

# CONGRESO SEE-SESPAS

## Salud y equidad en todas las políticas

Madrid, 6-8 de octubre de 2011

### XXIX Congreso Científico de la Sociedad Española de Epidemiología

### XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

---

#### ACCIÓN LOCAL EN SALUD

Jueves 6 de octubre de 2011. 09:00 a 10:30 h

Aula 1 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: M.<sup>a</sup> Dolores Fiuza

---

#### 269. SALUD COMUNITARIA: DEFINIENDO CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS

M.I. Pasarín<sup>a</sup>, X Cortés<sup>b</sup>, L. Curto<sup>c</sup>, A. Latorre<sup>d</sup>, M. Mas<sup>e</sup>, S. Morales<sup>f</sup>, M.P. Morón<sup>g</sup>, M. Pagés<sup>h</sup>, A. Parés<sup>i</sup>, A.M. Pérez<sup>j</sup>, R. Porras<sup>k</sup>, M.P. Muniain<sup>l</sup>, V. Valls<sup>i</sup>

<sup>a</sup>ASPB, G APOC CAMFIC; <sup>b</sup>EAP Les Hortes, Barcelona; <sup>c</sup>Serveis Territorials Salut Terres de l'Ebre; <sup>d</sup>ASPB; <sup>e</sup>ICS Girona; <sup>f</sup>ICS Sant Celoni; <sup>g</sup>ICS Lleida; <sup>h</sup>Equip Protecció Salut de La Garrotxa; <sup>i</sup>ICS Sabadell; <sup>j</sup>ICS Montmeló; <sup>k</sup>BSA Badalona; <sup>l</sup>ICS Torreforta.

**Antecedentes/Objetivos:** Existe diversidad de significados en el término de salud comunitaria (SC), y aún mayor heterogeneidad en sus prácticas. Las áreas de salud más implicadas son atención primaria de salud (APS) y salud pública (SP). Objetivo: Identificar y definir los principales criterios que debería cumplir la intervención comunitaria orientada a la mejora de la salud.

**Métodos:** Se constituyó un grupo de trabajo formado por 13 profesionales de APS (9) y de SP (4), implicados en salud comunitaria, de diversas profesiones (medicina, enfermería, trabajo social, farmacia, auxiliar). El grupo trabajó 1 año, en el marco del curso "Salud comunitaria: la construcción de nuevas prácticas en red" (red AUPA- IES), combinando sesiones presenciales (5) con trabajo en espacio virtual (entorno moodle). Se analizaron casos reales de experiencias comunitarias próximas y, a partir de la lectura en profundidad, se identificaron: 1) núcleos temáticos claves que emergían de la lectura del caso, y 2) preguntas que en el grupo emergían de cada núcleo temático. Seguía una búsqueda de información para responder a las preguntas planteadas en cada núcleo, a través del acceso a fuentes de información diversas (medline, webs, entrevistas a expertos, etc.). La lectura y análisis crítico de la información era seguido de una discusión en el foro del espacio virtual propio del grupo, realizando el último análisis y consenso en las sesiones presenciales.

**Resultados:** Se analizaron 4 casos prácticos, de experiencias de SC llevadas a cabo en Catalunya, 3 desde APS y otro en el marco de un plan de desarrollo comunitario. El análisis de casos hizo emerger 10 núcleos temáticos: 1) trabajo en red, 2) trabajo en equipo, 3) gobernanza-gobernabilidad, 4) participación comunitaria, 5) desigualdades sociales, 6) conocimiento de la comunidad, 7) modelos de acción comunitaria, 8) horizontalidades-verticalidades, 9) planificación y 10) evaluación, con sus respectivas preguntas de aprendizaje. De cada núcleo temático se definieron criterios que el grupo consideró clave para la práctica de la salud comunitaria.

**Conclusiones:** Los criterios identificados se refieren a 3 áreas: 1) al cómo trabajar (criterios 1-4); 2) a la comunidad objeto de intervención (criterios 5 y 6), y 3) a la propia intervención comunitaria (criterios 7-10). Son criterios que se refieren más a los aspectos teóricos de la SC que a los instrumentales, lo cual podría responder al momento actual de la SC en nuestro entorno desde los servicios de salud, necesitada todavía de un marco teórico común.

#### 342. IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA INNOVADORA IMPULSORA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS

X. del Acebo, P. Castro (Coordinadores), M. Alabert, P. Batlle, J. Brunet, D. Ferrando

DIPSALUT, Organismo Autónomo de Salud Pública de la Diputación de Girona.

**Antecedentes/Objetivos:** Dipsalut es una entidad supramunicipal que presta servicios y asistencia técnica a los municipios en el fomento de la Salud Pública y la calidad de vida. Un 70% de los municipios de Girona tiene una población inferior a 1.500 habitantes cosa que supone dificultades para disponer de los recursos para asumir las competencias en Salud. Objetivos: Reducir los niveles de riesgo para la salud. Disminuir las diferencias en salud determinadas por la territorialidad. Situar la Salud Pública en la agenda política municipal. Tratar la información de forma integral que permita valorar el riesgo y establecer estrategias de actuación.

**Métodos:** Dipsalut es un organismo de servicios estructurado en torno a un modelo organizativo innovador. El modelo pretende poner respuesta a los siguientes principios: Principio de equidad territorial: Los poderes públicos garantizaran la igualdad de las prestaciones de salud en todo el territorio. Principio de conocimiento: el conocimiento de las responsabilidades en Salud Pública reforzará la gestión de los ayuntamientos. Principio de apoyo institucional: facilitar los

programas de apoyo y su implantación reduce la determinante territorial. El modelo desarrolla 4 ejes básicos: El Catálogo de Servicios recoge la propuesta de actuación estructurada, dirigida a asegurar niveles óptimos de protección y de mejora de la calidad de vida. Los Planes Municipales en Salud Pública, que han de permitir identificar los objetos de riesgo y diseñar políticas de mejora de la calidad de vida. La Red de Agentes de Salud Pública Municipal (XASPM) es el equipo de profesionales desplegados con el objetivo de asistir y asesorar a los municipios en los temas de Salud Pública. El Sistema de Información Municipal en Salud Pública (SIMSAP) aplicación web para optimizar la toma de decisiones.

**Resultados:** El 100% de municipios (221) se han adherido al organismo y a su oferta de servicios. En el año 2008 se identificaron 144 actuaciones de los ayuntamientos en Salud Pública. Con el primer Catálogo de Dipsalut 2009-2010 se actuó sobre 2.514 objetos de riesgo ejecutando 9.322 acciones. Este 2011 se actuará sobre 3.826 objetos de riesgo realizando 12.593 acciones.

**Conclusiones:** El conocimiento en profundidad del alcance de una situación predispone a su gestión. Los motivos en que radica la dificultad de la gestión del riesgo son fundamentalmente la falta de estructura y de capacidad económica de los ayuntamientos. La propuesta de soluciones y el acompañamiento en su implantación impulsa el esfuerzo municipal en políticas de Salud Pública.

#### 442. AL AIRE LIBRE DEL CENTRO DE SALUD, TERAPIAS Y ENSEÑANZAS DE VIDA SALUDABLE

F. Reyero

*Centro Madrid Salud de Usera, Instituto de Salud Pública, Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** En Madrid se ha extendido la práctica de ejercicio físico y mental al aire libre, al tiempo que se prestigia el interés por las zonas verdes, sea el disfrute del parque o el trabajo en el huerto urbano, pero hay personas que, por limitaciones físicas o peculiaridades psíquicas, no practican individualmente, ni se integran en grupos espontáneos o los ejercicios son inadecuados. Durante cuatro años, en las inmediaciones de un Centro de Salud se han llevado a cabo psicoterapias grupales in vivo de agorafobia, paseos personalizados, ejercicios de concentración en la contemplación del paisaje urbano y planificación de un huerto terapéutico. Entretanto ha cambiado la sede a una zona menos transitada y con terreno en el recinto para montar huerto terapéutico. Al tiempo, se ha participado en paseos organizados entre varios centros de salud (paseos del Corazón, Senda botánica, Itinerario sin barreras). Se plantea evaluar la efectividad de las experiencias y en particular la influencia del cambio de sede.

**Métodos:** Investigación-acción, con recogida de observaciones clínicas e interpretación de las conductas por los participantes en grupo según método cualitativo. Comparación de resultados en función las variables de tiempo (laborable/festivo, mañana/tarde), lugar, convocantes y contexto cultural de la actividad.

**Resultados:** Han participado en las inmediaciones o en el recinto del centro de salud en las de actividades al aire libre complementarias de las clínicas grupos en psicoterapia o psicoeducación de niños y de adolescentes con déficit de atención y, a menudo, hiperactividad, adultos agorafóbicos y mujeres con fibromialgia, semanalmente. A los paseos comunes de varias instituciones, esporádicas, de mañana y sólo en una ocasión en día festivo, acuden muchos a pesar de la distancia. El contexto de actividad de moda con la novedad del sello sanitario es valorado positivamente como motivación. Para los enfermos crónicos, la menor accesibilidad resulta disuasoria, pero acuden y se adhieren quienes se asocian a la planificación.

**Conclusiones:** Durante mañanas de días laborables, complementar la ayuda clínica de despacho con psicoterapias o psicoeducación en el recinto o las inmediaciones del Centro de Salud facilita la adecuación

del ejercicio al estado de salud de cada persona y la incorporación de quienes no se integran espontáneamente en grupos, siempre que se aseguren mínimos de accesibilidad en tiempo y espacio. Asociar a los usuarios a la planificación y desarrollo favorece la adhesión.

#### 791. PREVINIENDO LA DIABETES DESDE LOS MERCADOS MUNICIPALES DE MADRID

D. Ochoa, C. Martín, F. Vivas, J.M. Lázaro, M. Martínez, en nombre de los Equipos de los Centros Madrid Salud

*Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los principales factores modificables que predisponen al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) son la obesidad, el sedentarismo y la alimentación no saludable. Dentro del programa ALAS (ALimentación, Actividad física y Salud) se puso en marcha un proyecto en colaboración con la Asociación de Diabéticos de Madrid (ADM) para llevar a cabo actividades de información, sensibilización y captación de población de alto riesgo de diabetes en mercados municipales. Los objetivos fueron: 1. dar a conocer el programa de alimentación y las actividades de los Centros Madrid Salud en los mercados; 2. identificar población de alto riesgo de diabetes.

**Métodos:** La población diana para el primer objetivo fueron los usuarios de los mercados municipales y para el segundo, aquellos de 50-69 años. Para evaluar riesgo de DM2 se distribuyó el test de Findrisc: cuestionario que establece un score según edad, IMC, antecedentes de diabetes, hábitos de alimentación y actividad física, entre otras. En cada mercado se instaló durante una jornada, un stand con material informativo, cintas métricas, pesos y tallímetros. Se informó a los usuarios del objetivo de la actividad y a los interesados no diabéticos de 50-69 años se les pesó, midió, calculó IMC y se realizó el test. Se les informó del significado de su puntuación y en caso de ser superior a 14 puntos se les facilitó cita en consulta. Se obsequió a la gente con bolsas de tela para el pan con mensajes saludables de alimentación y actividad física.

**Resultados:** Se realizó la actividad en 15 mercados. Se distribuyeron 968 test de Findrisc y se recogieron 942. De estos, 600 (63,7%) se realizaron en personas de 50-69 años. De estas, 152 (25,3%) tuvieron una puntuación superior a 14 puntos, de las que 85 (55,9%) aceptaron cita para consulta.

**Conclusiones:** Se trató de una actividad comunitaria novedosa, fruto de la colaboración entre la ADM y Madrid Salud, con la que se informó y sensibilizó a la población sobre alimentación, actividad física y riesgo de diabetes. La respuesta de los usuarios fue positiva y colaboradora. El desarrollo de la actividad fue sencillo y permitió el cribado de riesgo de diabetes en un número importante de personas en un corto período de tiempo. La proporción de personas de 50-69 años con puntuación superior a 14 fue mayor que en estudios poblacionales (14% estudio PREDIMERC), probablemente por autoselección de la población. Hubo una buena aceptación de los gerentes de los mercados, suponiendo una oportunidad para nuevas colaboraciones, algunas de las cuales ya están en marcha.

#### 909. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROGRAMA "SALUD EN LOS BARRIOS" EN IGUALADA

A. González<sup>a</sup>, R. Juncadella<sup>b</sup>, X. Cantero<sup>c</sup>, A. Cardona<sup>d</sup>, F. Vilarrubias<sup>e</sup>, C. Cabezas<sup>b</sup>

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

**Antecedentes/Objetivos:** La Ley de mejora de barrios (2004) cofinancia proyectos de mejora urbanística en barrios vulnerables. "Salud

en los Barrios" (SB) complementa la actuación con el objetivo de reducir desigualdades en salud. Un equipo local (EL) con responsables institucionales designan un grupo nominal (GN) para la detección de necesidades y la propuesta de acciones, priorizadas y asumidas por el EL y complementadas por un catálogo de servicios específico para el programa. Objetivo: Presentar resultados de un cuestionario creado para medir la satisfacción de los profesionales implicados, pilotado en el barrio Sant Agustí de Igualada.

**Métodos:** Se elaboró un cuestionario para evaluar la satisfacción de los profesionales implicados, con 4 ítems iniciales: municipio, barrio, institución y tipo de participación (EL/GN), 8 ítems valoran (de 0-10) aspectos del proceso (método utilizado, reuniones, duración del proceso, informe final, aplicabilidad, implementabilidad de las acciones, adecuación del "catálogo de productos y servicios SB", y proceso global). La última sección son 4 preguntas cualitativas (proceso global, aspectos positivos, mejorables, otros) y la pregunta: ¿recomendaría el programa a un compañero? El cuestionario se envía y responde vía telemática.

**Resultados:** 9 de los 18 participantes responden el cuestionario (5 del ámbito municipal y 4 de la salud). 6 participaron en GN, 2 en EL, 1 en ambos. El método utilizado y la utilidad de las reuniones de SB se valoraron con 7,11; la duración con 6,44, la aplicabilidad con un 7,00 y la implementabilidad de las acciones con un 6,56. La adecuación del "catálogo de productos y servicios SB" fue de 6,78 y el informe final obtuvo un 7,22. La globalidad del proceso obtuvo un 6,44 (rango 2-10) y 8 de 9 recomendarían el programa. Los participantes opinan que SB facilita la coordinación entre instituciones (aumento del conocimiento sobre el barrio así como entre los profesionales trabajando en él), y valoran la realización de un diagnóstico común y el consenso en las acciones. Es mejorable el retorno de información, tanto del diagnóstico realizado como de las acciones realizadas y sus resultados, así como la duración del proceso. Se destaca dificultad de detectar necesidades sobre un barrio y la importancia de la continuidad.

**Conclusiones:** SB obtiene una puntuación global de 6,44 y 8 de 9 encuestados recomendarían SB. Se valora SB como espacio de reflexión y coordinación mientras que la gestión de la información es mejorable. El cuestionario es útil para la valoración de la implementación de SB en los diferentes territorios.

### 1036. BIostatNET: UNA NUEVA RED INTERDISCIPLINAR DE BIOESTADÍSTICA

N. Malats<sup>a</sup>, M. Durbán<sup>b</sup>, C. Cadarso-Suárez<sup>c</sup>

*BIostatNET*; <sup>a</sup>Grupo de Epidemiología Genética y Molecular (CNIO);

<sup>b</sup>Departamento de Estadística, Universidad Carlos III de Madrid;

<sup>c</sup>Unidad de Bioestadística, Departamento de Estadística e IO, Universidad de Santiago de Compostela.

La red temática BIostatNET nace en septiembre de 2010 como respuesta a una de las prioridades del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica: "Aumentar el número y la calidad de los Recursos Humanos en I+D+I en salud". Esta red está formada por 8 nodos liderados por estadísticos universitarios con proyectos propios de investigación, experiencia docente en bioestadística y colaboración estrecha con investigadores biomédicos. En ella participan en la actualidad 165 miembros de Universidades Españolas, Instituciones Biomédicas Nacionales e Instituciones Extranjeras. La red quiere ser el núcleo de conexión de los investigadores españoles de Bioestadística, con un enfoque flexible, abierto, integrador e interdisciplinar, donde se desarrollen foros y estructuras de carácter estratégico que permitan y optimicen el avance de la investigación bioestadística integral, y se facilite la conexión entre los investigadores bioestadísticos y otros profesionales de distintas áreas de aplicación: médicos, epidemiólogos, biólogos, veterinarios, farmacéuticos, etc. Entre sus objetivos se encuentran el desarrollo de planes de formación para evitar

el aislamiento profesional y lograr la puesta en común de conocimientos y nuevas técnicas desarrolladas dentro de la Bioestadística, y la definición del itinerario formativo necesario para la capacitación y formación integral de un bioestadístico. Asimismo, se impulsará la colaboración con empresas del sector biotecnológico, biofarmacéutico y biomédico y la conexión entre investigadores nacionales y extranjeros. La Red permitirá desarrollar nuevas líneas de investigación en el área bioestadística que aseguren su avance al nivel competitivo que requiere la sociedad, fomentará las habilidades intergrupos para la actualización y transferencia de conocimientos logrando así una potenciación de la bioestadística en el sistema I+D+i. Acortará tiempos entre la investigación bioestadística y su aplicación real, ayudando así a potenciar la investigación biomédica traslacional y a poner en valor al investigador bioestadístico dentro de las comunidades matemática, médica, epidemiológica, etc. BIostatNET quiere ser también un referente en la creación de *software* estadístico gratuito y de fácil acceso para la comunidad biomédica, y ofrece otros servicios como: asesoramiento estadístico y cursos básicos y especializados en bioestadística, entre otros.

### 1037. INTEGRACIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DISLIPÉMICO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO PILOTO EN LORCA

H. Muñoz Jiménez<sup>a</sup>, M. Pastor Valero<sup>b</sup>, J.M. Navarrete Carranza<sup>c</sup>, J.M. Ruiz Maldonado<sup>c</sup>, I. Anza Aguirrezabala<sup>a</sup>, M. García García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Gerencia del Área III de Salud del Servicio Murciano; <sup>b</sup>Departamento de Salud Pública, Ginecología e Historia de la Medicina, Universidad Miguel Hernández de Elche; <sup>c</sup>Oficina de Farmacia; <sup>d</sup>Centro de Salud Lorca Sur.

**Antecedentes/Objetivos:** Evaluar si la colaboración entre la oficina de farmacia (OF) y el médico de atención primaria se traduce en mejor control del tratamiento hipolipemiente. Para ello diseñamos un estudio de intervención con pacientes de dos centros de Salud en Lorca, Murcia, en colaboración con 3 farmacias ubicadas en las mismas zonas de salud que los centros.

**Métodos:** Estudio piloto de intervención comunitaria. Participantes: pacientes, usuarios habituales de las 3 farmacias incluidas en el estudio, que se presentaron con recetas de hipolipemiantes prescritas en los centros participantes, durante los meses de enero a marzo del 2010 y que presentaban mal control de su dislipemia. Criterios de exclusión: pacientes muy mayores con dificultades de comprensión, inmovilizados o de difícil acceso a la OF y clientes esporádicos de la OF. La intervención consistió en la aplicación de un protocolo consensuado por médicos/farmacéuticos que incluía: la determinación de la eficacia, seguridad y adherencia del tratamiento mediante entrevista con el paciente, revisión de historia clínica y/o análisis del perfil lipídico, toma de decisión sobre cambio de tratamiento si procedía, y provisión de información al paciente sobre su medicación. Todos los participantes fueron citados a los 2 y 6 meses para nuevos controles en OF o en Centro de Salud. El grupo control fue seleccionado a partir de los usuarios de las farmacias incluidas y la información recogida de forma retrospectiva de las historias clínicas al final del periodo de seguimiento. La variable resultado principal "objetivos terapéuticos" fue definida como "sí", si se alcanzaban los objetivos terapéuticos para niveles LDL, transaminasas y triglicéridos (TG). Otras covariables recogidas fueron variables sociodemográficas, de estilo de vida, factores de riesgo cardiovascular (RCV) y centro de salud.

**Resultados:** Tras una media de 6 ± 3 meses de seguimiento se obtuvieron datos completos de 73 pacientes (43 controles y 30 intervención). La edad media fue de 59,3 años, siendo el 51,3% hombres. Los participantes del grupo control y de intervención no fueron estadísticamente diferentes con respecto a características basales como edad, género, riesgo cardiovascular, colesterol total, ldl, hdl, TG, hipertensión,

diabetes, obesidad, y fumar. De 43 controles, 14 (33%) alcanzaron objetivos terapéuticos y de 30 intervenidos los alcanzaron 29 (97%). Entre los pacientes que fueron incluidos por cifras de LDL inadecuadas (n = 22 en grupo intervención y n = 30 en control), se observó una reducción absoluta en los niveles de LDL de  $-42,5$  mg/dl 95% IC (22,5-58,1) en el grupo de intervención frente al grupo control,  $+10$  mg/dl 95% IC (6,2-13,1).

**Conclusiones:** En este estudio piloto la colaboración entre el médico y el farmacéutico mejoró significativamente el control del tratamiento del paciente dislipémico. Ensayos aleatorizados de coste-efectividad con adecuado tamaño muestral son necesarios para medir el impacto de esta coordinación.

Palabras clave: Servicios de farmacia comunitaria. Atención primaria de salud. Dislipidemias.