

# MESA ESPONTÁNEA

## Determinantes sociales de la salud

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 15:30 a 17:00 h  
Sala Externa

Moderan: Albert Espelt y Amaia Bacigalupe

---

### 516. COMPARACIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE LAS ENSE 2006 Y 2011/2012

A. Domingo-Salvany, M. Suárez, J.M. Carrasco,  
A. Bacigalupe

*IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología; Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las desigualdades en salud se pueden analizar según la clase social ocupacional (CSO). En España una de las principales fuentes de información han sido las encuestas nacionales de salud (ENSE) y en la última realizada en 2011/12, se incorporó la recogida de información de la ocupación con la nueva Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO11). Desde la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) se realizó una adaptación de la CSO propuesta en 1995, a esta nueva CNO11, resultando la CSO-SEE12. Presentamos los resultados de la comparación del análisis de las desigualdades sociales en salud utilizando la CSO-SEE95 y la CSO-SEE12, considerando la salud autopercebida y la restricción de la actividad, en las ENSE 2006 y ENSE2011/12.

**Métodos:** Se comparan resultados de dos cortes transversales sobre la población adulta (16+) no institucionalizada incluida en las ENSE 2006 (n = 29.478) y 2011/12 (n = 20.884). Como variables resultado se utilizaron la autovaloración de la salud, agrupada en: muy buena o buena/regular/mala o muy mala, y la presencia de restricción de la actividad las últimas 2 semanas. Las propuestas de CSO de 1995 y 2012 fueron utilizadas en sus versiones de 6 categorías. Se calculó la distribución de las diferentes clases sociales ocupacionales y las prevalencias de la autovaloración de la salud y la restricción de la actividad según la clase social ocupacional de la persona de referencia del hogar en hombres y mujeres.

**Resultados:** Respecto la CSO-SEE95 en la ENSE11/12 ha disminuido la proporción de personas en las categorías de administrativo/as (del 25 al 18%) y de trabajadores cualificados/as (de 28 al 15%) y aumentado la de trabajadores semi-cualificados/as (del 14 al 32%). En 2011/12, la salud autopercebida mejoró, con un 71,8% de la población de 16 y más años declarando salud muy buena o buena, frente al 62,3% en 2006, y tanto en hombres como en mujeres. En ambas ediciones de la ENSE, la proporción de personas declarando salud percibida mala o muy mala aumentó a medida que la clase social era menos favorecida, en hombres y en mujeres. Así mismo disminuyó la proporción de sujetos que declararon restricción de la actividad, del 12% en 2006 al 8,7% en 2011/12. Sin embargo el gradiente social no fue tan claro como en 2006.

**Conclusiones:** La estructura de clase social ha variado respecto a 2006, probablemente en relación con los cambios en el mercado laboral. En autovaloración de la salud, la nueva clasificación de CSO-SEE12 sigue discriminando satisfactoriamente entre las diversas clases sociales en forma de gradiente social.

### 809. PARTICIPACIÓN Y REPRESENTATIVIDAD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

D. La Parra, D. Malmusi, U. Martín

*GT SEE Determinantes Sociales de la Salud; Universidad de Alicante; Universidad del País Vasco; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** La falta de participación es un fenómeno común en la investigación con encuestas. Se ha observado que los hombres y los grupos sociales en los extremos de la escala social, entre otros, tienden a ser menos accesibles. Cuando las diferencias entre participantes y no participantes en la muestra son considerables se reduce la validez externa de la encuesta. Este estudio analiza la falta de participación de la población inmigrada en la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006-07 con el fin de valorar su utilidad para el estudio de la salud de la población extranjera.

**Métodos:** Comparación de la muestra de población nacida en el extranjero de 20 y más años en la ENSE-06 con la población empadronada de la misma edad, total y por país de nacimiento (para los 11 países con más presencia de población en España). Para determinar si existe diferencia entre la muestra obtenida y la muestra esperada a partir de los datos del Padrón, se calcula por cada sexo y país la razón entre ambas, primero aplicando el factor medio de elevación del total de la muestra, luego el factor de elevación que incorpora el peso muestral de cada individuo.

**Resultados:** La participación en la muestra obtenida de la población inmigrada es menor que la muestra esperada. El problema es mayor en los hombres (razón muestra/población de 0,52), que en las mujeres (0,78). En todos los casos, el promedio de peso muestral asignado por el INE para compensar la falta de participación en la muestra es mayor que 1. Destaca el caso de Perú (2,35, IC95% 1,71-3,00), Rumanía (1,82, IC 1,58-2,06) y Argentina (1,82, IC 1,52-2,13). Los pesos son más elevados en el caso de los hombres (1,79) que en las mujeres (1,52). El uso del factor de elevación que emplea el peso muestral de cada individuo para corregir dicho desequilibrio proporciona resultados dispares: países con menos población estimada que registrada (Alemania, Reino Unido, China) y países con más población estimada que registrada (Colombia, Ecuador, Perú y Argentina). En el caso de las mujeres, aplicando el peso se tiende a sobreestimar la población registrada y en el de los hombres a subestimarla.

**Conclusiones:** La población extranjera está subrepresentada en la muestra obtenida, pero el peso muestral corrige la estimación para el total de la población de los países estudiados. El uso de la ENSE para analizar la salud de estas poblaciones tiene que tener en cuenta que la ponderación sobreestima el nivel de precisión de las estimaciones realizadas; que algunos colectivos están menos representados; y que podrían existir diferencias relevantes entre participantes en la encuesta y no participantes (por ejemplo, en su estado de salud).

### 839. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL USO DE INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE ÁREA EN LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA

M.F. Domínguez-Berjón, M. Marí-Dell'Olmo, S. Esnaola, M. Rodríguez-Sanz, D. Prieto-Salceda, I. Duque, M.P. Rodrigo

*Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).*

**Antecedentes/Objetivos:** Los indicadores socioeconómicos (SE) de área son útiles en salud pública tanto para priorizar zonas de

intervención como para mejorar el conocimiento sobre las desigualdades sociales en salud. El objetivo de este estudio es conocer el uso de indicadores SE de área en estudios epidemiológicos en España.

**Métodos:** Revisión sistemática. Se incluyeron estudios, con datos de España publicados en revistas con revisión por pares, que analizaban la asociación de indicadores SE de área con indicadores de salud y en los que se definían las áreas consideradas y los indicadores SE correspondientes a ellas. La búsqueda electrónica se realizó en 4 bases de datos: PubMed-Medline, SCI-Expanded y SSCI a través de Web of Science y Embase (hasta 31 de julio de 2012) y se revisaron manualmente las referencias de los estudios seleccionados. Cada uno de los artículos inicialmente seleccionados, en base a título y resumen, fue revisado por dos investigadores. Se extrajo información relativa a la publicación, diseño del estudio y áreas consideradas, indicadores SE y de salud analizados, fuentes de información, análisis efectuados y principales resultados.

**Resultados:** En las bases de datos se identificaron 2.870 citas únicas potencialmente relevantes: de ellas 137 cumplieron los criterios de inclusión. Tras la búsqueda manual se añadieron otros 4 estudios. Los estudios finalmente incluidos fueron 141, publicados de 1988 a 2012 (69% desde 2003, incluido), de los que el 60% están publicados en inglés (de ellos el 75% desde 2003). El nivel de análisis fue ecológico en un 73% y multinivel en un 20% (el primero fue publicado en 2002). Las áreas analizadas con mayor frecuencia fueron las secciones censales (35 estudios) en el ámbito de ciudades o una comunidad autónoma, seguido de las provincias (30 estudios) en el ámbito de España. En el 55% de los estudios la mortalidad (total y/o por causas específicas) ha sido una de las variables dependientes analizada. Con frecuencia (más de 2/3 de los estudios) se ha utilizado más de un indicador SE y se incluyen varias dimensiones de la privación material, siendo las más comunes las referidas a empleo y educación. Los censos de 1991 y 2001 han sido las fuentes de información utilizadas con mayor frecuencia.

**Conclusiones:** En la última década se observa en España un incremento en el número de estudios que analizan la asociación de indicadores SE de área con indicadores de salud, así como en la complejidad del análisis. La presencia de datos SE a nivel de sección censal en los censos previos ha permitido la realización de un número elevado de estudios con estas áreas pequeñas.

### 951. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS DEL TABAQUISMO EN COLOMBIA, DIFERENTES PATRONES POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO

F. Macías, D. Malmusi, C. Borrell

*Pontificia Universidad Javeriana; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** La expansión transnacional de las compañías tabacaleras hacia países de bajos y medianos ingresos ha resultado en el desplazamiento de la epidemia del tabaquismo hacia estos países. Paradójicamente, los patrones socioeconómicos en el consumo de tabaco han sido estudiados con menos intensidad en estas regiones del mundo. La evidencia disponible proveniente de países de bajos y medianos ingresos demuestra resultados inconsistentes entre países. Colombia es un país de medianos ingresos, que ha reducido sostenidamente el consumo de tabaco en los últimos 20 años. El objetivo de este estudio es examinar las desigualdades socioeconómicas en Colombia, por grupos de edad y género, de tres comportamientos relacionados con el tabaquismo: (i) el consumo actual (ii) el antecedente de tabaquismo, y (iii) la cesación del tabaquismo.

**Métodos:** Un estudio de corte transversal se llevó a cabo utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2007. La población de estudio fueron 60.349 personas entre 12 y 69 años. Se describió el consumo de tabaco por posición social, y la relación se evaluó mediante el test 2 de Pearson. Posteriormente se modeló la asociación entre los indicadores de posición socioeconómica y tres variables de desenlace: 1) Fumador actual: fumador actual vs no fumador, 2) Antecedentes de tabaquismo: alguna vez fumador vs Nunca fumador, y 3) Cesación de tabaquismo: Exfumador vs Fumador actual, en alguna vez fumadores. La fuerza de estas asociaciones se expresó mediante las razones de prevalencia (RP).

**Resultados:** En los hombres de 45-69 años, tanto pertenecer a un mayor estrato socioeconómico o tener un nivel educativo más alto, se asoció con una menor tasa de tabaquismo (RP = 0,49 [IC95%, 0,32-0,73] y PR = 0,64 [IC95%, 0,47-0,86], respectivamente), menor antecedentes de tabaquismo (PR = 0,67 [IC95%, 0,53-0,85] y PR = 0,75 [IC95%, 0,63-0,90], respectivamente), y una mayor tasa de abandono del hábito de fumar (PR = 1,37 [IC95%, 1,09-1,72] y PR = 0,18 [IC95%, 0,99-1,72], respectivamente). En los hombres de 18-44 años, solamente tener un nivel educativo alto se asoció con una menor tasa de tabaquismo y de antecedente de tabaquismo (RP = 0,75 [IC95%, 0,61-0,92] y RP = 0,81 [IC95%, 0,67-0,98], respectivamente). En mujeres y adolescentes no se encontró un patrón socioeconómico del tabaquismo.

**Conclusiones:** En Colombia, la disminución del consumo de tabaco en los hombres parece estar acompañada por una reducción de las desigualdades de fumar en cohortes sucesivas, lo que sugiere una evolución favorable de la epidemia de tabaquismo. Investigaciones adicionales serán necesarias para identificar los factores que han contribuido a estas circunstancias óptimas en el control del tabaco.

### 973. DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN UN BARRIO VULNERABLE: PROYECTO BARRI-ESCOLA

D. Aviñó, J.J. Paredes-Carbonell, A. Tobarra, L. Martínez-Martínez, M. López Nicolás

*CSISP-FISABIO; Vincles Salut; Centros Salud Pública Alzira-Valencia; Departamento de Enfermería, Universidad de Valencia; Grupo Investigación Salud Pública, Universidad de Alicante.*

**Antecedentes/Objetivos:** Desde 2008 se desarrolla en un barrio en situación de vulnerabilidad la intervención RIU de promoción de salud basada en el modelo de activos y con perspectiva de determinantes sociales de salud. Objetivo: describir la construcción del mapa de activos para la salud del barrio, su dinamización y la intervención comunitaria resultado del proceso.

**Métodos:** Estudio descriptivo con metodología de investigación-acción participativa realizado de junio de 2010 a julio de 2011. Ámbito: Barrio Raval de Sant Roc, Algemesí (Valencia). Población participante: 19 personas en situación de vulnerabilidad (16 mujeres y 3 hombres de distintas culturas) y 19 profesionales (sanidad, servicios sociales, educación y asociaciones). Se revisó la literatura y asistió a un seminario sobre activos e intervenciones. Se utilizaron entrevistas individuales, grupales y dinámicas participativas para que población y profesionales identificarán paralelamente activos (personas, grupos o asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras y economía local), su justificación y localización (barrio, resto del municipio, comarca y otros) y conjuntamente, dinamizaran el mapa en función de sus necesidades. El equipo técnico diseñó la intervención Barri-Escuela con metodología de investigación-acción participativa, buscó financiación y apoyo de la administración para su ejecución.

**Resultados:** En el mapa, personas y servicios son las categorías con más activos. La población identifica más activos que los profesionales en todas las categorías. La economía es la que cuenta con menos activos, identificados por profesionales y fuera del barrio. En su dinamización, la población hizo más conexiones y más diversas entre activos (cuidado del entorno, alimentación, ocio, deporte, educación y formación para el empleo; dirigidas a jóvenes, mujeres o mayores) en comparación con los profesionales (educación, ocio e inserción laboral para jóvenes) e identificó talentos en el barrio (enseñar español y oficios). Para la acción, población y profesionales priorizaron continuar la enseñanza secundaria y dinamizar el barrio: Proyecto Barri-Escuela. Se crearon 3 espacios de apoyo escolar, orientación familiar, transformación del entorno y animación cultural. Son talentos y agentes de salud quienes conducen los espacios. En septiembre de 2012 comenzó el proyecto y se formó el grupo intersectorial que lo apoya y evalúa.

**Conclusiones:** Población y profesionales con metodología de investigación participativa construyen el mapa y conectan activos a necesidades. Personas del barrio con apoyo profesional ejecutan la intervención.

### 978. EPIDEMIOLOGÍA Y JUSTICIA AMBIENTAL

J. Alguacil, R. Capelo, M.A. Díaz-Santos, T. Fernández-Villa, M. Lacasaña, R. Peiró, F. Ballester

*CYSMA; Universidad de Huelva; Universidad de León; Escuela Andaluza de Salud Pública; Universitat de València; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP); CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Justicia Ambiental se define como el tratamiento justo y la participación significativa de todas las personas independientemente de su raza, origen nacional, cultura, género, educación o clase social con respecto al desarrollo y la aplicación de leyes, reglamentos y políticas ambientales. La calidad del medio ambiente es un determinante importante de la calidad de vida de la población. Si las consecuencias del deterioro del medio ambiente afectan más a los sectores más desfavorecidos de la sociedad, estaríamos ante una situación de desigualdad social en salud. El objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre las dificultades en la aplicabilidad de los objetivos de la iniciativa justicia ambiental mediante investigación epidemiológica en salud pública.

**Métodos:** Se han revisado las bases conceptuales de la iniciativa denominada "justicia ambiental" y se han explorado las dificultades para poder integrar las necesidades de investigación de la mencionada iniciativa en la comunidad de profesionales de la epidemiología.

**Resultados:** Las comunidades de ciudadanos más desfavorecidas no suelen tener información ni concienciación sobre la magnitud de las consecuencias del ambiente en la salud, y en los casos en que dicha concienciación existe, no suelen contar con recursos para subvencionar estudios por parte de profesionales de la investigación. Por parte de los investigadores, suele ser poco atractivo participar en dicho tipos de estudios, sobre todo por sus limitaciones presupuestarias que suelen conllevar una mayor necesidad de dedicación que no suele ser reconocida curricularmente, así como el miedo a ser etiquetados como simpatizantes de activistas y perder atractivo para patrocinadores potenciales de otros estudios de interés para los investigadores. También se han descrito dificultades de comunicación entre las asociaciones de ciudadanos y los científicos que además de difundir los resultados en el ámbito científico también deben hacerlo de forma fácilmente comprensible para los ciudadanos. Estructuralmente, aunque sea complica-

do objetivarlo, se aprecian limitaciones en la organización, compromiso y voluntad política y de sectores de profesionales, así como falta de voluntad y mecanismos para la participación de la comunidad en el diseño, desarrollo y traslación de resultados. Otras dificultades hacen referencia a falta de desarrollo metodológico para responder algunas de las demandas del movimiento, como la evaluación de la participación ciudadana en las decisiones políticas.

**Conclusiones:** Existen dificultades para integrar los objetivos de la iniciativa justicia ambiental en la investigación epidemiológica.

### **1169. LAS DESIGUALDADES SOCIOECONOMICAS EN LA SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE EN ESPAÑA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

L. Font-Ribera, X. García-Continento, L. Rajmil

*Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL);  
Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència de Qualitat  
i Avaluació Sanitàries de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** El estudio de las desigualdades sociales en salud infantil y adolescente representa un reto dada la dificultad conceptual y metodológica para medir el estatus socioeconómico en estos grupos de edad. El objetivo del estudio es describir los estudios realizados en España sobre desigualdades sociales en salud infantil y adolescente con especial énfasis en los indicadores de desigualdad utilizados.

**Métodos:** En julio de 2012 se realizó una revisión sistemática en PubMed y MEDES. Se incluyeron estudios de población infantil y adolescente española entre los años 2000 y 2012, con datos sobre la relación entre determinantes sociales y algún indicador de salud. Se consideraron tanto determinantes individuales (educación, clase social según ocupación, ingresos, capital financiero, inmigración, religión, género, tipo de familia y hacinamiento) como grupales (tipo de colegio, índices de desarrollo regional y tamaño del municipio). Se revisaron por duplicado 1.805 resúmenes, de los que se excluyeron 1.726. Se revisaron los 79 artículos entre 3 revisores y se excluyeron 8 estudios más (N final = 71).

**Resultados:** El 83% son estudios transversales y la edad más estudiada es la preadolescente. Los determinantes más estudiados fueron: nivel educativo de los padres (34 estudios), clase social según ocupación (n = 32) y tamaño del municipio (n = 17). La clasificación de la educación y la ocupación no se especifica o se hace mediante criterio no estándar en el 18% y 25% de los estudios que lo analizan, respectivamente. En 39 artículos las desigualdades eran el principal tema de estudio y en la mayoría se analiza más de un determinante. Los indicadores de salud más estudiados fueron: obesidad (n = 15), salud percibida y calidad de vida (n = 13) y salud dental (n = 12). Los resultados varían según el grupo de edad y el determinante analizado. En general se detectan desigualdades sociales y con gradiente social de forma consistente en obesidad, salud dental, y salud mental según el nivel de estudios (sobre todo materno) y en la mayoría de casos también según la clase social. El uso de servicios sanitarios, excluyendo el dentista, en general no ha mostrado desigualdades.

**Conclusiones:** En España, pocos estudios centrados en desigualdades sociales en población infantil y juvenil clasifican los determinantes estudiados según criterios estándar. A pesar de estas limitaciones se confirman las desigualdades sociales en algunas áreas de salud. Son necesarios más estudios que permitan recomendar políticas destinadas a disminuir las desigualdades sociales de salud en la infancia y adolescencia.