

COMUNICACIONES ORALES V (10 MINUTOS)

Viernes, 19 de octubre de 2012. 09:00 a 11:00 h

Sala Riancho

Políticas de salud

Modera: Joan Ramon Villalbí Hereter

3. PROXIMIDAD A LA FARMACIA Y DEMANDA ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Caamaño Isorna, A. Carrasco Argüello, M. Iglesias Rey, J. Pardo Seco

Área de Medicina Preventiva, Universidade de Santiago de Compostela, CIBERESP; Colegio Farmacéutico de León.

Antecedentes/Objetivos: El farmacéutico puede jugar un importante papel en el tratamiento de síntomas menores y en la correcta utilización de la automedicación. Así, se ha apuntado la importante función de las oficinas de farmacia en la contención de la demanda asistencial en Atención Primaria. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la oficina de farmacia sobre la demanda asistencial en Atención Primaria.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra de usuarios de farmacia (n = 600). Variable independiente: distancia a la farmacia. Variables dependientes: número de visitas al médico e hiperfrecuentación. Se consideraron además la edad, el nivel de estudios, el consumo de fármacos y la distancia al médico. Se utilizó regresión binomial negativa y regresión logística para el análisis multivariante.

Resultados: La participación fue del 71%. La regresión binomial negativa muestra que los sujetos menores de 65 años que tienen la farmacia a una distancia de entre 8 y 14 minutos van un 40.6% más al médico ($p = 0,032$), y los que viven a más de 14 minutos van un 225% más al médico ($p < 0,001$). La regresión logística muestra también asociación entre la mayor distancia a la farmacia y la condición de hiperfrecuentador al médico para los individuos menores de 65 años, OR = 6,48 (IC95%: 1,89-22,30) para los que viven a media distancia y OR = 10,83 (IC95%: 2,07-56,69) para los que viven a mayor distancia. No se encontraron asociaciones significativas para los mayores de 64 años.

Conclusiones: La proximidad de la farmacia al usuario se asocia a una menor demanda asistencial en Atención Primaria.

Financiación: Este estudio ha sido realizado en el marco de un convenio de investigación firmado entre la Universidade de Santiago de Compostela y el Colegio Farmacéutico de León.

55. IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS EN EUROPA: DISPONIBILIDAD DE DATOS RECOLECTADOS DE FORMA RUTINARIA. EL PROYECTO EUMUSC.NET

L. Carmona, E. Loza, A.D. Woolf, J. Erwin, WP EUMUSC.NET Group

Instituto de Salud Musculoesquelética; Universidad Camilo José Cela; Royal Cornwall Hospital.

Antecedentes/Objetivos: EUMUSC.NET es un proyecto para mejorar y armonizar la calidad de la atención de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERYME) en la UE-27. Uno de los objetivos fue identificar fuentes de datos comparables sobre el impacto sanitario, social, laboral y económico de las ERYME.

Métodos: Se contactó con los coordinadores de las encuestas nacionales de salud y representantes de la oficina de estadística de cada Estado para identificar la disponibilidad de datos pertinentes. Se identificaron fuentes de datos relacionados con la salud musculoesquelética y se consultó con expertos.

Resultados: Los datos de incidencia y prevalencia están disponibles en gran parte de las encuestas de salud, aunque son muy variables. La Encuesta Europea de Salud (EHIS) proporciona datos sobre la prevalencia auto-referida de estas enfermedades, pero los datos de utilización de recursos de primaria y especializada están disponibles sólo en fuentes nacionales. Los datos de utilización de servicios hospitalarios los recoge la OCDE y la OMS. Hay datos auto-referidos sobre el uso de medicamentos para ERYME en la EHIS y en una encuesta ad hoc del Eurobarómetro, así como de ventas en la OCDE, aunque algunos países tienen problemas de infra-notificación. Eurostat proporciona datos fiables sobre el número de reumatólogos pero no de otros profesionales relacionados. El programa Global Burden of Disease proporciona datos sobre Años de Vida Ajustados por Discapacidad y años vividos con discapacidad, así como sobre mortalidad relacionada con algunas enfermedades reumáticas. Los datos sobre discapacidad laboral temporal y permanente en relación con las ERYME se recogen en encuestas ad hoc y estadísticas nacionales, pero no de rutina para la UE-27, lo que impide su vigilancia. Las estadísticas nacionales carecen de información sobre el diagnóstico y se limitan a determinados grupos de población.

Conclusiones: Reconocer su impacto es clave para el desarrollo de políticas de prevención, manejo y prevención de las ERYME. Existe una falta manifiesta de datos sólidos y actualizados sobre salud musculoesquelética en Europa, y que afecta a la mayoría de los Estados. Un hallazgo sorprendente, por su impacto en las políticas, fue la ausencia de datos comparables sobre discapacidad laboral. La versión revisada del EHIS cuenta ahora con menos preguntas relacionadas con salud musculoesquelética, por lo que se pierde la oportunidad de proporcionar datos comparables. Si queremos mejorar la salud musculoesquelética en Europa es una necesidad urgente mejorar las fuentes de datos en los Estados miembros de la UE.

Financiación: DG SANCO.

56. INDICADORES BÁSICOS DE SALUD MUSCULOESQUELÉTICA NORMALIZADOS EN EUROPA: EL PROYECTO EUMUSC.NET

L. Carmona, E. Loza, A.D. Woolf, J. Erwin, WP EUMUSC.NET Group

Instituto de Salud Musculoesquelética; Universidad Camilo José Cela; Royal Cornwall Hospital.

Antecedentes/Objetivos: EUMUSC.NET es un proyecto de tres años para mejorar y armonizar la calidad y equidad de la atención de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERYME) en los 27 Estados miembros de la UE. Un objetivo clave del proyecto EUMUSC.NET es proporcionar evidencia a nivel de país sobre el impacto de las enfermedades musculoesqueléticas en indicadores de salud, socio-laborales y económicas. Con el fin de lograr este objetivo EUMUSC.NET se propuso desarrollar un conjunto de indicadores básicos que podrían servir de base para medir el impacto de la salud músculo-esquelético de cada país sobre una base consistente y regular y permitir comparaciones entre los Estados miembros.

Métodos: El conjunto de indicadores básicos ha sido desarrollado por un grupo de trabajo con representantes de 11 países de la UE. Este grupo: 1) Llevó a cabo una revisión de trabajos previos sobre indicadores de enfermedades musculoesqueléticas así como una revisión a nivel nacional, europeo e internacional de indicadores de relevancia para dichas enfermedades; 2) consultó a expertos, incluyendo el Departamento de Salud del Reino Unido, el Centro de Pronóstico de Salud Pública y la colaboración Fit for Work para el desarrollo del conjunto de indicadores básicos; 3) estableció los criterios para la selección de indicadores a incluir en un conjunto básico; 4) revisó la disponibilidad y accesibilidad de los datos de ámbito nacional, europeo y conjuntos de datos internacionales para la alimentación de dichos indicadores; 5) propuso un conjunto de indicadores básicos para la consulta con el grupo de trabajo y la red de EUMUSC (en representación de 22 organizaciones de toda la UE).

Resultados: Se ha desarrollado un conjunto de indicadores básicos de 38 indicadores repartidos en 8 dominios. Estos dominios son los siguientes: 1) Incidencia y prevalencia, 2) utilización de servicios de salud, 3) utilización de servicios hospitalarios, 4) recursos humanos, 5) consecuencias sociales de la, 6) calidad de vida relacionada con la salud, 7) co-morbilidad y 8) salud poblacional.

Conclusiones: El desarrollo de un conjunto de indicadores básicos para la recogida de datos comparables, accesibles y relevantes de todos los Estados miembros de la UE para medir el impacto de las ERYME es un paso clave en el logro de la equidad y la calidad de la atención de dichas enfermedades en Europa. Los indicadores pueden ser utilizados para la vigilancia efectiva de la salud musculoesquelética y será una herramienta importante para la evaluación de las necesidades, seguimiento de los progresos, la planificación y establecimiento de prioridades en salud musculoesquelética en la Unión Europea.

Financiación: DG SANCO.

57. INDICADORES EUROPEOS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ARTRITIS Y ARTROSIS: EL PROYECTO EUMUSC.NET

E. Loza, L. Carmona, S.I. Petersson, B. Strombeck, T. Stamm, T. Uhlig, A.D. Woolf, T. Vliet Vlieland, WP EUMUC.NET Group

Instituto de Salud Musculoesquelética; Universidad Camilo José Cela; Universidad de Lund; Medizinisches Universitätsklinikum Wien; Diakonhjemmetts Sykehus; Cornwall Royal Hospital.

Antecedentes/Objetivos: Eumusc.net es un proyecto europeo financiado por la UE y EULAR, para la mejora y vigilancia de la salud musculoesquelética en Europa. Entre sus objetivos está el desarrollo de indicadores de calidad asistencial para la artritis reumatoide (AR) y la artrosis basados en la evidencia.

Métodos: Se identificaron varios indicadores a partir de una búsqueda sistemática. Los indicadores se agruparon según dominios previamente establecidos. Durante tres reuniones presenciales y contactos por correo electrónico con diferentes profesionales de la salud y representantes de los pacientes, estos se fueron modificando. Se llevaron a cabo varias rondas Delphi para priorizar los indicadores, reformularlos y para evaluar la fuerza de las recomendaciones. Tras un proceso de auditoría por unidades de reumatología y centros de atención primaria en diciembre de 2011 en 7 países, se presentaron las versiones finales de los indicadores.

Resultados: El conjunto final de indicadores para la AR (n = 14) incluye dos para estructura, 11 de proceso y 1 de resultados. Ejemplos de indicadores son: "la estructura de las consultas de Reumatología deben facilitar el cálculo y registro por lo menos una vez al año de índices compuestos tipo DAS 28 o cualquiera de sus variantes CDAI o SDAI, de todos los pacientes con AR.

Conclusiones: Para que se implanten las guías existentes y se cumplan los estándares de cuidado, se necesita identificar indicadores que fomenten su aplicación. Los conjuntos de indicadores de calidad para AR y artrosis han sido aceptados en varios países y niveles asistenciales y se sugieren para la vigilancia de los cuidados en Europa.

Financiación: DG SANCO.

550. EUPRIMECARE. MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN EUROPA

F.J. Prado, M.A. Martín, V. del Pino, A. Albertos, S. García, C. Segovia, A. Sarria

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: No hay una relación perfectamente establecida entre las características y modelos organizativos de atención primaria (AP) con las medidas de proceso y de resultados. El objetivo

de este trabajo es determinar el efecto de una serie de variables asociadas con 5 dominios (financiación, regulación, pago, organización y el comportamiento organizacional), que podría definir los modelos de sistemas de atención primaria (AP) en Europa, con la prevalencia de enfermedades crónicas y los patrones de utilización de los servicios de salud, incluyendo utilización de los servicios de prevención.

Métodos: Los sistemas de AP de los países del proyecto EUPRIMECARE fueron clasificados según el marco propuesto por el proyecto a partir de una serie de variables clave de los 5 dominios previamente mencionados. De forma paralela se encuestó a una muestra aleatoria de la población de cada uno de los países del consorcio EUPRIMECARE para investigar sobre acerca de la utilización de servicios sanitarios y de la prevalencia de enfermedades crónicas.

Resultados: Los sistemas de AP que trabajan como redes asistenciales integradas muestran menos frecuencia de visitas, tanto para el médico de AP como para especialistas, así como menos hospitalizaciones. En los países con un modelo de pago por servicios y en los que el médico de AP no tiene función de control o filtro la frecuencia de visitas a los especialistas fue mayor que en el resto de países. Los sistemas organizados como sistema nacional presentaron menos visitas a AP y especialistas y más hospitalizaciones, comparado con los sistemas organizados como seguridad social. Los modelos asistenciales integrados tuvieron menor prevalencia de diabetes e hipertensión. Sin embargo presentaron mayor prevalencia de hipercolesterolemia y asma, comparado con los sistemas en los que el médico de AP trabaja en solitario. En los países con modelos de redes integradas, AP fue el escenario habitual para el diagnóstico de la diabetes, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el asma y la bronquitis. La prevalencia de la vacunación contra la gripe fue mayor en los sistemas con médicos trabajando solos o en grupos. Los análisis de sangre y las mediciones de la presión arterial, de colesterol y azúcar fueron más frecuentes en los sistemas de seguridad social. En los modelos con sistema nacional fue más frecuente el consejo médico, así como las mamografías y el test de Papanicolau en las mujeres.

Conclusiones: Estos primeros datos permiten sugerir que existen características de los modelos de AP existentes en Europa (relacionados con los modelos de financiación, organización, y pago) que se asocian con diferencias en las tasas de consultas, prescripciones o en la utilización de intervenciones preventivas o de promoción de la salud.

Financiación: Este proyecto está financiado por el 7º Programa Marco (Grant Agreement No. 241595).

441. INTRODUCCIÓN DE LA LENTE DE LA SALUD Y LA EQUIDAD EN LA ESTRATEGIA DE DESARROLLO SOSTENIBLE DEL GOBIERNO VASCO (ECO-EUSKADI 2020)

M. Morteruel, E. Aldasoro, S. Esnaola, C. Santarrosa

Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Una de las acciones intersectoriales de la IX legislatura del Gobierno Vasco es la estrategia vasca de sostenibilidad, EcoEuskadi 2020, que pretende evaluar los Planes de Gobierno desde el enfoque de los tres pilares de la sostenibilidad: el económico, el social y el ambiental. Se trata del elemento integrador de la acción intersectorial del gobierno. El Departamento de Sanidad y Consumo, en su objetivo de desarrollar la estrategia Salud en Todas las Políticas (STP), identificó como una oportunidad para su implementación la incorporación de la salud en EcoEuskadi 2020. El objetivo del proyecto fue estudiar la aplicabilidad de una herramienta de evaluación de impacto en salud (EIS) basada en los pilares de la sostenibilidad y el modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS). En este resumen se presentan los resultados de la primera fase.

Métodos: EcoEuskadi 2020 ha definido 9 objetivos estratégicos y plantea dos tipos de evaluación. La evaluación ex post se basa en una batería de indicadores y la ex ante, en un checklist para la evaluación de

impacto en la sostenibilidad de las políticas autonómicas. El proyecto se dividió en dos fases: la primera, de introducción de la lente de la salud y la segunda, de estudio de su aplicabilidad como herramienta de Evaluación de Impacto en Salud. En primer lugar se llevó a cabo un análisis sistemático de su contenido desde la perspectiva de los DSS y la equidad. Se utilizó una herramienta de cribado de EIS basada en el modelo de la OMS de los DSS, previamente desarrollada ad hoc por el equipo investigador. La segunda fase se encuentra actualmente en desarrollo.

Resultados: Los tres pilares de la sostenibilidad incorporaban de manera parcial los DSS. Además, se identificaron dos grandes áreas de mejora para la incorporación de la salud de manera efectiva: por un lado, la consideración de las desigualdades desde el enfoque limitado de grupos vulnerables y no de todos los grupos sociales; y por otro, la visión en términos negativos (patogénica). En base a ello, se incorporaron DSS no incluidos, el enfoque sistemático de todos los grupos sociales y la visión salutogénica o de activos en salud.

Conclusiones: A pesar de que el modelo de la sostenibilidad contempla parcialmente los DSS, no contempla la salud en sentido "amplio". Es necesario seguir explorando vías de implantación efectiva de la STP para que la salud sea uno de los ejes y objetivos estratégicos de los otros sectores. Por último, la utilización de herramientas ya desarrolladas puede apoyar dicha implantación.

511. COMPARACIÓN DE DOCUMENTOS DE POLÍTICAS DE SALUD DE CIUDADES EUROPEAS: ¿ESTÁN ORIENTADOS A REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD?

C. Borrell, J. Morrison, B. Burstrom, M. Pons-Vigués, R. Hoffmann, A. Gandarillas, P. Martikainen, F. Domínguez-Berjón, E. Díez

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid; Karolinska Institutet, Suecia; Erasmus Medical Center, Rotterdam, Países Bajos; Department of Social Research, University of Helsinki, Finlandia.

Antecedentes/Objetivos: Las políticas de salud se plasman en documentos que especifican los valores, objetivos, estrategias e intervenciones planificadas. Este estudio se enmarca dentro del proyecto europeo INEQ-CITIES que tiene por objetivo analizar las desigualdades en mortalidad y las políticas para reducirlas en ciudades de Europa. El objetivo de este estudio es analizar los documentos de políticas de salud de seis ciudades y una región europeas publicados alrededor de 2010 para determinar cómo se conceptualizan las desigualdades en salud y qué estrategias se proponen para reducirlas.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo de análisis documental. Se incluyeron planes o documentos de políticas de salud o de desigualdades en la salud de 6 ciudades y una región que revisaron dos investigadoras. Los aspectos analizados fueron: características generales del documento, contenidos simbólicos, definición de las desigualdades en salud, gobernabilidad, participación, número de objetivos y evaluación. Se describieron también los objetivos específicos de acuerdo con el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en la salud en las áreas urbanas. Se realizó un análisis descriptivo comparando las ciudades.

Resultados: Los documentos de Ámsterdam y Estocolmo son estrategias de políticas de salud, el de Barcelona es un plan de salud, el de Madrid un plan de prevención en los Centros Madrid Salud, el de Helsinki es una estrategia general de los centros de salud y los documentos de Londres y Rotterdam son estrategias específicas para abordar las desigualdades. Los planes de Rotterdam, Londres y Estocolmo utilizan un marco conceptual para describir los determinantes de la salud y en dos de estas ciudades se definen las desigualdades en salud teniendo en cuenta el gradiente social. La acción intersectorial, la participación y la evaluación se incluyen en la mayoría de los documentos. Los objetivos se centran principalmente en el contexto socioeconómico. El do-

cumento de Londres es el más completo y un ejemplo de buena práctica.

Conclusiones: Los países con larga trayectoria de estrategias globales para reducir las desigualdades en salud presentan mejores estrategias para reducir estas desigualdades a nivel urbano. Los gobiernos municipales deben seguir avanzando en sus políticas para reducir las desigualdades en salud y complementar las estatales.

Financiación: Proyecto INEQ-CITIES. EAHC, Commission of the European Union, Proyecto N°2008 12 13.

118. EDICIÓN CIENTÍFICA BASADA EN LA EVIDENCIA. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CITAS RECIBIDAS POR GACETA SANITARIA

A. Ruano Raviña, C. Álvarez-Dardet

Universidad de Santiago de Compostela; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Las citas recibidas por los artículos publicados en las revistas científicas sirven para aumentar su impacto bibliométrico. Muchas veces, las políticas editoriales sólo buscan aumentar el número de citas recibidas sin considerar el posible servicio a los lectores, creando una brecha entre el ámbito investigador (el que genera las citas) y el ámbito no investigador (el que lee artículos para tomar decisiones sanitarias). El objetivo de este trabajo es analizar la influencia del idioma de publicación, tipo de artículo, número de autores y año de publicación en las citas recibidas por los artículos publicados en Gaceta Sanitaria.

Métodos: Las fuentes de información fueron la página web de la revista y Web of Knowledge, del Institute of Scientific Information. El período analizado fue de 2007 a 2010. Incluimos artículos originales, originales breve y revisiones publicadas en ese período. Se extrajo manualmente la información sobre las variables de interés y se diferenciaron las autocitas de las citas totales. Se construyeron modelos de regresión logística para conocer la probabilidad de que un artículo de Gaceta Sanitaria fuese o no citado en función de las variables mencionadas anteriormente. También se analizó la probabilidad de recibir citas de autores no españoles.

Resultados: 240 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Esos artículos recibieron 287 citas que se convirtieron en 202 al excluirse las autocitas. La única variable que mostró influencia en la probabilidad de ser citado fue el año de publicación. Después de excluir los artículos que no habían recibido ninguna cita, el tiempo desde la publicación y los artículos de revisión tenían la mayor probabilidad de ser citados. Los artículos en inglés y los artículos de revisión tenían una mayor probabilidad de ser citados por autores no españoles.

Conclusiones: El idioma de publicación no tiene influencia en las citas recibidas por Gaceta Sanitaria. Las revisiones en inglés tienen las mayores probabilidades de ser citadas desde el extranjero. Los editores deben decidir cómo manejar esta información para fijar criterios aumentar el índice de impacto bibliométrico de Gaceta Sanitaria u otras revistas no inglesas.

100. CONCENTRACIÓN DE THC EN FLUIDO ORAL Y SIGNOS DE DETERIORO EN LOS CONDUCTORES ESPAÑOLES

I. Fierro Lorenzo, T. Gómez Talegón, J.C. González Luque, M. Colás Pozuelo, M. Seguí Gómez, F.J. Álvarez González

Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid; Dirección General de Tráfico, Ministerio del Interior.

Antecedentes/Objetivos: La observación de ciertos signos de deterioro físico en conductores puede alertar sobre un posible consumo de

sustancias psicoactivas **Objetivo:** estudiar la eficacia que tiene la observación de signos de deterioro en los conductores, por parte de los agentes de tráfico, a la hora de detectar consumo de cannabis. Investigar la posible correlación entre la concentración de THC en fluido oral y la observación de signos de deterioro.

Métodos: Se realizaron controles de carretera en los que se analizó el etanol en aire espirado y presencia de drogas y medicamentos en saliva. Además, se recogieron muestras de saliva que posteriormente se analizaron en el laboratorio, con el fin de confirmar el resultado del screening. Los agentes completaron un cuestionario por cada conductor, detallando los signos de deterioro observados o la ausencia de estos. Se seleccionaron 2.436 casos: 253 casos con THC por encima del límite de detección sin ninguna otra sustancia detectada; 32 casos en los que se detectó THC + alcohol y 2151 en los que no se detectó ninguna sustancia. Todos los conductores que participaron en el estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado.

Resultados: Se observó algún signo de deterioro en el 1% (21 de 2.151) de los conductores en los que no se detectó ninguna sustancia. Los signos oculares fueron los más frecuentemente relacionados con la presencia de THC en el fluido oral. A medida que se incrementa la concentración de THC se incrementa la frecuencia con la que se detectan signos: 2,9% de los que presentaron concentraciones entre 0,01 y 3,00 ng/ml de THC en fluido oral y en el 22,5% con concentraciones mayores de 100,00 ng/ml de THC en fluido oral. La frecuencia en la observación de signos de deterioro se incrementa notablemente en el grupo en el que se detectó THC + alcohol: mientras se observan signos de deterioro en el 7,9% de los conductores con concentraciones de THC entre 0,01 y 100,00 ng/ml (sin etanol en aire espirado), con esta misma concentración de THC, se observan signos en el 17,6% de los que además presentan etanol en aire espirado entre 0,01 y 0,25 mg/l.

Conclusiones: La frecuencia en la observación de signos de deterioro se correlaciona positivamente con la concentración de THC en fluido oral y se incrementa notablemente cuando el THC se combina con alcohol. Sin embargo, la ausencia de signos de deterioro no garantiza la conducción libre del efecto de sustancias.

Financiación: EU 6th Framework Programme, DRUID Project, DGT y el Instituto de Salud Carlos III, Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Red de Trastornos Adictivos RD06/0001/0020.

175. CAMPAÑAS DE SEXO SEGURO, COMPENSACIÓN DE RIESGO E INICIACIÓN SEXUAL

A. Osorio, C. López del Burgo, S. Carlos, M. Ruiz-Canela, J. de Irala

Educación, Universidad de Navarra; Medicina Preventiva, Universidad de Navarra; Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra; Instituto Cultura y Sociedad, Universidad de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: Se conoce desde hace tiempo que el preservativo reduce el riesgo de transmisión del VIH pero que no lo elimina totalmente. Por otra parte, su efectividad protectora frente a algunas infecciones de transmisión sexual (ITS), como la clamidia, el VPH o el herpes, es baja. En este contexto, es necesario conocer el fenómeno de "compensación de riesgos". Consiste en que hay algunas medidas preventivas que pueden hacer que el usuario se sienta completamente protegido y esto le conduzca a asumir mayores riesgos. Cuando se transmite a los jóvenes que el preservativo es 100% seguro, la falsa sensación de invulnerabilidad ante las ITS puede facilitar que adopten otras conductas de riesgo, como el inicio sexual a edades tempranas o aumentar el número de parejas sexuales. El objetivo de este estudio es evaluar si creer que el preservativo es 100% eficaz ("sexo seguro") se asocia con haber tenido relaciones sexuales en adolescentes.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra de adolescentes escolarizados de 13-18 años de Filipinas, El Salvador y Perú. Los datos se recogieron a través de un cuestionario anónimo sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la sexualidad. Se

realizó un análisis de regresión logística no condicional para valorar la asociación entre la creencia de sexo seguro (variable independiente) y la iniciación sexual (variable dependiente), ajustando por posibles confusores. Este trabajo forma parte del Proyecto YourLife (estudio internacional sobre las opiniones de los jóvenes acerca del amor y la sexualidad).

Resultados: Participaron 8643 adolescentes (55% mujeres). El 20% había tenido relaciones sexuales y el 21% creían que el preservativo protege totalmente de las ITS y el embarazo. Tras ajustar por sexo, edad, nivel socioeconómico, religiosidad y país, los adolescentes que creían erróneamente que el preservativo es totalmente eficaz tenían un 60% más probabilidad de haber iniciado las relaciones sexuales que los que no tenían dicha creencia (OR = 1,6; IC95% = 1,4-1,8).

Conclusiones: La creencia en el sexo seguro se asocia con el inicio precoz de relaciones sexuales, que es uno de los factores de riesgo de las ITS. Para evitar el fenómeno de compensación de riesgo y el subsiguiente incremento de las ITS, las campañas que promueven el uso del preservativo deberían informar que éste reduce pero no elimina totalmente el riesgo de infección. De esta manera los jóvenes podrán tomar decisiones mejor informadas sobre su sexualidad.