

DESIGUALDADES DE SALUD 1

Viernes 7 de octubre de 2011. 19:00 a 20:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Moderadora: Rosana Peiró

170. LOS CENTROS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL DEL ESTADO, EJEMPLO DE INEQUIDAD EN EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Asociación de Médicos de Sanidad Exterior (AMSE)

Antecedentes/Objetivos: La atención sanitaria preventiva al viajero en España se presta en los Centros de Vacunación Internacional (CVI), que dependen directamente del Ministerio de Sanidad. Estos CVI coexisten con centros gestionados por las CC.AA., designados según convenios. Hay un total de 84 CVI, de los que 29 dependen del Gobierno

Central. El objetivo es informar sobre las desigualdades y dificultades de funcionamiento en los 29 CVI dependientes del Ministerio de Sanidad.

Métodos: En diciembre de 2010 se envió a los 29 CVI una serie de encuestas en las que se valoraban los siguientes puntos: Disponibilidad de vacunas y fármacos antipalúdicos en los CVI (financiados o gratuitos para el usuario). Posibilidad de derivar al usuario con la prescripción de la vacuna o fármaco a centros dependientes de los servicios de salud de las CC.AA. Posibilidad de obtener vacunas y fármacos que no pueden ser adquiridos en oficinas de farmacia, en la provincia o CA valorada.

Resultados: Se obtuvo información de los 29 CVI. Vacunas financiadas por el Ministerio de Política Territorial (MPT): hay 4 vacunas de administración exclusiva en los CVI: frente a la fiebre amarilla, meningitis tetravalente, encefalitis primavera-estival y encefalitis japonesa. Las 3 primeras están disponibles en todos los centros, pero la encefalitis japonesa sólo está disponible en 25, quedando desasistidos Sevilla, Palma de Mallorca, Álava y San Sebastián. Desde enero de 2011 el MPT ha suspendido la financiación de todas las vacunas no exclusivas de CVI. Vacunas cedidas por las CC.AA.: hay CVI que administran directamente algunas vacunas, cedidas por las CC.AA., y otros poseen recetas del sistema autonómico de salud cedidos por las CC.AA., pudiendo entregar al viajero la receta. En el resto el viajero es derivado a su centro de salud. En algunas CC.AA. hay vacunas que quedan sin posibilidad alguna de utilización, concretamente raba preexposición y polio. Medicamentos antipalúdicos: cloroquina, doxiciclina y atovuona-proguanil se adquieren en farmacias, financiados aunque con excepciones por el sistema sanitario público. Mefloquina, proguanil y cloroquina-proguanil son financiados por el MPT en unos CVI, en otros por las CC.AA. y en el resto se adquieren tras varios y diferentes trámites.

Conclusiones: 1. La calidad del servicio es muy heterogénea en los CVI y muy deficiente en algunas regiones. 2. La comparación entre las regiones que presentan mejor dotación y las peor dotadas presenta unos resultados inadmisibles en el contexto de teórica equidad del Servicio Nacional de Salud Español.

232. COOPERACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CHACO DE PARAGUAY

L. del Otero Sanz, M.C. Hernández Bacalao, S. Trujillo Alemán, A. Quori, E.E. Álvarez León, J. Molina Cabrillana, A. Domínguez

Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de GC.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el estado de salud de la población del Chaco (Paraguay) y analizar las barreras, deficiencias y necesidades de las acciones de cooperación y de los servicios de salud de la región.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica y una investigación cualitativa mediante 26 entrevistas semiestructuradas a 18 profesionales y gestores de salud de 3 departamentos de Paraguay. Se realizó un análisis narrativo de contenido a partir de dichas entrevistas.

Resultados: La tuberculosis, el VIH, la salud materno-infantil, la desnutrición, las enfermedades agudas transmisibles y el acceso al agua y saneamiento son problemas de la salud de la población del Chaco. Las barreras principales identificadas son la falta de coordinación entre los agentes de salud, la sobrecarga asistencial y la escasez de profesionales y saturación de servicios de emergencia, que son coherentes con las necesidades declaradas de planificación y coordinación de acciones, acuerdos entre las aseguradoras de salud de la región y mejora de las condiciones laborales.

Conclusiones: Este estudio nos permite establecer unas bases para la priorización de acciones de las intervenciones del gobierno y organismos de cooperación en El Chaco.

427. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: CREENCIAS DE LOS RESPONSABLES DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE BARCELONA

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

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

Antecedentes/Objetivos: Hay pocos estudios sobre el discurso de los responsables de políticas respecto a las desigualdades en salud y la mayoría de los que existen se basan en informantes con responsabilidad a nivel nacional. El objetivo de este estudio es conocer las percepciones y creencias de las personas responsables de políticas públicas sobre las desigualdades sociales en salud y las políticas para reducirlas en Barcelona durante los años 2010 y 2011.

Métodos: Investigación cualitativa de enfoque fenomenológico con el fin de recoger los significados de los informantes desde su propia experiencia. La población de estudio fueron las personas responsables de políticas públicas en Barcelona durante los años 2010 y 2011 que tuvieran un cargo político o técnico de nivel directivo o gerencial y que trabajaran en el Ayuntamiento. Mediante un muestreo teórico se seleccionaron informantes de los siguientes sectores municipales: Bienestar Social, Salud Pública, Servicios Sanitarios, Educación, Urbanismo, Ocupación, Movilidad, Servicios Sociales, Medioambiente y Fondos Estructurales de UE. Se realizaron 11 entrevistas individuales semiestructuradas y se llevó a cabo un análisis de contenido temático. Se realizó la triangulación del análisis entre miembros del equipo investigador y una posterior verificación de los resultados con los informantes.

Resultados: Como principal causa de las desigualdades en salud se señaló el nivel económico, aunque algunos informantes añadieron el consumo de tabaco y de alcohol. Los informantes de Bienestar Social, Medioambiente y Urbanismo sugirieron además factores ambientales. Menos los responsables de Salud y Bienestar Social, los demás dicen no disponer de información periódica de salud y los informantes de Urbanismo resaltaron su importancia para valorar el impacto en salud de políticas aplicadas a su sector. Los informantes de Educación y Fondos Estructurales no conocían políticas que redujeran las desigualdades en salud. Salvo el informante que pertenece a un partido de la oposición los demás consideraban que reducir las desigualdades en salud sí es una prioridad para el gobierno de la ciudad.

Conclusiones: Según los resultados, los informantes conocen las desigualdades sociales en salud en términos generales aunque el sector municipal al que pertenecen marca diferencias de conocimientos de los determinantes. Consideran que las políticas aplicadas a sus ámbitos ayudan a reducir las desigualdades en salud e indican que aún es necesario realizar un abordaje intersectorial para reducirlas.

Financiación: INEQ-Cities, DG SANCO: 20081213.

457. REVISIÓN SOBRE POLÍTICAS E INTERVENCIONES PARA REDUCIR DESIGUALDADES EN SALUD EN CIUDADES EUROPEAS

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

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: En la última década, la producción científica describiendo las desigualdades en salud ha aumentado, pero el estudio de las mismas a nivel urbano y acerca de las políticas e intervenciones para reducirlas es menos extenso. El objetivo fue revisar las políticas y las intervenciones para disminuir las desigualdades sociales en salud realizadas en ciudades europeas.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en la “National Library of Medicine’s PubMed database” y en la “Sociological Abstracts database” utilizando distintas palabras clave y sus combinaciones. La búsqueda fue limitada a artículos publicados entre enero de 1995 y abril de 2011, en inglés o español. Los criterios de inclusión fueron: a) estar centrados en políticas o intervenciones concretas e implementadas, b) de ciudades europeas y c) que tuvieran la finalidad de reducir las desigualdades en salud. Cuatro revisoras evaluaron la inclusión de los estudios a partir del resumen, de manera independiente y siguiendo los criterios preestablecidos. En una segunda fase, se evaluaban los artículos seleccionados para valorar de nuevo su inclusión definitiva. Las políticas e intervenciones se clasificaron según el tipo de determinante de las desigualdades donde actúan, el país europeo y el año de publicación. Se midió el nivel de concordancia de los revisores a partir del coeficiente kappa.

Resultados: A partir del Pubmed, se obtuvieron 849 resúmenes pero sólo 231 cumplían los criterios de pertenecer a ciudades europeas en el periodo de estudio. De estos resúmenes, se incluyeron 80. A partir del Sociological Abstracts se obtuvieron 313 resúmenes, pero sólo 47 eran de ciudades europeas y del periodo de estudio, de los cuales finalmente se seleccionaron 12 para analizar. Fue difícil determinar si las políticas e intervenciones encontradas habían sido evaluadas. Además, la mayoría de ellas se centran en determinantes intermedios de las desigualdades en salud, y más concretamente en el sistema sanitario y tienen un enfoque selectivo; es decir, son políticas e intervenciones dirigidas a los sectores más desfavorecidos con el objetivo de mejorar su salud con actuaciones específicas, sin considerar las posibles mejoras en los sectores más privilegiados o en la población general. La ciudad que cuenta con más publicaciones es Londres.

Conclusiones: Para avanzar en la reducción de las desigualdades en salud y su aportación a la incorporación de la salud en todas las políticas, sería interesante publicar todas aquellas políticas e intervenciones que se realizan con esta finalidad.

Financiación: INEQ-Cities, DG SANCO. N° 2008 12 13.

479. VISUALIZACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE DESIGUALDADES EN SALUD: GAPMINDER ESPAÑA

L. Cascant, D. Malmusi, K. Pérez, L. Artazcoz, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: La reducción de las desigualdades en salud requiere disponer de sistemas de información que monitoricen estas desigualdades y sus determinantes y que faciliten la difusión de la información. El *software* Trendalyzer, creado por Gapminder Foundation y adquirido por Google, constituye una herramienta adecuada por su capacidad de mostrar de forma visual la evolución de indicadores según áreas geográficas o grupos sociales, relacionando varios indicadores al mismo tiempo. El objetivo de la comunicación es describir la creación y el contenido de la web Gapminder-España, que tiene como finalidad mostrar la evolución de las desigualdades sociales en la salud y sus determinantes en España.

Métodos: El proceso se ha desarrollado en las siguientes fases: 1) Definición de la clasificación de indicadores, basada en el marco conceptual de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. 2) Selección de indicadores y búsqueda de fuentes de información. 3) Recogida de datos y análisis estadístico en el caso de indicadores no disponibles. 4) Entrada de datos y preparación de gráficos utilizando el software de acceso libre Google Docs (gadget Motion Chart). 5) Diseño de la web dentro del Observatorio de Desigualdades en la Salud, portal científico de acceso libre y gratuito especializado en desigualdades en la salud y financiado por CIBERESP. 6) Introducción de los gráficos en la web. 7) Contacto con Gapminder Foundation y acuerdos para ser portal referente para España.

Resultados: Se han introducido gráficos con indicadores de contexto socioeconómico, determinantes sociales intermedios, conductas, estado de salud y uso de servicios, desglosados según el caso por territorio, género y clase social. Cada gráfico se acompaña de la descripción de la metodología (diseño y población de estudio, fuentes de información, variables, análisis de datos), una interpretación, la autoría y bibliografía relacionada. Algunos indicadores se acompañan de un vídeo explicativo narrado que facilita la comprensión para personas no expertas. Los datos que configuran el gráfico están accesibles bajo licencia Creative Commons.

Conclusiones: Esta herramienta permite difundir con un lenguaje visual fácil de entender estadísticas oficiales y estudios que muestran tendencias en el tiempo según áreas geográficas u otros ejes de desigualdad. Tras la preparación y apertura de la página, queda pendiente la difusión y la evaluación de su impacto. La experiencia está abierta a colaboradores que quieran difundir resultados de estudios o indicadores en este formato.

803. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD BUCAL EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL MUNICIPIO DE PASTO, 2011

A. Rocha-Buelvas

CONADI, Universidad Cooperativa de Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Se presume que en Colombia existe un serio deterioro, específicamente de la salud bucal y su promoción en personas privadas de la libertad. Se suma a lo anterior evidencia jurídica de la deficiente infraestructura humana y física de las cárceles, la falta de reconocimiento de los problemas de salud bucal y la problemática evidenciada del estado de la salud bucal de esta población en países en vías de desarrollo. Cabe destacar que la responsabilidad estatal con respecto al derecho a la salud se ve maximizada en esta población al ser considerada como vulnerable y subordinada a este. Se pretende explorar los determinantes sociales de salud bucal en personas privadas de la libertad en el establecimiento penitenciario de mediana y mínima seguridad carcelaria y reclusión de mujeres —EPMSC-RM— en el Municipio de Pasto.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo y exploratorio. Se realizaron 6 grupos focales, con guion semiestructurado, consensado y validado previamente, sobre los determinantes de la salud bucal. Grabado y transcrito, con consentimiento informado. Odontóloga-entrevistadora, observador y traductora. Análisis de contenido por medio de categorías iniciales y emergentes, triangulados interinvestigadores y con otros artículos recientes. Uso del programa informático atlas-ti.

Resultados: Se encontró que la participación de la comunidad carcelaria en un planteamiento de salud bucal desde el enfoque de los determinantes sociales en el contexto colombiano no garantiza por sí sola el logro de la justicia social, debido a la manipulación política, la desinformación y la falta de cultura política, que pueden canalizarla hacia fines contrarios a la garantía de los derechos sociales de los miembros de esta comunidad sancionada; es decir, su eje central es el acceso de la población, sobre todo la más vulnerable población carcelaria, a los denominados bienes públicos, como la salud, que promueven también en el seno de los recintos penitenciarios los alcances del estado social de derecho a través del progreso técnico de la salud.

Conclusiones: Para avanzar en la garantía del derecho a la salud oral, especialmente de poblaciones vulnerables, es necesario plantearse un redimensionamiento de la acción social, que responda al imperativo ético del mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el ejercicio de la autonomía. En esta transformación de la acción de las personas privadas de la libertad a través del planteamiento de la salud bucal, son sus necesidades, condiciones y posibilidades las que definen la acción y los mecanismos de gestión y apoyo que permitan invertir la lógica hegemónica del quehacer suprasectorial.

843. MIGRACIÓN A EUSKADI Y CATALUNYA DEL RESTO DEL ESTADO Y DESIGUALDADES EN SALUD: EVOLUCIÓN 1992-2007

A. Bacigalupe^{a,b}, D. Malmusi^c, U. Martín^b, M. Rodríguez-Sanz^c, I. García^b

^aDepartamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; ^bDepartamento de Sociología 2, UPV/EHU; ^cAgència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Recientemente se han descrito desigualdades en salud relacionadas con las migraciones internas de regiones menos a más industrializadas del Estado Español en el siglo XX, como Catalunya y Euskadi, pero no existen estudios sobre su evolución. El objetivo es analizar la evolución de las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento (población autóctona vs nacida en otras CCAA) en las 2 CCAA de 1992 a 2007, considerando la influencia de la clase social y el nivel de estudios.

Métodos: Estudio de tendencias a partir de las encuestas de salud de Catalunya (1994/2002/2006) y Euskadi (1992/1997/2002/2007). Se seleccionaron las personas nacidas entre 1928-1957 (Catalunya n = 14.248; Euskadi n = 11.552). Como variables resultado se utilizaron la autovaloración de la salud y la limitación crónica de la actividad. Las variables explicativas fueron el lugar de nacimiento (población autóctona vs nacida en otras CCAA), el sexo, la edad, la clase social y el nivel de estudios. Para cada año, sexo y CCAA se calcularon prevalencias estandarizadas por edad de las variables resultado según el lugar de nacimiento y se ajustaron modelos de regresión log-binomiales para estimar las razones de prevalencia (RP) y los intervalos de confianza al 95% (IC) ajustadas por edad, y posteriormente por clase social y nivel de estudios.

Resultados: En todo el periodo, en Catalunya y Euskadi las personas nacidas en el resto del estado tenían un menor nivel de estudios y clase social. La prevalencia de mala salud percibida aumentó en el periodo y fue siempre significativamente mayor en las personas nacidas en el resto del Estado en ambas CCAA y sexos (RP menor del periodo 1,22 [IC 1,05-1,43]). El aumento de la mala salud se dio en todos los grupos, con lo que las desigualdades según el lugar de nacimiento permanecieron estables. Tras ajustar por clase social y nivel de estudios, las RP se redujeron ligeramente pero en general continuaron siendo significativas. No se observaron diferencias significativas en el tamaño del efecto del lugar de nacimiento entre sexos ni entre Catalunya y Euskadi. La limitación crónica, tras ajustar por clase social, fue significativamente mayor en las personas nacidas en el resto del Estado en Catalunya salvo en hombres en 2002. En Euskadi, sólo lo fue en hombres en 1992 y 2002.

Conclusiones: Las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento se mantuvieron constantes en el periodo 1992-2007 en Catalunya y Euskadi, lo que muestra la consistencia del impacto en la salud de este eje de desigualdad social escasamente analizado.

849. MIDIENDO LA INEQUIDAD EN SALUD EN LA REGIÓN NORESTE DE MÉXICO

M.C. Esteban Picazzo Palencia^a, E. Gutiérrez Garza, P. Cantú Martínez, J.M. Infante Bonfiglio

^aInstituto de Investigaciones Sociales (IINSO)/Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de esta investigación es medir, a través de la tasa de mortalidad de menores de 5 años y la tasa de mortalidad materna, las inequidades y desigualdades en salud en la Región Noreste (Tamaulipas, Coahuila y Nuevo León) de México durante el periodo de 1990-2007.

Métodos: Para llevar a cabo esto se recurre a aplicar el coeficiente Gini y de concentración en salud, utilizando como indicadores para el

análisis la tasa de mortalidad de menores de 5 años y la tasa de mortalidad materna a nivel municipal.

Resultados: Los resultados que arroja la investigación señalan que la desigualdad e inequidad en salud se han incrementado de 1990-2007 tanto para México como para la región Noreste del país. La inequidad se concentra principalmente en los municipios con menor nivel de ingreso per cápita de la región y ésta ha aumentado durante este período.

Conclusiones: La falta de equidad e igualdad en salud en México, tanto para los niños menores de 5 años como para las mujeres en periodo de embarazo, ha sido uno de los grandes problemas que enfrenta la sociedad a nivel nacional y regional. Por lo tanto, para poder reducir la inequidad y desigualdad en salud, se necesita el diseño y la implementación de políticas públicas que permitan una mayor cobertura de los servicios de salud que permitan mejorar las oportunidades de acceso a los servicios de salud en la región noreste de México.

855. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN EL GRADO DE CONSUMO DE HEROÍNA Y COCAÍNA EN JÓVENES CONSUMIDORES

Y. Castellano^{a,b}, A. Espelt^{a,b}, A. Guitart^b, J. Pulido^{a,c}, G. Molist^{a,c}, L. Sordo^{a,c}, L. de la Fuente^{a,c}, M.T. Brugal^{a,b}

^aCIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^bAgència de Salut Pública de Barcelona; ^cCentro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La posición socioeconómica (PSE) define los recursos y el prestigio social del individuo. Varios estudios basados en población adulta confirman la existencia de desigualdades por PSE en el consumo de drogas. El objetivo de este estudio es describir las desigualdades por PSE en el grado de consumo y de dependencia de heroína y de cocaína en jóvenes (18-30 años) consumidores de estas sustancias en España.

Métodos: Estudio transversal de base individual a partir de dos cohortes de jóvenes (18-30 años) consumidores de drogas: una de consumidores de heroína (n = 991) y otra de cocaína (n = 720). Estos fueron reclutados entre 2001 y 2003 en las ciudades de Barcelona, Madrid y Sevilla. Se utilizaron técnicas de muestreo de referencia en cadena (proyecto Itínere). La fuente de información fue la entrevista basal realizada al entrar en cada una de las cohortes. Las variables dependientes fueron el grado de consumo (alto versus moderado) y la puntuación en la escala de severidad de dependencia (SDS) de heroína o de cocaína. Las principales variables independientes, como variables de PSE, fueron el nivel de estudios de los usuarios y el de sus padres. Para estudiar el efecto de la PSE sobre las variables dependientes, grado de consumo y SDS, se realizó una regresión logística y una regresión de poisson, respectivamente, ajustando por posibles variables confusoras (socio-demográficas y de patrón de consumo). Se obtuvieron *odds ratios* (OR) y sus intervalos de confianza.

Resultados: La mayoría de los consumidores de heroína o cocaína eran hombres (66 y 73%, respectivamente). Los usuarios de cocaína y sus padres tenían mayor nivel de estudios que los consumidores de heroína. Se encontró asociación inversa entre el grado de consumo de heroína y el nivel de estudios del usuario (OR = 1,53; IC 95%, 1,10-2,16). Los mayores niveles en la SDS se asociaron a menor PSE en usuarios de heroína (hombres: RR = 1,08; IC 95%, 1,02-1,14; mujeres: RR = 1,12; IC 95%, 1,02-1,23) y de cocaína (hombres: RR = 1,21; IC 95%, 1,07-1,36; mujeres: RR = 1,25; IC 95%, 1,02-1,53). Una menor PSE de los padres se asoció al alto consumo de heroína (OR = 1,92; IC 95%, 1,30-2,82) y mayor nivel de SDS en usuarias de cocaína (RR = 1,38; IC 95%, 1,16-1,64).

Conclusiones: Existen diferencias sociales entre los usuarios de heroína y los usuarios de cocaína. Las PSE más desfavorecidas presentan peores indicadores de consumo de ambas sustancias. Además, existe una relación inversa entre la PSE de los padres y un alto grado de con-

sumo de heroína en hombres, por un lado, y una mayor puntuación en la SDS de cocaína en mujeres.

856. E-SALUD PARA UNA ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y VIDA ACTIVA

E. Cabeza^{a,b}, G. Artigues^{a,b}, C. Vidal^c, C. Garau^a, F. Bibiloni^a, M. Autonell^{a,b}, N. Ricci^b, P. Palou^a

^aDGSP, Conselleria de Salut i Consum, Govern Balear; ^bIUNICS, Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud; ^cGerencia de Atención Primaria de Mallorca, Servicio Balear de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En Baleares se está implantando un modelo novedoso de Salud Pública basado en determinantes de salud para mejorar la eficacia y eficiencia de las acciones o programas de salud pública mediante el uso de TIC y reforzar la tendencia hacia la intersectorialidad y la integración del valor salud en todas las políticas. El objetivo de la estrategia de alimentación saludable y vida activa es proveer un marco de acción en el que los actores implicados, decisores políticos, grupos de interés y población afectada puedan trabajar conjuntamente para favorecer y construir un entorno saludable que haga más fácil a los residentes de las Illes la elección de una alimentación saludable y una vida activa así como la de proporcionarle a la población la información y las habilidades necesarias para conseguir un cambio de comportamiento.

Métodos: En este contexto estamos implantando una e-estrategia basada en tres ejes (identificación y evaluación de riesgos, acciones para controlarlos y medición de los resultados en salud). Las TIC son un componente fundamental usando herramientas web 2.0 para empoderar al ciudadano, involucrar a todos los posibles grupos de interés, disminuir costes y mejorar la eficiencia. Las herramientas *online* permiten evaluar los hábitos personales (dieta, vida activa, etc.) y proveer recomendaciones personales en función de sus respuestas. También calculan un riesgo global por centro (escuelas, empresas, etc.) no sólo de los hábitos, sino también del entorno (política de centro, infraestructuras, etc). Posteriormente este riesgo es georeferenciado en mapas con el fin de ayudar a los decisores a priorizar las intervenciones en función del riesgo obtenido.

Resultados: Se han puesto en marcha 4 herramientas *online* para la identificación de riesgos de la población y una herramienta para la evaluación del entorno. A modo de ejemplo, en los 4 primeros meses de su implantación un total de 5.429 estudiantes (7-18 años) de 45 colegios autoevaluaron sus hábitos sobre el desayuno. La herramienta para valorar los hábitos de los escolares sobre el desayuno. Aproximadamente el 50% de los centros fueron clasificados de alto riesgo nutricional.

Conclusiones: Las herramientas web 2.0 tools ayudan a evaluar el riesgo de la población y del entorno. La detección de entornos y colectivos con un riesgo elevado de hábitos poco saludables ayudan a los decisores a planificar intervenciones más efectivas para mejorar los hábitos y crear entornos saludables así como mejorar la calidad de los servicios de salud pública y reducir las desigualdades en salud.

1004. APRENDIZAJES PARA EL SISTEMA DE SALUD CÁNTABRO SOBRE DESIGUALDADES EN POBLACIÓN INMIGRANTE Y GITANA

A. Cabria

Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC).

Antecedentes/Objetivos: El OSPC realizó dos estudios con similares objetivos sobre determinantes sociales de salud con población inmigrante y gitana en Cantabria. En ambos interesaba conocer sus principales problemas y necesidades en salud, y sus relaciones con el sistema

sanitario, su acceso y valoración del mismo, así como analizar las percepciones del personal sanitario y administrativo de Atención Primaria y Especializada sobre la situación de ambos, sus propias relaciones con dichos colectivos y necesidades para atenderlos. **Objetivos:** 1. Comparar las percepciones de la población inmigrante y gitana sobre el sistema cántabro de salud y las relaciones que se establecen entre dichos colectivos y el personal sanitario y administrativo, desde las opiniones de todas las partes. 2. Sistematizar recomendaciones y propuestas formuladas por los participantes para satisfacer las necesidades en salud y mejorar la atención sanitaria a dichos colectivos. 3. Analizar las implicaciones comunes para la mejora del sistema sanitario y para el trabajo intersectorial.

Métodos: Se llevaron a cabo sendos estudios cualitativos mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad, con participación de población inmigrante y gitana de ambos sexos y diferentes grupos de edad y situaciones socioeconómicas, y con profesionales de AP y AE de diversas disciplinas.

Resultados: Los dos estudios coinciden en resaltar la necesidad de promover la igualdad de derechos de las personas inmigrantes y gitanas desde una perspectiva intercultural y de género, abrir espacios de participación a dichos colectivos, sensibilizar a todos los niveles de la administración y población general, mejorar la coordinación interinstitucional, promover un modelo biopsicosocial de la salud, fomentar la formación intercultural entre los distintos niveles profesionales e incluir la figura de mediador/a intercultural en el sistema de salud, entre otros.

Conclusiones: La experiencia de ambos estudios aportó importantes aprendizajes y recomendaciones sobre las culturas y necesidades de dichos colectivos, así como sobre la cultura del sistema sanitario y sus necesidades para dar respuesta a las situaciones de desigualdad en salud y acceso a servicios. Ambos estudios desvelan claves comunes que deben ser tratadas de forma conjunta, ya que en parte responden a creencias y falencias del sistema que han estado presentes por largo tiempo, mientras por otro lado una mayoría del personal sanitario responde a las crisis y tensiones que emergen en el sistema de forma más adaptativa que reflexiva o cuestionadora.