global. Posteriormente, al aplicar el modelo de regresión lineal múltiple se obtienen los siguientes resultados: R 2 (EV): 0,592 = 74,578 - 0,245 gini + 0,045 liberalización global + 7,788 *regulatory quality*; R 2 (MM): 0,468 = 418,309 + 0,006 PIB pc - 3,668 liberalización global - 340,191 *regulatory quality*; R 2 (MI): 0,473 = 82,777 - 0,667 liberalización global - 39,331 *regulatory quality*.

Conclusiones: Los resultado muestran una relación de gobernanza favorable para la salud (MI, MM, EV), dadas las medidas de política pública percibidas en el indicador (*regulatory quality*). Si bien todas las variables introducidas en el modelo de regresión lineal presentan una asociación con salud, la que mantiene una mayor consistencia y mayor aporte a la determinación sobre la salud (r^2) es gobernanza. La gobernanza puede cumplir un importante papel catalizador sobre las medidas neoliberales de ajuste estructural. La liberalización comercial de

servicios resulta favorable para la salud sólo cuando se cuenta con buenos niveles de calidad regulatoria y gobernanza.