

INMIGRACIÓN Y SALUD – LESIONES POR CAUSA EXTERNA

Viernes 7 de octubre de 2011. 15:30 a 17:00 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Rafael Fernández Cuenca

127. RACISMO, DISCRIMINACIÓN Y EFECTOS EN LA SALUD

D. Gil-González^{a,b}, C. Vives-Cases^{a,b}, C. Borrell^{b,c,d}, A. Agudelo^e, M.C. Davó^a, J. Miralles^f, C. Álvarez-Dardet^{a,b}

^aUniversidad de Alicante; ^bCIBERESP; ^cAgència de Salut Pública de Barcelona; ^dUniversitat Pompeu Fabra, Barcelona; ^eUniversidad Antioquia; ^fUniversidad Miguel Hernández.

Antecedentes/Objetivos: 1) Comparar la prevalencia y probabilidad de racismo autopercebido y otras formas de discriminación de la población inmigrante y española en diferentes ámbitos públicos, 2) analizar el efecto en salud del racismo autopercebido y otras formas de discriminación en la población inmigrante residente en España.

Métodos: Estudio transversal con datos de la ENS-06 (14.459 hombres, 15.019 mujeres). El racismo autopercebido y otros tipos de discriminación son las principales variables de estudio. Variables explicativas: sexo, edad, situación laboral, estado civil, nivel de estudios, país de origen, clase social y apoyo social. Variables dependientes: tres indicadores sobre estado de salud, consumo de psicotropos, malos tratos, consumo de tabaco y atención sanitaria no recibida. Los análisis se estratificaron por sexo y nacionalidad. Se calcularon frecuencias y prevalencias y se realizaron análisis bivariable y multivariable. Se estimaron los problemas de salud atribuibles al racismo a través de la proporción atribuible (PA).

Resultados: La población inmigrante percibe más racismo que la española (12,2% H y 12,5% M inmigrantes frente a 0,5% H y 0,3% M españoles). Las mujeres españolas declaran percibir con más frecuencia (3,3%) otros tipos de discriminación. Las mujeres inmigrantes con mayor frecuencia perciben conjuntamente racismo y otros tipos de discriminación (3,8%). Hombres y mujeres inmigrantes perciben más racismo buscando trabajo (ORH = 33,9 [20,4-56,2]), (ORM = 59,8 [37,8-94,7%], en el lugar de trabajo (ORH = 48,1% [28,2-82,1]), (ORM = 43,5 [25,4-74,2]), al recibir asistencia sanitaria (ORH = 17,3 [7,4-40,3]), (ORM = 48,3 [24,7-94,3]) y en los lugares públicos (ORH = 21,6 [15,8-29,6]) (ORM = 41,6 [28,8-60,1]). El racismo y otros tipos de discriminación se asociaron con mala salud mental (ORH = 5,6 [3,8-8,2]), (OR = 7,3 [4-13]) y maltrato (ORH = 5,8 [1,6-20,2]), (ORM = 30,6 [13,6-68,7]). Se atribuye al racismo autopercebido en el grupo de los hombres extranjeros el 60,47% de los problemas de salud mental y el 80,01% del consumo de psicotropos. Se atribuye al racismo junto a otras formas de discriminación en el grupo de las mujeres extranjeras el 37,26% de las experiencias de no apoyo médico y el 52,32% de los casos de maltrato.

Conclusiones: La población inmigrante en España está experimentando racismo, fundamentalmente las mujeres, que, además, perciben con más fuerza que los hombres otras formas de discriminación. Se evidencia la relevancia del racismo como determinante de la salud de la población inmigrante y su impacto diferencial por sexo.

Financiación: CIBERESP. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. FIS PI080782.

167. PATRONES JERÁRQUICOS EN LA ADQUISICIÓN DE ESTILOS DE CONDUCCIÓN DE RIESGO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

E. Jiménez-Mejías^a, J.D. Luna del Castillo^b, E. Espigares Rodríguez^a, C. Amezcua Prieto^a, J.J. Jiménez-Moleón^a, P. Lardelli-Claret^a

^aDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; ^bDepartamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Identificar la posible existencia de una estructura jerárquica en la adquisición de estilos de conducción de riesgo por parte de los conductores jóvenes de turismo.

Métodos: Diseño: transversal. Población elegible: alumnos de grado de nuestro departamento durante los cursos 2007 a 2010, menores de 26 años, que respondieron a un cuestionario autoadministrado y que hubieran conducido un turismo el año anterior. Muestra final: 891 estudiantes. Variables: 25 ítems de respuesta dicotómica que exploraban la implicación, en el mes anterior a la encuesta, de diferentes circunstancias de conducción (p. ej., conducir de noche, velocidad excesiva, consumo de alcohol, etc.). El cuestionario también recogía información sobre la intensidad de exposición (km/año) y accidentes de tráfico durante el año anterior. Análisis: se aplicó el método jerárquico de Mokken, que identifica escalas compuestas por ítems dicotómicos con una estructura jerárquica entre sí. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de las escalas y se valoró la asociación entre la puntuación de cada una con la *odds* de accidente de tráfico ajustada por la intensidad de exposición.

Resultados: Se identificaron dos subescalas. La primera se inicia por circunstancias de alta frecuencia (conducir de noche o bajo condiciones meteorológicas adversas), seguidas por el exceso de velocidad. Le siguen las distracciones y el cansancio, y, finalmente, circunstancias de alto riesgo como conducir bajo los efectos del alcohol y drogas. La segunda subescala se inicia igualmente con circunstancias de alta frecuencia (conducir solo o por autovía) y le siguen las circunstancias relacionadas con distracciones e infracciones menores. Los coeficientes alfa fueron 0,778 para la primera subescala y 0,661 para la segunda. La correlación entre ambas escalas fue elevada ($r = 0,688$; $p < 0,001$). Sus puntuaciones se asociaron positivamente a una mayor *odds* de implicación en accidentes de tráfico pero, cuando se incluyeron ambas en el mismo modelo y se ajustó por la exposición, sólo la primera mantuvo dicha asociación (*odds ratio* por cada punto de aumento = 1,24 (IC 95%, 1,06-1,66)).

Conclusiones: Las dos subescalas identificadas por el método de Mokken reflejarían sendos caminos, no excluyentes, por los que los conductores irían adquiriendo progresivamente los estilos de conducción asociados a un mayor riesgo de sufrir un accidente de tráfico: el más importante, vinculado al ocio y a conductas de alto riesgo; el segundo, asociado a una mayor autoconfianza relacionada con la experiencia.

200. ALTAS HOSPITALARIAS EN POBLACIÓN INMIGRANTE AL INICIO Y AL FINAL DE LA DÉCADA

E. Ortells-Ros, E. Navarro-Calderón, I. Abad Pérez, E. Carbonell, A. González, E. Gosálbez, F. Taberner, F.J. Roig-Sena, R. Romero, V. Zanón, A. Salazar

Servicio de Epidemiología del CSP, Valencia; UDCA Hospitales Públicos, Valencia; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset; Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En la pasada década publicamos el primer trabajo sobre frecuentación hospitalaria de la población inmigrante en España. Las conclusiones fueron que esta población era joven con una frecuencia de reproducción elevada y con patología más relacionada con las condiciones sociales de nuestro medio que con enfermedades

importadas desde su origen. Nuestro objetivo es caracterizar la demanda hospitalaria y su variación respecto del inicio de la década.

Métodos: Desarrollamos un estudio observacional transversal desde el 01/01/06 al 31/12/10 sobre las causas de hospitalización y los diagnósticos al alta de la población inmigrante atendida en los hospitales públicos de Valencia. Para permitir la comparación de los resultados se aplicó el mismo perfil de recuperación de datos ya validado en 2002. Se constituyó una base de datos Access unificada y se llevaron a cabo las depuraciones relativas a datos incompletos no concordantes e información complementaria obtenida del Sistema de Información Poblacional. Se presentan las frecuencias comparadas: edad, género, origen por regiones geográficas y proporción de los 10 primeros diagnósticos de alta.

Resultados: Se analizan 22.874 episodios de alta y se comparan con los 1.644 de 2002. Destaca que la proporción de mujeres se ha incrementado en 4 puntos, que la media de edad ha aumentado en ambos sexos 10 años en los hombres y 6 en las mujeres, y que los inmigrantes de origen centro y sudamericano predominan tanto al inicio de la década, 58,66%, como en 2010, 67,09%. La categoría “Embarazo y Parto” corresponde en ambos estudios a la mayor proporción de altas (37,71% en 2002 vs. 43,95% en 2010) y mientras la segunda corresponde en 2002 a “traumatismos”, 12,90%, esta categoría pasa a ser la tercera, con 6,88%. Las enfermedades infecciosas suponían un 4,38% y ahora un 5,30%, en ambos casos el quinto lugar. La TBC, que en 2002 representaba un 18,2% de todas las infecciosas, ha pasado a un 31,58%.

Conclusiones: La ampliación de la UE ha determinado que ciertas nacionalidades no sean consideradas población inmigrante. Los partos continúan siendo el principal motivo de alta entre las inmigrantes. El incremento de altas de enfermedades crónicas y tumores sugiere que los inmigrantes adoptan patrones de enfermedad similares al medio social que los acoge. El patrón infeccioso ha experimentado igualmente un cambio hacia las condiciones socioeconómicas precarias comunes en el territorio.

349. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

C. Barona-Vilar, C. González-Steibnauer, F. González-Morán, R. Mas-Pons, A. Fullana-Montoro

Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, València.

Antecedentes/Objetivos: La posibilidad de presentación de casos de enfermedad de Chagas por transmisión materno-fetal en nuestro entorno, aconseja implementar estrategias de diagnóstico precoz de la enfermedad en las madres y recién nacidos. El objetivo es evaluar la implantación del cribado serológico del *T. cruzi* incorporado en 2009 a la oferta del control prenatal que realizan las matronas de atención primaria.

Métodos: Estudio transversal de las madres y recién nacidos en la CV en 2009 y 2010 procedentes de los 17 países latinoamericanos donde la enfermedad de Chagas es endémica. La identificación de la población diana para el cálculo de coberturas se realizó a partir del Registro de Metabolopatías, que recoge el país de procedencia de la madre, además de otras variables perinatales. Para conocer la implantación del cribado serológico se utilizó como fuente el sistema de información de la Red de Vigilancia Microbiológica (RedMIVA), que recoge variables sociodemográficas (edad y sexo), hospital que solicita la serología frente al *T. cruzi* y su resultado con 4 posibilidades: a) caso nuevo (2 test serológicos +); b) caso posible (1 test + y al menos 1 indeterminado); c) no determinado (1 test + y los demás -), y d) no caso (Ac -). Se hizo un análisis descriptivo con una aproximación a la cobertura del cribado y prevalencia de la infección.

Resultados: En los 2 años de estudio se produjeron 7.259 partos de mujeres procedentes de países endémicos, siendo los más representados Ecuador con 1.955 (26,9%), Colombia con 1.560 (21,5%), Bolivia con

973 (13,4%) y Argentina con 839 (11,6%). La mediana de edad de las madres fue de 30 años (rango 14-53) y su parto, en el 90% de casos, fue en hospitales públicos. La RedMIVA registró pruebas serológicas de los 23 hospitales públicos de la CV. Se estima una cobertura del cribado en 2009 del 74% y en 2010 del 77% de madres. En ambos años se analizaron 5.483 mujeres (76%). La prevalencia de la infección se situó en torno al 5% de las madres y los casos se concentraron en las zonas periurbanas de Valencia y Alicante. Se identificaron 55 menores de 1 año con anticuerpos pero no fue posible discriminar la seroconversión.

Conclusiones: El cribado de la infección por *T. cruzi* en embarazadas de zonas endémicas está implantado en todos los departamentos de salud de la CV, con una cobertura creciente entre 2009 y 2010. La RedMIVA permite la vigilancia epidemiológica de la infección en las madres pero debe adaptarse en los recién nacidos para poder identificar la seroconversión.

466. ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN DE UN MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD

S. Pequeño, R. Terraza-Núñez, I. Vargas, M.L. Vázquez

Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios, Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud, Consorcio de Salud y Social de Cataluña.

Antecedentes/Objetivos: La alta proporción de inmigrantes en España ha planteado nuevos retos para el sistema sanitario de proveer atención a una población heterogénea. Estudios internacionales reflejan barreras de acceso a los servicios y disminución de la calidad de la atención prestada a esta población. El objetivo es analizar el acceso a una atención sanitaria de calidad de la población inmigrante mediante el desarrollo de un marco conceptual y su posterior aplicación a la bibliografía existente en España.

Métodos: Se realizó en 2 fases. Primero, revisión de los marcos conceptuales de acceso y calidad de los servicios de salud y elaboración de un marco adaptado a la población inmigrante. Segundo, revisión sistemática de artículos que analizaban el acceso a una atención sanitaria de calidad a esta población. Palabras clave: acceso/utilización, atención en salud, servicios sanitarios, calidad, e inmigrantes. Se seleccionaron artículos originales y de revisión de diferentes bases de datos de ciencias de la salud y social. Posteriormente, se aplicó el marco desarrollado en la primera fase.

Resultados: El marco conceptual para el análisis de la atención de calidad propone 2 dimensiones: accesibilidad y efectividad valoradas en 3 categorías: estructura, proceso y resultado. Los estudios que analizan la atención sanitaria de calidad en la población inmigrante son escasos. Se identifican como determinantes de la accesibilidad factores relativos a los inmigrantes: predisponentes —conocimiento del sistema, precariedad laboral, nivel de estudios, cultura, religión, idioma—, capacitantes para utilizar el sistema y las necesidades de atención. Factores relativos a los proveedores: predisponentes —normas administrativas, actitudes y creencias del personal, carga asistencial—, capacitantes —horarios de atención, tiempo de consulta— y las necesidades de los profesionales —pérdida de continuidad asistencial, limitado conocimiento en medicina tropical, limitaciones para el abordaje intercultural. Entre los relativos a la efectividad se encuentran la efectividad de la atención clínica, correcta atención y tratamiento—; la efectividad de la atención interpersonal —lenguaje utilizado/interpretado, aceptación del personal—, y el estado de salud —resultado final, curación o no—.

Conclusiones: La aplicación del marco conceptual al análisis del acceso a una atención de calidad en España refleja que la evidencia sobre el acceso a los servicios sanitarios en España es escasa. Asimismo, los estudios que tienen en consideración variables relacionadas con la calidad son casi inexistentes.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS; PS09/02642).

519. MORTALIDAD POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CARRETERA Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD GENERAL EN ESPAÑA

R. Palmera-Suárez^{a,b}, M. Flores Víctor^a; I. León^a, D. Gómez-Barroso^{a,b}, T. López-Cuadrado^a, A. Llacer^{a,b}, F. Simón-Soria^{a,b}, R. Fernández-Cuencía^{a,b}

^aISCIII, Centro Nacional de Epidemiología; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII gestiona desde 2004 un sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas (MDTC); este sistema obtiene la mortalidad diaria observada de los registros civiles informatizados de defunciones del Ministerio de Justicia, que recogen muertes por todas las causas correspondientes a 1.005 municipios (52 capitales de provincia; 71% de población). Para complementar el análisis de este sistema, en el año 2008 se inició la monitorización de la mortalidad diaria por accidente de tráfico con víctima mortal a 24 horas (AVMC24H) a partir de los registros diarios de la Dirección General de Tráfico (DGT). Este sistema de monitorización facilita el seguimiento y evolución de la mortalidad, en diferentes grupos de población, y favorece el estudio de posibles factores de riesgo. El objetivo de este trabajo es describir la tendencia de la mortalidad por AVMC24H y valorar su peso dentro de la MDTC en los años 2008 a 2010.

Métodos: Estudios de series temporales a partir de los datos de MDTC y mortalidad por AVMC24H. Los modelos de mortalidad esperada se estimaron a partir de series históricas de mortalidad del INE entre 2001 y 2008 (excluyendo 2003 y 2006 por exceso de mortalidad); se utilizó un modelo restrictivo de medias históricas. Los datos de AVMC24H son una serie semanal entre 2008 y 2011; el modelo utilizado se basa en regresión cíclica estimándose a partir de los años históricos 2008 y 2010. Las defunciones observadas se comparan con las esperadas según los modelos generados.

Resultados: La mortalidad por AVMC24H en el grupo de 15-24 años genera cerca de un 30% de la mortalidad en España; en los grupos de menores de 15 y 25-64 años un 2%, respectivamente. La tendencia en los AVMC24H presenta un comportamiento diferente por grupos de edad: en menores de 15 años tiene un comportamiento aleatorio, sin tendencia ni ciclos claros; entre 15-24 años es decreciente sin ciclos; en el grupo de 25-64 años la tendencia es similar a la mortalidad global por AVMC24H, siendo descendente y con un ciclo anual con pico máximo en verano.

Conclusiones: El sistema de monitorización diaria facilita la detección de situaciones de alerta debido al exceso de mortalidad, lo cual permite la implementación de medidas de intervención en salud pública. Este nuevo sistema de vigilancia por AVMC24H complementa la vigilancia de la MDTC debido al gran peso que tiene, sobre todo en grupos más jóvenes. Agradecemos la colaboración del Observatorio Nacional de Seguridad Vial en este estudio.

526. PESO AL NACER DE RECIÉN NACIDOS DE MADRES AUTÓCTONAS Y MADRES INMIGRANTES RESIDENTES EN ESPAÑA

S. Restrepo-Mesa^a, A. Agudelo-Suárez^b, A. Estrada-Restrepo^c, L. González-Zapata^d

^aUniversidad de Antioquia —UdeA—, Colombia; Grupo de Investigación Alimentación y Nutrición Humana; ^bUdeA; Universidad de Alicante; ^cUdeA; Grupo de Investigación Demografía y Salud; ^dUdeA; Grupo de Investigación Determinantes Sociales y de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Establecer diferencias en el peso al nacer (PN) y sus factores relacionados, en recién nacidos (RN) a término de mujeres autóctonas y mujeres inmigrantes en España en el periodo 2007-2008.

Métodos: Se incluyó el total de RN de madres españolas y los RN a término de las madres procedentes de los 10 países con mayor presencia en el territorio español (Marruecos, Rumanía, Ecuador, Bolivia, Colombia, China, Argentina, Brasil, Perú, Francia), a partir del Boletín Estadístico de Nacimientos de España. No se consideraron los nacimientos pre-término debido a que el interés del estudio se centró en el análisis de los nacimientos de niños con periodo gestacional completo. La variable efecto fue definida como bajo peso al nacimiento —BP— (< 2.500 g). Las variables explicativas fueron el país de origen de la madre (Española-10 países con mayor presencia en el territorio español), edad de la madre (= 19, 20 y más), intervalo intergenésico (< 24 meses, = 24 meses), número de hijos nacidos vivos (1, 2, 3, = 4 hijos) y sexo del RN (varón o mujer).

Resultados: Se encontró mayor prevalencia de BP en los RN de madres españolas. Al hacer el análisis por países, la mayor prevalencia de BP se presentó en los RN de mujeres francesas (3,5%); la menor prevalencia de BP se encontró en los RN nacidos de las madres bolivianas (1,6%). Los RN de madres extranjeras presentaron menor probabilidad de BP que las españolas, excepto las francesas (OR = 1,15, IC 95%, 0,90-1,46), brasileñas (OR = 0,94, IC 95%, 0,73-1,20) y las ecuatorianas (OR = 0,89, IC 95%, 0,76-1,06). Los RN con menor riesgo de BP fueron los de madres bolivianas (OR = 0,45, IC 95%, 0,34-0,60). Se encontró mayor riesgo de BP en los hijos de madres adolescentes (OR = 1,12, IC 95%, 1,00-1,24) y en los RN de sexo femenino (OR = 1,50, IC 95%, 1,44-1,55).

Conclusiones: Los RN de madres españolas presentan mayor riesgo de BP, lo cual es compatible con el efecto del migrante sano.

569. EXPERIENCIA DE RECONTACTO MEDIANTE ENCUESTA TELEFÓNICA CON INMIGRANTES EN ESPAÑA

M. Pica^{a,b}, E. Ronda Pérez^{a,c}, M.J. López Jacob^{a,d}, A.M. García^{a,d,e,f}, F.G. Benavides^{a,b,f}

^aCISAL; ^bUPF; ^cUniversidad de Alicante; ^dISTAS; ^eUniversidad de Valencia; ^fCIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El seguimiento en el tiempo de la población inmigrante es un reto para la investigación sobre este colectivo. Esta comunicación describe y evalúa la experiencia de recontacto con los trabajadores inmigrantes que participaron en una encuesta en el marco del proyecto ITSAL (inmigración, trabajo y salud) hace 3 años.

Métodos: En 2008 se realizó una encuesta presencial por conveniencia a 2.434 trabajadores inmigrantes marroquíes, ecuatorianos, colombianos y rumanos. El 46% de ellos (n = 1.129) dejó un número de teléfono. En febrero de 2011 se intentó el contacto telefónico con esta submuestra para realizar una nueva entrevista. Las llamadas se clasificaron según su resultado en: entrevistas completas, parciales, no contacto, negativa y otro tipo de no respuesta. Se calcularon los indicadores de resultados del contacto para realizar encuestas de la American Association of Public Opinion Research.

Resultados: De las 376 personas contactadas, 28 (2,5%) rehusaron participar, 24 (2,1%) estaban temporalmente fuera de España o haber regresado a su país de origen, 7 (0,6%) resultaron en entrevistas parciales y se completaron 317 (28,1%). De las 753 llamadas restantes, 308 (27%) personas no contestaron, 266 (24%) teléfonos no correspondían al entrevistado y 153 (14%) eran teléfonos inexistentes. La tasa de respuesta (proporción de entrevistas realizadas de todos los casos elegibles) fue del 29%, la de cooperación (proporción de entrevistas realizadas de aquellos casos que han sido contactados) del 86%, la de contacto (proporción de todos los casos en que se ha contactado al entrevistado) del 47%, y la de rechazo (proporción de todos los casos elegibles que se niegan a contestar) del 2,5%. Las personas nacidas en Rumanía y Marruecos, los hombres y los menores de 25 años obtuvieron las tasas de respuesta más bajas. La tasa de respuesta fue más baja en las personas sin estudios/estudios primarios, sin permiso de residencia y trabajo, y en trabajadores de agricultura, industria y servicio doméstico.

Conclusiones: La estrategia utilizada ha permitido obtener resultados de respuesta similares a los de otros estudios de recontacto con

población inmigrante, basados en contactos presenciales y con intervalos de seguimiento menores. Estos resultados animan a intentar esta estrategia en futuros estudios de seguimiento en inmigrantes, aunque se debe garantizar alguna otra forma de contacto, además de teléfono, como correo electrónico.

640. LA SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

I. Donate^a, P. Margolles^b, M. Margolles^a

^aConsejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias;

^bFacultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, España, y Asturias se han convertido en un país receptor neto de inmigrantes. Esta migración no suele afectar en muchos casos en mejoras del nivel de salud de los inmigrantes. En este estudio pretendemos, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Asturias 2008 (ESA-08), conocer el grado de salud de la población inmigrante en Asturias.

Métodos: Los datos provienen de la ESA-08 (n = 2.500) en Asturias. Se analizan las variables de salud incluidas en la encuesta en relación al origen de la persona y se comparan con las obtenidas en la población autóctona.

Resultados: Referían ser inmigrantes un 6,3% de personas. Es una población, al contrario de lo que se supone, mayoritariamente femenina (57% son mujeres). La mayoría proceden de América (63%). Tienen una mejor percepción de su estado de salud que las personas nacidas en Asturias (OR: 1,92, IC 95%, 1,4-2,7) en ambos sexos que se mitiga, en parte, controlando la variable edad. No existen diferencias de autoconsideración global del estado de felicidad entre personas inmigrantes y autóctonas. En cambio, con el análisis estratificado por edad y sexo se observa que las mujeres inmigrantes son menos felices que los hombres inmigrantes y que las autóctonas. En el análisis de CVRS (Euroqol-5D) existe una mejor autovaloración en las personas inmigrantes, que se mitiga solo parcialmente controlando la variable edad debido a que a partir de los 45 años de edad hay una gran caída de CVRS en la población autóctona. No existen diferencias en relación a la satisfacción sobre la vida social realizada en función del origen, si bien sí se mantienen las diferencias de género dentro de cada grupo. Lo mismo que en la valoración global del sistema sanitario asturiano. Las personas inmigrantes padecen menos enfermedad crónica (OR: 0,54, IC 95%, 0,4-0,7), diferencias que desaparecen con el análisis estratificado por edad. En general, las personas inmigrantes tienen menor uso de medidas preventivas (cepillado de dientes, vacunación antigripal, consumo de yodo, uso de cinturón de seguridad, uso de silla infantil en viajes); lo mismo sucede con las pruebas preventivas. Fuman más los inmigrantes pero no hay diferencias en el consumo de alcohol. Toman más fármacos las personas autóctonas (OR: 1,4, IC 95%, 1,1-2,0) debido a la edad.

Conclusiones: Casi todas las variables de resultados de salud son mejores en inmigrantes que en población autóctona, si bien muchas de esas diferencias se deben a su mayor juventud. Los resultados de este estudio son concordantes con los datos disponibles en la literatura.

672. USO DEL CASCO DE BICICLETA EN CIUDADES PARA REDUCIR ACCIDENTES. REVISIÓN DE LA LITERATURA

R. Yang Lai^a, J. González-Outón^a, J. Ruiz Aragón^b, A. Luengo Corbacho^c

^aServicio de Documentación e Información Sanitaria, Hospital

Universitario Puerto Real, Cádiz; ^bAgencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sevilla; ^cSanidad Exterior, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Buscar evidencia para una ampliación de la legislación actual sobre cascos de bicicleta en vías urbanas (actualmente, obligatorios en vías interurbanas).

Métodos: Revisión de la literatura en el período 1966-2009. Las bases de datos utilizadas fueron: MEDLINE, EMBASE, National Institute for Health and Clinical Excellence, Centers for Disease Control and Prevention, National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, RAND Corporation, Centre for Reviews and Dissemination (CRD), NHS Evidence, National Library of Public Health, Portal de Evidencias de la Biblioteca Virtual de Salud de la OPS, Public Health, Cochrane Library, The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, Health Evidence Canada, Campbell Library, Canadian Best Practice Portal, Research-Tested Interventions Program. Los términos MESH utilizados fueron cycle* or bicycle*, helmet*, accident*.

Resultados: Los estudios encontrados fueron dos revisiones sistemáticas Cochrane, un metaanálisis de la CRD y dos artículos descriptivos. En el análisis de los artículos, no estaba especificado el tipo de vía. Las revisiones sistemáticas Cochrane mostraron que la legislación sobre cascos de bicicleta era efectiva para incrementar el uso de los cascos, siendo menores las tasas de heridas de cabeza en las poblaciones donde se implementaba. Sin embargo, existen pocos estudios con análisis de buena calidad que mida estos resultados. Ninguno de los documentos analizados ofrecía datos sobre una posible disminución del uso de la bicicleta como consecuencia de la implementación de esta ley. El metaanálisis de la CDR también apoyó el uso del casco para reducir el riesgo de heridas.

Conclusiones: El casco de la bicicleta es efectivo para reducir las heridas de cabeza, pero los estudios revisados no distinguen entre los diferentes tipos de vía.

734. LA ESTRATIFICACIÓN LABORAL EN LA EXTERNALIZACIÓN DEL TRABAJO DEL CUIDADO FAMILIAR

J. Robledo Martín

Departamento de Investigación de Fuden.

Antecedentes/Objetivos: Explorar la estratificación del mercado laboral en la contratación de mujeres migrantes latinoamericanas para el cuidado de una persona mayor.

Métodos: Se ha realizado una aproximación etnográfica al objeto de investigación, desde marzo de 2009 a junio de 2010. Desde el punto de vista geográfico, la investigación se ha centrado en la provincia de Ávila, por ser una de las provincias más envejecidas de España. Las técnicas utilizadas han sido entrevistas en profundidad (cuidadoras migrantes latinoamericanas, familiares contratantes y trabajadores sociales) y observación participante (observación macro sobre un municipio de la provincia y observación focalizada en diversos escenarios).

Resultados: La estratificación del mercado laboral en este sector se visualiza: 1. Las prioridades que establecen los empleados en la contratación (ser mujer, la dureza del trabajo, sobre todo en la modalidad de internas, hace que la demanda de trabajo sea de mujeres migrantes, el idioma común y el carácter atribuido a la mujer latinoamericana). 2. Los nichos laborales asignados a las mujeres migrantes (la falta de formación específica no es una dificultad para acceder al cuidado de ancianos, un nivel formativo alto no facilita el acceso a otros ámbitos laborales, la escasa movilidad en el sector laboral).

Conclusiones: Las mujeres migrantes ocupan por tanto una posición estructural derivada de la creación de relaciones de desigualdad sobre la base de diferencias de género, origen étnico y estatus migratorio que limitan el disfrute de derechos sociales, jurídicos y políticos, determinando su acceso al mercado de trabajo.

Financiación: pro FIS PI 07/90573.

771. ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CANNABIS Y ACCIDENTES LABORALES EN POBLACIÓN JOVEN

J. Pulido, E. Regidor, G. Molist, E. Rodríguez-Regueira, F. Vallejo, L. Sordo, G. Barrio

Centro Nacional de Epidemiología; Ciber Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad Complutense de Madrid; Escuela Nacional de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Muy pocas investigaciones han estudiado la asociación entre el consumo de cannabis y los accidentes laborales. Además, no siempre se tiene en cuenta que muchas lesiones son causadas en accidentes de tráfico donde presumiblemente intervienen otros factores ajenos al ámbito laboral. El objetivo fue estimar la asociación entre el consumo de cannabis y haber sufrido lesiones no mortales mientras se estaba trabajando.

Métodos: Analizamos una muestra representativa de 11.474 jóvenes de 16-30 años tomados de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España de 2005-2006. Las principales variables analizadas fueron, en el año anterior a la entrevista, la ocurrencia de lesiones no mortales en el medio laboral que precisaron de asistencia sanitaria (variable dependiente) y la frecuencia de consumo de cannabis. Al seleccionar los sujetos lesionados descartamos a las víctimas de accidentes de tráfico (como conductor o pasajero) y a los que se hirieron intencionadamente. La asociación entre la variable dependiente y el consumo de cannabis fue estimada mediante regresión logística, controlando el efecto de varias características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios), tipo de trabajo (manual frente a no manual) y consumo de tabaco y otras drogas psicoactivas legales (como alcohol y antidepresivos) e ilegales (estimulantes, éxtasis, opiáceos e inhalables). Todos los resultados fueron ponderados para corregir la distribución discrecional de la muestra por edad y comunidad autónoma.

Resultados: El 22,5% de los sujetos había consumido cannabis en los últimos 12 meses (de éstos, casi el 20% todos los días). El 2,1% había sufrido lesiones mientras estaba trabajando, con diferencias significativas ($p < 0,001$) entre hombres y mujeres (3,2 frente a 1,0%), y por edad, nivel de estudios y tipo de trabajo. El 24,2% de las lesiones fue por caídas, el 24,7% por golpes, el 27,3% por cortes y el resto (23,8%) por otras causas. En el análisis multivariado, el consumo de cannabis < 3 días/semana estuvo asociado con sufrir lesiones en el ámbito laboral con una OR = 1,2 (IC 95%, 0,8-1,9), el de 3-6 días/semana con una OR = 1,7 (IC 95%, 0,9-3,3) y el consumo diario con una OR = 2,2 (IC 95%, 1,3-3,7).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran una asociación entre el consumo diario de cannabis y la ocurrencia de lesiones en el ámbito laboral. Las medidas preventivas deben dirigirse a desalentar a la población joven de estar bajo sus efectos cuando están trabajando. No obstante, se necesitan otros estudios que usen modelos causales que confirmen y expliquen estos resultados.

Financiación: PNSD (PR153/03-12281), Fundación Mutua Madrileña (AP75642010), RTA (RD06/0001/1018).

to entre 2005 y 2007. Fuente de información: registro informatizado de partos del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Variables sociodemográficas: nacionalidad, edad, paridad y número de abortos; relacionadas con el control del embarazo: edad gestacional en la primera visita, número de visitas y edad gestacional en el parto; morbilidad gestacional; factores de riesgo pre y gestacionales. La adecuación de la atención prenatal se mide mediante las variaciones APNCU-1M y APNCU-2M del índice estandarizado de adecuación a la atención prenatal APNCU.

Resultados: Se identificaron 6.873 mujeres, el 42% extranjeras, fundamentalmente marroquíes, rumanas y rusas. El porcentaje de utilización inadecuada de los cuidados prenatales según el APNCU-1M es mucho más superior entre las extranjeras (29,6%) que entre las españolas (7,2%), con valores de OR más elevados para las procedentes de los países del este (OR = 6,17, IC 95%, 5,20-7,32), seguidas por las magrebíes (OR = 5,58, IC 95%, 4,69-6,64). Para las mujeres magrebíes la mayor frecuencia de uso inadecuado se da entre las nulíparas a partir de los 20 años de edad (ORaj = 7,03, IC 95%, 5,14-9,62), mientras que en las procedentes del este es en mujeres con 1 o 2 hijos (ORaj = 7,6, IC 95%, 3,65-15,92).

Conclusiones: Estos resultados son consistentes con los publicados en la literatura y sugieren la necesidad de adecuar los servicios sanitarios a la diversidad cultural. La falta de información en los registros hospitalarios limita el análisis de otras variables, que permitan explicar las diferencias halladas entre los distintos colectivos y el planteamiento de una estrategia de captación y seguimiento específicamente dirigido a cubrir las necesidades de las poblaciones de riesgo. Por ello se muestra pertinente una mayor investigación a partir de datos primarios, pues la provisión universal de una atención prenatal adecuada es de crucial importancia para mejorar los resultados obstétricos y perinatales. La comparación de nuestros resultados con entornos similares se ve dificultada por la ausencia de estudios que hayan empleado índices estandarizados, por lo que creemos que sería muy recomendable la generalización del empleo de índices como los APNCU.

942. INFLUENCIA DEL PAÍS DE ORIGEN EN LA INADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

E. Martínez García^a, M.C. Olvera Porcel^b, C. Amezcua Prieto^b, R. Olmedo Requena^b

^aHospital de Guadix, Granada; ^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Cuantificar la frecuencia de uso inadecuado de la atención prenatal mediante índices estandarizados, en una comarca con elevado porcentaje de mujeres extranjeras así como su asociación con la nacionalidad de origen.

Métodos: Serie de casos de mujeres atendidas en el Hospital de Poniente de Almería (El Ejido) con diagnóstico al alta hospitalaria de par-