

## ACCIÓN LOCAL EN SALUD 1

Hall – Facultad de Medicina

### Carteles electrónicos

Moderadora: Flora Martínez

#### 235. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN IES. COORDINACIÓN ENTRE CMS/TÉCNICOS DE PREVENCIÓN

M. Oñate, C. del Pozo, M.J. Gil, P. Vitores

*Equipo Profesionales del Programa del Ámbito Educativo del CMS de Fuencarral.*

**Antecedentes/Objetivos:** Fomentar el trabajo efectivo en red en el distrito de Fuencarral el Pardo. Fomentar estilos de vida saludable en la población adolescente. Disminuir conductas de riesgo en la población diana.

**Métodos:** Se ha desarrollado el programa de Promoción de la Salud y Prevención de Adicciones en IES. Coordinación entre CMS/técnicos prevención adicciones conjunto para su aplicación en alumnos (principalmente de 4º ESO y/o Programas de Cualificación Profesional Inicial) que incluye 6 sesiones formativas: sobre la publicidad y su relación con los hábitos alimenticios. Concepto de riesgo + Prevención de accidentes; Drogas y conceptos asociados; Presión de grupo; Educación afectivo-sexual; Visita al CMS y sesión sobre métodos anticonceptivos.

**Resultados:** Se ha intervenido en 3 centros escolares de secundaria del distrito de Fuencarral con carácter público, incidiendo en un total de 13 aulas con 238 alumnos, con edades comprendidas entre 13 y 18 años entre los meses de octubre a febrero. Los resultados de la aplicación del programa son muy positivos, tal como se refleja en los cuestionarios de evaluación del profesorado y el alumnado. Dichos cuestionarios están diseñados con una escala Likert en la que se mide el grado de satisfacción en relación a los contenidos, resultados, materiales y formadores. Por otro lado, se ha medido el impacto de la intervención a través del número de alumnos impactados en los que se ha aumentado el conocimiento sobre la red de la existencia de ambos recursos, convirtiéndolos en figuras cercanas y referentes en el ámbito de la salud. Este punto se ha reforzado con la realización de Puntos de Información Juvenil en el horario del recreo en uno de los IES en los que se ha trabajado.

**Conclusiones:** Se observa la necesidad de promover acciones encaminadas a lograr una mayor implicación del profesorado con el objetivo fundamental de que los menores logren crear un vínculo de calidad con un adulto de referencia.

#### 275. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN GITANA ADULTA DE UN BARRIO DE LA CIUDAD DE TERUEL

A. Zaera Navarrete<sup>a</sup>, M.P. Muñoz Nadal<sup>a</sup>, P.A. Sánchez Villanueva<sup>a</sup>, M.V. Cañada Guallar<sup>a</sup>, A. Vergara Ugarriza<sup>a</sup>, M.P. Rodrigo Val<sup>b</sup>, M.D. Esteban Garzarán<sup>c</sup>, M.P. Fombuena Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Subdirección Provincial de Salud Pública, Teruel; <sup>b</sup>Dirección General de Salud Pública; <sup>c</sup>Cáritas Diocesana, Teruel.

**Antecedentes/Objetivos:** En el marco de la resolución del Parlamento Europeo de 8 de marzo de 2011 sobre la reducción de las desigualdades en Salud en la Unión Europea y otros documentos anteriores, se presentan los resultados de la encuesta realizada en el barrio gitano de Teruel en 2009, con la idea de llevar a cabo posteriores intervenciones que permitan disminuir las diferencias del estado de salud de la población general y la población gitana de Teruel.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Se utilizó un cuestionario adaptado de la encuesta comunidad gitana y salud. La población de estudio son personas mayores o igual a 16 años del barrio Pomecia de Teruel pertenecientes a la etnia gitana. Se eligió un tamaño de muestra representativo mediante EPIDAT 3.1 de 84 individuos, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%. Algunos datos se comparan con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2006, Encuesta Nacional de Salud a población gitana 2006 y con el informe de Salud de Aragón 2010. Se analizan indicadores de morbilidad e incapacidad: prevalencia de enfermedades crónicas, accidentes, limitaciones por enfermedades, salud bucodental, limitaciones auditivas y visuales, prevalencia de obesidad y sobrepeso, percepción subjetiva del estado de salud.

**Resultados:** Se observa que las enfermedades más frecuentes en esta población son artrosis, diabetes y cefaleas. Su actividad principal la reducen principalmente por dolores de hueso columna o articulaciones. La prevalencia de enfermedades bucodentales es alta.

**Conclusiones:** Las deficiencias encontradas serán puestas en conocimiento tanto de la población estudiada como de los servicios sociosanitarios a los que se harán llegar propuestas de intervención.

#### 276. SITUACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GITANA ADULTA DE UN BARRIO DE LA CIUDAD DE TERUEL

A. Zaera Navarrete<sup>a</sup>, M.P. Muñoz Nadal<sup>a</sup>, P.A. Sánchez Villanueva<sup>a</sup>, M.V. Cañada Guallar<sup>a</sup>, A. Vergara Ugarriza<sup>a</sup>, M.P. Rodrigo Val<sup>b</sup>, M.D. Esteban Garzarán<sup>c</sup>, M.P. Fombuena Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Subdirección Provincial de Salud Pública, Teruel; <sup>b</sup>Dirección General de Salud Pública; <sup>c</sup>Cáritas Diocesana, Teruel.

**Antecedentes/Objetivos:** En el marco de la resolución del Parlamento Europeo de 8 de marzo de 2011 sobre la reducción de las desigualdades en salud en la Unión Europea y otros documentos anteriores, se presentan los resultados de la encuesta realizada en el barrio gitano de Teruel en 2009, con la idea de llevar a cabo posteriores intervenciones que permitan disminuir las diferencias del estado de salud de la población general y la población gitana de Teruel.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Se utilizó un cuestionario adaptado de la encuesta comunidad gitana y salud. La población de estudio son personas mayores o igual a 16 años del barrio Pomecia de Teruel pertenecientes a la etnia gitana. Se eligió un tamaño de muestra representativo mediante EPIDAT 3.1 de 84 individuos, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%. Algunos datos se comparan con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2006, Encuesta Nacional de Salud a población gitana 2006 y con el informe de Salud de Aragón 2010. Se analizan indicadores de ocupación de nivel de estudios, n.º de hijos a cargo y responsable de su cuidado, cotización a la seguridad social o seguros privados, apoyo afectivo o calidad de la vivienda.

**Resultados:** Desde que se realizó esta encuesta, el impacto de la crisis ha sido importante en la población de este barrio, por lo que estos

datos pueden haber variado. La población encuestada vive en un barrio con grandes carencias urbanísticas. La mayoría son trabajadores por cuenta propia y se dedican a la venta ambulante. El grado de cotización a la Seguridad Social es muy bajo, especialmente entre las mujeres, aunque su participación en el negocio anteriormente referido es elevada. Se constata la fuerte cohesión social y apoyo mutuo entre ellos. Destaca el bajo nivel de estudios, sólo un hombre ha completado los estudios secundarios.

**Conclusiones:** Las deficiencias encontradas serán puestas en conocimiento tanto de la población estudiada como de los servicios sociosanitarios a los que se harán llegar propuestas de intervención.

### 277. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR LA POBLACIÓN GITANA ADULTA DE UN BARRIO DE LA CIUDAD DE TERUEL

M.P Muñoz Nadal<sup>a</sup>, P.A. Sánchez Villanueva<sup>a</sup>, A. Zaera Navarrete<sup>a</sup>, M.V. Cañada Guallar<sup>a</sup>, A. Vergara Ugarriza<sup>a</sup>, M.P. Rodrigo Val<sup>b</sup>, M.D. Esteban Garzarán<sup>c</sup>, M.P. Fombuena Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Subdirección Provincial de Salud Pública, Teruel; <sup>b</sup>Dirección General de Salud Pública; <sup>c</sup>Cáritas Diocesana, Teruel.

**Antecedentes/Objetivos:** En el marco de la resolución del Parlamento Europeo de 8 de marzo de 2011 sobre la reducción de las desigualdades en salud en la Unión Europea, se presentan los resultados de la encuesta realizada en el barrio gitano de Teruel en 2009, con la idea de llevar a cabo posteriores intervenciones que permitan disminuir la brecha del estado de salud de la población general y la población gitana de Teruel.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Se utilizó un cuestionario adaptado de la encuesta comunidad gitana y salud. La población de estudio son personas mayores o igual a 16 años del barrio Pomecia de Teruel pertenecientes a la etnia gitana. Se eligió un tamaño de muestra representativo mediante EPIDAT 3.1 de 84 individuos, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%. Algunos datos se comparan con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2006, Encuesta Nacional de Salud a población gitana 2006 y con el informe de Salud de Aragón 2010. Se analizan indicadores de frecuentación en las consultas de atención primaria, urgencias y hospitalización, consumo de medicamentos, el uso de programas preventivos propios de la mujer, la accesibilidad a los servicios sanitarios y el grado de satisfacción en su utilización.

**Resultados:** Se observa un índice de hospitalización alto, casi 3 veces por encima de la población general. Llama la atención que hay un uso del programa de detección del cáncer de mama próximo al resto de mujeres de la provincia, y en cambio la frecuentación de consulta ginecológica es baja. Es llamativo en sí mismo el bajo uso de métodos anti-conceptivos.

**Conclusiones:** Las deficiencias encontradas serán puestas en conocimiento tanto de la población estudiada como de los servicios sociosanitarios, a los que se harán llegar propuestas de intervención.

### 288. PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN MUNICIPAL

B. Borde Lekona, I. Martín Muñoz, I. Zubia Zubiaurre, M. Dorronsoro Iraeta, I. García Álvarez

Gobierno Vasco, Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa.

**Antecedentes/Objetivos:** El municipio es el entorno apropiado para la aplicación de medidas de promoción de la salud (PS), ya que confluyen en él el sentir de los ciudadanos hacia su entorno, las inquietudes de los actores locales por el bienestar general y el compromiso de los

gobiernos locales en actuar en PS a través de la Agenda 21. En ese sentido, las intervenciones en el sector local se encuadran en el marco de la nueva Salud Pública. En ese marco, la Unidad de Promoción de Salud y las Comarcas de Salud Pública de Gipuzkoa (CSP) han desarrollado un método de trabajo para intervenciones comunitarias multisectoriales a medida de los municipios, que promueve la participación ciudadana y la implicación de los sectores clave. Esta forma novedosa de trabajo es adecuada para incidir sobre los determinantes e inequidades en salud.

**Métodos:** El método de trabajo se desglosa en: A. Inclusión de la promoción de la salud en las competencias de las CSP: a) Creación de un grupo de trabajo que define las responsabilidades de la Unidad de Promoción de la Salud y las CSP. b) Identifica las necesidades para intervenir en PS. c) Establece el sistema de coordinación. B. Programa de intervención municipal. 1) Actividades preliminares: 1. Criterios de inclusión para la identificación de municipios. 2. Presentación del programa. 3. Análisis de la situación (estudio de las variables sociodemográficas y del entorno municipal, y recogida de información a partir de los agentes clave). 4. Diagnóstico de la PS en el municipio. 5. Identificación de necesidades. 6. Propuesta de intervención. 2) Desarrollo de la intervención: se priorizan las propuestas de actuación teniendo en cuenta los grupos poblacionales y las inequidades en salud.

**Resultados:** Tras la selección de dos municipios y realización del diagnóstico se realizó una propuesta específica para cada uno que se materializó en las siguientes intervenciones: Municipio 1: Promoción del transporte escolar activo. Municipio 2: Fomento de la actividad física en la población femenina adolescente y hábitos saludables en personas mayores.

**Conclusiones:** El método de trabajo de carácter multisectorial y adaptado a la realidad municipal es válido para impulsar actividades de PS específicas que tengan en cuenta las inequidades en salud. La contribución de los responsables municipales es clave para el éxito o fracaso de la iniciativa. La intervención de las CSP, tradicionalmente implicadas en la protección de la salud, permite una mejor accesibilidad al ámbito municipal y un aumento de recursos para la PS.

### 335. EVALUACIÓN DE LOS ESPACIOS DE SENSIBILIZACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN TORNO A UN CAFÉ

S. Sánchez Buenosdías, M. García Barquero, J. López Limiñana, E. Córdoba Deorador, E. Rodríguez Baena, M.L. Martínez Blanco

Servicios Territoriales de Salud Pública n.º 1 y 11, Subdirección de Promoción de Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Con motivo de la celebración del "Día Mundial Contra la Violencia de Género", el 25 de noviembre de 2010 desde el servicio territorial de Salud Pública n.º 1 se puso en marcha un proyecto piloto denominado "Reflexionemos Sobre la Violencia de Género en Torno a un Café". Se realizaron 12 espacios. Contribuir a la sensibilización y prevención sobre la violencia contra las mujeres mediante: La implicación de profesionales sociosanitarios en la creación de espacios de sensibilización. Dar a conocer a la población el significado del Día Contra la Violencia de Género y cómo actuar ante ella. Buscar la reflexión de la población en espacios de participación en torno a la prevención de violencia de género y aproximarnos a conocer los discursos de la población en relación a la violencia de género.

**Métodos:** Esta actividad se estructuró en tertulias, sesiones de discusión y reflexión en torno a temas diferentes. Estos "grupos de discusión" versaron sobre temas relacionados con la igualdad de género, con las relaciones en pareja, etc. Los temas se intentaron concretar lo máximo posible y que resultaran atractivos y adecuados para la población a la que se han dirigido.

**Resultados:** La mayoría de los espacios se han realizado en el municipio de Madrid, y solo algunos en mancomunidades de servicios so-

ciales de la zona rural. Los espacios donde se han realizado han sido asociaciones, centros culturales, parroquias, centros de salud y en un Ayuntamiento. Los temas tratados han versado sobre como detectar y prevenir la violencia de género, conceptos básicos sobre género; mitos sobre la violencia de género, cómo cuidarse en relación con la violencia, el buen trato, la identificación de herramientas para la prevención, estereotipos y roles asignados a las mujeres y a los hombres en la sociedad, o crecer sin Violencia abordando el tema de los menores. Al final se invita a pensar en las cosas que cada persona puede hacer de manera positiva para optar por los buenos tratos entre hombre y mujeres. Se ha contado con material divulgativo y promocional. Han participado 231 personas, la mayoría mujeres. La actividad ha resultado “muy satisfactoria” para el 63,6% de los profesionales y “satisfactoria” para el resto.

**Conclusiones:** Con la oferta de una café al que se acompaña de unas galletas o pastas, se crea un ambiente que propicia la participación y el debate, la expresión de opiniones y testimonios propios, así como la demanda de información sobre dudas.

Financiación: 1.200 € Mín.

### 382. UNA NECESIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL: EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

J. Oliván Abejer, C. Arias Abad, V. Santoro Lamelas

Área de Salud Pública y Consumo, Diputación de Barcelona.

**Antecedentes/Objetivos:** Diversos estudios han puesto en evidencia la dificultad y el desigual grado de acceso a la información útil y acreditada por parte de los servicios municipales de salud pública, hecho que puede generar desigualdades. Para cubrir estas necesidades la Diputación de Barcelona diseñó un Sistema de Información en Salud Local (SISL) a fin de facilitar la transferencia del conocimiento en salud tanto a los equipos técnicos como a los responsables políticos.

**Métodos:** Las necesidades de información a nivel local identificadas, mediante encuesta dirigida a políticos y técnicos de salud pública, fueron: conocer el nivel de salud de la población, acceso a literatura científica acreditada, saber que actividades de promoción y prevención son eficientes, organización en la gestión de los servicios locales en salud y estar informado en los temas de salud donde los medios de comunicación puedan generar opinión, interés o alarma en el ciudadano.

**Resultados:** La Diputación de Barcelona ofrece actualmente a los responsables y técnicos de salud local un SISL con un conjunto de recursos, tanto digital como *online*: 1. Prensa y Salud, boletín de noticias que se envía diariamente por e-mail, permite incluir artículos o recomendaciones oficiales sobre los temas editados. 2. ‘Informes de Indicadores de Salud Local’, de base poblacional y su evolución en los últimos 10 años sobre estructura poblacional, salud reproductiva, embarazos no deseados, mortalidad y morbilidad hospitalaria. 3. Centro de Documentación en Salud (CDS) acreditado por la HONcode y la Web Médica Acreditada que da acceso a publicaciones indexadas y bases de datos bibliográficos. 4. Banco de Buenas Prácticas (BBP) que recoge, una vez evaluadas, las prácticas en promoción de la salud que han demostrado su eficacia, utilidad, innovación y transferibilidad. 5. Estudios específicos en salud como el de “Mortalidad Evitable en Cataluña”, o el de “Competencia profesional de los técnicos en salud pública”, entre otros.

**Conclusiones:** La puesta en marcha del Sistema de Información en Salud Local constituye una herramienta de elevada satisfacción (80% en Prensa y Salud), gran utilidad e importante nivel de adhesión por parte de los responsables y técnicos municipales en salud pública (738 subscriptores en Prensa i Salud, 374 usuarios del CDS y 1.413 visitas al BBP en los 2 primeros meses).

### 467. EL PROGRAMA “VIURE A CASA” (VIVIR EN CASA)

A. Bonafont<sup>a</sup>, E. Cirera<sup>a</sup>, J.C. Casas<sup>a</sup>, J. Espauella<sup>b</sup>, M. Suriñach<sup>b</sup>, N. Pla<sup>b</sup>, M. Molas<sup>c</sup>, S. Mateu<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Universitat de Vic; <sup>b</sup>Centre d'Estudis de l'Envel·liment de Catalunya; <sup>c</sup>Ajuntament de Vic; Generalitat de Catalunya; La Caixa.

**Antecedentes/Objetivos:** Promover el envejecimiento activo y satisfactorio mediante información, orientación y recomendaciones sobre la cura de la salud y la prevención e informar de los programas disponibles en la ciudad para este fin. Identificar a aquellas personas que viven en casa en situación de vulnerabilidad o riesgo de pérdida de autonomía.

**Métodos:** Población: personas empadronadas en la ciudad de Vic (Barcelona) = 80 años que vivían en casa. Los participantes recibían la visita de una entrevistadora que les informaba de los recursos comunitarios, sociales y de salud disponibles en la ciudad y recogía información del perfil y necesidades del entrevistado. En base a la información recogida, les aportaba recomendaciones sobre la promoción de un envejecimiento activo, la prevención de problemas de salud o estrategias a adoptar para facilitar el acondicionamiento y seguridad del entorno. En caso necesario se indicaba la derivación a los distintos servicios disponibles. Las visitas se realizaron entre los años 2006-2008.

**Resultados:** La población de estudio fueron 1.403 personas y aceptaron participar 1.251 (89%). Se recogió información de las capacidades funcionales, la percepción subjetiva de la salud, la satisfacción de necesidades básicas, las relaciones sociales y familiares, las condiciones de habitabilidad y seguridad en el domicilio y el uso de recursos sociales y comunitarios existentes en la ciudad. Se realizaron intervenciones de apoyo emocional y de derivación a los distintos servicios, y recomendaciones, las más frecuentes de tipo alimentario, de autocura, de seguridad personal y del entorno y de prevención del riesgo de caídas.

**Conclusiones:** La visita y entrevista a domicilio y la valoración geriátrica básica son herramientas útiles que permiten detectar las personas frágiles, identificar factores de riesgo y necesidades no cubiertas, algunas de las cuales se pueden tratar con los recursos ya existentes en la ciudad. Para la mejora del bienestar y la calidad de vida de los ancianos frágiles es imprescindible adoptar un modelo de atención basado en el proyecto de vida y las necesidades del individuo y su entorno familiar mediante la atención integrada de los profesionales del ámbito de la salud y del ámbito social.

### 530. HUERTO COMUNITARIO DEL CENTRO MADRID SALUD DE SAN BLAS

V. González, B. Jamber, R. Fernández, L. Yeves

CMS de San Blas.

**Antecedentes/Objetivos:** Desde el CMS de San Blas percibimos la necesidad de crear un entorno saludable, un espacio de salud comunitario que favorezca y potencie la adopción de hábitos y estilos de vida saludables entre los que destacará la alimentación sana y el cuidado del medio ambiente. Para ello, aprovechamos la disponibilidad de una superficie en la parcela exterior del centro, en el que se construyó de forma participativa un huerto comunitario.

**Métodos:** El huerto es un proyecto comunitario dirigido y tutelado desde el CMS, pero con participación de todos los asistentes tanto en las tareas, como en las decisiones y las responsabilidades. Consideramos el huerto como una importante fuente de salud y un punto de encuentro para los vecinos del distrito por lo que delegamos su gestión al grupo de trabajo compuesto por personas del barrio y personal de CMS, participando todas aquellas personas interesadas en crear un espacio colectivo ligado a la horticultura, con ganas de disfrutar con otros trabajando la tierra, conversando, organizándose, vinculándose con una actividad y respetando los ritmos de la naturaleza.

**Resultados:** Para el huerto se ha reservado una superficie de 80 m<sup>2</sup>, divididas en 8 bancales de 150 x 350 x 44 cm, en donde se ha plantado tomates, lechugas, ajos, etc. rodeado de árboles frutales y un espacio de plantas aromáticas. Promovemos la producción de agricultura ecológica libre de productos químicos, fomentando el uso sostenible del agua, de hábitos de consumo como reciclado, reutilización y reducción de residuos, potenciando el consumo local. Se ha favorecido un punto de encuentro para los vecinos que de lugar a la integración de distintos colectivos con la puesta en común de una forma de hacer nuevas cosas, construir conjuntamente y disfrutar del trabajo compartido. Fomentamos el desarrollo de valores como la responsabilidad colectiva, la solidaridad, el esfuerzo, el trabajo en equipo, la necesidad de los otros para vivir con salud. El Huerto nos da la oportunidad de trabajar con ritmos más humanos, protegiéndonos de la actividad frenética de las ciudades que generan estrés y falta de pensamiento y reflexión. Rendirse a los ritmos de la naturaleza puede ser muy terapéutico, sobre todo en nuestra cultura donde se está generando la inmediatez en contra de la necesaria tolerancia a la frustración y adaptación a la realidad.

**Conclusiones:** El huerto es un importante instrumento de promoción de la salud, con el que contribuimos a generar sinergias, alianzas, contactos, etc. con otras instituciones del distrito que están trabajando con Objetivos convergentes.

## 588. LOS PARQUES EN LA CIUDAD VERDE SALUDABLE

F. Reyero<sup>a</sup>, A. Fernández González<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro Madrid Salud de Usera, Instituto de Salud Pública, Ayuntamiento de Madrid; <sup>b</sup>Taller Ocupacional Jardinería; AFANDICE, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** En Madrid se ha acrecentado la utilización de las zonas verdes para el descanso, esparcimiento y ejercicio físico al tiempo que se extiende la cultura que asocia lo verde con la salud. Los vecinos se interesan por la planificación de nuevos parques y la remodelación de los existentes. En el encuentro multiprofesional sobre "Vivir el parque" participan dirigentes vecinales y poco después, en un parque de la zona Sur de la ciudad, el anuncio de la próxima remodelación motiva jornadas de paseo guiado para prestar atención al medio ambiente físico (plantas, nubes, instalaciones, fuentes), los animales y las gentes, así como a la convivencia intergeneracional y multicultural que organizan en el Centro de Salud con la asociación de vecinos y el Jardinería del Taller Ocupacional AFANDICE, en dos mañanas, lluviosa y soleada, para grupos de profesores y alumnos de Secundaria, de Mujeres gitanas en formación prelaboral y del Centro Educación de Adultos, junto con quienes recogen a los niños del colegio. Se pretende evaluar la efectividad sensibilizar a los participantes y el resto de los vecinos en los aspectos saludables de vivir el parque.

**Métodos:** Investigación-acción con recogida de conductas y opiniones, expresadas espontáneamente a lo largo del paseo o consignadas en el cuestionario con localización de las propuestas en el plano del parque, así como de la noticia de extensión del interés a otros Institutos a partir de la publicación en la revista del barrio.

**Resultados:** Los convocantes se coordinan y organizan senda botánica guiada y talleres de cuidado de plantas en macetas. Los participantes, lo hacen con interés y continúan el debate al rellenar los cuestionarios en sus centros de formación, y en general, dan propuestas en las que se tienen en cuenta las necesidades y gustos de los demás, si bien no ven otra solución para la convivencia que hacer compartimentos en zonas para perros, para niños y padres, para jóvenes, para mayores, para alérgicos, para lectores, etc. El debate se prolonga al salir en el periódico del barrio.

**Conclusiones:** Las enseñanzas de alimentación, ejercicio y descanso saludable tienen acogida en quienes utilizan las zonas verdes de la ciudad, en particular los vecinos que pasan por un parque a diario, sobre todo cuando se anuncian remodelaciones y se recaba su opinión, que

apoyan en criterios de vida saludable. La posición de los disminuidos intelectuales que enseñan jardinería a los vecinos es bien acogida. Además de los participantes, se implican en el debate testigos directos y quienes se enteran más tarde.

## 1055. LOS PRODUCTOS ALTERNATIVOS NO FARMACOLÓGICOS PARA LA PÉRDIDA DE PESO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: MITOS Y REALIDAD

S. Gómez-Zorita<sup>a</sup>, A. Urdampilleta<sup>b</sup>, J.M. Martínez-Sanz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Farmacia y Ciencias de los Alimentos (UPV-EHU), Facultad de Farmacia; <sup>b</sup>Centro de Salud Ergoactiv, Vitoria; <sup>c</sup>Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante.

**Antecedentes/Objetivos:** Hay estudios que alegan que desde la evidencia científica no podemos recomendar el uso de ninguna de las sustancias que se anuncian como productos antiobesidad (De Villar, 2004). En España existen muchos complementos alimentarios y suplementos dietéticos en el mercado cuyo reclamo publicitario es tener la capacidad de adelgazar. Muchos productos, desde el punto de vista legal, son "adecuados", ya que desde el punto de vista científico no tienen por qué demostrar su eficacia ni su seguridad clínica para su venta al público. Así, en España, se estima que, tan sólo en "productos milagro" (ineficaces) para adelgazar, se gastan anualmente unos 2.050 millones de euros (2005\*).

**Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed entre 2005 a 2011 con las siguientes palabras claves: "reducing body weight" AND "herbal food supplements" a la vez siguiendo la estrategia de bola de nieve. Debido a la gran cantidad de productos de estas características que existen en el mercado, en las revisiones realizadas únicamente se ha tenido en cuenta la eficacia, o se ha comprobado si pueden producirse efectos adversos de los productos o principios activos de los que se han realizado estudios científicos.

**Resultados:** Se han publicado revisiones sistemáticas sobre los suplementos de plantas para adelgazar (De Villar, 2003; Piller, 2005; Rubio, 2007). En ellas se incluyen las evaluaciones de chitosan, picolinato de cromo, efedrina, cafeína, ginseng, té verde, L carnitina, Garcinia cambogia, glucomanano, goma guar, hidroximetilbutirato, ácido linoleico conjugado (CLA), Plantago psyllium, piruvato, Yerba Mate y yohimbina. Ninguna de estas sustancias ha demostrado eficacia clínica y/o seguridad de empleo en el control del exceso de peso a medio o largo plazo, de modo que, considerando el riesgo/beneficio de estos productos con la información actualmente disponible, no se recomiendan en el tratamiento de la obesidad (Basulto, 2009). Algunos de estos productos pueden tener riesgos adversos como daño hepático, síntomas psiquiátricos, autonómicos o gastrointestinales, disminución de absorción de nutrientes, así como palpitaciones cardíacas. Así, los riesgos son suficientes para desaconsejar el uso de la mayoría de los suplementos para perder peso a base de plantas (Pitler, 2005).

**Conclusiones:** En el mercado español existen algunos productos que pueden contener principios activos de los cuales se ha refutado científicamente su eficacia y se han comprobado, en algunos casos, algunos efectos adversos. Existen revisiones de renombrada reputación científica que han analizado tanto la eficacia como la seguridad de productos adelgazantes no farmacológicos "productos milagro" y principios activos, y demuestran en cada uno de ellos que no cumplen con el criterio de ser a la vez eficaces y seguros. Los productos que contengan este tipo de principios activos no estudiados deben ser considerados, por lo tanto, de eficacia no comprobada y no seguros.

\*La Agencia Española del Medicamento ha retirado unos 300 "productos milagro" desde principios de año [citado 6 Abr 2005]. Jano On-Line. 11-5-2004. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=32789>.

## 699. ACCIÓN LOCAL EN SALUD: EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA PILOTO

B. Hermoso, I. Sillero, A. Viedma

*Delegación de Salud de Jaén.*

**Antecedentes/Objetivos:** Acción local y desigualdades sociales en salud son conceptos centrales del nuevo modelo de salud pública, asumido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Se avanzan los resultados de una experiencia piloto sustentada en tales conceptos. **Objetivos:** Los objetivos del proceso de evaluación cuyos resultados se resumen aquí son: 1. Evaluar el desarrollo del proyecto piloto. 2. Identificar debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. 3. Valorar la transferencia del pilotaje a la Estrategia de Acción Local en Salud de Andalucía.

**Métodos:** La evaluación ha sido un proceso complejo, dado el amplio número de municipios, sectores y actores implicados, habiendo sido su base empírica: 24 grupos de discusión con actores institucionales; 24 grupos de discusión con actores ciudadanos; 60 entrevistas con agentes clave. La información producida ha sido analizada mediante "Atlas-ti".

**Resultados:** Pueden plantearse como principales resultados: 1. Valoración positiva de los procedimientos metodológicos, de las actuaciones planificadas y del nivel de coordinación. 2. Elevado nivel de satisfacción con el nivel de consecución de los objetivos. 3. Amplio consenso en cuanto a las dificultades y amenazas, pues otros de naturaleza similar han fracasado una vez retirados los apoyos institucionales que los impulsaron. 4. Relativa dependencia de la figura del coordinador. 5. Escepticismo del sector sanitario a propósito de las ventajas que le puede reportar un proyecto como RELAS, en el que se ven a sí mismos como meros proveedores de capital humano.

**Conclusiones:** Ante la posible "pérdida de consistencia de la red con el paso del tiempo", sería conveniente: un liderazgo claro del Grupo Motor. La constitución de una estructura formal del tipo Comisión, Mesa o Consejo Municipal de Salud, lo que fortalecería la resistencia de la red y el plan local de salud al paso del tiempo y le daría un mayor sentido de pertenencia a la red a muchos de los actores de los grupos de trabajo. El proyecto se perfila como una oportunidad de adaptación a las venideras transformaciones en materia de régimen local y de salud pública. En este sentido, los esfuerzos se están dirigiendo hacia la incorporación de todas las Delegaciones Municipales en el proyecto, con objeto de introducir la salud en todas las políticas municipales. Por último, se considera importante avanzar en la integralidad de las estrategias, superando los marcos sectoriales de los actuales Planes Locales de Salud y consolidando la red a través de la acción participada en la ejecución de los mismos.

## 797. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD POR EL USO DE QUÍMICOS EN PROYECTOS LOCALES

P. Torres<sup>a</sup>, C. Serichol<sup>a</sup>, J. Gata<sup>b</sup>, A. González<sup>c</sup>, M.A. López<sup>c</sup>, J. Membrive<sup>c</sup>, C. Cámara<sup>d</sup>, M. Cobo<sup>d</sup>, M.I. Sillero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Delegación Provincial de la Consejería de Salud en Jaén; <sup>b</sup>Distritos Sanitarios de Jaén; <sup>c</sup>Jaén Nordeste; <sup>d</sup>Jaén Norte; <sup>e</sup>Jaén Sur.

**Antecedentes/Objetivos:** Los Proyectos Locales de Seguridad Química impulsados desde la Secretaría General de Salud Pública de la Junta de Andalucía, fomentan el conocimiento y cumplimiento de la legislación de productos químicos (PQs) para mejorar el control de los riesgos sanitarios asociados. En los años 2009-2010, la Delegación Provincial de Salud de Jaén y los cuatro Distritos Sanitarios desarrollaron los siguientes proyectos: "Análisis de riesgos químicos en almazaras", "Estudio de los sistemas de información de los PQs en la impermeabilización de los objetos de cerámica para uso alimentario" y "Sensibili-

zación en alumnos que cursan formación profesional específica de grado medio en el manejo de PQs". Para ello se ha contado con la colaboración de almazaras, cooperativas, industrias, institutos de educación secundaria y ayuntamientos. **Objetivos:** Estudiar y difundir los riesgos del uso de PQs en la elaboración de aceite de oliva virgen, y de esmaltes y barnices de objetos cerámicos. Dar nociones de seguridad y responsabilidad en el uso de PQs a futuros profesionales de distintos ámbitos. Fomentar el conocimiento y cumplimiento de la legislación. Concienciar a profesionales/ciudadanos sobre el uso limitado y racional de PQs.

**Métodos:** Visita a empresas y recopilación de información sobre los PQs utilizados. Estudio de los sistemas de información de dichos PQs. Formación de profesionales/ciudadanos sobre los resultados del estudio y posibles medidas preventivas y correctoras. Talleres teórico-prácticos de divulgación/sensibilización para alumnos de IES. Test de conocimientos final.

**Resultados:** Los sistemas de información de muchos de los PQs estudiados eran erróneos. En el ámbito de la industria del aceite (almazaras), se detectaron numerosos defectos en su conocimiento y uso. Para mejorar la información se organizaron distintas Jornadas y se elaboraron materiales (trípticos) de buenas prácticas para profesionales. En el ámbito educativo, los resultados fueron mejores ya que todos los estudiantes superaron el test de conocimientos.

**Conclusiones:** El uso de PQs está muy extendido en industrias tan distintas como la oleícola y la cerámica. Se ha comprobado la amplia variedad de actividades profesionales que diariamente requieren PQs, y al par el notable desconocimiento de los riesgos del uso inadecuado de los mismos. Es necesario concienciar a los trabajadores y empresarios sobre los riesgos del uso indiscriminado de PQs para la salud y la importancia de implementar buenas prácticas en su uso.

## 890. EVALUANDO LA INTERSECTORIALIDAD DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE SALUD DE HOSPITALET (SALUD EN LOS BARRIOS)

A. Fité<sup>a</sup>, C. Cabezas<sup>b</sup>, A. González<sup>b</sup>, T. Rodríguez<sup>c</sup>, Y. Riera<sup>d</sup>, A. Plasencia<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Bellvitge; <sup>b</sup>Dirección General de Salud Pública Cataluña; <sup>c</sup>Servicio Catalán de la Salud de Costa Ponent; <sup>d</sup>Ayuntamiento de Hospitalet.

**Antecedentes/Objetivos:** Para reducir las desigualdades en salud es importante el trabajo intersectorial y la visión de Salud en todas las políticas. Según el modelo de integración de las políticas de E. Meijers adaptado por O. Solar, la progresión del trabajo intersectorial va desde las relaciones informativas (unidireccionales), de cooperación (relación puntual entre sectores), de coordinación (red horizontal de trabajo, recursos compartidos) hasta la relación integrada (conceptualización conjunta de política/programa intersectorial y de sus objetivos). En el marco del programa Salud en los barrios se realiza un análisis mediante grupo nominal de las necesidades de salud de dos barrios de Hospitalet de Llobregat del que surge la propuesta de crear un espacio para facilitar la coordinación de los diferentes agentes de intervención socio sanitaria en el territorio. Así, en 2009 se crea la Comisión Técnica de Salud (CTS) local. **Objetivo:** Describir y evaluar el trabajo intersectorial de la CTS según el modelo citado.

**Métodos:** A partir de actas de la CST se extrae: sectores implicados y tipo de relación intersectorial que se establece entre ellos (tipo y ponderación) según el modelo de integración de políticas de Meijers/Solar. Se establecieron los criterios de análisis (unidad de análisis y características de relación) y se analizó el contenido de las actas individualmente por 2 profesionales con posterior discusión de discordancias y acuerdos por consenso.

**Resultados:** Se analizan las 9 actas correspondientes a todas las reuniones realizadas entre 2009 y 2011, con 59 (5 y 13 por acta) unidades

de análisis. El 61% fue categorizado idénticamente por ambos investigadores. En la discusión se detectan 3 unidades más y se consensuan los resultados. Sectores implicados: salud (Administración autonómica y local, Sistema Sanitario) servicios sociales, educación, deportes y mediación. Del global, el 50% de las relaciones establecidas son informativas (rango: 15-90%), el 25% de cooperación (0-70%) y el 20% (0-40%) de coordinación. No se identifican relaciones de integración. La evolución de la proporción entre la primera y última acta muestra descenso del 75% de relaciones informativas e incremento del 60% de las de cooperación y 15% de coordinación.

**Conclusiones:** El trabajo intersectorial en la CTS analizada ha progresado desde la información a la cooperación y coordinación. El modelo propuesto por Meijers/Solar es una herramienta útil para el análisis del proceso de integración relacional intersectorial en la CTS analizada.

de forma transversal en la comunidad para alcanzar los Objetivos de mejora de la calidad de vida de la población.

## 910. SALUD EN LOS BARRIOS EN IGUALADA: IMPULSANDO LA ACCIÓN INTERSECTORIAL EN SALUD

R Juncadella<sup>a</sup>, A. González<sup>b</sup>, A. Cardona<sup>c</sup>, X. Cantero<sup>d</sup>, F. Villarrubias<sup>e</sup>, C. Oliver<sup>d</sup>, R. Carulla<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Servicio Catalán de Salud, Cataluña Central; <sup>b</sup>Dirección General de Salud Pública Cataluña; <sup>c</sup>ÁreaQ; <sup>d</sup>ABS Igualada 1; <sup>e</sup>Ayuntamiento de Igualada; <sup>f</sup>Hospital Althaia.

**Antecedentes/Objetivos:** La Ley de mejora de barrios (2004) cofinancia proyectos municipales de mejora urbanística en barrios vulnerables. "Salud en los Barrios" complementa la actuación con el objetivo de reducir desigualdades en salud a través de un diagnóstico de salud y un proyecto comunitario. El programa se implementa en Sant Agustí, un barrio de Igualada de 1.413 habitantes, de los que 18,5% son de origen no comunitario, 22,7% presentan exclusión social y 80% de los mayores de 10 años no tienen el título de bachillerato. Objetivo: Presentar resultados del diagnóstico de necesidades y describir las acciones prioritizadas.

**Métodos:** Profesionales de salud y servicios sociales (Sistema sanitario y Ayuntamiento) del barrio mediante grupo nominal (GN) realizan un diagnóstico de necesidades, basado en percepción, a partir del análisis de condiciones socio-estructurales (CSE) y condiciones/hábitos de vida (CV), que se relacionan con problemas de salud prevalentes según grupos de edad, género y procedencia. El GN propone acciones, que son prioritizadas y asumidas por un equipo local de responsables institucionales y complementadas por un catálogo de productos y servicios específico.

**Resultados:** Los 12 profesionales del GN destacan como CSE: falta de recursos económicos, poca instrucción, mal estado de las viviendas, problemas de acceso y falta de zonas verdes/ocio. Las CV: falta de expectativas de vida, barreras idiomáticas/comunicación, sensación de discriminación, débil red social, hábitos deficientes en alimentación e higiene y sedentarismo. Los problemas de salud tenían relación con la salud mental (todas las edades y 50% más frecuentes), abuso de sustancias, sobrepeso y problemas cardiacos. Acciones prioritizadas por el EL: Educación para la salud coordinadas con ayuntamiento y CAP; Trabajo en red en abordaje de drogas, la detección de vivienda en mal estado/riesgo social; Promoción del deporte en la mujer (diseño intersectorial de acciones); Colaboración con farmacias (agentes de salud). Hasta la fecha se han realizado 5 talleres con temática de promoción de la salud dirigidos a mujeres magrebina recién llegadas (con media asistencia 30), así como la detección de > 70 años con problemas de acceso al centro (mediante encuesta telefónica).

**Conclusiones:** Las acciones prioritizadas fomentan la coordinación, el trabajo en red, el diseño conjunto de programas y la colaboración entre los agentes que atienden a la población del barrio. Es necesario trabajar