

XVII CONGRESO SESPAS

Ciencia para la Acción

Barcelona, 6-8 de septiembre de 2017

MESAS DE COMUNICACIONES

MESA DE COMUNICACIONES I

Jueves, 7 de septiembre, 09:15-10:45

C-01. SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

J.L. Beltrán Aguirre

Universidad Pública de Navarra.

Actualmente, el secreto profesional es un deber inexcusable del profesional sanitario hasta el punto de que su infracción constituye un delito. Empero, la legislación sanitaria también establece límites al secreto profesional, disponiendo la obligación de denunciar o declarar los casos que expresamente enumera. Estamos, pues, ante un deber de secreto plagado de excepciones, lo que sitúa frecuentemente al profesional sanitario ante dilemas difíciles de resolver tanto desde el punto de vista jurídico como ético, en el ámbito asistencial y en el de los estudios e investigaciones epidemiológica. El secreto profesional padece de una regulación deficiente. El Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales (RGPD), permite el tratamiento de datos de salud sin consentimiento del interesado por motivos de interés público en el ámbito de la salud pública, pero sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros que establezca medidas adecuadas y específicas para proteger los derechos y libertades del interesado, en particular el secreto profesional. Así pues, el RGPD remite al legislador de los Estados miembros la elaboración de una normativa que regule convenientemente el secreto profesional en lo relativo a tratamiento de datos de salud para la realización de estudios epidemiológicos. Es objeto de este trabajo ofrecer una propuesta de regulación unitaria del secreto profesional que dé seguridad jurídica y que acomode nuestra legislación al RGPD.

C-02. "OLMUÉ BAJO EN SODIO Y RICO EN POTASIO", UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD COMUNAL

B. Moena González y K. Cuevas Lang

Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Universidad de Valparaíso.

Objetivos: Contribuir a disminuir la alta tasa de incidencia y proporción de descompensación en personas con hipertensión arterial primaria de 15 y más años de la comuna de Olmué, Chile. Propósito: Política Pública de salud comunal "Olmué bajo en Sodio y rico en Potasio" implementada entre febrero a diciembre de 2013 en la comuna de Olmué. Componente nº 1: Capacitación en la importancia del desbalance dietario Sodio/Potasio a actores involucrados. Componente nº 2: Propuesta de política pública de salud comunal formulada y aprobada por mesa técnica de Salud/Educación. Componente nº 3: Propuesta de política pública de salud aprobada por concejo municipal. Componente nº 4: Difusión de la política pública de salud decretada. Componente nº 5: Plan de acción creado y entregado a actores involucrados de la comuna.

Métodos: Mediante la metodología de elaboración de proyectos Marco Lógico, se considera la construcción de una política pública de salud a nivel de microgestión (nivel comunal) para revertir el principal factor de riesgo medioambiental descrito en la literatura como responsable de la etiopatogénesis de la hipertensión arterial primaria, la elevada ingesta dietética de sodio y baja de potasio. La innovadora estrategia mencionada es elegida, tras un análisis de viabilidad, gobernabilidad, factibilidad e impacto.

Resultados: Se obtiene una política de salud pública comunal antihipertensiva firmada mediante decreto alcaldicio.

Conclusiones: Este programa logra el decreto de una política pública de salud comunal, permitiendo con esto contribuir, como primera etapa, al logro del propósito y fin propuestos.

C-03. EFECTIVIDAD DEL CONTROL OFICIAL MEDIANTE LA TÉCNICA DE AUDITORÍA PARA LA MEJORA SANITARIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS

N. Bravo Centelles, Ll. Picart i Barrot y L. Cabedo Botella

Facultad de Veterinaria, UAB. Subdirección de Protección de la Salud, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Las políticas de seguridad alimentaria deben implementarse de forma efectiva para mejorar las condiciones sanitarias de los establecimientos alimentarios. El control oficial se lleva a cabo mediante inspecciones, auditorías y ensayos analíticos, para detectar no conformidades y adoptar medidas que conduzcan al cumplimiento normativo. Durante las auditorías se verifican los autocontroles de los establecimientos. El objetivo fue evaluar la efectividad de la implementación de las auditorías como técnica de control oficial. En Catalunya, en 2009, se implementó la auditoría como técnica de control

oficial. Para evaluar su efectividad, se comparó la puntuación de riesgo de los establecimientos, auditados y no auditados, correspondientes al periodo 2006-2008, con la correspondiente al periodo 2012-2013, concretamente el valor del módulo del riesgo atribuible a la implantación de los autocontroles. El 32,5% de los establecimientos no auditados mejoraron su riesgo, en comparación con el 45,7% de los establecimientos auditados. Aunque se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los establecimientos auditados y no auditados en 2006 y en 2013, el grado de disminución del riesgo, de 2013 respecto a 2006, fue superior ($p < 0,05$) en el grupo de establecimientos auditados respecto al grupo de los no auditados. Además, el porcentaje de establecimientos que mantuvieron su riesgo al nivel mínimo fue del 10,2% en el grupo de los no auditados y del 61,2% en el grupo de los auditados. Se concluye que la implementación de las auditorías como técnica de control oficial tiene impacto positivo en la disminución del riesgo atribuible a los autocontroles de los establecimientos alimentarios.

C-04. USERS' PERCEPTIONS OF RELATIONAL CONTINUITY OF CARE IN PRIMARY AND SECONDARY CARE IN HEALTHCARE NETWORKS OF SIX LATIN-AMERICA COUNTRIES

M. Vitaloni, I. Vargas, M.L. Vázquez, L. Ollé, J.P. Unger, A. Mogollón, I. Samico, P. Eguiguren, I. Cisneros, M.C. Muruaga and F. Bertolotto for Equity LA II

CSC. ITM. UR. IMIP. UCH. UV. UNR. UDELAR.

Objectives: Relational Continuity (RC) of care is the therapeutic relationship between patients and healthcare providers. High RC increases patients' satisfaction while decreases healthcare use. In Latin-America little is known. We analyze perceived RC between users and primary care (PC) or secondary care (SC) doctors and their associated factors.

Methods: Cross-sectional study by means of a users' survey applying the CCAENA questionnaire in Argentina, Brazil, Colombia, Chile, Mexico and Uruguay. Random sample of users with chronic conditions in two healthcare networks of each country ($n = 784$ per country). Outcome variables: synthetic indexes for RC perception towards PC and SC doctors, measured by: having confidence in doctor, receiving sufficient information, consistency of doctor. Explanatory variables: sociodemographic, morbidity and healthcare characteristics. Analysis: descriptive and multivariate logistic regression model.

Results: Generally high levels of RC (more than 70%) was perceived towards PC and SC doctors. Excluding Chile and Uruguay, RC was higher towards PC than SC doctors. Factors associated to higher RC were age (> 40 years), good self-rated health and low waiting time; living in the area for more than 1 year increased the probability of high RC with PC doctor. While using health services outside of the network in general decreased RC.

Conclusions: Despite differences among countries, RC level is generally high. Individual factors (age, self-rated health) and healthcare characteristics can influence RC outcome. Given its potential to improve quality of care, healthcare managers and professionals should identify those factors to target specific subpopulations and health services aspects towards RC improvement.

C-05. HEALTH IMPACT ASSESSMENT OF TRAM NETWORK EXPANSION IN BARCELONA (SPAIN)

D. Rojas-Rueda

ISGlobal Barcelona.

Introduction and objectives: The tram is one of the safest modes of transport in urban areas. It is associated with low numbers of traffic incidents, air pollution, noise emissions, and increments in physical activity. Barcelona, Spain, is proposing to extend their tram system, by connecting two main lines creating an expanded tram network. This health impact assessment (HIA) aims to estimate the potential health risks and benefits of the new tram network in Barcelona, Spain.

Methods: We build a quantitative HIA for all-cause mortality, comparing the substitution of 12,500 car trips by tram trips. We assume that each tram trip included a 10 minutes of walk. The quantitative model compared the health risk and benefits of trips substitution related to the increment of physical activity, the traveler exposure to air pollution (PM2.5) in each micro-environment (car vs tram + walk) and the risk of traffic fatalities (car vs tram + walk). We also assessed the economic impacts of the mortality estimates using the value of statistical life for Spain.

Results: The expansion of the tram network in Barcelona was estimated to result in a substitution of 12,500 car trips per day. This substitution resulted in avoidance of 6 deaths per year and the health economic savings of 21.6 million of € each year.

Conclusions: The new tram line in Barcelona can produce health benefits. Most of the benefits derived from physical activity. Close collaboration of health practitioners, transport specialists and urban planners is needed.

C-06. EL USO DE ÍNDICES COMPUESTOS PARA EVALUAR LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA ADOLESCENTE

C. Moreno Maldonado, P. Ramos, E. Ciria, I. Sánchez Queija, C. Moreno y F. Rivera

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.

Objetivos: (1) analizar la capacidad para detectar desigualdades en la salud y estilos de vida de un indicador compuesto para evaluar la posición socioeconómica adolescente; (2) examinar los mecanismos a través de los cuales las desigualdades ejercen su influencia en la salud adolescente.

Métodos: Se han analizado datos procedentes de una muestra compuesta por 8.739 adolescentes que participaron en la edición 2014 del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en España. A través de análisis de regresión y modelos de ecuaciones estructurales, se construyó un índice compuesto para evaluar la posición socioeconómica en la población adolescente; se comparó su capacidad predictiva sobre la salud y los estilos de vida adolescente con respecto a la de indicadores socioeconómicos tanto objetivos como subjetivos empleados individualmente. Finalmente, se propone un modelo sobre cómo las desigualdades socioeconómicas ejercen su influencia en la salud adolescente.

Resultados: El impacto de las desigualdades socioeconómicas en la salud y estilos de vida adolescente tienden a ser infraestimadas cuando se emplean los distintos indicadores socioeconómicos individualmente. Las desigualdades socioeconómicas ejercen su influencia sobre la salud de forma directa, y también de forma indirecta a través de mecanismos psicológicos y comportamentales.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que el uso de índices socioeconómicos compuestos puede suponer una estrategia eficaz para detectar desigualdades en la salud y comportamientos saludables de la población adolescente. Así mismo, los resultados subrayan la importancia de desarrollar intervenciones para reducir los efectos directos e indirectos de las desigualdades en salud.

C-07. A COMPREHENSIVE MODEL FOR MEASURING THE SOCIOECONOMIC POSITION OF ADOLESCENTS AND ITS CROSS-NATIONAL VALIDITY. IMPLICATIONS OF SES MEASUREMENT DETECTING HEALTH INEQUALITIES ACROSS COUNTRIES

C. Moreno Maldonado, B. de Clercq, C. Moreno, A. Morgan, P. Ramos and F. Rivera

Universidad de Sevilla. University of Ghent. Glasgow Caledonian University. Universidad de Huelva.

Objetivos: The present study presents a comprehensive measurement model for assessing the socioeconomic position of adolescents and evaluates the measurement invariance of the model over time and space.

Methods: The analyses are based on a total sample composed of 480,346 adolescents aged 11-, 13-, and 15-years old. Data were obtained from 24 regions (in Europe & Central Asia) that participated in the 2002, 2006, 2010 and 2014 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. A Second-Order Factor Model was performed using Confirmatory Factor Analysis (CFA) employing Mplus version 7. CFA with Covariates (MIMIC) was used to test the measurement invariance of the model. Regression analyses were performed to compare the predictive capacity of the measurement model with and without measurement invariance on different health and healthy lifestyles outcomes.

Results and conclusions: Results showed that country and time, besides age and gender, influence SES measurement. In addition, results showed that measurement invariance in SES measures affects the assessment of health inequalities. A systematic underestimation of socioeconomic inequalities in adolescent health and lifestyles was found when the measure was employed without measurement invariance. In addition, a disproportional underestimation of inequalities was found in different groups of countries depending on macro-level characteristics of the countries, such the income inequality level or the type of welfare regime.

MESA DE COMUNICACIONES II

Jueves, 7 de septiembre, 11:15-12:45

C-08. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEÇÃO DE FUNCIONÁRIOS EM FARMÁCIA HOSPITALAR

M.I. Rocha de Andrade, C. Carneiro, H. Simões Ferreira, A.P. Pereira Morais, G. Posso Lima, A.M. Correia Pequeno, A. Germane Alves Pinto e J.M. Ximenes Guimarães

Universidade Estadual do Ceará. Universidade Federal do Ceará.

Introdução: Fortalecimento de uma cultura de segurança para pacientes em ambientes hospitalares vem sendo apontado como medida necessária para melhoria do cuidado em saúde.

Objetivos: Compreender a percepção dos trabalhadores de farmácia de um hospital público sobre a cultura de segurança dos pacientes no ambiente hospitalar.

Métodos: Trata-se de estudo de natureza qualitativa aplicado por meio de uma pesquisa-ação realizada em hospital público, envolvendo 14 auxiliares de farmácia e 2 farmacêuticos nos períodos entre maio a junho de 2016, promovendo capacitação por meio de oficinas e aplicação de um questionário baseado no manual utilizado pela OMS, Aprendendo Com os Erros. Para análise dos dados utilizou-se a análise temática de Minayo.

Resultados: Os profissionais envolvidos receberam capacitação para: Identificação, análise, avaliação, monitoramento, gestão e comunicação de riscos, implementação de protocolos estabelecidos para higiene, segurança cirúrgica, prescrição, uso e administração de medicamentos, de equipamentos e materiais. Os profissionais apontaram a comunicação e o empoderamento como fator decisivo na criação de segurança efetiva para pacientes e profissionais de farmácia.

Conclusões: O profissional que discute e aceita a possibilidade de ocorrência de eventos adversos está progredindo para uma cultura de segurança do paciente. A educação permanente em saúde incentiva a diversificação de estratégias para compartilhar conhecimentos e experiências. A pesquisa-ação é ferramenta importante para mudar realidades, pois ela permite ações e soluções de problemas a partir da percepção dos coletivos envolvidos nos processos.

C-09. CONSTRUYENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: HABILIDADES PARA LA VIDA Y SENTIDO DE COHERENCIA COMO EJES DE INTERVENCIÓN

P. Batlle, D. Jubinyà y C. Bertran

Dipsalut. Área de Políticas de Promoción de la Salud y Calidad de Vida.

Objetivos: Establecer indicios razonables de que en el centro educativo se trabajan las habilidades para la vida –HpV-, el Sentido de Coherencia –SOC- y los Recursos Generales de Resistencia –GRR- básicos. Realizar un proceso de IAP mediante el cual; los educadores conozcan el marco los conceptos clave (HpV, SOC i GRR), tomen conciencia del posible trabajo de ellos y de la dimensión promotora de la salud del centro. Explorar, desde las HpV, el SOC y los GRR, la mirada de las personas jóvenes en relación al centro.

Métodos: Estudio cualitativo combinado: Investigación Acción Participativa - IAP- y Exploratorio Interpretativo. Perspectivas combinadas: enfoque crítico, socio-constructivista, fenomenológico y hermenéutico. Se usó la triangulación metodología para hacer robusta la investigación: análisis de documentos, entrevistas semiestructuradas, observación participante, e IAP.

Resultados: Se encontraron indicios del trabajo en HpV, el SOC y los GRR. A través de la IAP se integraron los tres constructos estudiados ya que se había detectado baja conciencia del trabajo de alguna de ellos. Los jóvenes afirmaron que su experiencia había sido significativa y les había aportado elementos de desarrollo personales en las dimensiones estudiadas: HpV, SOC y GRR.

Conclusiones: Los resultados obtenidos son consistentes con evidencia disponible y relaciona HpV y SOC con estilos de vida saludables. Sería plausible plantear la hipótesis que se está contribuyendo al desarrollo del SOC porque: contribuye a generar entornos favorables, ofrece espacios de apoyo entre iguales y ofrece espacios de apoyo por parte de referentes adultos.

C-10. DETERIORO EN LA CALIDAD DE LA DIETA EN LA ADOLESCENCIA EN UNA POBLACIÓN URBANA

B. Zorrilla Torras, M.D. las Heras Carbajo, M.I. Sillero Quintana y A. Martínez Serrano

Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Objetivos: Describir la calidad de la dieta a través de un indicador y su asociación con características socio demográficas en los adolescentes del programa salta de Humanes de Madrid (HM).

Métodos: Encuesta transversal. Alumnos de ESO de HM. Cuestionario auto cumplimentado con módulo de frecuencia de consumo de alimentos del Sivfrent-J. Se construyó un indicador adaptado del MEDAS

con 4 preguntas comunes. Se asignó un punto por: consumo 2 o + raciones de verduras y ensaladas (al menos 1 verdura cruda o ensalada); 3 o + raciones diarias de fruta; < 1 refresco carbonatado día y < 3 piezas semanales de bollería dulce. Se analizó la relación del indicador con edad, sexo, país de origen de padres, situación laboral y nivel educativo de padres. Posteriormente se ajustó un modelo de regresión logística.

Resultados: N: 537. 72% de población diana. El 19,9 obtiene 4 puntos, el 39,7% 3 puntos, el 26,4 2 puntos y el 10,1 un punto. No hay diferencia por sexo. Una puntuación de 3 o más se asocia a edad ($p < 0,005$), país de origen no español de madre ($p < 0,05$) y mayor nivel educativo de madre ($p < 0,005$). En el modelo ajustado se asocia a: edad (c. referencia 12 años) con OR de 0,47 (0,24-0,90) a los 13, 0,37 (0,20-0,71) a los 14 y 0,31(0,16-0,59) a los 15 años, y nivel educativo de la madre (C. Referencia: primarios o menos) (OR 1,9 (1,3-3,1)).

Conclusiones: Durante la adolescencia la calidad de los hábitos alimentarios desciende de forma muy importante en los adolescentes de esta población urbana.

C-11. GESTIÓN Y CIENCIA COLABORATIVA PARA EL DESARROLLO DE UNA PLATAFORMA INTEGRAL DE CONTROL DEL MOSQUITO TIGRE

F. Bartumeus, X. del Acebo, A. Oltra, P. Castro, A. Mulero, J.R.B. Palmer, C. Esparraguera y M. Torres

Dipsalut, Diputación de Girona. ICREA-Movement Ecology Laboratory (CEAB-CSIC).

Objetivos: Hay problemas complejos que requieren de soluciones integrales y multidisciplinarias. La gestión de un problema global de salud pública, como la presencia de un vector de enfermedades como el mosquito tigre (*Ae. albopictus*), es un ejemplo.

Métodos: DIPSALUT (Organismo de Salud Pública de la Diputación de Girona) lleva 7 años realizando la vigilancia del mosquito tigre en Girona, con los actores clave en el territorio y acciones de seguimiento, control, educación y sensibilización. Desde 2013 se incorporó un equipo de investigación, para modelizar la distribución de la especie e implementar un observatorio ciudadano para el seguimiento y el control. Dicha plataforma ciudadana ha evolucionado hacia un observatorio a escala estatal, bajo el nombre de Mosquito Alert (www.mosquitoalert.com), siendo una pieza clave para su gestión.

Resultados: Ya disponemos del primer portal de gestión integral de mosquito tigre, con capacidad de operar a escala estatal y pensado para unir actores y ciudadanos a cualquier escala. Permite visualizar y gestionar datos procedentes de distintas fuentes. Como cartografía de imbornales, y datos ciudadanos recolectados con la app Mosquito Alert. La plataforma de gestión, permitirá la edición de capas de información sobre gestión, la generación de modelos territoriales de riesgo epidemiológico, combinando datos técnicos y datos ciudadanos y posibilita la comunicación directa con la ciudadanía.

Conclusiones: El esfuerzo colaborativo de actores, que intentan solucionar problemáticas de salud pública global multiplica exponencialmente el impacto de la solución. Esta aproximación es clave para el desarrollo de soluciones con un potencial y una escalabilidad mayor.

C-12. BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS

C. Bermúdez Tamayo, E. Fernández Ruiz, G. Pastor Moreno, G. Maroto Navarro, L. García Mochón, F.J. Pérez Ramos, Á. Caño Aguilar, L. Aceituno y M.P. Vélez

Escuela Andaluza de Salud Pública. CIBERESP. Ciber de Epidemiología y Salud Pública. Asociación de Mujeres Polítologas. Consejería

de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Hospital Universitario San Cecilio. Hospital La Inmaculada. Kingston General Hospital, Queen's University, Kingston, Canadá.

Introducción y objetivos: Las intervenciones con auditorías, feedback a los profesionales de salud e implementación de las mejores prácticas (IAFBP), se han mostrado prometedoras para reducir las crecientes tasas de cesáreas. Objetivo: Identificar los factores que han sido efectivos para cambiar las prácticas y reducir las intervenciones obstétricas, así como los retos para la implementación de una IAFBP.

Métodos: Estudio cualitativo. Han participado 14 obstetras y 14 matronas del SSPA que han estado involucradas en la intervención. Se empleó la entrevista individual en profundidad. El contenido fue diseñado utilizando como esquema los factores que influyen en la atención al parto: Relacionados con el nivel político/gestión, hospitales, profesionales y pacientes.

Resultados: Barreras: 1) Macrogestión: capacidad de influencia de política institucional y compromiso percibido. 2) Organización: separación de jerarquía médicos/as y matronería, pocas posibilidades incentivos y sanciones de malas praxis, reorganización conflictiva de competencias, 3) Plantilla y centro: resistencia al cambio acentuada por años de práctica. 4) Recursos: paritorios obsoletos con aspecto medicalizado. 5) Nivel profesional: presión médico-legal, cesárea-salvoconducto en demandas, desmotivación por desmejoras en condiciones laborales, prácticas basadas en conveniencia. 6) Gestantes y familiares: miedo al dolor, impaciencia, desinformación. Facilitadores: 1) Organización: buena coordinación con pediatría y urgencias, 2) Formación: actualización de conocimientos para práctica menos intervencionista, y sensibilización, 3) Profesionales: satisfacción por trabajo bien hecho, reconocimiento de usuarias, 4) Gestantes: circuitos de información usuarias/familias, confianza en profesionales.

Conclusiones: Los resultados pueden contribuir al diseño de intervenciones más efectivas basadas en la superación de los obstáculos encontrados a corto plazo, poniendo en valor los factores facilitadores, tratando de (re)construir los límites entre la investigación y la práctica.

C-13. PERCEPCIONES DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA FRONTERA COLOMBO-VENEZOLANA

A. Llanos, C. Montes, H. Rangel, E. Rivera, J. Soto, P. Ayala, E. Portilla, S. Aguilar y M. Mogollón

Facultad de Salud, Universidad de Pamplona.

Objetivos: Categorizar a través de la teoría fundamentada las manifestaciones de los determinantes de la salud en el territorio y las percepciones sociales de los actores sociales sobre la discapacidad.

Métodos: Esta investigación es cualitativa de corte trasversal y de tipo teoría fundamentada, los sujetos que se vincularán al estudio son los miembros de las Juntas de Acción Comunal, mujeres y hombres con discapacidad en todo el ciclo vital en Cúcuta Colombia, prevé el uso de herramientas etnográficas como la cartografía social in situ y de focal groups.

Resultados: Las personas en situación de discapacidad son las que presentan mayor desigualdad dentro de las identificadas en los barrios donde ellas habitan, las condiciones de los barrios presentan dificultades en los servicios de agua, luz, y alcantarillado. Además las condiciones de acceso y desplazamiento dentro del territorio se convierten en un modelo de exclusión in/voluntaria por causas sociales, físicas o actitudinales que no permiten el desarrollo de las actividades de las personas. El territorio como participante en la interacción de la discapacidad que permite construir realidad dentro de las personas "deja" o "no deja" realizar las condiciones adecuadas para que las personas con sus particularidades se desempeñen; entonces, el territorio

desde los determinantes sociales de la salud condicionan propuestas de inclusión social a partir de igual manera desde las políticas sociales para procesos de inclusión.

Conclusiones: La discapacidad representa un eje desigualdad producto de las exclusiones social histórica, que representa una de las mayores fuentes de discriminación.

SESIONES DE PÓSTERES

SESIÓN DE PÓSTERES 1

Jueves, 7 de septiembre, 12:45-13:45

P-01. PROGRAMA “SIGUES TÚ” PARA EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA

A. Loste y Á. Morales

Dipsalut.

Introducción: Desde Dipsalut ponemos a disposición de escuelas e institutos de la demarcación de Girona el programa “Sigues tu” (<http://www.siguestu.cat>) que promueve el entrenamiento de las diez habilidades para la vida definidas por la OMS en el 2003.

Objetivos: Contribuir a desarrollar las habilidades psicosociales en niños y adolescentes para que puedan tener más control sobre su salud y afrontar de manera positiva los desafíos de la vida cotidiana. Promover la incorporación en los centros educativos de un trabajo transversal en educación para la salud. Facilitar a docentes y familias espacios de reflexión y estrategias para fomentar estilos de vida saludables en las primeras etapas de la vida.

Métodos: El programa se basa en una estrategia múltiple que contempla los siguientes aspectos: proporcionar material didáctico adaptado a las diferentes edades, formación a los docentes y apoyo técnico continuado en la implementación. También incluye la creación de sinergias mediante la coordinación con las administraciones y entidades sociales del territorio que realizan intervenciones de promoción de la salud.

Resultados: El curso 2016-2017 están realizando el programa 174 centros y aproximadamente 19.000 alumnos de 3º de primaria a 4º de secundaria que significa una cobertura del 34% del total de alumnos de esta franja de edad.

Conclusiones: La escuela y el instituto son espacios ideales para introducir aprendizajes sobre las diez habilidades básicas para la vida (OMS 2003) y promover estilos de vida saludables de forma estructurada, especialmente en aquellos centros que atienden jóvenes en situación de vulnerabilidad social y económica.

P-02. CONSUMO DE BEBIDAS DEPORTIVAS Y ENERGÉTICAS EN ADOLESCENTES

V. Cruz Muñoz, M. Urquiza Rovira, V. Valls Ibáñez, G. Ruiz Blanco, J.M. Manresa Domínguez, E. Royo Jiménez, M. Sebastián Prieto, P. Toran Monserrat, R. Muñoz Miralles y E. García

CAP Nord Sabadell. AP La Serra, Sabadell. APTIMA Centro Clínic Terrassa. Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord, IDIAP Jordi Gol. CAP Bages, Manresa.

Introducción: Existe un consumo emergente de bebidas energéticas y deportivas entre la población más joven, llegando a grupos de

edad y a sectores de ámbito deportivo, académico y de ocio, con la intención de conseguir un aumento de energía, mejorar la concentración o mantener un estado de alerta mental. EL consumo excesivo contribuye a la obesidad. El contenido de sodio y potasio puede favorecer problemas renales y taquicardia. Las bebidas energéticas se mezclan con alcohol con riesgo para la salud.

Objetivos: Conocer el hábito de consumo de bebidas deportivas y energéticas de alumnos de 2º de ESO a 2º de bachillerato de un instituto de una zona urbana de Montmeló (Barcelona).

Métodos: Estudio transversal en 280 alumnos de 2º de ESO a 2º de bachillerato de un instituto de una zona urbana de Montmeló (Barcelona), del curso escolar 2015-2016. Cuestionario autoadministrado y anónimo adaptado de la encuesta EFSA (European Food Safety Authority, 2013.)

Resultados: El 66,1% de todos alumnos probaron en alguna ocasión bebidas deportivas, llegando al 69,9% en alumnos de 14 años. Un 47,7% toma una o más a la semana. El 49,7% consumían bebidas energéticas llegando hasta el 62,1% de los alumnos de 18 años. El 25,7% de los alumnos de 14 años las consumen ocasionalmente. Más de la mitad consumen bebidas energéticas para mantenerse despiertos.

Conclusiones: Debido al elevado consumo y su mal uso, creemos conveniente crear una legislación para regular la venta. Es necesario realizar intervenciones educativas en aquellos ámbitos donde se produce el consumo.

P-03. DESIGUALDADES ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

A. Gil Luciano, C. Moreno, C. Moreno Maldonado, F. Rivera y B. Merino

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Sevilla.

Objetivos: Analizar las desigualdades en estilos de vida de los adolescentes entre Comunidades Autónomas (CCAA), así como la evolución temporal entre 2006 y 2014.

Métodos: Se han analizado los datos españoles del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2014 (n = 31.058) y de 2006 (n = 21.811) dirigido a adolescentes entre 11 y 18 años de edad. Se ha realizado un análisis descriptivo de variables referentes a actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol, y un análisis univariante para estudiar diferencias temporales y entre CCAA.

Resultados: Existen diferencias significativas (p < 0,001) entre CCAA en el consumo de fruta, verdura, dulces y refrescos u otras bebidas azucaradas, así como en la realización de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. A su vez, en algunos indicadores de estilos de vida, como consumir fruta 5 días o más, existe una correlación entre los resultados por CCAA e indicadores macroeconómicos como el PIB per cápita autonómico. Existe a su vez una mejora una parte importante de estos parámetros en la edición de 2014 con respecto a los datos de 2006, desde el punto de vista de estilos de vida más saludables (p < 0,001).

Conclusiones: Es esencial analizar las desigualdades en España teniendo en cuenta un eje territorial, con el objeto de poder adaptar mejor las políticas de promoción de la salud y prevención a la realidad de las distintas CCAA.

P-04. OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL DESARROLLO DE UNA APP PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESTA POBLACIÓN

M.Á. Merino Godoy, J.L. Sánchez Ramos, M.S. Palacios Gálvez, P.J. Pérez Moreno, A. Duarte Hueros, T. Lozano León y P. Ramos

Universidad de Sevilla. Universidad de Huelva.

Existe un importante desconocimiento por parte de la población adolescente y juvenil de cómo incorporar hábitos saludables en su vida diaria. Coincidiendo con el auge del uso dispositivos móviles y con la evidencia científica que avala el impacto en salud pública de las apps en salud, ya existen algunas aplicaciones móviles para promover hábitos saludables, pero muchas de ellas no tienen rigor científico y son escasas las que están dedicadas propiamente a esta población. En este sentido, nuestro equipo de investigación tiene como objetivo diseñar una aplicación móvil sencilla, lúdica, fácil de manejar, con rigor científico y que permita socializar experiencias, dirigida a adolescentes (10-19 años) y jóvenes (20-25 años), para promover hábitos destinados a conseguir salud física, psicológica y social. El contenido de esta herramienta se desarrollará con la colaboración de los propios adolescentes y jóvenes, por lo que se han realizado 8 grupos focales con esta población para conocer su opinión al respecto. Para hacer atractiva la aplicación para esta población, además de proporcionar información sobre hábitos saludables, la aplicación también contará con enlaces para ampliar información, un juego y varios audiovisuales, que se irán renovando periódicamente para que no se pierda novedad. Para favorecer la socialización de los hábitos saludables entre esta población, los usuarios podrán compartir sus actuaciones saludables. Para que la aplicación llegue a todos los destinatarios se usarán varias técnicas de divulgación, como la realización de un sorteo entre los primeros suscriptores o el nombramiento de embajadores de la aplicación entre los propios usuarios.

P-05. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y DE LOS CENTROS EDUCATIVOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

E. Leal, C. Moreno Maldonado, I. Sánchez Queija, P. Ramos, A. Villafuerte y A. Jiménez Iglesias

Universidad de Sevilla.

Objetivos: Analizar la contribución de variables sociodemográficas de los estudiantes, el nivel socioeconómico de la familia, el consumo de sustancias de los compañeros de clase y variables de la escuela (medidas y programas de promoción de hábitos saludables) para explicar los hábitos de consumo de sustancias (tabaco, alcohol, etc.) de los adolescentes españoles.

Métodos: Los datos se obtuvieron del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en 2014 en España. Se realizaron análisis basados en regresión logística en una muestra de 22.857 adolescentes de 11 y 16 años de edad. Los datos que representan las características de la escuela fueron recogidos del personal de la escuela en 296 centros educativos.

Resultados: Los hallazgos mostraron las contribuciones de diferentes indicadores sociodemográficos de los adolescentes y socioeconómicos de la familia en los hábitos de consumo de sustancias (como edad, sexo, nivel educativo de los padres...), al igual que el grupo de compañeros, que mostró un aporte significativo al modelo realizado. Por último, los programas de intervención basados en la escuela no mostraron una importante influencia directa en los comportamientos de los individuos, pero sí en los hábitos de consumo de sustancias del grupo de iguales.

Conclusiones: Las intervenciones centradas en la promoción de los hábitos saludables en consumo de sustancias en adolescentes tienen que considerar la importancia de las desigualdades socioeconómicas y las influencias de los compañeros. La evidencia sugiere que los programas de intervención basados en la escuela podrían mejorar su efectividad implementando intervenciones centradas en la red social de iguales.

P-06. MORBILIDAD ATENDIDA Y ESTILOS DE VIDA EN UNA COMARCA SEMIRRURAL

I. Sánchez, M. Carreras, J.M. Inoriza y J. Coderch

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà.

Objetivos: Analizar la asociación entre morbilidad atendida y estilos de vida. Estimar las prevalencias de sobrepeso y obesidad y analizar factores asociados.

Métodos: Estudio transversal en 2016 en una comarca semirural, con 91.000 residentes en las 4 áreas básicas de una organización sanitaria integrada. Encuesta ESCA adaptada realizada a una muestra estratificada proporcional (n = 1.202) según sexo, edad y morbilidad. Variables: sexo, edad, morbilidad (CRG), índice de masa corporal, nivel de estudios, clase social, horas de sueño, adherencia a la dieta mediterránea (predimed), ejercicio físico (IPAQ), consumo de tabaco y alcohol. Análisis estadístico: univariado (frecuencias), bivariado (OR y razones de probabilidad -RP- crudas) y multivariado (regresión logística, OR y RP ajustadas), con nivel de confianza del 95%, realizado con SPSS 23. Aspectos ético-legales: Estudio aprobado por el CEIC de referencia y el comité de investigación del centro.

Resultados: La morbilidad atendida se asocia con los estilos de vida. La prevalencia de exceso de peso en la población de 18 a 74 años supera el 50% y aumenta con la edad. El sobrepeso afecta más a hombres (43%) que a mujeres (31,7%) y la obesidad por igual (27,9%). El exceso de peso es superior en población sin estudios o con estudios primarios, en las clases sociales más desfavorecidas, con baja adherencia a la dieta mediterránea y sedentaria.

Conclusiones: La promoción de estilos de vida saludables en los centros de salud, medios de comunicación y el entorno del individuo es fundamental para su salud.

P-07. OBJETIVOS DE REDUCCIÓN DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD DEL PLAN DE SALUD DE CATALUÑA 2016-2020: ¿DE DÓNDE PARTIMOS?

O. García, A. Medina, A. Schiaffino, C. Oliete y E. Masachs

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Objetivos: El Plan de Salud (PdS) es el marco de referencia de todas las actuaciones en materia de salud que desarrolla la Generalitat de Catalunya con el objetivo principal de mejorar la salud y la calidad de vida de la población. El PdS 2016-2020 establece 39 objetivos de salud: disminución de mortalidad y morbilidad, reducción de factores de riesgo, mejora de la calidad de los servicios y la seguridad, y reducción de desigualdades sociales en salud. El trabajo describe estos últimos objetivos y muestra su evolución en el periodo 2011-2015.

Métodos: Para los objetivos de salud autopercibida, tabaquismo, actividad física, exceso de peso y dieta, se estima la diferencia absoluta entre categorías extremas de tres indicadores socioeconómicos (clase social ocupacional, nivel de estudios y situación laboral). La información se obtiene de la Encuesta de salud de Cataluña.

Resultados: Desde 2011, las diferencias sociales en consumo de tabaco aumentan en hombres y disminuyen en mujeres, permanecen estables en exceso de peso infantil y aumentan en consumo frecuente de productos hipercalóricos en menores. En 2015, las diferencias más amplias ocurren entre personas con estudios primarios o sin estudios y personas con estudios universitarios en el exceso de peso en adultos (25,8 puntos) y en el estado de salud autopercibido (25,4).

Conclusiones: Los objetivos de reducción de desigualdades en salud conllevan la necesidad de un abordaje interdepartamental en salud, línea estratégica del PdS, y un replanteamiento de la atención centrada en la persona y en sus necesidades sanitarias y también sociales.

P-08. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA ANALIZAR EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA SOBRE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA

C. Paniagua Alcaraz, B. Martínez Mondéjar, A.B. Jiménez Muñoz y A. Sarría Santamera

Hospital Universitario Severo Ochoa. Escuela Nacional de Sanidad. IMIENS-UNED. Universidad de Alcalá. REDISSEC.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar una propuesta metodológica para analizar el impacto de las políticas sanitarias (AIMPOS) en la producción científica española en Salud Pública y aplicarla en dos casos prácticos, las políticas españolas de drogas (PNSD) y nutrición, alimentación y obesidad (NAOS).

Métodos: La primera fase del AIMPOS, selección, traduce las prioridades de investigación que señalan las políticas sanitarias en preguntas con esquema PICO. La segunda fase, elegibilidad, articula estrategias de búsqueda de artículos científicos de autores españoles (ACE) publicados con posterioridad a la aprobación de las políticas analizadas y que permiten responder a dichas preguntas PICO (p-PICO).

Resultados: En el PNSD 2009-16 se identificaron 9 prioridades políticas que se tradujeron en p-PICO. Se obtuvieron 54 ACE que daban respuesta a 7 p-PICO (77,7%) del total. 2 prioridades concentraban el 61% de la producción obtenida (33 ACE). En NAOS se identificaron 6 prioridades políticas que se tradujeron en p-PICO. Se obtuvieron 21 ACE que daban respuesta al 100% de las 6 p-PICO traducidas, con distribución similar entre ellas. No estaba incluido el 95,6% de las prioridades analizadas en el PNSD ni el 97,5% de las prioridades analizadas en NAOS en la producción de los principales autores españoles.

Conclusiones: El AIMPOS puede informar sobre la vinculación de la producción científica española con las políticas de Salud Pública. Se ha comprobado la existencia de diferencias entre las 2 políticas analizadas, siendo más importante la alineación de la producción científica con el PNSD que con la NAOS.

P-09. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EVALUAR EL CONTENIDO CIENTÍFICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

C. Paniagua Alcaraz, B. Martínez Mondéjar, A.B. Jiménez Muñoz y A. Sarría Santamera

Hospital Universitario Severo Ochoa. Escuela Nacional de Sanidad. IMIENS-UNED. Universidad de Alcalá. REDISSEC.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar una propuesta metodológica para analizar la base científica (ABC) de las políticas de salud y aplicarla en dos casos prácticos, las políticas españolas de drogas (PNSD) y nutrición, alimentación y obesidad (NAOS).

Métodos: La primera fase del ABC, selección, traduce las acciones que señalan las políticas sanitarias en preguntas científicas con esquema PICO. La segunda fase, elegibilidad, articula estrategias de búsqueda de revisiones sistemáticas (RS) publicadas con anterioridad a la elaboración de las políticas analizadas y que permitan responder a dichas preguntas PICO (p-PICO).

Resultados: En el PNSD 2013-16 se identificaron 16 acciones políticas que se tradujeron en p-PICO. Se obtuvieron 34 RS que daban respuesta a 14 p-PICO (87,5%) del total. 32 RS (94,1%) respondían de forma favorable a 14 preguntas, y 2 RS (5,9%) de forma no favorable a 2 preguntas. En la NAOS se identificaron 26 acciones políticas que se tradujeron en p-PICO. Se obtuvieron 7 RS que daban respuesta a 6 p-PICO (23,1%) del total, con 5 RS (71,4%) favorables a 4 preguntas y 2 RS (28,6%) no favorables a 2 preguntas. No se obtuvieron RS de autores españoles que dieran respuesta a las p-PICO generadas.

Conclusiones: El ABC de las políticas de salud puede informar sobre la base de evidencia científica con la que se elaboran las políticas de Salud Pública. Se ha comprobado la existencia de diferencias entre las 2 políticas analizadas, siendo más importante la base científica del PNSD que la de NAOS.

P-10. ABORDAR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER EN LA POBLACIÓN EUROPEA: UN DOCUMENTO DE POLÍTICA

R. Peiró Pérez, A. Molina Barceló, F. de Lorenzo, T. Spadea, F. Florindi, N. Zengarini, C. Allemani y M. Lawler

FISABIO-Public Health. DGSP, Generalitat Valenciana. European Cancer Patient Coalition (ECPC). Epidemiology Unit ASL TO3, Turín, Italia. Cancer Survival Group, London School of Hygiene and Tropical Medicine, RU. Queen University Belfast & European Cancer Concord, Belfast, Irlanda del Norte.

Introducción: Se presenta uno de los resultados de la iniciativa de Acción Conjunta de Control del Cáncer de la DGSanté. Se elaboraron unas recomendaciones con el objetivo de contribuir a que las políticas de prevención y control del cáncer se orienten a la equidad, y que la reducción de las desigualdades sociales (DS) en cáncer sea una prioridad dentro de las estrategias europeas y nacionales.

Métodos: a) Una búsqueda bibliográfica de la literatura científica, y de los documentos de política en cáncer y DS de las webs de los Estados Miembros (EM) y organizaciones internacionales, b) Una encuesta a los EM sobre su experiencia en incorporar la equidad a la política de cáncer, c) Las propuestas de las personas expertas participantes. El proceso fue la recogida y discusión de las aportaciones del grupo de autoras/es, las personas expertas y la información. Se elaboraron 4 borradores, difundidos a otros grupos europeos implicados.

Resultados: Se proponen 13 recomendaciones: seis sobre el desarrollo de políticas con equidad; 2 sobre prevención primaria y secundaria; y 4 recomendaciones sobre cuidados del cáncer y supervivientes. Cada recomendación se acompaña de la evidencia que la sustenta, unas subrecomendaciones específicas y ejemplos para mostrar que su implantación es posible.

Conclusiones: Estas recomendaciones pueden servir de guía para la acción de los responsables de las políticas nacionales y europeas para orientar sus políticas de cáncer hacia la equidad, aunque su implementación requerirá recursos adecuados y adaptación a la población y contexto social y económico de cada país.

P-11. EL PLAN DE SALUD DE CATALUÑA: UN CUARTO DE SIGLO DE EVOLUCIÓN

C. Oliete, O. García, E. Masachs, A. Schiaffino, A. Medina y R. Tresserras

Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Objetivos: El Plan de Salud (PdS) es el marco de referencia de todas las actuaciones en materia de salud que desarrolla la Generalitat de Catalunya con el objetivo principal de mejorar la salud y la calidad de vida de la población. Establecido por la Ley 15/1990 de ordenación sanitaria de Cataluña, se han elaborado 7 planes de salud. El objetivo es analizar la evolución que ha tenido el PdS de Catalunya en sus 25 años de existencia como instrumento de política sanitaria.

Métodos: Se ha realizado un análisis sistemático de los distintos PdS para revisar aspectos como duración, áreas de intervención y concreción de las estrategias.

Resultados: La duración de los cuatro primeros PdS fue trienal y desde 2006 tiene periodicidad quinquenal. Las áreas priorizadas han ido evolucionando, algunas enfermedades han dejado de ser prioritarias y los grupos diana han ido cambiando. El enfoque intersectorial del abordaje de la salud ha ganado protagonismo desde 2006. Finalmente, en los dos últimos además se han incorporado las estrategias de planificación traducidas en proyectos concretos.

Conclusiones: El PdS es un instrumento flexible y adaptable a las necesidades de planificación del gobierno en el ámbito de la salud. La priorización de las estrategias de transformación ha ido evolucionando a lo largo de un cuarto de siglo: del planteamiento inicial centrado en las necesidades de salud, fue incorporando aspectos de mejora de los servicios hasta llegar actualmente incorporar el papel de la ciudadanía y el enfoque de salud en todas las políticas.

P-12. LA EVALUACIÓN DE KIRKPATRICK EN LA FORMACIÓN DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

M. Redondo, G. Ollé, P. Batlle y R. Crespo

Dipsalut.

Introducción: Dipsalut ofrece a los Ayuntamientos de la provincia de Girona, actividades formativas para los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección y promoción de la salud, con el objetivo de facilitar la actualización y adquisición de nuevas competencias. La mirada evaluativa en formación a corto plazo es la satisfacción de los alumnos. A largo plazo ponemos en práctica el Método de Evaluación Kirkpatrick (MEK) que permite analizar el impacto de los aprendizajes en la realidad profesional.

Objetivos: Evaluar la formación en Protección y Promoción de la Salud a través de cuatro niveles: reacción, aprendizaje, comportamiento y resultado.

Métodos: Elaboración de una prueba piloto para analizar las fortalezas y debilidades de un modelo de evaluación, que permita: a) Estudiar outputs en el nivel de reacción, b) Explorar los niveles de aprendizaje, c) Dar respuesta a los cambios de comportamiento y de resultado.

Resultados: En los niveles de reacción y aprendizaje, el MEK, obtenemos información de utilidad y calidad. Se realizan cuestionarios entregados a alumnos en mano, y obtenemos un retorno del 100%. En los niveles de comportamiento y resultado, se realizan cuestionarios entregados por vía electrónica, y obtenemos un retorno del 25%, insuficiente para tener una muestra significativa.

Conclusiones: Aplicamos el MEK en un 20% del total de los cursos, y los resultados obtenidos en los niveles de comportamiento y de resultado nos indican que el coste-efectividad no es sostenible para llevarlo a cabo. En cambio sí lo son en los niveles de evaluación de reacción y aprendizaje.

P-13. INFLUENCIA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA ZONA DE BOGOTÁ, COLOMBIA

B. Sierra, D. Vera, J. Guarín y C. Sánchez-Camargo

Grupo GRINCIBIO, Facultad de Medicina. Universidad Antonio Nariño.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, en Colombia las enfermedades crónicas no transmisibles, corresponden al 83% de la carga de la enfermedad del país.

Objetivos: El presente proyecto tiene como objetivo analizar los factores extrínsecos (modelo de atención, calidad, cumplimiento) que influyen en la aplicación y cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la HTA.

Métodos: Este proyecto fue diseñado como un estudio de caso, con un enfoque metodológico mixto que incluye técnicas de recolección de datos cualitativos y cuantitativos para la comprensión del modelo de atención al paciente con hipertensión (HTA).

Resultados: Se evaluó la calidad de la guía de manejo de la HTA, se determinó el grado de adherencia de los profesionales y se encontró una inclinación al uso de guías internacionales y el desconocimiento y/o no seguimiento de la guía nacional. Los pacientes refieren que el diagnóstico fue oportuno, sin embargo, existen problemas de acceso a los controles y el suministro de medicamentos es dispendioso. Refieren no recordar recomendaciones de manejo de la enfermedad y que se toman los medicamentos según lo indicado por el médico tratante.

Conclusiones: Entre los factores determinantes en el manejo de la HTA, los resultados sugieren la necesidad de divulgar el contenido de la guía y diversificar las estrategias de promoción y prevención de la salud para el manejo de esta enfermedad.

P-14. PARTICIPACIÓN DEL CC-BCN (ESPAÑA) EN LAS PRUEBAS PILOTO DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA CIE11

A. Puigdefàbregas Serra, M. Miquel Planas, P. Molina Puyo, A. González Gómez, M.J. López Cabanas, O. Niqui Hernández, S. Laxe García, M.M. Arcas Ferré y M.D. Estrada Sabadell

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. CC-BCN. AQUAS. Hospital Morales Meseguer. Hospital Parc Taulí. Complejo Hospitalario de Toledo (SESCAM). Institut Guttmann.

Objetivos: Describir la participación del CC-BCN (España) para la familia de clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) en la prueba piloto de codificación de morbilidad con la CIE11 coordinada por la Red Ibero-FIC.

Métodos: 22 países participaron en la prueba piloto de codificación de morbilidad con la CIE11, 15 en versión inglesa y 7 en versión española. Por parte del CC-BCN, participaron 5 codificadoras expertas en CIE10 que realizaron cuatro sesiones de capacitación. Se codificaron dos lotes de términos diagnósticos (noviembre 2016 [n = 308, códigos básicos precoordinados] y marzo 2017 [n = 88, utilizando códigos de extensión]). Todos los términos diagnósticos se codificaron con CIE10 (edición 2015) y CIE11 (vía on line). La prueba no precisó aplicar reglas de codificación. Los resultados en la codificación se categorizaron en 6 grupos según la distancia de cada código con el gold estándar (0-1 = coincidencia, 2-4 = distancias en el mismo capítulo, 5 = distinto capítulo). Las codificadoras valoraron el funcionamiento de las herramientas mediante encuesta.

Resultados: Los resultados provisionales del primer lote indican una buena correspondencia con el Gold estándar. En el CC-BCN (España), para CIE10 la coincidencia es del 84,3% y la discrepancia en capítulo del 4,4% y para CIE11 del 77,5% y 4,4% respectivamente.

Conclusiones: Los resultados provisionales de las pruebas piloto sobre morbilidad son positivos respecto a la utilidad y detalle de la clasificación. La participación aporta conocimiento de la CIE11 y refuerza la Red Ibero-FIC.

P-15. APLICACIÓN DEL NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE INSTALACIONES CON RIESGO DE PROLIFERACIÓN DE LEGIONELLA

L. Arjona López, C. Esparraguera Cla, I. Vilà Vendrell, P. Castro Sot, V. Sánchez Lozano, M. Vallmajó Garcia, A. Mulero Punsí, M. Obrador Corominas y X. del Acebo Peña

Dipsalut.

Objetivos: El objetivo principal es la explicación de una de las acciones del nuevo modelo de gestión, en función del riesgo, de los programas de control de instalaciones con riesgo de proliferación de *Legionella*. La acción es la visita de descripción y caracterización de las instalaciones de agua caliente sanitaria (ACS) municipales gestionadas en la provincia de Girona. Esta visita es una acción realizada para recopilar la información estructural del sistema del agua, con especial énfasis en los elementos que presentan mayor riesgo de presencia de *Legionella*. La frecuencia mínima es de una vez cada cuatro años, si no existen cambios estructurales que supongan una actualización de la información.

Métodos: Las visitas se realizan con la presencia de los técnicos municipales, los proveedores del programa y la supervisión de los técnicos de Dipsalut. Se utiliza un formulario que consta de 93 preguntas, con su guía de respuestas asociada, y la de pautas de criterios mínimos para la realización de los planos planta y los esquemas hidráulicos.

Resultados: Los informes obtenidos contienen la información personalizada de cada instalación y los planos y esquemas hidráulicos detallados. Se indican las deficiencias encontradas y las medidas correctoras recomendadas. En el año 2016 se realizaron 192 visitas de descripción y caracterización de instalaciones de ACS con retorno y 57 sin retorno.

Conclusiones: Las visitas de descripción nos han aportado un conocimiento más detallado de las instalaciones, cosa que nos ayuda a gestionar con más eficacia y eficiencia el riesgo de transmisión de legionelosis.

P-16. FACTORES DE RIESGO DE DIFÍCIL DETECCIÓN QUE FAVORECEN LA PROLIFERACIÓN DE LA LEGIONELLA EN INSTALACIONES DE AGUA CALIENTE SANITARIA

C. Esparraguera Cla, I. Vilà Vendrell, L. Arjona López, P. Castro Sot, A. Mulero Punsí, M. Vallmajó García, V. Sánchez Lozano, À. Desset Desset y X. del Acebo Peña

Dipsalut.

Objetivos: El objetivo del estudio es determinar las situaciones de riesgo de las instalaciones para poder prevenirlas y/o eliminarlas mediante operaciones de mantenimiento, reformas estructurales o cambios en el funcionamiento. Al realizarse conjuntamente con responsables municipales de mantenimiento y personal técnico especializado en sistemas hidráulicos, permite incrementar el conocimiento que los responsables tienen de sus propias instalaciones.

Métodos: Mediante la caracterización de las instalaciones y las visitas de asesoramiento, para comprobar la correcta implantación de los programas de gestión, se detectan deficiencias en las instalaciones y se proponen medidas correctoras. A partir de la descripción de casos prácticos en instalaciones, se ejemplifican algunos factores de riesgo de difícil detección y las posibles soluciones para evitarlos o gestionarlos.

Resultados: Las recirculaciones no deseadas que implican temperaturas de riesgo y el estancamiento del agua son problemas que aumentan el riesgo de las instalaciones, como por ejemplo: Funcionamiento deficiente de válvulas antirretorno en puntos críticos; falta de mantenimiento en vasos de compensación; tramos de tuberías fuera de uso.

Conclusiones: Las recomendaciones generales para solucionar los problemas detectados y así reducir el riesgo de las instalaciones, son disponer de mecanismos de control de los puntos críticos detectados y el mantenimiento preventivo. Es necesario pautar operaciones de mantenimiento y control para la prevención de la legionelosis, ya que la normativa y las guías técnicas de referencia no las concretan de forma específica.

P-17. ASIMETRÍAS EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN EN DIABETES EN MÉXICO: IMPACTOS COGNITIVOS, INSTITUCIONALES Y SANITARIOS

S. Rojas Rajs y J.M. Natera

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Producción Económica, Maestría y Doctorado en Economía y Gestión de la Innovación.

Objetivos: Analizar la asignación de recursos públicos destinados a la producción de conocimiento biomédico sobre diabetes en México en un período de 12 años (2002-2014). **Métodos:** Fueron clasificados 303 proyectos de investigación nacional sobre diabetes financiados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), según tipo de investigación, tema y aplicación. Con estos datos se elaboró un modelo econométrico que relaciona el financiamiento de la investigación con las características de los proyectos y de las instituciones que los desarrollan.

Resultados: Se encontró una importante concentración del financiamiento en investigación biomédica básica, así como en un reducido número de instituciones y localidades geográficas. Pocos proyectos se orientaron hacia aplicaciones prácticas; la mayoría son estudios con fines de generación de nuevo conocimiento.

Conclusiones: La concentración de recursos en investigación biomédica básica, en instituciones y regiones, inhibe posibles innovaciones en salud pública o sistemas de salud, así como el desarrollo de capacidades científicas en instituciones y regiones periféricas. Además, el foco en la asignación de recursos en investigación básica, retrasa la posibilidad de trasladar los resultados a soluciones concretas para combatir la diabetes en México; y aleja del terreno de la innovación la dimensión social de la enfermedad y el estudio de sus procesos de determinación. Se debate la necesidad de evaluar la relación entre generación de conocimiento e innovaciones en salud, en contextos marcados por grandes inequidades sociales y sanitarias.

P-18. #BIGDATASALUD EN TWITTER: DATOS NO ESTRUCTURADOS EN TIEMPO REAL

M.J.Pascual, M.J. Espinosa y R. Espinosa

Unidad de Comunicación Madrid Salud. Máster en Comunicación y Salud UCM. CEU San Pablo.

Introducción: Big Data es una tecnología que analiza grandes cantidades de datos, de forma rápida y eficaz, de diversas fuentes. Permite procesar información no estructurada que puede proporcionar datos de gran valor y responder a las necesidades de los ciudadanos. En Twitter se habla de todo. Participar en las conversaciones permite conocer e intercambiar mensajes en el momento que ocurre cualquier acontecimiento. Los "influencers" son usuarios de redes sociales considerados personas con cierta credibilidad sobre un tema y con gran influencia en salud digital. Debemos aprovechar esta influencia en beneficio de la salud de las personas.

Objetivos: Conocer quien tuitea sobre "bigdatasalud" y por tanto puede convertirse en referente en este campo.

Métodos: Se realiza una búsqueda avanzada en Twitter, con el hashtag #bigdatasalud desde 1/01/2015 hasta 1/01/2017; Criterio inclusión: perfil escrito en castellano y de España

Resultados: Se encuentran 42 perfiles. Se clasifican en dos grupos: personales (30) y empresariales (12) y de acuerdo al ámbito profesional en sanidad (10), legal (2), comunicación (27), otros (3). El TOP10 de los perfiles más seguidos: @trendinaliaES; @mtascon; @manyez;

@Roche_spain; @SerafinCuidando; @animalesmascota; @webDM1; @cjarvas; @losdelvolcan; @iperancho. Profesiones de los TOP10: sanidad (4); comunicación (3); animales (1); otros (1). En diciembre de 2015 #bigdatasalud es TT (36ª posición en España).

Conclusiones: Pertenecen al ámbito sanitario el 23% de los perfiles y el 64% a la comunicación; Los *influencers* tienen gran valor como observadores de la realidad en tiempo real. Conocer los perfiles TOP10 más seguidos es fundamental para las estrategias de comunicación y salud.

P-19. COSTES SANITARIOS EN LOS CASOS DE TOS FERINA CONFIRMADOS POR LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y EN LOS CASOS DETECTADOS ENTRE LOS CONTACTOS DOMICILIARIOS

P. Plans, G. Carmona, P. Brotons, P. Godoy, M.R. Sala, I. Barrabeig, S. Minguell, J. Álvarez y M. Jané

Agencia de Salud Pública de Cataluña. Hospital Sant Joan de Déu. CIBERESP.

Objetivos: Evaluar los costes sanitarios en los casos de tos ferina confirmados por los servicios de vigilancia epidemiológica (SVE) y en los casos detectados entre los contactos domiciliarios en Cataluña en 2012-13.

Métodos: Se evaluaron los costes de hospitalización, atención en unidad de cuidados intensivos (UCI), visitas médicas, tratamiento farmacológico, detección de la tos ferina, y quimioprofilaxis en los contactos. Los casos de tos ferina se clasificaron en graves, moderados y leves. Se utilizó el test t para comparar los costes medios en diferentes grupos, considerando un nivel de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 661 casos declarados confirmados por los SVE y 422 casos detectados entre los 2.839 contactos domiciliarios estudiados. Los costes sanitarios totales de la tos ferina fueron de 799.704 € (92%) para los casos confirmados por los SVE y 71.944 € (8%) para los casos detectados entre los contactos domiciliarios. Los costes medios fueron significativamente mayores ($p < 0,001$) en los casos confirmados por los SVE que en los casos detectados entre los contactos domiciliarios, para todos los casos estudiados (1.247 € vs 170,5 €) y para los casos graves (4.546 € vs 1.073 €), moderados (204 € vs 165 €) y leves (153 € vs 133 €).

Conclusiones: El estudio ha constatado que la tos ferina se asocia con unos elevados costes sanitarios, y que los casos confirmados por los servicios de vigilancia epidemiológica se asocian con unos costes mayores que los casos detectados entre los contactos domiciliarios.

P-20. EVOLUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN Y OPINIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN JÓVENES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

A. Esteve Clavero, P. Moles Julio y L. Maciá Soler

Universidad Jaume I. Universidad de Alicante.

Objetivos: Conocer la evolución en la utilización y opinión sobre servicios sanitarios de atención primaria en jóvenes de la comunidad valenciana.

Métodos: Estudio de base poblacional, observacional descriptivo. Población: jóvenes de 16 a 29 años no institucionalizados y con tarjeta sanitaria, residentes en la comunidad valenciana. Instrumento de medida: encuestas de salud de la comunidad valenciana 2005 y 2010 (última publicada). Se comparan dos a dos los grupos jóvenes de 16 a 24 años (2005) jóvenes de 16 a 24 años (2010) y jóvenes de 21 a 29 años (2010). Variables: relacionadas con la utilización de servicios de atención primaria y grado de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria públicos.

Resultados: Es mayor el uso de los servicios de enfermería/matrona/fisio en el año 2010 en ambos grupos (7,40-18,26%, $p < 0,01$) (7,40-22,50%, $p < 0,01$). Es mayor el uso de servicio de urgencias de AP en 2010 en ambos grupos (15,56-26,13%, $p < 0,01$) (15,56-31,38%, $p < 0,01$). El grado de satisfacción es mayor en 2005 que en 2010 en ambos grupos (72,08-55,97%, $p < 0,01$) y (72,08-60,64% $p < 0,01$).

Conclusiones: Existe una demanda creciente de atención sanitaria en el ámbito de la AP pública, con un incremento de utilización de las consultas de enfermería matrona y fisioterapeuta, a la vez que aumentan las consultas a urgencias de AP. La insatisfacción de los jóvenes con los servicios sanitarios ha aumentado, los resultados, pueden justificar la necesidad de establecer servicios específicos para este grupo de población.

SESIÓN DE PÓSTERES 2

Jueves, 7 de septiembre, 13:45-14:45

P-21. ENCUESTA (CONTINUA) DE SALUD DE CATALUÑA. ¿SIETE AÑOS DE BALANCE POSITIVO?

A. Medina Bustos, O. García Codina, A. Schiaffino Rubinat y E. Masachs Fatjó

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Objetivos: Las encuestas de salud permiten observar la cambiante realidad social, lo que hace de éstas una metodología idónea para conocer la percepción y el comportamiento de fenómenos relacionados con la salud. Son fundamentales como instrumentos para la toma de decisiones en planificación sanitaria. La comunicación describe el balance de siete años de Encuesta de salud de Catalunya (ESCA) continua.

Métodos: Se compara la metodología de la actual ESCA (continua desde 2010) con las ediciones periódicas (1994, 2002 y 2006). Se analiza el diseño muestral, los contenidos, el trabajo de campo y el análisis de los resultados. Se presentan las ventajas y limitaciones de la ESCA continua tras siete años de recorrido.

Resultados: La ESCA actual cuenta con ventajas en comparación con anteriores ediciones: mayor disponibilidad de datos, capacidad de monitorización continua, puntualidad en la obtención de indicadores, posibilidad de introducir nuevos temas, distribución del coste de realización en el tiempo evitando la concentración presupuestaria, etc. Pero aparecen nuevos retos como la complejidad del diseño muestral, la coordinación de equipos de expertos, el uso de ponderaciones para garantizar la representatividad de la muestra, la acumulación de muestras para la desagregación de resultados, el solapamiento de las tareas, etc.

Conclusiones: El funcionamiento de una encuesta ininterrumpida reporta indudables ganancias cuanto a puntualidad en la obtención de la información, la flexibilidad en contenidos, y la relevancia para la planificación; pero deben sopesarse con la merma en la comparabilidad de la información a nivel territorial.

P-22. ¿QUIERES COMER SANO FUERA DE CASA? BUSCA EL DISTINTIVO AMED

G. Miranda, C. Castell, C. Cabezas y J. Guix

Agència de Salut Pública de Catalunya.

Introducción: AMED promueve la salud mejorando la oferta de alimentación mediterránea en establecimientos de restauración. Di-

rigido principalmente a restaurantes de menú y comedores laborales de centros sanitarios, albergues, hoteles y centros deportivos.

Objetivos: Mejorar la oferta alimentaria y acreditar los servicios de restauración promotores de alimentación mediterránea. Evaluar las mejoras alimentarias y el cumplimiento de los criterios de acreditación a largo plazo.

Métodos: Profesionales de los equipos de salud pública ofrecen el proyecto; también se difunde por la web y boletín electrónico. Se valoran los criterios alimentarios obligatorios: aceite de oliva para aliñar, cocinar y freír (también girasol alto oleico), 50% verduras/legumbres en primeros platos, 50% cortes magros en segundos platos, 50% fruta fresca en postres, productos integrales, lácteos bajos en grasa y bebidas en dosis individuales; se evalúan los porcentajes de cumplimiento y las mejoras de la oferta. Cada 2 años se revalida la acreditación.

Resultados: 557 establecimientos acreditados; 133 municipios; capacidad para 84.000 comensales/día. Mejoras alimentarias: incremento del 72% en uso de aceite de girasol alto oleico, 33% en aceite de oliva, 29% en producto integral, 20% en lácteos desnatados, 8% en fruta fresca, 6% en verduras/legumbres, 2% en carnes magras/pescados. Seguimiento del 52% de establecimientos con un 84% en mantenimiento de la oferta alimentaria mediterránea, excepto en el aceite de girasol alto oleico (58%).

Conclusiones: AMED tiene un impacto positivo y sostenible en el tiempo. Ha recibido el premio NAOS 2015 del ámbito familiar y comunitario.

P-23. A PEU, FEM SALUT. POSA'T EN MARXA!

T. Torres, M.A. Palacios y S. Castañé

Servei de Salut i Consum, Secció de Salut, Ajuntament de Mataró.

Introducción: En el marco de estrategias de promoción de estilos de vida saludable de la Secció de Salut del Ayuntamiento, se proponen una serie de acciones bajo el lema Posa't en marxa i suma Salut! que complementan las ya existentes: "A peu, fem Salut! 32 itineraris urbans per Mataró" (Premio Estrategia NAOS 2015 a la promoción de la actividad física en el ámbito familiar y comunitario) y parque urbano de salud en zona sudoeste de la ciudad.

Objetivos: Fomentar la práctica de actividad física (AF) cotidiana. Promover la ciudad como espacio favorecedor de salud. Favorecer la socialización. Facilitar herramientas de "prescripción" de AF a los profesionales sanitarios.

Métodos: 1. Diseño herramienta informática de acceso a los recorridos, con geolocalización del usuario. 2. Creación grupos para caminar. Acompañados por profesionales de AF previamente formados. Criterios inclusión: adultos, hábitos sedentarios, sin patología complicada asociada. Seleccionados desde: centros de salud, de juventud, de personas mayores, servicios sociales. Se reservarán salidas abiertas a población general. 3. Encuesta sobre hábitos AF y de satisfacción y adhesión al proyecto. 4. Instalación de un nuevo parque urbano de salud en zona sureste. Proyecto subvencionado por la Diputació de Barcelona.

Resultados: Grupos estimados: 25-35. Salidas estimadas: 40-50. Encuesta hábitos de AF pendiente estudio.

Conclusiones: Las acciones previstas: han de consolidar grupos de ciudadanos que salgan a caminar periódicamente, mejorarán la implicación y trabajo transversal entre agentes del territorio y responden a peticiones ciudadanas y de profesionales sanitarios.

P-24. DESARROLLO DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA EN UN PARQUE URBANO DE SALUD

G. Brunet Rivero y G. Muñoz

Dipsalut. Batibull.

Introducción: Dipsalut apuesta por trabajar las habilidades para la vida (HpV) en todas las etapas de vida y en múltiples escenarios y realizar sesiones de ejercicio físico dirigidas a adultos y personas mayores en Parques Urbanos de Salud y complementadas con actividades destinadas al desarrollo de las HpV. Trabajar las HpV en personas mayores contribuirá a que realicen un balance positivo de su pasado, valorando positivamente su experiencia, mejorando su integración familiar y social, para vivir con mayor satisfacción el resto de su vida.

Objetivos: Incorporar el entreno de las HpV en las sesiones de ejercicio físico realizadas en los Parques Urbanos de Salud.

Métodos: Investigación aplicada. Proceso participativo con los actores del programa "Parcs Urbans i Xarxes d'Itineraris Saludables", se desarrolla una matriz de dinámicas susceptibles de ser incorporadas a las sesiones de ejercicio físico y su relación con las HpV trabajadas. Posteriormente todas las dinámicas fueron testadas con la población usuaria y se recogen las percepciones de dinamizadores y usuarios.

Resultados: Programa de formación para los dinamizadores. Mejora de las competencias personales y profesionales. Guía práctica de soporte para los dinamizadores.

Conclusiones: La formación complementaria se convierte en la herramienta para capacitar a los dinamizadores y la guía en el material de apoyo y la fuente de recursos de referencia. Hemos generado nuevas oportunidades de aprendizaje y hemos potenciado el rol de educador en los dinamizadores. El proceso de elaboración ha sido complejo y exige experiencia, conocimientos y una fuerte implicación de los actores.

P-25. EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR Y LAS ADVERSIDADES EN LA INFANCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS (INTERACCIÓN GENÉTICO-AMBIENTAL): RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO CASO-CONTROL

F. Navarro Mateu, M.J. Alcaraz, T. Escámez, M.P. Quesada, C. Seiquer de la Peña, G. Vilagut, D. Salmerón, G. Ruiz Merino, J.M. Huerta, K.C. Koenen, C. Navarro, J. Alonso y S. Martínez

Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM). Servicio Murciano de Salud. IMIB-Arrixaca. Murcia. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IMIB BIOBANC-MUR, Murcia. Instituto de Neurociencias de Alicante. Centro de Atención a Drogodependencias. Servicio Murciano de Salud. IMIM-Institut Hospital del Mar. Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Murcia. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS) de Murcia. Department of Epidemiology, Harvard T.H. Chan School of Public Health. Boston, EE. UU. Department of Health Care Policy. Harvard Medical School. Boston, EE. UU.

Objetivos: Explorar la interacción genético-ambiental (GxA) entre el polimorfismo trialélico 5-HTTLPR y las adversidades en la infancia (AIs) en el consumo de sustancias.

Métodos: Estudio de caso-control. Casos: pacientes >18 años atendidos en el Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) de Murcia con diagnósticos DSM-IV de consumo de drogas (alcohol, heroína y/o cocaína). Controles: muestra aleatoria de participantes en el proyecto PEGASUS-Murcia sin consumo de sustancias. Instrumentos: Composite International Diagnostic Interview (CIDI), cuestionario de 12 AIs, escala de Neuroticismo (EPQR-A). Muestras de raspado de mucosa bucal. Extracción de ADN y amplificación por PCR con digestión enzimática y análisis de fragmentos de restricción obteniendo la genotipación trialélica funcional (S[S y Lg] y L[La]). Análisis del equilibrio de Hardy-Weinberg en controles. Análisis de asociación (OR e IC95%) y de la interacción GxA por análisis de regresión múltiple. Aprobado por el Comité de Ética de Investigación del H.U. Virgen de la Arrixaca.

Resultados: Análisis de 74 casos y 276 controles. Mayor exposición a AIs en casos (47 (63,5%) frente a 56 (20,3%), p < 0,0001), diferencias

en frecuencia del polimorfismo trialélico (casos: S'S':46 (62,2%); S'L':11 (14,9%); L'L':17 (23,0%) y controles: S'S':41 (14,9%); S'L':146 (52,9%); L'L':41 (14,9%); $p < 0,0001$); OR ajustada herencia dominante alelo L' (S'S' frente a S'L'/L'L') = 2,85 (IC95%: 1,20-6,79). Se cumple el equilibrio de Hardy-Weinberg ($p = 0,131$). Ninguna interacción GxA fue significativa.

Conclusiones: Los resultados preliminares sugieren que el alelo L' se asocia a un mayor riesgo de ser consumidor de sustancias. No parece existir un efecto modulador por las Als.

P-26. REFORMULACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: UNA PROPUESTA PARA INTEGRAR LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LA CONSULTA EN ZONA RURAL

R. Tarrés, P. Batlle, Á. Morales, A. Tarrés y P. Monreal

Albera Salut. Dipsalut. Universitat de Girona.

Introducción: Se plantea el trabajo coordinado entre instituciones: académica (UdG), de salud pública (Dipsalut) y sanitaria (Albera Salut) para iniciar un proyecto de salud comunitaria. Se parte de la promoción de la salud entendida como aquellas estrategias de desarrollo de la persona/comunidad que, desde una visión positiva de salud, impulsa programas y actuaciones orientados a dar herramientas para entender, gestionar y dar sentido a la vida, fortaleciendo las habilidades para la vida y las capacidades de los individuos para incrementar el control que tienen sobre su salud y los factores que la influyen.

Objetivos: Crear y aplicar un programa de promoción de la salud en la comarca de l'Alt Empordà a través de dos líneas estratégicas: comunidad y consulta. Expondremos el trabajo enmarcado en la consulta con el objetivo de facilitar el cambio de mirada de los profesionales del centro de salud desde el marco de promoción de la salud, permitiendo así una integración efectiva de los determinantes sociales.

Métodos: Se utiliza la IAP para reconstruir de forma reflexiva la práctica profesional.

Resultados: Los profesionales definen cambios en su práctica (acciones a nivel personal, profesional, organizacional y comunitario). Se planifica la creación de la Unidad de Atención Social a la Salud.

Conclusiones: Se inician procesos de reformulación de la práctica. Importancia del abordaje organizacional, el trabajo coordinado y compartido, la continuidad de las intervenciones y los procesos de trabajo a largo plazo.

P-27. PROGRAMA “QUIÉRE T MUCHO”. PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA ADOLESCENTES EN VALLECAS

C. Mora, M.Á. Álvarez, A. Miguel y C. Gil

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción: El programa “Quiérete T Mucho” se dirige al alumnado de Vallecas que por sus características personales, escolares y socio-familiares acumulan una mayor vulnerabilidad. Es una propuesta conjunta desde diversos recursos con la que se pretende fortalecer la capacidad individual y colectiva de los/as adolescentes que participan en él, promoviendo el desarrollo de aptitudes personales en escenarios cotidianos para que tomen el control de su salud, incluido el riesgo de adicción, permitiendo afrontar su transición a la vida adulta con mayor éxito.

Objetivos: Dar continuidad fuera de la jornada lectiva al trabajo que en los centros educativos se realiza con el alumnado para propiciar la madurez propia de su etapa evolutiva, favorecer su adecuada socialización y promover la salud.

Métodos: Se trabaja en aulas en horario escolar, en talleres en otros espacios comunitarios con distintos contenidos: GYM, radio comunitaria, dinamizadores juveniles, HHSS, baile, vídeo, y en tutorías individualizadas.

Resultados: Han participado 98 personas entre los 13 y los 24 años (65 hombres y 33 mujeres). Incluyendo los participantes en grupos suman un total de 170 (evaluación en curso).

Conclusiones: Aunque la escuela se considera el contexto más adecuado para la prevención y promoción de salud, en esta población se manifiesta impotente para dar una respuesta integral a sus necesidades. Por ello resulta imprescindible la coordinación entre diferentes entidades para abordar de manera flexible e intensa su problemática y vincularles con los recursos de su comunidad. Esta intervención facilita el empoderamiento, promoviendo que tomen el control de su salud.

P-28. IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS EN LA PRIMOVACUNACIÓN INFANTIL EN CANARIAS

R. Redondas Marrero, M.M. Martín Rodríguez y L. Nuez Herrera

Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, Servicio Canario de la Salud.

Objetivos: Valorar el impacto en la primovacunación infantil de una modificación en la distribución de vacunas desde el sector público a centros privados de vacunación.

Métodos: En febrero de 2015 se modificó el calendario vacunal infantil en Canarias. El principal cambio consistió en la introducción de la vacunación antineumocócica a los 2, 4 y 12 meses de edad. En ese momento la Dirección General de Salud Pública dictaminó distribuir la vacuna antineumocócica solo a los centros del Servicio Canario de la Salud, interrumpiendo la habitual distribución gratuita que se realizaba a centros de vacunación privados desde los años 80. Esta modificación estableció un cambio de paradigma de vacunación en el ámbito profesional y familiar. Se analizaron coberturas de vacunación con hexavalente (DTPa/VPI/Hib/HepB) a los 12 meses de edad y en los meses anteriores en atención primaria (AP). Asimismo se analizó la disponibilidad de vacunas antineumocócica y hexavalente en el ámbito privado y público.

Resultados: Se analizaron 1.269.719 historias de salud. La cobertura vacunal registrada en AP frente a hexavalente mejoró desde un 91,84% inicial a un 94,77% ($p < 0,001$) a partir de los 12 meses de edad. La cobertura vacunal entre los 7-12 meses de edad (anteriores a la tercera dosis antineumocócica) no presentó variación.

Conclusiones: La no distribución de vacunas frente a neumococo al sector sanitario privado se asoció a una mejora de los registros de coberturas de vacuna hexavalente a nivel de toda Canarias, probablemente debido al efecto “cliente cautivo” que desvió flujos de usuarios/as hacia AP.

P-29. ABORDANDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MUNICIPAL DESDE UN MODELO DE ACTIVOS

M. Sastre Paz, V. Sanz Martín, L.J. Alonso Cañete, M.G. Gómez-Hidalgo Florido, F. Escudero Ruiz, J. Cubillo Llanes, G. Casero Celis y J. Segura del Pozo

Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. CMS Carabanchel. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. CMS Latina. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. CS Leganés Norte. Servicio Madrileño de Salud. Plan Comunitario de Carabanchel Alto. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Objetivos: Abordar la promoción de la salud utilizando el enfoque de activos en salud con perspectiva de equidad, desde dos Centros Municipales de Salud Comunitaria, para reforzar así aspectos relacionados con la equidad y participación ciudadana.

Métodos: La metodología de mapeo de activos en salud se ha incorporado al Proyecto de cada Centro. De momento se han llevado a cabo las siguientes fases: preparación y contextualización, creación del grupo motor, búsqueda de acuerdos con responsables políticos y la identificación de recursos y activos en salud.

Resultados: Se identificaron los nodos de participación activos en el territorio en los que se presentó el proyecto, incorporándose al mismo diferentes agentes clave. Se realizó una capacitación conjunta de estas personas para constituir un lenguaje común y practicar las herramientas para dinamizar este proceso, asegurando el enfoque de equidad en el mismo. También se lograron acuerdos políticos, que han facilitado y apoyado el proceso. Se constituyeron los grupos motores que delimitaron el territorio físico y están identificando activos de los mismos. Se ha difundido el proyecto a través de plataformas presenciales y herramientas digitales para visibilizar las fortalezas de los barrios.

Conclusiones: Se considera que los Centros Municipales son facilitadores clave de estos procesos comunitarios participativos y que la metodología del mapeo de activos resulta novedosa y atractiva para incorporar una perspectiva de equidad en la promoción de la salud, suponiendo un paso del enfoque de déficits al de activos, empoderando en salud de este modo a la población de los barrios.

P-30. CONDICIONANTES COGNITIVOS Y EMOCIONALES DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE 212 USUARIOS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

D. Prada Crespo, M. Montenegro Peña, P. Montejo Carrasco, M.E. de Andrés Montes, M.C. Aragón Cancela y A.I. Reinoso García

Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo.

Objetivos: Estudiar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas que realizan actividades preventivas de salud. Analizar las variables cognitivas y emocionales que intervienen en CVRS. Estudiar sus predictores. Analizar la relación de estas variables con las dimensiones de CVRS.

Métodos: Estudio trasversal-descriptivo con enfoque analítico. Captación consecutiva no probabilística. Muestra: 212 mayores sin deterioro cognitivo (media: 69,33; DT = 5,02), 23,6% varones. Evaluación: CVRS-Perfil Salud Nottingham (PSN), Minimental, Lista Palabras (LP), test memoria cotidiana (RBMT), Escala Geriátrica Depresión (GDS), Cuestionario Fallos Memoria (MFE).

Resultados: La correlación edad y PSN es $r = 0,08$. Variables sociodemográficas: menor CVRS en mujeres ($R2 = 0,044$; $p = 0,003$); en menor nivel de estudios ($R2 = 0,068$; $p = 0,008$); en personas que viven solas ($R2 = 0,057$; $p = 0,014$). Correlaciones significativas del PSN con: GDS ($r = 0,48$), MFE ($r = 0,39$), Minimental ($r = -0,21$) y RBMT ($r = -0,15$). Predictores de CVRS ($R2 = 0,32$; $p = 0,000$): GDS, MFE, edad. Correlaciones con dimensiones del PSN ($p < 0,05$): Energía con GDS: 0,34, Minimental: -0,18; RBMT: -0,16; MFE: 0,36; Dolor con: GDS: 0,27; MFE: 0,24; Estado emocional con: GDS: 0,52; MFE: 0,29; Minimental: -0,19; RBMT: -0,16; Movilidad con: GDS: 0,31; MFE: 0,27; RBMT: -0,19; Aislamiento con: GDS: 0,34; MFE: 0,22; Sueño con: GDS: 0,25; MFE: 0,21; Minimental: -0,18 y LPP: -0,15.

Conclusiones: Hay asociación baja entre factores sociodemográficos y CVRS. Las variables con mayor efecto son las subjetivas; a menor estado de ánimo y más quejas de memoria, hay peor calidad de vida. Estas variables son las que mejor predicen la CVRS, junto a edad. El aislamiento y el dolor sólo se asocian con variables subjetivas (estado de ánimo y quejas); en las otras dimensiones del PSN interviene también el rendimiento cognitivo y/o de memoria.

P-31. ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ESTILOS DE VIDA EN LOS CENTROS ESCOLARES EN ESPAÑA

M. Andrés, C. Moreno, C. Paniagua, I. García Moya, A. Gil Luciano y F. Rivera

Universidad de Huelva. Universidad de Sevilla.

Objetivos: Analizar diferentes indicadores de las políticas de intervención educativas sobre promoción de la salud en los centros escolares en España.

Métodos: Se han analizado los datos del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en España en 2014, compuesto por 279 centros educativos de Secundaria y Bachiller.

Resultados: El 79,5% de los centros en su declaración de objetivos cuentan explícitamente con temas de salud o de estilos de vida saludables. En cuanto a las temáticas de los programas destacan consumo de drogas (93%), alcohol (91,7%) y tabaco (91,3%), seguidos de actividad física (88,2%), alimentación (87,5%), violencia en la escuela (86,8%) y salud sexual (85,5%). Con respecto a las diferencias en función de las características del centro, no se observan diferencias en los programas implementados en función del hábitat, titularidad (excepto en alimentación y seguridad vial, con mayor presencia en centros privados) o nivel adquisitivo medio del alumnado del centro. En cuanto a diferencias en función de las Comunidades Autónomas (CCAA), se observan un escenario muy diverso, tanto en la declaración de objetivos, como en la temática de programas activos.

Conclusiones: La diversidad entre programas de intervención en los diferentes centros se circunscribe principalmente a diferencias territoriales. Esto plantea la necesidad de que las CCAA posean indicadores estables y periódicos de estilos de vida de la población adolescentes para tener datos sólidos en los que basar sus políticas de promoción de la salud.

P-32. IMPORTANCIA DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EN LA MORTALIDAD PERINATAL

A. Puigdefàbregas Serra, A. Freitas Ramírez, A. Novoa Pardo, G. Ribas Serra, M. Miranda Monera y M. Rodríguez-Sanz

Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona. Institut d'Investigació Biomèdica (IIB-Sant Pau).

Objetivos: Estimar el infrarregistro de la mortalidad perinatal en las estadísticas oficiales de residentes en Barcelona del año 2010 a 2014 y analizar su repercusión sobre las tasas de mortalidad perinatal (TMP).

Métodos: Las estadísticas oficiales de mortalidad perinatal provienen del Boletín Estadístico de Parto (BEP) para los nacidos muertos; y del BEP y del Boletín Estadístico de Defunción para los nacidos vivos. Desde 2010 también se considera como fuente de información el Registro de Vigilancia Activa de la Mortalidad Perinatal de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (RVA) que a su vez utiliza como fuente el registro del libro de partos y neonatos. Se estima el infrarregistro y se calculan las TMP por 1.000 nacidos de residentes en Barcelona utilizando la información procedente de los boletines estadísticos y las TMP incorporando la información del RVA. Se comparan las TMP anuales mediante diferencia de tasas.

Resultados: La utilización del RVA supone la incorporación de entre 10 y 15 defunciones anuales que cumplen criterios de declaración de la OMS. Infrarregistro medio anual: 14,5% (17,5% nacidos muertos y 9,2% nacidos vivos). El 20% de las defunciones no registradas cumplen criterios legales de inscripción en España. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las TMP anuales calculadas considerando o no la información procedente de RVA.

Conclusiones: La infradeclaración detectada es menor que en otros estudios publicados y no afecta de forma significativa las TMP. Conveniría impulsar mejoras de exhaustividad de la declaración de las muertes perinatales a las estadísticas oficiales.

P-33. TUBERCULOSIS HUMANA CAUSADA POR *MYCOBACTERIUM BOVIS* EN EXTREMADURA

J.M. Benítez Medina, R. Martínez, A. García, J.C. Parejo, M. Cortés y J. Hermoso de Mendoza

Universidad de Extremadura, Departamento de Sanidad Animal. CYCITEX-La Orden, Departamento de Producción Animal. Universidad de Extremadura, Departamento de Producción Animal y Ciencia de los Alimentos.

En este trabajo se hace una descripción de los casos en los que se identificó a *Mycobacterium bovis* en una investigación llevada a cabo en Extremadura con aislados clínicos de origen humano. El objetivo fue determinar las probables vías de transmisión entre las poblaciones animales y el ser humano. Para ello, se definió el perfil genético de los aislados mediante la técnica del espigotipado, que se ha convertido en la primera opción para la genotipificación de *Mycobacterium bovis* debido a su rapidez, reproducibilidad y poder de discriminación. Los datos epidemiológicos de los pacientes se obtuvieron a partir de la historia clínica. En ocho aislados clínicos, de un total de 440, se identificó a *Mycobacterium bovis*, incluyendo tres *Mycobacterium bovis* BCG. Los perfiles de espigotipo observados fueron: SB0120, SB0121, SB0134 y SB0295. Estos perfiles coinciden con los de cepas aisladas tanto en animales domésticos como salvajes que habitan en fincas de Extremadura. Uno de los pacientes se dedicaba a la ganadería, mientras que otro era trabajador de un matadero; en las historias clínicas de los otros casos no se hacía ninguna referencia a la actividad profesional de los pacientes. Nuestros resultados sugieren que la tuberculosis humana causada por *Mycobacterium bovis* es un proceso poco frecuente en Extremadura. Si bien, la existencia de algunos aislados clínicos de origen humano con el mismo espigotipo que los aislados animales confirma que las personas que tienen alguna relación profesional con animales infectados con *Mycobacterium bovis* podrían estar especialmente expuestos al contagio de esta zoonosis.

P-34. PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO COM FOCO NO DIABETES MELLITUS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA

F. Almir Freitas Brito, C. Carneiro, G. Posso Lima, J.M. Ximenes Guimarães, L. Paes Landim, C. Gonçalves Rodrigues Meireles, A.M. Correia Pequeno e F.D. da Silva Negreiros

Universidade Estadual do Ceará.

Introdução: Educação em saúde é um campo de conhecimentos e práticas historicamente vinculadas à prevenção e à promoção da saúde, este estudo tem como objeto as práticas educativas voltadas para atenção às doenças transmissíveis, nesse caso o diabetes mellitus.

Objetivos: Analisar práticas educativas do enfermeiro com foco no diabetes mellitus na clínica pediátrica de um hospital de ensino.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa social em saúde com abordagem qualitativa, aplicada numa unidade de internação pediátrica para nove enfermeiros assistenciais e um residente. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada utilizando-se da análise temática de Minayo, para tratamento dos dados.

Resultados: Para os enfermeiros sujeitos do estudo, práticas educativas significam ações intrínsecas à enfermagem e inerentes a sua

formação e são utilizadas para promover à autonomia do autocuidado e empoderando da criança, familiares e cuidadores, tornando-os participativos e aderentes ao tratamento e ao controle da doença permitindo configurar planos de cuidados vinculando a teoria e a prática; como o manuseio da seringa, da insulina e das diversas formas de lidar com elas, bem como alimentação saudável e prática de exercício físico.

Conclusões: Profissionais enfermeiros buscam nas práticas educativas espaços de redefinição de suas práticas no cuidar para recuperação, manutenção e promoção da saúde na unidade de internação pediátrica com o propósito de promover a extensão do cuidado ao cotidiano de pacientes familiares e cuidadores para além da clínica pediátrica.

P-35. EN NÚMERO Y PALABRAS. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN ENTRE IGUALES PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE LA ESCUELA DE PACIENTES

A. Danet, M. López y M.Á. Prieto

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivos: Evaluar la estrategia formativa entre iguales para pacientes con cáncer de mama de Escuela de Pacientes (Andalucía).

Métodos: Diseño mixto cuantitativo y cualitativo de evaluación del programa de formación en cáncer de mama de la Escuela de Pacientes (2013-2015). Las participantes en el estudio cuantitativo fueron 180 pacientes y pacientes-formadores. Se utilizó un cuestionario adaptado de Stanford Patient Education Research Center, con las variables: salud autopercibida, limitaciones, alimentación, actividad física, uso de servicios sanitarios, autoeficacia para los cuidados. Para el estudio cualitativo se realizó un muestreo intencional de 20 pacientes y 6 profesionales sanitarios. Se realizaron 3 grupos focales con las pacientes y entrevistas semiestructuradas con los profesionales, siguiendo un guion con variables predeterminadas y variables emergentes. Se efectuó análisis de contenido.

Resultados: La formación entre iguales en cáncer de mama incide positivamente en la realización de ejercicio físico, uso de recursos sanitarios y autoeficacia en los cuidados. Las pacientes consideran que la formación favorece la relación de los/as pacientes con el personal sanitario, genera apoyo grupal y autoconfianza y facilita la gestión emocional. Los profesionales identifican áreas de mejora para la implantación del programa.

Conclusiones: La formación entre iguales para mujeres con cáncer de mama tiene un impacto positivo en la calidad de vida y bienestar de las mujeres, aumenta su autonomía y favorece la relación con el personal sanitario.

P-36. SUPERVIVENCIA TRAS EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL: RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO DE DEMENCIAS DE GIRONA

I. Sánchez Pérez, J.M. Inoriza, R. de Eugénio, R. Cubí Monfort, O. Turró Garriga, A. Ponjoan y J. Garre Olmo

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES). Centre d'Atenció Primària de Salt. Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària de Girona, Institut Català de la Salut. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona. Institut d'Assistència Sanitària de Girona. Departament de Ciències Mèdiques, Universitat de Girona.

Objetivos: disponer de información de la supervivencia estimada tras el diagnóstico de demencia es importante para el paciente y los familiares así como para la adecuada planificación de los recursos sanitarios y sociales. Diseño de cohorte dinámica retrospectiva emparejada per edad, sexo y comorbilidad cruzando casos del Registro de Demencias de Girona (2007-2015) y una muestra de controles (3:1) proveniente de población general atendida de una organización sanitaria integrada. Se calculó la densidad de incidencia de mortalidad así como el riesgo atribuible poblacional de mortalidad para la demencia. La supervivencia mediana se calculó con el método de Kaplan-Meier y se compararon diferencias según gravedad mediante el log-rank test. La muestra estuvo formada por 1.020 casos de demencia y 3.066 controles, el 64,5% mujeres, edad media 80,3 años y no hubo diferencias entre casos y controles. La gravedad de la demencia (Clinical Dementia Rating) fue leve 68,2%, moderada 22,2% y grave 9,6%. La densidad de incidencia de mortalidad fue de 92,7 fallecidos/1.000 personas-año en casos y 65,8/1.000 personas-año en controles. El riesgo atribuible poblacional de mortalidad para la demencia fue 26,9 muertos/1.000 personas-año. La mediana de supervivencia en controles fue de 8,8 años; en casos leves 6,1 años; en casos moderados 3,5 años y en casos graves 2,6 años (log-rank test = 201,5; $p < 0,001$). La demencia reduce de forma significativa la esperanza de vida de los pacientes, La gravedad de la demencia en el momento de su diagnóstico es un factor determinante para la supervivencia estimada de los pacientes.

P-37. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD Y CARTERA DE SERVICIOS EN 2 DIRECCIONES ASISTENCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DE ENFERMERÍA

M.S. Ochandorena Juanena, J.J. Muñoz González, C. de Aubarede Soriano y S. López Palacios

Dirección Asistencial Noroeste Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. Hospital Santa Cristina, Servicio Madrileño de Salud. Dirección Asistencial Centro Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud.

Introducción: La cartera de servicios de Atención Primaria incluye actividades preventivas, educativas y la asistencia en centro de salud (CS) y domicilio (AD). Nos propusimos estudiar los factores que pudieran explicar la variabilidad en la AD entre centros.

Métodos: Analizamos datos de actividad y cartera de servicios de 89 CS, de dos direcciones asistenciales (año 2015). La variable principal fue el número anual medio de consultas en el domicilio por enfermera. Se contrasta la igualdad de medias con t de Student, la relación bivariante mediante coeficiente de correlación y el peso de las covariables mediante regresión múltiple.

Resultados: La media de consultas domiciliarias fue de 242,26 y osciló entre 494,2 y 61,4 consultas. La AD no difiere según la pertenencia a una dirección asistencial o el carácter docente del centro; sin embargo, los centros rurales registran menor AD 195,637 que los urbanos 251,709 ($t = 2,144$; $p = 0,035$). La AD se relaciona con la población adscrita ($r = -0,304$; $p = 0,004$) o atendida ($r = -0,254$; $p = 0,016$) de forma inversa. Únicamente encontramos relación significativa con los servicios de cartera de inmobilizados ($r = 0,379$; $p < 0,001$) y paliativos ($r = -0,302$; $p = 0,004$). En el modelo de regresión múltiple, los coeficientes de regresión significativos fueron los correspondientes a la población adscrita, la cobertura del servicio de atención al mayor y la de inmobilizados.

Conclusiones: Considerando el CS como unidad de análisis, los centros rurales y los de mayor población muestran una menor AD; una mayor cobertura del servicio de inmobilizados y de detección de problemas en el mayor se asocian a una mayor AD.

P-38. LA VACUNACIÓN CONTRA LA TOS FERINA ADMINISTRADA A LOS 2 MESES-6 AÑOS REDUCE SU INCIDENCIA EN LOS CONTACTOS DE 1-9 AÑOS

P. Plans, C. Rius, C. Muñoz Almagro, C. Plana, G. Ferrus, R.Torra, J. Farras, M. García Cenoz y M. Company

Agencia de Salud Pública de Cataluña. Instituto de Salud Pública de Navarra. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. CIBERESP.

Objetivos: Evaluar la efectividad de las vacunación contra la tos ferina administrada durante la infancia (2 meses-6 años) para prevenir la tos ferina en los contactos domiciliarios de 1-9 años de los casos confirmados en Cataluña y Navarra en 2012-13.

Métodos: Se evaluó la efectividad vacunal mediante la fórmula: $EV = 1 - RR$ de tos ferina en vacunados (4-5 dosis) frente a no vacunados/parcialmente vacunados (0-3 dosis). La efectividad se evaluó para la vacunación con vacunas DTPa, dTpa, hexavalente o heptavalente y con vacunas DTPa o dTpa. La efectividad vacunal se ajustó para la edad, sexo, quimioprofilaxis en contactos y tipo de contacto mediante análisis de regresión logística múltiple IBM-SPSS.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 405 contactos domiciliarios de 1-9 años. Se detectaron 47 casos secundarios/terciarios entre los contactos vacunados y 17 entre los contactos no vacunados o parcialmente vacunados. La efectividad vacunal fue del 50% (IC95%: 19-69%, $p < 0,01$) para la vacunación con vacunas DTPa, Tdpa, hexavalente o heptavalente, y del 51,3% (IC95%: 21-70%, $p < 0,01$) con vacunas DTPa o Tdpa. La efectividad vacunal ajustada para la edad, sexo, quimioprofilaxis, y tipo de contacto fue del 58,6% (IC95%: 17-79%, $p < 0,05$) para la vacunación con vacunas DTPa, Tdpa, hexavalente o heptavalente y del 59,6% (IC95%: 18-80%, $p < 0,01$) con vacunas DTPa o Tdpa.

Conclusiones: La vacunación contra la tos ferina con vacunas acelulares era efectiva para prevenir la tos ferina en los contactos domiciliarios de 1-9 años.

P-39. EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR MODULA EL RIESGO DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS LA EXPOSICIÓN AL TERREMOTO DE LORCA (MURCIA, 2011); UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE INTERACCIÓN GENÉTICO-AMBIENTAL

F. Navarro-Mateu, T. Escámez, M.P. Quesada, D. Salmerón, G. Vilagut, M.J. Tormo, J.M. Huertas, C. Navarro, R. Kessler y S. Martínez

Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM), Servicio Murciano de Salud. IMIB-Arrixaca. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IMIB BIOBANC-MUR, Murcia. Instituto de Neurociencias de Alicante. Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Murcia. IMIM-Institut Hospital del Mar Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, EE. UU.

Objetivos: Explorar la asociación entre el polimorfismo 5-HTTLPR y el trastorno por estrés posttraumático (TEP) en la población general de Lorca (Murcia) tras los terremotos del 11-mayo-2011 y su interacción genético-ambiental (GxA).

Métodos: Entre 6-10 meses tras los terremotos se entrevistó a una muestra representativa de la población general de Lorca dentro del proyecto PEGASUS-Murcia. Instrumento diagnóstico: CIDI 3.0, diagnóstico de TEP (criterios DSM-IV). Evaluación de la exposición a los terremotos según Alta Exposición, AE, y Alto Impacto Emocional, AIE. Extracción de ADN de muestras de raspado bucal y obtención del genotipo funcional trialélico (S[S] y LG] y L[LA]) mediante PCR y digestión enzimática de los fragmentos amplificados. Cálculo del equilibrio de Hardy-Weinberg. Análisis de regresión logística múltiple (ORajustada; IC95%). Aprobado por el Comité de Ética de Investigación del H.U. Virgen de la Arrixaca.

Resultados: De 341 participantes, 17 (5%) presentan TEP en el período tras los terremotos. Asociación entre el TEP y: a) alta exposición al terremoto: ORcruda = 4,4; IC95% = 1,2-15,8; b) alto impacto emocional: ORcruda = 4,7; IC95% = 1,0-20,9). Frecuencia del genotipo trialélico 5-HTTLPR: entre TEP+ (S'S': 5 (29,4%); S'L': 7 (41,2); L'L': 5 (29,4)) y en TEP- (108 (33,3); 154 (47,5); 62 (19,1), respectivamente), ORcruda = 1,3; IC95% = 0,7-2,6). En equilibrio de Hardy-Weinberg. Al considerar la interacción GxA sólo hay asociación significativa del polimorfismo con AIE (ORinteracción = 28,7; IC95% = 1,5-559,1).

Conclusiones: El número de alelos L' se asocia con un mayor riesgo progresivo de TEP en situaciones de alto impacto emocional tras la exposición al terremoto en un modelo de interacción genético-ambiental.

P-40. SALUD Y CRISIS: UN ABORDAJE PARA REDUCIR LOS IMPACTOS DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

P. Batlle, A. Pagés, G. Oller, M.À. Cardona y R. Crespo

Dipsalut. Área de Políticas de Promoción de la Salud y Calidad de Vida.

Objetivos: Reducir los impactos en los determinantes sociales que influyen en la salud de las personas: alimentación, vivienda, trabajo...

Promover la vinculación de las personas afectadas en proyectos que contribuyan a re-encontrar un sentido a su vida. Promover estrategias de innovación social para mejorar la gobernanza democrática.

Métodos: Proceso participativo institucional que permite la coordinación de los actores de la provincia de Girona para responder coordinadamente a los objetivos planteados. Creación de un grupo motor (capacidad deliberativa-decisoria), que coordina 11 mesas territoriales interinstitucionales e intersectoriales. Cada mesa de trabajo realiza un proceso anual que comprende: actualización del diagnóstico, análisis de capacidades de los actores para dar respuesta al diagnóstico, distribución de responsabilidades, tareas y presupuesto asignado.

Resultados: Entre 2013-2016 se han atendido más de 160.000 personas. Logros: Reducir los efectos negativos en las condiciones de vida y riesgo de vulneración de derechos humanos. Mejorar el trabajo en red y articular los diagnósticos sobre necesidades. Mejorar los procesos de coordinación de los agentes; el abordaje integrado y planificado.

Conclusiones: Las condiciones iniciales de los territorios, el perfil de los decisores técnicos y el proceso de acompañamiento son factores clave en una estrategia de empoderamiento de los agentes de un territorio para abordar de forma integrada una problemática de salud comunitaria desde la perspectiva de determinantes sociales. Se ha pasado de la coordinación a la cooperación entre agentes, estos reconocen que los efectos de la crisis han sido mitigados gracias al programa.