

COMUNICACIONES ORALES I (10 MINUTOS)

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 09:00 a 11:00 h

Sala Biblioteca

Desigualdades

Moderadora: Diana Gil González

115. FALTA DE CONTROL PRENATAL Y MORBILIDAD NEONATAL EN INMIGRANTES AFRICANAS EN CANTABRIA

M. Paz, J. Llorca, I. Castro, M. Ruiz, M. Santibáñez

Servicio Cántabro de Salud; Universidad de Cantabria; CIBERESP; CAIBER; IFIMAV-FMV, Santander.

Antecedentes/Objetivos: Comparar la asociación entre la falta de control prenatal y la morbilidad neonatal en gestantes inmigrantes africanas frente a autóctonas.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se identificaron 231 inmigrantes africanas en todo Cantabria, con fecha de parto entre el 01/01/2007 y 31/12/2010. La muestra de la población autóctona se obtuvo mediante muestreo simple aleatorio. El muestreo se realizó estratificando por los centros de salud de origen de las gestantes inmigrantes incluidas. Se predefinió un ratio 1:3 gestante inmigrante: autóctona. El cumplimiento del control prenatal se estimó a través del Índice Kessner y de un Índice Propio, categorizándose en cumplimiento adecuado versus incumplimiento. Como variables principales de morbilidad neonatal se recogió bajo peso (< 2.500 g al nacimiento) y parto pretérmino (por debajo de las 37 semanas de gestación). Para estimar la asociación entre morbilidad neonatal e incumplimiento del control prenatal se obtuvieron Odds Ratio (OR) junto con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) mediante Regresión logística no condicional.

Resultados: La prevalencia de incumplimiento del control prenatal fue del 78-73% en función del índice analizado (Kessner o Propio) en inmigrantes frente al 24-22% en Autóctonas ($p < 0,0001$). En ambos colectivos (marroquíes y autóctonas) se encontraron asociaciones positivas tanto para parto pretérmino (OR africanas = 5,0; OR autóctonas = 3,0) como para bajo peso (OR bajo peso africanas = 6,8, OR autóctonas = 3,0). Al clasificar el incumplimiento en regular y alto se obtuvieron patrones dosis respuesta estadísticamente significativos ($p < 0,01$): OR incumplimiento alto parto pretérmino africanas = 17,0 (IC95% 0,97-

299), OR bajo peso africanas 12,9 (IC95% 0,7-232). Los resultados se mantuvieron al ajustarse por edad y percepción de riesgo social por parte de la matrona.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la falta de control prenatal (incumplimiento del Protocolo de Atención al Embarazo en Cantabria) se asocia a un mayor riesgo de morbilidad fetal en ambos colectivos. Esta falta de control prenatal es mayor en inmigrantes frente a autóctonas pudiendo suponer una fuente de desigualdades en salud.

Financiación: Accésit en el Premio Nacional de Investigación en enfermería, 12ª ed.

116. ¿ES EL DESCONOCIMIENTO DEL IDIOMA LA PRINCIPAL BARRERA PARA LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN INMIGRANTES AFRICANAS?

M. Paz, J. Llorca, M. Ruiz, I. Castro, M. Santibáñez

Servicio Cántabro de Salud; Universidad de Cantabria; CIBERESP; CAIBER; IFIMAV-FMV, Santander.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar el efecto de los factores de riesgo sociales añadidos a la falta de conocimiento del castellano, en relación con el incumplimiento del Protocolo de Atención al Embarazo (PAE) en gestantes inmigrantes africanas en Cantabria.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se identificaron 231 gestantes, con fecha de parto entre el 01/01/2007 y 31/12/2010 recogiendo el conocimiento insuficiente del idioma (no saber hablar castellano), y la derivación de la embarazada a la trabajadora social (TS) por identificación de factores de riesgo sociales. El cumplimiento del PAE se estimó a través del índice Kessner (IK) y de un Índice Propio (IP), categorizándose en cumplimiento adecuado versus incumplimiento. Mediante Regresión logística no condicional se estimaron Odds Ratio (OR), junto con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para estudiar interacción, la asociación entre el idioma y cumplimiento del PAE se estratificó en función de la derivación de la embarazada a la TS, incluyendo asimismo el término de interacción en los modelos logísticos.

Resultados: El 84% no sabía hablar castellano. El 53% se derivaron a la TS. Únicamente en el 22%-27% gestantes, el control prenatal se consideró adecuado en función del índice analizado (Kessner o Propio respectivamente). El conocimiento insuficiente del castellano en gestantes no derivadas a la TS, se asoció al incumplimiento de forma más débil y no significativa (ORc incumplimiento IK 2,35; ORc IP 1,66). Por el contrario, en gestantes derivadas a la TS, la asociación para el idioma se reforzó alcanzando significación estadística (ORc incumplimiento IK 8,98; ORc IP 6,94). El término de interacción fue estadísticamente significativo (p interacción = 0,026) para el incumplimiento basado en el IK.

Conclusiones: La derivación de la embarazada a la TS interaccionaría con el idioma aumentando el riesgo de incumplimiento del PAE. Nuestros resultados apoyan que el conocimiento insuficiente del castellano sea el principal factor asociado al incumplimiento, pero únicamente en presencia de factores de riesgo sociales que motivan la derivación de la embarazada a la TS.

Financiación: Accésit en el Premio Nacional de Investigación en Enfermería, 12ª ed.

249. PERFIL DE EQUIDAD EN SALUD DEL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ÁLAVA

A. Bacigalupe, S. Esnaola, I. Fraile, J. Ibarra, J. Urraca, S. Sánchez, E. Millán

Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La auditoría de equidad en salud (AudES) es un proceso sistemático que identifica desigualdades en el acceso y

resultados de la atención sanitaria, e implementa y evalúa intervenciones que las reduzcan. La diabetes tipo 2 (DM-2) es una de las patologías crónicas que genera más carga asistencial en atención primaria (AP) y que ha mostrado un patrón socioeconómico en su frecuencia y consecuencias. Esta comunicación tiene como objetivo presentar los resultados del perfil de equidad realizado sobre la prevención secundaria y terciaria de la DM-2 en AP, como primera fase de una AudES.

Métodos: Estudio transversal y de cohorte retrospectiva sobre la población adscrita a los centros de salud de la Comarca Araba de Osakidetza de septiembre 2010 a agosto 2011. Como variable explicativa se utilizó el índice de privación MEDEA de la sección censal, que se enlazó con la información de la historia clínica electrónica de AP ($n = 278.593$, 93% del total). Las poblaciones a estudio fueron las personas a alto riesgo de diabetes y las diabéticas, que fueron seguidas durante un año. Las variables resultado fueron el consejo preventivo, el diagnóstico precoz, el tratamiento y las consecuencias de la DM-2. Se calcularon para cada sexo prevalencias estandarizadas por edad según el nivel de privación, y mediante modelos log-binomiales el índice relativo de desigualdad (RII) ajustado por edad y otras variables pronósticas (grupo de referencia: más favorecido).

Resultados: La prevalencia de DM-2 (hombres 5,8% y mujeres 4,8%) siguió un claro gradiente socioeconómico (RII en hombres = 1,35 [IC95% 1,26-1,44]; en mujeres RII = 1,79 [IC95% 1,66-1,94]), aunque la relación varió con la edad. No se observó un patrón socioeconómico en la prevalencia de población a alto riesgo de DM-2 (según sus niveles de glucemia), pero sí en la incidencia acumulada de DM-2 en las mujeres a riesgo (RII = 2,09 IC95% 1,28-3,40). El mal control metabólico aumentó con la privación especialmente en las mujeres (RII = 1,18 [IC95% 1,02-1,28]), así como el riesgo de tener un control analítico anual (RIIm = 1,14 IC95% 1,04-1,25). La derivación al especialista siguió un gradiente socioeconómico, que desapareció al considerar el grado de control metabólico y las complicaciones.

Conclusiones: Se evidencian desigualdades en la frecuencia de diabetes tipo 2 y sus complicaciones. La actuación de la AP es muy equitativa, con mayor intensidad de cuidados hacia los grupos con más necesidad de atención. Ello sugiere que el origen y las acciones dirigidas a reducir las desigualdades en la prevalencia y pronóstico de la diabetes deben contemplar actuaciones intersectoriales que incidan también sobre otros determinantes sociales de la salud.

150. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LAS VISITAS AL DENTISTA EN EUROPA: ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA COBERTURA PÚBLICA?

L. Palència, A. Espelt, M. Cornejo-Valle, C. Borrell

CIBERESP; ASPB; IIB Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: Se han descrito desigualdades socioeconómicas en el acceso al dentista en distintos países europeos. En ese sentido, la provisión pública de los servicios podría representar un medio para paliar la divergencia entre capacidad de pago y necesidad de atención. El objetivo de este estudio fue describir las desigualdades según posición socioeconómica (PSE) en las visitas al dentista en personas de 50 años o más en Europa en 2006 y determinar la influencia de la cobertura pública de los servicios en dichas desigualdades.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal con 12.364 hombres y 14.692 mujeres de 50 años o más de 11 países europeos. La variable dependiente fue el uso de servicios dentales en el año previo a la encuesta. Las variables independientes fueron el nivel educativo como indicador de PSE, la capacidad de masticar alimentos como medida de necesidad en salud y si los servicios dentales estaban de alguna manera cubiertos en el sistema sanitario público del país, variable que se obtuvo a partir de una revisión de la literatura. Se calcularon prevalencias de uso estandarizadas por edad y índices relativos de desigualdad (RII, PSE favorecida versus desfavorecida) según sexo, capacidad de

masticar y tipo de cobertura. Se evaluaron las interacciones entre PSE y las demás variables.

Resultados: Se observaron desigualdades según PSE en visitas al dentista, en todos los países del estudio, en alguno de los estados de salud bucal y en la mayoría en los dos. Por ejemplo, las desigualdades relativas en hombres que no podían masticar variaron de 1,11 (IC95%: 0,47-2,60) en Suecia a 5,43 (IC95%: 2,14-13,73) en Austria en países cubiertos y de 1,90 (IC95%: 0,82-4,40) en Suiza a 8,77 (IC95%: 3,55-21,66) en España en países no cubiertos. Se encontraron interacciones estadísticamente significativas entre PSE y capacidad de masticar y entre PSE y tipo de cobertura ($p < 0,001$). Así, las desigualdades según PSE fueron mayores en aquellos países donde las visitas al dentista no estaban cubiertas que en aquellos países donde había algún tipo de cobertura. Por ejemplo, en mujeres que podían masticar, aquellas que vivían en países cubiertos y tenían una PSE favorecida tenían una probabilidad 1,38 (IC95%: 1,28-1,48) veces mayor de haber visitado al dentista que aquellas con PSE desfavorecida, mientras que aquellas que vivían en países no cubiertos y PSE favorecida tenían una probabilidad 1,93 (IC95%: 1,70-2,18) veces mayor de haber visitado al dentista que aquellas con PSE desfavorecida.

Conclusiones: Existen desigualdades socioeconómicas en las visitas al dentista en toda Europa pero en aquellos países con cierta cobertura pública éstas son menos marcadas. Este estudio destaca la importancia de los servicios públicos en la mitigación de las desigualdades.

246. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS CARACTERÍSTICAS Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA DIABETES EN EL ÁMBITO RURAL

I. Ricci-Cabello, I. Ruiz-Pérez

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Health Services and Policy Research Group, NIHR School for Primary Care Research. Department of Primary Care Health Sciences, Universidad de Oxford; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se evidenció que las personas diabéticas residentes en el medio rural presentan mayores dificultades tanto para llevar a cabo un adecuado autocontrol de su enfermedad como para recibir la atención sanitaria que requieren, lo cual propicia la aparición de desigualdades sociales en salud. Ello está estimulando el diseño e implementación de intervenciones por parte del sistema sanitario para mejorar la calidad de cuidado de la diabetes en el ámbito rural. El objetivo de este trabajo es identificar, caracterizar y evaluar la efectividad de dichas intervenciones.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, realizándose una búsqueda bibliográfica exhaustiva en numerosas bases de datos bibliográficas, incluyendo Medline, Embase y CINAHL. Se seleccionaron los estudios que evaluaban la efectividad de intervenciones llevadas a cabo desde el sistema sanitario dirigidas a mejorar la calidad del cuidado en la población diabética residente en áreas rurales. Se extrajo la información sobre las características de las intervenciones (ámbito geográfico, duración, participantes, personas encargadas de llevarla a cabo, etc.) y se determinó su efectividad. La calidad metodológica de los estudios fue evaluada mediante del instrumento "The Quality Assessment Tool for Quantitative Studies".

Resultados: Se identificaron un total de 19 estudios (7 ensayos clínicos aleatorizados y 12 estudios cuasiexperimentales; 4 de alta calidad metodológica, 7 de calidad media y 8 de baja) que evaluaban la efectividad de 15 intervenciones (principalmente llevadas a cabo en EEUU). 7 de dichas intervenciones estuvieron dirigidas a pacientes (con el objetivo común de mejorar la calidad del automanejo de la diabetes), 5 a los centros de salud (para mejorar la calidad de la estructura y procesos clínicos) y 3 tanto a pacientes como a los centros de salud. 6 in-

tervenciones mostraron una alta efectividad, 5 una efectividad moderada y 4 no fueron efectivas. Se observó una mayor proporción de alta efectividad entre aquellas intervenciones dirigidas a los centros de salud, de mayor duración y grado de complejidad.

Conclusiones: La presente revisión sistemática presenta por primera vez evidencia científica sobre el potencial de los sistemas sanitarios para reducir la brecha en salud que sufren las personas diabéticas residentes en entornos rurales e identifica una serie de características que pueden predecir el éxito de sus acciones.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PS09/00747). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0152).

274. EVOLUCIÓN DE LA EXPOSICIÓN PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO EN CATALUNYA, 2006-2010

E. Molinero Ruiz, S. Moncada Lluís

Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral, Departament de Treball i Ocupació, Generalitat de Catalunya; Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud.

Antecedentes/Objetivos: La exposición a riesgos psicosociales es uno de los aspectos más relevantes del ambiente de trabajo en relación a la salud. De la información europea disponible, se desprende un aumento paulatino de la prevalencia de exposición. El objetivo principal del estudio es analizar los cambios en la exposición psicosocial de la población asalariada de Catalunya entre 2006 y 2010.

Métodos: Se realizó un análisis de la primera y segunda encuesta de condiciones de trabajo con una muestra representativa población asalariada de Catalunya en 2006 (n = 2.906) y en 2010 (n = 2.756). Se realizó un análisis descriptivo de las exposiciones psicosociales de exigencia psicológicas, control, apoyo social e inseguridad medidas con las escalas de COPSOQ versión corta calculando la prevalencia y los cambios entre 2006 y 2010. Se estratificó por género, edad y gran grupo de ocupación (CNO 94).

Resultados: Entre 2006 y 2010 se observó un aumento en la prevalencia de exposición a altas exigencias psicológicas [PR 1,30 (IC95% 1,19-1,43)], bajo control [PR 1,42 (IC95% 1,29-1,55)] y alta inseguridad sobre el empleo [PR 1,17 (IC95% 1,10-1,25)] sin diferencias según sexo y edad. Se observaron diferencias importantes según ocupación con un aumento más importante entre trabajadores manuales de las exposiciones a bajo control y alta inseguridad.

Conclusiones: La exposición a factores de riesgo psicosocial ha empeorado entre 2006 y 2010 en Catalunya sobre todo en relación a la intensificación del trabajo, el aumento de la exposición a bajo control y aumento de la inseguridad sobre el empleo; siendo más intensa la desigualdad según clase ocupacional.

316. RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN ASTURIAS

M. Margolles, I. Donate, P. Margolles

Consejería de Sanidad; Observatorio Salud en Asturias; Facultad de Psicología, UNED.

Antecedentes/Objetivos: La exclusión social es un problema social que cada día afecta a mayor proporción de población y se refiere a las personas que se encuentran fuera de las oportunidades vitales que definen las conquistas de una ciudadanía social plena. En este estudio intentamos conocer el proceso de integración-exclusión social a partir de la información disponible en la Encuesta de Salud de Asturias 2008 con objeto de conocer, contabilizar, comprender y prever la exclusión social en Asturias en relación al género, la edad, y el lugar donde se vive.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de los datos de la Encuesta de salud Asturias en 2008 (ESA-2008) en el que aplicamos un modelaje de un instrumento de análisis descriptivo y estructural de aproximación a la exclusión social basado en las dimensiones laborales, económicas, culturales, personales y sociales del fenómeno. En cada una de ellas se seleccionan factores de exclusión e inclusión que son cuantificadas y ponderadas en los ítems relacionados de la ESA-2008. Con ello se procede a lograr un índice de exclusión social, que se pondera entre -10 y 70 puntos. Los resultados obtenidos son cuantitativos y se pueden categorizar en 4 niveles: Zona de integración; de vulnerabilidad; de asistencia y de exclusión. Con el programa SPSS v15 se analizan estos resultados y se abordan los resultados en Asturias en relación a los ejes de desigualdad (clase social, género, edad, territorio).

Resultados: Los resultados nos muestran una profunda desigualdad en el riesgo de exclusión social en función del lugar de residencia siendo muy inferior en las zonas rurales. El riesgo de exclusión social es mucho mayor en mujeres (32,7% vs 19,5 en hombres). Por edades, es muy superior el riesgo de exclusión en personas mayores (45%). Si se es mujer y mayor los riesgos se elevan al 59% de ellas. Por país de nacimiento, los inmigrantes tienen cifras del 54% (los asturianos el 22,5%). La cifra global de riesgo de exclusión se cifra en el 26% de las personas adultas residentes en Asturias. Todas las diferencias detectadas son estadísticamente significativas.

Conclusiones: Con este estudio hemos logrado obtener resultados de información sobre riesgo de exclusión social con el uso instrumento que mide ese riesgo en una comunidad y que permite conocer a nivel local el riesgo de exclusión de una manera dinámica, procesual y estructural que afecta a grupos sociales y no meramente la medición de la pobreza que no es más que un estado de una persona en términos individuales. Consideramos conveniente que periódicamente se monitoren estos procesos de inclusión-exclusión social. Los datos se refieren a 2008. Es posible que actualmente las cifras sean, aún, peores. En 2012 se va a realizar una nueva Encuesta que permitirá medir los posibles cambios en este indicador.

334. ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS Y LA MORTALIDAD EN ÁREAS PEQUEÑAS DE PAMPLONA. PROYECTO MEDEA II

J. Etxeberria, C. Moreno-Iribas, J. Delfrade, Y. Floristán-Floristán, E. Ardanaz

Universidad Pública de Navarra; CIBERESP; Instituto de Salud Pública de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: MEDEA II es una acción estratégica del CIBERESP que tiene como propósito estudiar las desigualdades socioeconómicas y medioambientales en áreas pequeñas de ciudades de España. En el caso particular de Pamplona, se plantea como objetivo de estudio, describir las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total y por causas específica en áreas de Pamplona en el periodo 1996-2007.

Métodos: Se lleva a cabo un estudio ecológico transversal y se define la sección censal (1000 habitantes) como unidad de análisis. Para cada área y período se estimó la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada utilizando un modelo jerárquico bajo un enfoque completamente bayesiano, concretamente el modelo propuesto por Besag, York y Mollie (1991), y asumiendo una distribución de Poisson para las muertes observadas. Se construyó un índice de privación socioeconómico mediante análisis de componentes principales. Se valoró el efecto del nivel socioeconómico sobre el riesgo de mortalidad. Todo el análisis se realizó por separado para hombres y mujeres. Los datos de mortalidad proceden del Registro de Mortalidad de Navarra, los datos poblacionales del INE y las variables con la que se compone el índice de privación provienen del Censo de Población y Vivienda de 2001.

Resultados: Las secciones censales situadas más al norte de la ciudad son las que presentan un índice de privación más desfavorable. En relación a la mortalidad total, las unidades censales con mayor privación presentan los siguientes riesgos relativos en comparación con aquellas unidades censales con menor privación: entre los hombres RR = 1,339; IC95% = [1,209-1,478]) y entre las mujeres (1,165; IC95% = [1,042-1,294]). Por otro lado, entre los hombres, existe asociación significativa entre la mortalidad y el índice de privación para las siguientes causas específicas: cáncer de pulmón, cáncer de estómago, diabetes, EPOC, SIDA y cirrosis hepática. Entre las mujeres, se obtiene asociación significativa entre el índice de privación y las siguientes causas de mortalidad: EPOC, SIDA y cirrosis hepática.

Conclusiones: Se evidenció una asociación entre la mortalidad total y el índice de privación tanto para hombres como para mujeres presentando un riesgo mayor de mortalidad aquellas unidades censales con peores indicadores. También se observó relación entre la mortalidad por algunas causas específicas e índice de privación. Los resultados obtenidos en este estudio pueden ayudar en un futuro en la planificación de recursos sanitarios y la puesta en marcha de programas de prevención que ayuden a la disminución de las desigualdades en salud.

Financiación: ISCIII (PI081058).

88. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD EVITABLE PREVENIBLE EN 33 CIUDADES ESPAÑOLAS. PROYECTO MEDEA

A. Nolasco, J.A. Quesada, I. Melchor, J. Moncho, P. Pereyra-Zamora, N. Tamayo-Fonseca, O. Zurriaga, M.A. Martínez-Beneito

Universidad de Alicante; Registro de Mortalidad CV; Dirección General de Investigación y Salud Pública; CSISP.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto MEDEA persigue entre sus objetivos describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad en ciudades españolas. El objetivo de este trabajo ha sido analizar la evolución de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad evitable prevenible en las 33 ciudades que participan en el proyecto MEDEA.

Métodos: Se utilizaron los indicadores básicos del proyecto MEDEA; porcentajes de trabajadores manuales, desempleados, trabajadores temporales, bajo nivel educativo general y bajo nivel educativo en jóvenes (de 16 a 19 años) basados en el censo de 2001, por secciones censales. La mortalidad correspondió al conjunto de defunciones por causas evitables prevenibles (T. tráquea, Cirrosis, SIDA y VIH, Accidente motor, Suicidio, Homicidio, Resto de externas) ocurridas en el periodo 1996-2007 y separando en dos periodos, 1996-2001 y 2002-2007. Para cada ciudad se utilizó además una clasificación de nivel socioeconómico (NSE) para sus secciones, en 3 grupos: Más favorecido (todos los indicadores por debajo del percentil 25, menos favorecido (todos los indicadores por encima del percentil 75) e intermedio (el resto). Para la estimación de los riesgos de muerte se ha ajustado modelos de regresión de Poisson para cada ciudad y sexo con variables explicativas la edad, el periodo y el NSE, incluyendo efectos de interacción. De haber sobredispersión se ha utilizado el método de cuasiverosimilitud.

Resultados: Los riesgos relativos de muerte del segundo periodo respecto al primero disminuyeron en hombres en la práctica totalidad de las ciudades y en la mayoría en mujeres. En hombres hay un riesgo de muerte significativo por NSE en todas las ciudades excepto 2. En mujeres este efecto aparece en 9 de las 33 ciudades. El riesgo relativo promedio del NSE más desfavorecido al más favorecido, en hombres, para el conjunto de las 33 ciudades fue de 2,4, sin variar entre periodos (no interacción). En mujeres fue de 1,4, existiendo interacción y variación entre periodos solo en Barcelona, disminuyendo en el segundo periodo.

Conclusiones: Hay un descenso generalizado de los riesgos de muerte del primer al segundo periodo pero manteniendo las desigualdades por NSE que no variaron del primer al segundo periodo, siendo mayores en hombres.

Financiación: FIS-FEDER Expdte. 080330 y resto expedientes Grupo Medea.

265. LAS PERCEPCIONES Y CREENCIAS DE LOS RESPONSABLES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN 13 CIUDADES EUROPEAS

J. Morrison, E. Díez, M. Pons-Vigués, C. Borrell

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Agència de Salut Pública de Barcelona; Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau); Universitat Pompeu Fabra; IDIAP Jordi Gol; Universitat de Girona.

Antecedentes/Objetivos: Hasta el momento no existen estudios cualitativos que analicen la comparación de las percepciones de políticos de diferentes ciudades europeas estas. Un estudio realizado en ciudades de Europa con diferentes contextos sociales y políticos puede ayudar a comprender otra dimensión de las desigualdades en salud urbanas. El objetivo de este estudio fue describir la percepción, el conocimiento y las creencias de los responsables de políticas públicas sobre las desigualdades sociales en salud y las políticas para reducirlas en las ciudades del proyecto Ineq-Cities durante 2010 y 2011.

Métodos: Estudio cualitativo fenomenológico realizado en 13 ciudades europeas durante el período 2010-2011. La población de estudio fueron los responsables de políticas públicas de estas ciudades, con cargo político o técnico y con un estatus directivo o gerencial. La información se generó a través de 18 entrevistas individuales en profundidad, siguiendo una guía de entrevista. Se llevó a cabo un análisis temático de contenido interpretativo con el apoyo del software Atlas.ti.

Resultados: La mayoría de los informantes describieron que los factores directamente relacionados con las desigualdades en salud son la situación económica y el nivel de educación. Percibían que las desigualdades entre los colectivos vulnerables y el resto de la población eran debidas a las diferentes posibilidades en salud, debido en parte, al hecho que mantienen conductas de riesgo y poco saludables. La crisis actual y el acceso a los servicios sanitarios, determina además el estado de salud de la población. Por otro lado los informantes de las ciudades de Praga y Kosice entendieron que las desigualdades en salud respondían a la responsabilidad individual como pagar el seguro de asistencia sanitaria obligatorio. La mayoría de políticas descritas se enfocaban a grupos desfavorecidos y a servicios sanitarios. Por otra parte los responsables de Londres describieron políticas dirigidas a potenciar el empleo, estableciendo colaboraciones con otros sectores y actores clave del ámbito local.

Conclusiones: Los responsables entrevistados centran el discurso de las desigualdades en salud en aspectos individuales como la posición socioeconómica y las conductas saludables. No describen políticas dirigidas a los determinantes estructurales, lo cual podría deberse, en parte, a cierta falta de información y de comunicación entre políticos e investigadores. Hay que promover la transferencia de conocimiento entre la comunidad científica y los demás ámbitos y, sobre todo, los decisores políticos.

Financiación: Proyecto INEQ-CITIES. EAHC N°2008 12 13. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).