

## COMUNICACIONES ORALES II (3 MINUTOS)

Jueves, 18 de octubre de 2012. 09:00 a 10:00 h

Sala Biblioteca

### Desigualdades

*Modera: Davide Malmusi*

---

#### **305. HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDADES RARAS EN LAS PROVINCIAS DE ANDALUCÍA**

S. Pérez-Vicente, C. Martínez Cirre, M.M. Rodríguez del Águila, F. Rivas Ruiz, M. Expósito Ruiz, C. Sánchez Rodríguez

*Unidad de Apoyo a la Investigación, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol; Unidad de Gestión Clínica de Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud y FIBAO, Hospital Virgen de las Nieves.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las enfermedades raras (ER) o huérfanas son aquellas que presentan una baja prevalencia en la población. La comunidad de Andalucía establece que una enfermedad es rara si su prevalencia es de menos 5 casos por cada 10.000 habitantes. El objetivo del estudio fue calcular la prevalencia de hospitalización por ER en Andalucía y sus provincias durante el periodo 2007-2009.

**Métodos:** Se diseñó un estudio descriptivo de prevalencia a partir de la base de datos, previa petición al Servicio de Producto Sanitario dependiente del Servicio Andaluz de Salud, del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBD) de hospitalización de los años del 2007 al 2009 cuyo diagnóstico principal o secundario fuese alguno de los códigos ICD-9 contenidos en el listado de enfermedades raras de la Consejería de Salud elaborado por la Junta de Andalucía. La información se agregó por provincia, edad y sexo, previa depuración de la misma. Se calcularon porcentajes de hospitalizaciones por ER, según sexo y grupo de enfermedad, en cada una de las provincias de Andalucía.

**Resultados:** En el periodo de estudio hubo 1.696.864 hospitalizaciones en toda Andalucía. Durante el mismo periodo, el número de episodios de ER fue de 290.149 casos en la comunidad, siendo patología presente en el 17,4% de las hospitalizaciones realizadas en los centros públicos de Andalucía. La mediana de edad de los pacientes con algún episodio de ER fue de 59 años (rango 34-74 años), siendo el 51,9% de los pacientes hombres (48,1% mujeres). Las provincias con mayor prevalencia de ER por hospitalización fueron Cádiz y Córdoba con 19,10% y 19,01%, respectivamente, siendo Almería con 14,98% la de menor prevalencia de ER. Por sexo, son los hombres los que mayor prevalencia presentan en general, resaltando de nuevo las provincias de Cádiz con un 22,58% y Córdoba con un 22,50% (mujeres: Cádiz y Córdoba con un

116,37% y 16,10%, respectivamente) y Huelva con un 18,35% la de menor prevalencia (mujeres: Almería con un 11,87%). Por grupos de ER, son las mentales las que presentan menores porcentajes en todas las provincias. En Cádiz, Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla, el grupo más prevalente es el de nutrición, en Almería y Jaén, digestivo y en Huelva el grupo de las congénitas.

**Conclusiones:** En análisis del CMBD de hospitalización andaluz ha posibilitado determinar el alto porcentaje de enfermedades raras existentes en Andalucía y sus provincias. Se constata mayor prevalencia en los hombres. Las ER mentales son las menos prevalentes en todas las provincias.

Financiación: Proyecto financiado por la Consejería de Salud, Código 10/410.

#### 470. ESTUDIO PILOTO PARA LA CREACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMEDADES RARAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO (CAPV)

R. Martínez-Cobo, L. Arriola, M. Espada, I. Izarzugaza

*Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; Subdirección Salud Pública Gipuzkoa, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; Subdirección Salud Pública Bizkaia, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.*

**Antecedentes/Objetivos:** La estrategia de enfermedades raras (EERR) en la CAPV presenta entre sus líneas estratégicas la creación del registro de EERR. El estudio piloto será el primer paso para conocer la magnitud de estas enfermedades en la CAPV e: identificar las fuentes de información para el registro. Determinar las variables mínimas comunes de las enfermedades registradas. Identificar las "EERR": definidas en la Estrategia Española por su prevalencia < 5/10.000 habitantes o por su incidencia < 6/100.000 habitantes/año en los tumores raros, según la definición del Proyecto Europeo Rarecare.

**Métodos:** Utilización de los sistemas de información sanitaria existentes en la CAPV en los que se registran las EERR susceptibles de formar parte del registro a partir del año 2008, así como solicitud de información a los clínicos relacionados con EERR. Depuración y cruce de las bases de datos para eliminar duplicados, teniendo en cuenta las codificaciones utilizadas en cada uno. Encontrar las variables mínimas comunes, en consonancia con las del Registro Nacional. Desarrollo de una aplicación informática para el proceso de los datos. Desarrollo normativo de creación y funcionamiento del registro de EERR.

**Resultados:** En la primera fase identificamos como fuentes de información: el registro de altas hospitalarias (CMBD), el de malformaciones congénitas, el de cribado neonatal y el registro de cáncer. Se ha elegido el año 2008 y siguientes para el estudio piloto, seleccionándose del CMBD 26.490 altas con EERR según códigos de la CIE-9\_MC en el diagnóstico principal. Del registro de anomalías congénitas se han identificado 460 casos, codificados con la CIE 10; de los cribados de recién nacidos se ha identificado 1 caso de fenilcetonuria y 7 de hipotiroidismo congénito y del registro de tumores se han identificado 1.246 tumores raros codificados con la CIE-O-III. Se depuran estas bases de datos evitando duplicados y compatibilizando diferentes codificaciones. Información y solicitud de datos a los servicios que ven pacientes con EERR: pediatría, neurología, medicina interna, nefrología, genética de hospitales de la CAPV, para obtener los datos de pacientes atendidos ambulatoriamente. Se presentarán los datos del cruce de estas fuentes con la base inicial de los registros existente para conocer el aporte específico de cada una y el número de EERR final obtenido.

**Conclusiones:** Aunque las enfermedades raras son un grupo de enfermedades muy heterogéneo y muy disperso este proyecto piloto permitirá identificar las fuentes de información y la mejor manera de abordar la creación del registro de EERR en la CAPV.

#### 173. CALIDAD DE VIDA Y SATURACIÓN EN PERSONAS CUIDADORAS DE ENFERMOS DE DISTROFIAS MUSCULARES

P. Margolles, M. García de Barros, M. Margolles

*Consejería de Educación; Facultad de Psicología, UNED; Consejería de Sanidad.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las distrofias musculares (DM) son unas de las enfermedades raras que mayor alteración de la vida cotidiana generan a sus enfermos, familiares y personas cuidadoras. Muchas de estas personas ven disminuida considerablemente su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y sufren saturación en sus cuidados que no siempre son objeto de medición. La pérdida progresiva de funciones en las personas enfermas así como la regresión de su CVRS y la dependencia genera un incremento en la pérdida de la CVRS y de saturación en las personas cuidadoras que es lo que pretendemos conocer con este estudio así como el grado de correlación entre la CVRS y dependencia de la persona cuidada y la de la cuidadora.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo a partir de los datos del Registro de Enfermedades Raras de Asturias. Se envía cuestionario postal para autocumplimentación de la CVRS, la escala de saturación de Zarit a todas las personas cuidadoras de enfermos de DM que constan como no fallecidos en el Registro. Los instrumentos utilizados son el EQ-5D en CVRS y el cuestionario de la escala de Zarit para el nivel de saturación. Se analizan la CVRS en sus dimensiones individuales, en la escala autovalorativa (VAS) y en el índice EQ-5D con los valores de preferencias y tarifas para España y para la saturación el índice de Zarit y se describen y comparan sus valores con los niveles de dependencia y de CVRS de las personas cuidadas con el programa SPSS v15.

**Resultados:** Ha participado el 80% de las personas a las que se envió el cuestionario. El 88% de las personas cuidadoras son mujeres. Un 54% son madres de los enfermos, un 15% son hijas y un 15% esposas. Los resultados obtenidos muestran que existen grandes pérdidas de CVRS en las personas cuidadoras de enfermos de DM. Los niveles de VAS así como el index EQ-5D son muy inferiores a los medios poblacionales. El VAS medio de personas cuidadoras es de 51 y el index EQ-5D de 0,70. Los índices de saturación de Zarit son considerables para alguna dimensión y en el valor global, un 65% tienen saturación intensa. La CVRS del cuidador está directamente relacionada con la del enfermo (0,886 en VAS y de 0,832 en EQ-5D index) y el grado de dependencia de este (0,726) todas con  $p = 0,01$ .

**Conclusiones:** La pérdida de CVRS en las personas cuidadoras de DM es considerable, alterando completamente su vida cotidiana y generando alta saturación del cuidador. Esta pobre CVRS se centra principalmente en las dimensiones de dolor y malestar y ansiedad y depresión. Tanto la CVRS y el índice de saturación están directamente relacionados con la CVRS del enfermo y su nivel de dependencia. Los autores consideran que se debe integrar este tipo de análisis en la evaluación de las estrategias ante las enfermedades raras.

#### 169. UNIDADES DE ATENCIÓN A LAS ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

J.M. Aldana Espinal, C. Salamanca Rivera, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez, A. Bordóns Ruiz

*Plan Andaluz de Personas Afectadas por Enfermedades Raras (PAPER), Servicio Andaluz de Salud (SAS), Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.*

**Antecedentes/Objetivos:** El PAPER tiene entre sus líneas estratégicas dar respuesta a las demandas expresadas por las personas afectadas por enfermedades raras (ER), como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), y a las necesidades detectadas por los gestores y profesionales implicados en su atención. Respecto a la creación de Unidades específicas, su objetivo es garantizar el acceso de todas las personas afectadas

por ER, en condiciones de equidad, a una atención de calidad. El objetivo era el diseño de las Unidades de atención a la ELA.

**Métodos:** Las Unidades de atención a la ELA se diseñaron mediante el análisis de 3 fuentes de información: 1) informadores clave de hospitales, mediante encuesta, 2) Asociación de pacientes, mediante grupo de discusión y propuesta de mejora 3) grupo de trabajo de la Guía de Atención a la ELA, mediante grupos de discusión. Se requería conocer el tipo, ubicación y constitución de las Unidades para la atención a la ELA.

**Resultados:** Se decide organizar la atención de la ELA en todos los centros según su nivel asistencial, con una unidad de coordinación normalizada, y una Unidad de Referencia para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Neurología Hospitales Virgen del Rocío-Virgen Macarena. La Unidad de Referencia de ELA del SSPA y las Unidades en hospitales de Nivel I (Hospitales regionales) deben configurar la Unidad con un equipo nuclear: Neurología, Neumología, Rehabilitación/Fisioterapia, Nutrición, Cuidados Paliativos, Enfermería Gestora de Casos, Trabajo Social. En coordinación con: Enfermería Gestora de Casos Comunitaria, Medicina de Familia y Comunitaria, Trabajo Social Comunitario. Este Equipo debe contar con la cooperación necesaria, a tiempo parcial o completo, de los profesionales de: Neurofisiología clínica, Aparato Digestivo, Logopedia, Terapia ocupacional, Salud Mental, Cuidados Críticos y Urgencias Hospital y Prehospitalarias, SaludResponde, Asociaciones de Pacientes.

**Conclusiones:** En esta patología, dada su fatal evolución y la necesidad de cuidados que requiere, hay que considerar la pertinencia de Unidades menos especializadas y más enfocadas a los cuidados y a la coordinación asistencial, establecidas en todos los niveles hospitalarios, con referencia para actuaciones más específicas en su hospital de referencia. El objetivo en la atención de los enfermos de ELA es garantizar una asistencia con el nivel de especialización que requieran en cada momento, de acuerdo a la evolución de su enfermedad.

## 161. CALIDAD DE VIDA, DEPENDENCIA Y FISIOTERAPIA EN DISTROFIAS MUSCULARES

M. García de Barros, P. Margolles, M. Margolles

*Consejería de Educación; Facultad de Psicología, UNED; Consejería de Sanidad.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las distrofias musculares (DM) son unas de las enfermedades raras que mayor alteración de la vida cotidiana generan a sus enfermos y familiares. Muchos de los afectados ven disminuida considerablemente su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y sufren complicaciones que pueden conducirlos al fallecimiento. A su vez, la pérdida de autonomía progresiva aumenta la dependencia. Esta pérdida así como la regresión de la calidad de vida y el nivel de dependencia es susceptible de ser modificada por la fisioterapia. En este estudio se pretende conocer la CVRS, el grado de dependencia y el uso de tratamientos fisioterápicos en las personas con DM en Asturias.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo a partir de los datos del Registro de Enfermedades Raras de Asturias. Se envía cuestionario postal para autocumplimentación de la CVRS, la escala de dependencia y el uso de tratamientos fisioterápicos a todos los enfermos de DM (CIE-9: 359.1) que constan como no fallecidos en el Registro. Los instrumentos utilizados son el EQ-5D para adultos y el KIDSCREEN-10 para niños y adolescentes en CVRS y el instrumento de Barthel para la dependencia. Se analizan la CVRS en sus dimensiones individuales, en la escala autovalorativa y en el índice EQ-5D con los valores de preferencias y tarifas para España y para la dependencia el índice Barthel y se describen sus valores con el programa SPSS v15.

**Resultados:** Ha participado el 88% de las personas a las que se envió el cuestionario. Los resultados obtenidos muestran que existen gran-

des pérdidas de CVRS tanto en población infantil como en adulta en las personas enfermas de DM. En algunos casos tanto el VAS como el index EQ-5D llega a ser casi nula la CVRS, en población infantil la situación es ligeramente mejor pero aún con gran quebranto en la misma. El VAS medio en adultos es de 40 y el index EQ-5D de 0,40. Los índices de dependencia son muy considerables en estos casos (88% tienen dependencia y un 50% grave o total). El uso de fisioterapia tiene niveles muy bajos, tanto en prescripción (55%) como en continuidad (sólo algunas sesiones).

**Conclusiones:** La pérdida de CVRS en las personas afectas de DM es considerable, alterando completamente su vida cotidiana y la de las personas cuidadoras. Los niveles indican progresión en la enfermedad hasta su fallecimiento. Esta pobre CVRS se centra principalmente en las dimensiones motoras. El grado de dependencia por tanto es muy elevado. Existe un escaso uso de tratamientos fisioterápicos aún a pesar de que existe evidencia científica de su utilidad para retrasar las complicaciones, el aumento de CVRS y la disminución de la dependencia. Los autores consideran que se debe integrar este tipo de análisis en la evaluación de las estrategias ante las enfermedades raras.

## 443. DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA: UN ANÁLISIS MULTINIVEL

K. Rocha, M. Rodríguez-Sanz, K. Pérez, J. Obiols, C. Borrell

*Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universitat Autònoma de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** La utilización de los servicios de salud mental viene determinada principalmente por la necesidad y la presencia de trastornos mentales. Además, existe evidencia de desigualdades en el uso de servicios de salud mental según características de los individuos, y según el territorio. El objetivo del estudio fue describir las desigualdades en la visita al psicólogo/a y al psiquiatra según la clase social y la cobertura sanitaria, así como, en la nueva división territorial sanitaria de Catalunya.

**Métodos:** Diseño transversal de niveles múltiples con los datos de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2006 jerarquizados en los 37 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS). La población estudiada fueron los residentes en Catalunya de 15 años y más no institucionalizados. La variable dependiente fue la visita el último año al psiquiatra y/o psicólogo/a (sí/no). Las independientes individuales fueron el sexo, la edad, el riesgo de mala salud mental (GHQ-12 positivo), el nivel de estudios, la clase social y el tipo de cobertura sanitaria; y de los GTS: la densidad poblacional, en quintiles. Se realizó un análisis descriptivo y se ajustaron modelos de regresión logística multinivel para analizar la variabilidad en los GTS y obtener los factores asociados mediante odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Un 2,8% de hombres y un 5,4% de mujeres habían visitado un especialista de salud mental, siendo 19,4% y 22,9% en hombres y mujeres con riesgo de mala salud mental, en cambio fueron menores en población mayor de 65 años. No se observaron diferencias significativas según el nivel de estudios o la clase social, la utilización fue mayor en la población con cobertura sanitaria privada respecto la que tiene cobertura exclusivamente pública (OR = 1,2, IC95% = 0,9-1,5 en hombres; OR = 1,4, IC95% = 1,1-1,7 en mujeres). Independientemente, se observó variabilidad en la utilización en los GTS muy relacionada con la densidad poblacional, siendo muy superior en las regiones más urbanas (OR = 0,6, IC95% = 0,5-0,9 en hombres entre quintiles extremos; OR = 0,7, IC95% = 0,5-0,8 en mujeres).

**Conclusiones:** No se observan desigualdades socioeconómicas en la utilización de los servicios especializados de salud mental. Sin embargo, una mayor oferta y accesibilidad a estos recursos, en la población con cobertura sanitaria privada y en las grandes ciudades, puede favorecer el mayor uso. Es necesario fortalecer los servicios públicos de

atención a la salud mental, especializada y coordinada efectivamente con la atención primaria, y desarrollar políticas que mejoren el acceso de la población mayor y en las zonas más rurales.

Financiación: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica. 098/12/06.

## 264. BARRERAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN INMIGRANTES Y MINORÍAS ÉTNICAS SEGÚN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

D. Gil-González, M. Carrasco-Portiño, C. Vives-Cases, A.A. Agudelo-Suárez, E. Ronda, R. Castejón Bolea

Universidad de Alicante; Universidad de Concepción, Chile; CIBERESP; Universidad de Antioquia, Colombia; CISAL; Universidad Miguel Hernández.

**Antecedentes/Objetivos:** El sistema sanitario tiene la capacidad de disminuir las desigualdades en salud, sin embargo, también puede exacerbarlas si se da inequidad en la provisión y el acceso a los servicios. Existe todavía un vacío de conocimiento sobre barreras que obstaculizan el acceso a los servicios sanitarios a población en situación de vulnerabilidad. El objetivo de este estudio es sintetizar el conocimiento científico generado sobre barreras de acceso a los servicios sanitarios en población inmigrante y minorías étnicas.

**Métodos:** Se aplicó la metodología de la revisión sistemática para analizar revisiones sistemáticas ("umbrella review") que abordaran las barreras de carácter estructural (organización del sistema sanitario), contextual (determinantes económicos, políticos, culturales y sociales) e individual (conductas) que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, o que analizaran intervenciones encaminadas a disminuir estas barreras. Se incluyeron revisiones sistemáticas localizadas en las bases de datos Medline, Scopus, Embase, y Cochrane Database sin límite temporal, enfocadas a población inmigrante económica y minorías étnicas (inmigrantes o autóctonas). Se realizó un estudio descriptivo y se analizó la calidad metodológica de los estudios.

**Resultados:** Se identificaron 2.672 estudios, de los que cuales sólo 8 revisiones sistemáticas de estudios cuantitativos cumplieron los criterios de inclusión. Identifican como barreras estructurales una menor cobertura sanitaria o seguro de salud en población inmigrante y minorías étnicas; como barreras de contexto la situación de privación económica, exclusión social y barreras lingüísticas no resueltas por la organización de los servicios sanitarios, y como barreras individuales actitudes de rechazo de la población ante pruebas diagnósticas. Las revisiones analizadas presentaron importantes problemas metodológicos en relación a su diseño y el tratamiento de la información incluida.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren la necesidad de invertir mayores esfuerzos para adaptar los sistemas sanitarios a las realidades/identidades culturales y étnicas, de sus usuarios/pacientes, como la promoción de recursos de interpretación lingüística en contextos sanitarios para mejorar adherencias a tratamientos o a actividades preventivas. También la generación de investigaciones en torno al binomio cultura-salud, y a creencias o experiencias previas de comportamiento ante sistemas sanitarios.

## 474. DETERMINANTES MATERIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD POR GÉNERO, CLASE SOCIAL Y LUGAR DE ORIGEN

D. Malmusi, C. Borrell, A. Vives, J. Benach

Agència de Salut Pública de Barcelona, IIB Sant Pau; CIBERESP; Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET), Universitat Pompeu Fabra.

**Antecedentes/Objetivos:** Numerosos estudios han tratado de establecer en qué medida diferentes factores intermedios "explican" las

desigualdades en salud, principalmente la observada según posición socioeconómica. El objetivo de este estudio fue explorar la contribución de diversos factores materiales (situación laboral y tipo de contrato, ingresos individuales, bienes materiales y dificultades financieras del hogar, carga de tareas domésticas y calidad de vida en el barrio) a las desigualdades de género, clase social, lugar de origen en la autovaloración de salud en la población adulta de Catalunya.

**Métodos:** Estudio transversal de 2.898 residentes en Catalunya de 40 a 64 años, con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida y Hábitos de Población de 2006. Se comparó la autovaloración del estado de salud general (muy buena o buena versus regular, mala o muy mala) en: hombres y mujeres, clases sociales no manuales y manuales, personas nacidas en Catalunya o en otras CCAA. Se excluyeron las personas nacidas en CCAA ricas (Madrid, Navarra, País Vasco, Cantabria, Rioja), en el extranjero o hijas de dos inmigrantes ("segunda generación"). Se analizaron las desigualdades de género dentro de los cuatro subgrupos creados por la intersección entre clase social y lugar de origen, y viceversa. Se calculó la razón de prevalencia (RP) de mala salud en modelos de regresión de Poisson, y el porcentaje de reducción ((RP modelo 2 - RP modelo 1)/(1 - RP modelo 1)) al ajustar por los factores materiales, por separado y en conjunto.

**Resultados:** Se observaron desigualdades en la autovaloración de la salud en los tres ejes sociales (RP > 1 con p < 0,05 salvo origen en hombres tanto no manuales como manuales, y género en no manuales nacidos en Catalunya). Todos los factores materiales en conjunto explicaron 47 a 99% (en función del subgrupo) de las desigualdades de género, 45 a 100% (RP inferior a 1 tras ajustar) de las desigualdades de clase social y 37 a 66% de las relacionadas con la migración. La mayor contribución correspondió a los ingresos individuales y situación laboral en las desigualdades de género, los bienes materiales y dificultades financieras del hogar en las relacionadas con la migración, y todos los anteriores en las desigualdades de clase social.

**Conclusiones:** La desigual distribución de recursos materiales y económicos parece ser crucial en la generación de desigualdades en salud en los tres ejes sociales estudiados. Para contrastar las desigualdades sociales en salud deberían implementarse políticas dirigidas a reducir las desigualdades sociales en los ingresos y recursos materiales, y las brechas de género en el acceso al empleo y a ingresos decentes.

## 280. AIR PROJECT. DESIGUALDADES EN SALUD EN LAS REGIONES EUROPEAS

J. Bolívar-Muñoz, I. Mateo-Rodríguez, I. González-Seco, A. Daponte-Codina, M. Bernal-Solano, S. Márquez-Calderón, I. Ruiz-Pérez, I. Ricci-Cabello, Air Research Group

Escuela Andaluza de Salud Pública; Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Salud Junta de Andalucía; CIBERESP, Centros de Investigación Biomédica en Red Epidemiología y Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** El principal objetivo del AIR Project (Addressing Health Inequalities Interventions in Regions) es identificar, analizar y evaluar intervenciones orientadas a la reducción de desigualdades en salud con la implicación de Atención Primaria y en el ámbito de las regiones Europeas, así como la elaboración de una guía de buenas prácticas y recomendaciones. Han participado en este proyecto europeo 30 socios de 14 países.

**Métodos:** Combinación de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas. En una primera fase se realizó una revisión de la literatura para identificar intervenciones efectivas y proporcionar un marco general. Posteriormente se diseñaron y aplicaron dos cuestionarios semiestructurados y autoadministrados, aplicados vía online. Mediante el primero se obtuvo información sobre estrategias y acciones a nivel nacional y regional; mediante el segundo, información en profundidad sobre intervenciones implementadas en las regiones. En una tercera fase se

analizaron las intervenciones y se evaluaron cuantitativa y cualitativamente. Finalmente se seleccionaron aquellas intervenciones más ilustrativas y se elaboró un catálogo de buenas prácticas y recomendaciones para la reducción de las desigualdades en salud, desde la Atención Primaria, en las regiones europeas.

**Resultados:** En Europa son escasas las publicaciones sobre la efectividad de intervenciones para reducir las desigualdades desde la Atención Primaria. Se ha obtenido información en profundidad de 46 intervenciones de 25 regiones y 16 países distintos. Hay escasa coordinación e integración de estrategias entre niveles nacional y regional. A nivel de políticas, las prioridades sobre reducción de desigualdades no están orientadas al abordaje de los factores estructurales y no siempre se traducen en proyectos concretos; políticas e intervenciones apenas son evaluadas. La mayoría de las intervenciones identificadas son sobre promoción de salud, orientadas a grupos desfavorecidos. Rara vez se incluyen procesos de monitoreo y evaluación de los resultados. La colaboración multidisciplinar y multisectorial son factores clave, así como la implicación del grupo objetivo en el diseño e implementación de las intervenciones.

**Conclusiones:** Entre los valores fundamentales de la Atención Primaria se incluye el objetivo de reducción de desigualdades en salud, cobrando especial relevancia en el contexto actual de crisis económica y de recortes. Desde este nivel es necesario trabajar con otros sectores y niveles para la reducción de las desigualdades en salud en las regiones europeas.

Financiación: European Commission.

## 218. PRECARIEDAD LABORAL EN EUROPA: MEDICIÓN DE UN CONSTRUCTO MULTIDIMENSIONAL CON LA ENCUESTA EUROPEA DE CONDICIONES DE TRABAJO

V. Puig-Barrachina, C. Vanroelen, A. Vives, J.M. Martínez, M. Julià, C. Muntaner, K. Leveque, J. Benach, F. Louckx

*VUB-Interface Demography; UPF-GREDS/EMCONET; Research Foundation Flanders, Belgium; CIBERESP; UPF-CISAL; Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública; Ghent University; University of Toronto.*

**Antecedentes/Objetivos:** El estudio de la precariedad laboral requiere una aproximación multidimensional que incluya características cruciales de la degradación del empleo estándar como la disminución de la protección social, ingresos insuficientes o la baja representación del trabajador, a parte de la temporalidad. Después de desarrollar un constructo multidimensional para medir la precariedad en España, el objetivo de este estudio es adaptar por primera vez el constructo para una encuesta europea, la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, y analizar su distribución social en la UE-27 según género, clase social y credenciales.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo con datos de la 4ª Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo realizada en 2005, en una submuestra de trabajadores asalariados ( $n = 21.415$ ). Se construyeron 11 indicadores que miden 7 dimensiones de la precariedad laboral: temporalidad, ingresos, derechos y prestaciones sociales, capacidad de ejercer derechos, participación y representación colectiva, formación y tiempo de trabajo. Se describió la distribución social de los 11 indicadores según clase social, credenciales y género en el conjunto de la UE-27, y por país.

**Resultados:** Los indicadores de precariedad laboral presentan una distribución desigual, más desfavorable para las mujeres, trabajadores no supervisores, con menores credenciales y del sud y este de Europa. El 37% de las mujeres se encuentra en el cuartil más bajo de ingresos respecto su país, en comparación con el 13% de los hombres. Sólo el 30% de los trabajadores no supervisores tiene alguna influencia para determinar su horario frente el 62% de los directivos (representación colectiva). En España sólo el 23% de los trabajadores recibe algún tipo

de formación pagada por el empleador en comparación con el 77% en Finlandia. Excepcionalmente son los hombres, directivos y expertos los que presentan mayor prevalencia en las categorías más precarias de horas extras no remuneradas (capacidad de ejercer derechos) y largas jornadas de trabajo y falta de predictibilidad en el horario (tiempo de trabajo).

**Conclusiones:** La precariedad laboral está claramente distribuida de forma desigual entre la fuerza de trabajo europea. Este estudio demuestra que no sólo es importante medirla en su conjunto sino también su distribución social. Es necesario desarrollar sistemas de vigilancia de la salud que monitoricen regularmente la precariedad, su distribución y su relación con la salud, con una perspectiva multidimensional.

Financiación: Research Foundation Flanders, Bélgica.

## 292. POBLACIÓN VULNERABLE Y NIVEL DE SALUD EN UN BARRIO URBANO: LA UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS COMUNITARIOS

I. Aguilar, M. Gil-Lacruz, A. Gil-Lacruz

*Universidad de Zaragoza.*

**Antecedentes/Objetivos:** El barrio es la unidad de referencia donde los individuos desarrollan sus capacidades y estilos de vida, así como donde se configuran los condicionantes de estratificación social. El objetivo de este estudio es identificar las relaciones existentes entre la vulnerabilidad socioeconómica y el estado de salud en el barrio urbano de Casablanca (Zaragoza).

**Métodos:** Se seleccionó una muestra representativa de 1.032 sujetos mayores de 15 años, residentes en el barrio de Casablanca. La información se recogió entre enero y abril del 2008 mediante un cuestionario de apoyo comunitario, condiciones de vida y salud adaptado al barrio. La vulnerabilidad se operativizó en función de características laborales, educativas y económicas de los individuos. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y comparativo según vulnerabilidad para las variables de salud percibida (autodeclarada e Índice General de Salud) y diagnosticada (diagnóstico de alguna enfermedad en las últimas dos semanas y número de enfermedades diagnosticadas) utilizando test paramétricos y no paramétricos. Mediante el uso de análisis multivariantes se estudió la asociación entre los resultados en salud y la pertenencia al grupo vulnerable, ajustando por características demográficas y del área de residencia dentro del barrio.

**Resultados:** Un total de 550 individuos (53,3%) pertenecieron al grupo vulnerable. La principal característica de este grupo fue el bajo nivel educativo (64,7% de los sujetos vulnerables). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para sexo, edad y área de residencia ( $p < 0,001$ ), existiendo un predominio femenino y de personas de mayor edad en el grupo vulnerable. Las personas con vulnerabilidad presentaron, respecto a la población no vulnerable, peores resultados en los indicadores de salud evaluados, destacando el Índice General de Salud (73,7 vs 77,3;  $p < 0,001$ ) y el número de enfermedades diagnosticadas (56,5 vs 36,1;  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante, se observó la existencia de un gradiente en la percepción de estado de salud, presentando los individuos que describieron su salud como "mala" 6,28 veces más riesgo de pertenecer al grupo vulnerable, respecto a aquellos que la habían definido como "excelente" (IC95% 3,33-11,83). Se observó también asociación para el diagnóstico de enfermedades (2,3; IC95% 1,79-2,96). En ambos casos, estas diferencias se mantuvieron estadísticamente significativas tras ajustar por sexo, y área de residencia, pero no al hacerlo por edad.

**Conclusiones:** Incluso en comunidades pequeñas es posible identificar desigualdades en salud. El abordaje comunitario permite el desarrollo de estrategias locales enfocadas a la capacitación y empoderamiento de los individuos respecto a sus condiciones y nivel de salud.