

# GRUPO DE TRABAJO N° 10 SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

COORDINA: LOURDES LOSTAO UNZU, UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA.

## SESIÓN I: Desigualdades Sociales en Salud

Responsable: Lourdes Lostao Unzu, Universidad Pública de Navarra.

### Comunicaciones:

La relación entre clase social y desigualdades en salud: una aproximación desde las nociones de modos de vida y factores críticos de exposición.

Cecilia Bustos Ibarra, Universidad de Concepción, Chile. [cbustosibarra@gmail.com](mailto:cbustosibarra@gmail.com)

El presente trabajo reflexiona sobre las aproximaciones existentes en el estudio de la relación entre clase social y desigualdades en salud. Inicialmente, se realiza una revisión de los Modelos Teóricos Explicativos de las Desigualdades en Salud, a través de los cuales la comunidad científica viene intentando responder a la pregunta de ¿cómo los factores sociales afectan a la salud? o ¿cómo la diferencia social se constituye en enfermedad?. Actualmente continua vigente el debate entre las Tesis de los llamados Factores Psicosociales versus los Factores Materiales o Estructurales; y por otra parte, se cuenta con el Modelo Integral de Determinantes Sociales en salud, propuesto recientemente por la OMS. A partir de este contexto, se propone un marco de análisis que incorpora elementos teóricos del Modelo de Análisis del SAPS (concepción mixta de estructura social y la noción de clase social como eje de desigualdad para estudiar las desigualdades en salud y se incorporan elementos provenientes de la epidemiología crítica (Breilh 2004) como los modos de vida y los procesos críticos de exposición. Para explicar ¿Cómo la clase social se relaciona con las desigualdades en salud? La aproximación que se propone parte del siguiente supuesto “los modos de vida de las clases sociales, que incluye tanto las condiciones materiales como los estilos de vida, se caracterizan por la presencia de distintos procesos de exposición (eventual, crónica, permanente o inherente al modo de vida) que condicionan las oportunidades de las personas de alcanzar su máximo potencial de salud.

Malestar psicológico e inmigración: Los efectos de la discriminación según procedencia geográfica.

Marga Marí Klose, Instituto de Infancia y Mundo Urbano (CIIMU), España,

[margamklose@alumni.lse.ac.uk](mailto:margamklose@alumni.lse.ac.uk)

El incremento en la inmigración observado en España en los últimos años ha abierto un debate sobre la relación entre el proceso migratorio y el desarrollo de ciertos problemas de salud mental. Estudios realizados en Estados Unidos y Europa han mostrado resultados contradictorios; no queda claro si existe una relación directa entre inmigración y malestar psicológico. El estrés relacionado con la inmigración, las condiciones socioeconómicas y la discriminación son considerados factores de riesgo. Este artículo examina las relaciones entre malestar psicológico e inmigración, tratando de identificar aquellos factores que atenúan el efecto de esa relación en inmigrantes de distintas nacionalidades en relación a la población autóctona. Para ello analizamos los datos de la Encuesta Nacional de Salud en España del 2006 con una muestra de 23.670 personas de 16 a 64 años de edad. Construimos distintos modelos de regresión logística que permitan identificar el peso de distintas variables objetivas (sociodemográficas, socioeconómicas, situación del entorno y la vivienda), y subjetivas (apoyo social y afectivo, y discriminación percibida) en el riesgo de sufrir malestar psicológico. Los primeros resultados indican que el riesgo de sufrir malestar psicológico se concentra en las personas que proceden de Sudamérica. Ese efecto se mantiene a igualdad de condiciones socioeconómicas. Sin embargo la inclusión de variables

subjetivas en el modelo amortiguan ese efecto llegando incluso a anularlo.

Estado de salud de la población diabética en Galicia.

Maria José López Rey, Manuel García Docampo, Universidad de Extremadura y Universidad Da Coruña, España. mane@unex.es

Este trabajo de epidemiología social, cuyo objeto de estudio es la población diabética gallega, persigue como objetivo fundamental conocer el estado de salud de este colectivo, tanto en la dimensión más objetiva, analizando comparativamente las tasas de morbilidad asociada y los niveles de autocontrol, como en la dimensión subjetiva, a través de la percepción y la vivencia de la enfermedad. Se pretende establecer las diferencias que caracterizan el estado de salud de la población diabética, en función de las principales variables sociodemográficas. A modo de triangulación metodológica, se combinaron técnicas cualitativas y cuantitativas: entre las primeras, entrevistas en profundidad y grupos de discusión a los afectados y especialistas en diabetología; entre las segundas, además de una exhaustiva explotación de los datos secundarios disponibles, (ENS fundamentalmente), se llevó a cabo una encuesta entre la población diabética de Galicia, y en los resultados que ésta arroja se centra este trabajo. Para realizar la encuesta contamos con la colaboración de las asociaciones para la diabetes de la región, y a partir de sus registros, previa autorización de los asociados, se obtuvo una muestra aleatoria de 600 casos, a los que se entrevistó por teléfono. La herramienta utilizada para la explotación y análisis de los datos es el programa SPSS. Entre los principales resultados resaltamos notables diferencias en la actitud hacia la enfermedad en función de diversas variables sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, formación, ingresos...), así como entre la población que padece diabetes tipo 1 y la que padece la del tipo 2.

La importancia de la clase social y el género en consumo de tabaco durante los últimos veinte años en Euskadi.

Amaia Bacigalupe, Santiago Esnaola, Unai Martin, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Universidad del País Vasco. España, leizeaportu@yahoo.es

Tema de investigación e hipótesis de partida: A pesar de la escasez de estudios en el ámbito estatal, diversos estudios han descrito a nivel internacional la importancia de la clase social y el género en la difusión de la epidemia del tabaquismo en las sociedades occidentales. Sin embargo, la mayoría de intervenciones para su reducción no tienen en cuenta este componente social. El objetivo de esta comunicación es mostrar el patrón de la epidemia del tabaquismo por clase social y sexo en Euskadi durante 1986-2007. Metodología: Estudio transversal de tendencia temporal a partir de las Encuestas de Salud de Euskadi 1986(n=1.128), 1992(n=3.744), 1997(n=4.046), 2002(n=8.398) y 2007(n=7410). Para cada año, sexo y clase social se estudiaron las prevalencias estandarizadas por edad, y el índice relativo de desigualdad (IRD). El impacto de las desigualdades se analizó estimando la parte de la prevalencia del consumo de tabaco atribuible a las desigualdades. Principales resultados o conclusiones: El patrón de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en Euskadi se han formado y aumentado durante el periodo estudiado. El modelo difirió por sexo. En los hombres, mientras que en 1986 no existía un patrón por clase social, en 2002 era evidente y mayor en 2007 (IRD=1,68(1,39-2,02). En las mujeres, en 1997 el consumo era mayor en las clases sociales más altas, y en 2007 el patrón ya era inverso (IRD=1,11[0,87-1,37]). En 2007, el 27% del consumo de tabaco en hombres y el 9% en mujeres se evitaría si no existieran desigualdades sociales por clase social.

Salud y Género: Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana.

M<sup>a</sup> Eugenia González Sanjuán, Universidad de Valencia. España, eugenia.gonzalez@uv.es

Esta comunicación trata de desvelar los condicionantes de género en el estado de salud, en los estilos de vida y en la prevalencia de determinadas patologías. La hipótesis general que ha orientado la investigación mantiene que en los patrones de socialización diferenciales, en los modelos de masculinidad y feminidad y en el reparto de roles sexuales, se puede encontrar la respuesta a algunas de las diferencias y desigualdades que surgen en el campo de la salud entre las mujeres y los hombres de la sociedad valenciana. Para su contrastación se han utilizado los resultados de la última encuesta de salud de ámbito autonómico, una herramienta imprescindible para observar desde la perspectiva de género diversos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad de la población.

Diferencias socioeconómicas en la utilización de servicios sanitarios en España entre 1987 y 2006. Lourdes Lostao Unzu y Enrique Regidor Poyatos, Universidad Pública de Navarra y Universidad Complutense de Madrid. España, llostao@unavarra.es

El objetivo de esta investigación es estudiar la evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización de los servicios de salud en España entre 1987 y 2006. Los datos utilizados proceden de las Encuestas Nacionales de Salud realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo a la población adulta en los años 1987 y 2006. La población analizada ha sido la de los individuos mayores de 16 años. Se han estudiado la consulta médica, la hospitalización, la consulta al dentista y la consulta al ginecólogo. Las características socioeconómicas utilizadas han sido el nivel de estudios, el grupo socioeconómico de los entrevistados y el nivel de ingresos. La medida de la asociación estimada entre la utilización de servicios y las características socioeconómicas fue la razón de porcentajes mediante regresión logística. La consulta médica fue más frecuente en los individuos sin estudios y en los grupos socioeconómicos bajos, en uno y en otro período, mientras que la consulta al dentista y la consulta al ginecólogo fueron más frecuentes en los individuos con estudios superiores y en los grupos socioeconómicos altos en ambos períodos.

La Sociología de la Salud en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior en España.

Manuel Espinel Vallejo, Universidad Complutense de Madrid, España, mespinel@cps.ucm.es

En este momento no existe un trabajo detallado y sistemático que de cuenta de la situación actual de la sociología de la salud o sociología médica, como campo de saber sociológico, en el ámbito académico-universitario español, tanto en los Departamentos de Sociología como en las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería. Por tanto, este trabajo pretende revisar de manera detallada y sistemática los planes de estudios de los nuevos grados en sociología, medicina y enfermería, con el fin de identificar la presencia de asignaturas de sociología de la salud o sociología médica (o asignaturas semejantes), aprovechando la implementación de Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) en todas las Universidades Españolas.

## SESIÓN II: Análisis de sistemas de salud. Políticas Sanitarias

Responsable: Lourdes Lostao Unzu, Universidad Pública de Navarra

### **Comunicaciones:**

Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social en autóctonos e inmigrantes del País Vasco.

Gorka Vallejo de la Hoz, Nerea Lanborena Elorduy, Gorka Moreno Márquez y Elena Rodríguez Álvarez, Universidad del país Vasco. España, gorka.vallejo@ehu.es

El objetivo del estudio es medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), el apoyo y satisfacción social, los síntomas de ansiedad/depresión, así como el efecto del colectivo de procedencia en dichas variables, diferenciando el grupo inmigrante del País Vasco frente al autóctono. Métodos. Estudio transversal. Muestra formada por 153 marroquíes, 151 subsaharianos, 167 latinoamericanos, 150 europeos no comunitarios y 1388 autóctonos. La CVRS se evaluó mediante el Cuestionario SF-36, el apoyo social se midió mediante la Escala de Duke y para el análisis de los síntomas ansioso-depresivos se utilizó el Índice de Salud Mental (MHI-5). Resultados. Las puntuaciones de los autóctonos fueron las más altas en la satisfacción con la vida social y en la ausencia de síntomas ansioso-depresivos. Las puntuaciones más elevadas de la Función Física, Rol Físico, Función Social y el Rol Emocional se obtuvieron en los europeos no comunitarios y autóctonos. Las mujeres obtuvieron en casi todos los colectivos puntuaciones inferiores. Las puntuaciones más bajas en el apoyo social y síntomas de ansiedad/depresión los obtuvieron los marroquíes. En prácticamente todos los casos se encontraron diferencias significativas según el lugar de procedencia; no existiendo únicamente diferencias entre autóctonos e inmigrantes en la Función Física del SF-36. Conclusiones. El origen geográfico, determina los valores de la CVRS, del apoyo y satisfacción social y los síntomas de ansiedad/depresión. La identificación de esta variable es básica para valorar las necesidades de salud de la población inmigrante y planificar políticas públicas que permitan reducir las desigualdades sociales en salud.

Actitudes y percepciones de la población marroquí residente en el País Vasco sobre los recursos y al asistencia sanitaria.

Gorka Moreno Márquez, Nerea Lanborena Elorduy, Elena Rodríguez Álvarez Gorka Vallejo de la Hoz. Universidad del País Vasco. España. gorka.vallejo@ehu.es

A través de esa comunicación se va a profundizar en la opinión, las percepciones y las actitudes de la población inmigrante marroquí residente en la Comunidad Autónoma del País Vasco. La encuesta de Salud del País Vasco, en su última edición -2006-, introdujo por primera vez una muestra representativa de la población inmigrante residente en la Comunidad Autónoma. Entre otros resultados, puede subrayarse que el colectivo inmigrante que mostraba unos peores indicadores de salud era el marroquí. Partiendo de esta premisa se ha querido profundizar en algunos de estos datos a través de la metodología cualitativa y así poder incidir en otros aspectos. De esta forma, a través de 7 grupos focales con personas originarias de este país, se ha incidido, entre otros, en aspectos como el grado de conocimiento de este colectivo sobre el sistema público sanitario en su conjunto, el nivel de utilización de éstos o los determinantes autopercebidos de salud. En este sentido, es destacable que la población marroquí relaciona el sistema sanitario vasco sobre todo con su faceta curativa y no tanto con la preventiva o de promoción de la salud. Igualmente, subrayan que el empleo es un elemento importante en su estado de salud, sobre todo este hecho es percibido por los hombres. Pero, realmente el determinante fundamental que más subraya esta población es la discriminación, que se da en diferentes ámbitos vitales y a su vez dicha discriminación se percibe como mayor que en el caso de otros colectivos de inmigrantes.

Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa.

Elvira Sanz Tolosana, Santiago Esnaola, Amaia Bacigalupe, Unai Martin, Elena Aldasoro. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco. Universidad del País Vasco. España, elvirasanztolosana@gmail.com

En esta comunicación se analiza la experiencia de los países europeos en políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, con la finalidad de ilustrar las mejores prácticas y ayudar a formular políticas en nuestro contexto. Para ello se seleccionaron países con políticas integrales para disminuir las desigualdades sociales en salud (Finlandia, Suecia, Noruega, Inglaterra e Irlanda) o con experiencias de interés (Dinamarca y Holanda). Se revisaron de forma sistemática los documentos gubernamentales, sitios web especializados y revisiones previas. La revisión incluyó las características generales del país, los antecedentes históricos, la definición del problema y de las metas, la orientación de las intervenciones, la clasificación de las intervenciones en función de la cobertura y de los puntos de entrada, la consideración de distintos ejes de desigualdad social y la perspectiva multisectorial. La experiencia muestra que en el contexto europeo es posible desarrollar políticas de salud que integren objetivos de equidad en las políticas y programas sectoriales. Y esa viabilidad está ligada a la voluntad política que ha determinado la historia y evolución de esas políticas. Se constata una evolución hacia políticas universales, que se enfocan a disminuir el gradiente social de la salud en toda la población, y que combinan acciones sobre los determinantes estructurales del entorno político y económico, las condiciones de vida y las conductas. El predominio de la dimensión socioeconómica en la definición de las desigualdades sociales ha llevado a que tanto el género como la etnia, edad o país de origen fueran considerados de forma secundaria. Finalmente la investigación y monitorización aparecen como instrumentos claves para el desarrollo y evaluación de estas políticas.

Opinión de los ciudadanos ante la “Ley Antitabaco”.

Elena Espinosa de los Monteros Pérez, Lourdes Biedma Velázquez y Rafael Serrano del Rosal, Instituto de Estudios Sociales Avanzados, CSIC, España, lbiedma@iesa.csic.es

Cuando se han cumplido cuatro años desde la entrada en vigor de la conocida como “Ley Antitabaco” (Ley 28/2005 de 26 de diciembre), aprobada con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, el Gobierno se plantea su reforma, hacia una visión más restrictiva, prohibiendo fumar en todos los lugares públicos. En el año 2008, el CIS realizó un estudio sobre “Hábitos relacionados con el tabaco” para el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se realizaron 2002 entrevistas telefónicas a la población española mayor de 18 años, teniendo en cuenta su distribución en estratos obtenidos a partir de Comunidades Autónomas y tamaño de hábitat, y estableciendo cuotas de sexo y edad. Con estos datos, el objetivo de nuestro grupo de investigación (IESA-CSIC) es conocer qué elementos influyen en la valoración que los ciudadanos realizan de la “Ley Antitabaco”. Para ello se ha analizado si la opinión positiva o negativa de

los individuos ante esta regulación, está influida por sus características sociodemográficas, la percepción sobre la efectividad de la ley, su relación con el consumo de tabaco, y los aspectos vinculados a la salud. No existe debate ideológico sobre esta política sanitaria, al menos a nivel nacional, lo que quizás haya favorecido que la mayor parte de los españoles considere que la citada ley es buena o muy buena (69%). En este sentido, los perjuicios que en la salud produce su consumo han calado en el discurso colectivo de los ciudadanos, tanto si son fumadores como si no, y son el principal elemento de valoración de la política llevada a cabo por el Gobierno.

Estudio sobre la valoración social del Sistema Sanitario en España: Grado de satisfacción del servicio público de sanidad.

Francisco Eduardo Haz Gómez, Eladio Simón Álvarez Seoane, Begoña García Maneiro. Universidad de A Coruña, España. kicohaz@yahoo.es

La sociedad del bienestar occidental en la que se encuentra España demanda unos altos índices de calidad en sus servicios públicos, consecuencia de ello y conjuntamente, ya que considera que conforman parte de sus derechos básicos como ciudadanos, la confianza en las instituciones se deriva en parte del grado de satisfacción en los servicios públicos dependientes del Estado. El estudio de la confianza que los ciudadanos tienen en sus instituciones públicas, la opinión que dichos servicios les merece y la valoración de la satisfacción que les produce, son la raíz en la que se fundamenta de este estudio, enmarcándose dentro del nivel de satisfacción que genera el Sistema Sanitario español. En una época de crisis como la actual, con la influencia mediática que pueden generar alarmas sobre epidemias o la proliferación de amenazas pandémicas, la garantía que proporciona un servicio público de sanidad que dé respuestas y atienda a las demandas sociales, es básico para el mantenimiento de una estabilidad social, conformando un instrumento clave de vertebración, pudiéndose ver afectado por el colapso del propio sistema sanitario. Así se configura un debate, no sólo político sino también social, entre un sistema público o un sistema privado de salud. La hipótesis que se pretende demostrar es que existe una preferencia generalizada por un servicio público, ya que se considera más garantista, y que aquellos aspectos donde el ciudadano ejerce una crítica, tan sólo se refieren a aspectos puntuales sobre el servicio, pero no conforman una crítica al modelo público de salud.

Incidencia del “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)” en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de cuidadoras y cuidadores no profesionales de personas con gran dependencia. Andalucía y Aragón 2007-2008.

Manuel Sánchez Reinón, Universidad Complutense de Madrid, España, manuelsr@blogcuidados.com.es  
Tema de investigación: Género, modelos de atención a la dependencia y percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de cuidadoras y cuidadores no profesionales de personas con gran dependencia. Hipótesis de partida: Las variables género (normas de atribución de los cuidados) y territorio (modelo de SAAD aplicado) como variables independientes de la CVRS percibida. Descripción de los datos: Contraste piloto de los cuestionarios de CVRS WHOQOL BREF, SF-12, APGAR y ZARIT en dos fases, sobre muestras de cuidadoras/es no profesionales de personas con gran dependencia, con una media de edad menor a 55 años y más de 8 años de dedicación a los cuidados: en 2007, a partir de una muestra de 12 cuidadoras/es, integrantes de 6 Grupos de Discusión de dos localidades andaluzas; en 2008 se amplía a 47 cuidadoras/es integrados en el Plan Individualizado de Atención, pertenecientes a 6 Grupos Focales de dos localidades andaluzas y dos aragonesas, percibiendo la mayoría una Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar. A partir de los resultados se realiza un análisis de frecuencias en el intervalo de confianza al 95%, y un estudio ANOVA de las variables género y territorio. Principales resultados: Las/os cuidadoras/es principales de personas con gran dependencia presentan un perfil de CVRS característico de población enferma, siendo la variable territorio determinante en el comportamiento de los indicadores de sobrecarga y ambientales, y la variable género de los indicadores relacionales.

Violencia y percepción de la inseguridad en Ciudad Juárez, México como un problema de salud pública. Rafael Flores Simental, María de la Soledad Loya Salas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México, paracho@hotmail.com

Ciudad Juárez está situada al norte México, es uno de sus municipios más importantes y por muchos años

fue polo de atracción para migrantes, por su crecimiento económico y su nivel de vida. Su posición fronteriza la convirtió también en punto clave para el tráfico de drogas con Estados Unidos. En los últimos años, el crimen organizado rebasó al Estado, de forma en que en 2008 y 2009 se han acumulado más de cuatro mil asesinatos en las calles, lo que coloca a la ciudad como la más insegura de México y con grave problema de salud pública. A pesar de la presencia del ejército en las calles, el número de homicidios crece y junto con ellos algunas expresiones del crimen organizado como el secuestro de civiles, la extorsión a negocios y el robo violento de automóviles en la vía pública; esto ha colapsado las instituciones hospitalarias y ha cambiado radicalmente las causas de muerte en la ciudad. Adicionalmente, la familia de los asesinados se convierten también en víctimas que deben ser atendidas por un sistema de salud rebasado. Este trabajo hace una revisión estadística de las víctimas y de los acciones de las instituciones de salud. Mediante herramientas cualitativas, explora la percepción de inseguridad entre distintos grupos de ciudadanos y muestra cómo ha cambiado la vida y la cotidianidad en una ciudad actualmente patrullada por soldados y con la más alta tasa de homicidios en el país.

Los desafíos de la participación de los ciudadanos en los sistemas de salud. Revisión de la literatura internacional.

Mauro Serapioni, Universidad de Coimbra, Portugal, mauro\_serapioni@yahoo.es

Después de numerosos pronunciamientos y documentos difundidos por la OMS y otros organismos internacionales (OCDE, PNUD, FAO, Banco Mundial, etc.) para solicitar a los países miembros poner en valor la voz de los pacientes y reforzar el poder de decisión de los ciudadanos - ¿Cuál es el estado de la cuestión de la participación en salud? Para responder a esta pregunta se ha efectuado una revisión de la literatura sobre este tema. Se ha efectuado una revisión de los artículos publicados en los últimos diez años (1999-2009) – en su mayoría revistas de lengua inglesa. Han sido identificados 110 artículos, 85 de los cuales fueron analizados por su importancia en relación a los criterios adoptados. Entre los resultados obtenidos en el curso del análisis merece la pena enfocar los siguientes puntos: a) Muchos estudiosos todavía registran la diferencia entre el discurso sobre la participación que domina el proceso de reforma de los sistemas de salud y la práctica de los servicios de salud; b) Muchos artículos examinados señalan una ausencia de procesos de evaluación de las experiencias de participación en el ámbito de los servicios de salud; c) Un tema emergente en muchos artículos concierne los nuevos métodos adoptados para implicar los ciudadanos. En los últimos años obtuvieron mucho éxito las distintas formas de democracia deliberativa; d) Otro tema es el relativo a la representatividad de las asociaciones de pacientes, que no siempre consiguen ser garantes de las necesidades de los sectores más vulnerables de la sociedad; e) Algunos artículos asumen una visión menos optimista de la participación y se preguntan si los ciudadanos realmente quieren implicarse sobre los temas de la salud.

## SESIÓN III: Organizaciones y profesiones sanitarias

Responsable: Teresa Blasco Hernández, Instituto de Salud Carlos III.

### **Comunicaciones:**

Preferencias y Expectativas de los médicos residentes en Andalucía.

Jose M<sup>a</sup> García de Diego, Julia Ranchal Romero, Lourdes Biedma Velázquez, Rafael Serrano del Rosal, Instituto de Estudios Sociales Avanzados, CSIC, España, lbiedma@iesa.csic.es

El papel de los médicos en el sistema sanitario es de vital interés, no sólo por su labor profesional, evidentemente relevante, sino también por la importancia que el propio usuario/paciente otorga a su trabajo, y que puede ser contrastada en los estudios de satisfacción realizados por este grupo de investigación. En estos, se observa la influencia que la relación médico-paciente, así como la empatía, amabilidad y profesionalidad del médico, tienen en la evaluación que realiza el usuario del servicio sanitario. Además, es importante analizar la satisfacción de los profesionales, partiendo de la premisa de que esta se trasladará a su práctica profesional. Para ello, se han utilizado los resultados de la Encuesta on-line -realizada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC) y la Consejería de Salud, Junta de Andalucía-, a residentes de primer año en 2008. De ellos, el 62,5% contestó a la encuesta (578 entrevistas). Se realizó un estudio cualitativo previo, que señalaba a los médicos residentes como el

colectivo de residentes del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) con mayores contradicciones entre los valores recibidos en su formación universitaria y aquellos valores que intenta transmitir el SSPA. Es por ello que en este papel, se analizan las diferencias entre sus deseos y expectativas, así como si estas diferencias influyen en su valoración de los distintos aspectos del proceso de formación residencial. Así, se puede concluir que aquellos individuos que muestran menores discrepancias entre preferencias y expectativas, son los más satisfechos con diferentes aspectos de su residencia.

La problemática social en las enfermedades minoritarias: el caso de la enfermedad de Huntington.

Jesús Rivera Navarro, Universidad de Salamanca. España, [jrivera@usal.es](mailto:jrivera@usal.es)

Tema de investigación: Percepción de la problemática que origina la enfermedad de Huntington (EH) a través del estudio de las personas que conviven y cuidan al enfermo. Hipótesis de partida: En el análisis de esta enfermedad nos vamos a encontrar peculiaridades distintas a las de otras patologías, por su carácter fuertemente hereditario y la controversia del test predictivo para su detección en los hijos de la persona afectada. Descripción de los datos: La EH se caracteriza por ser una enfermedad neurológica, degenerativa y hereditaria. Cada hijo/a de un padre o madre con la enfermedad tiene una probabilidad del 50% de heredarla. En un alto porcentaje de las veces, la enfermedad comienza a manifestarse entre los 30 y los 50 años. Métodos: Se realizaron 4 grupos de discusión (GD) –uno en Burgos, uno en Salamanca, uno en Madrid y uno en Barcelona- conformados por hijos e hijas de personas con Enfermedad de Huntington –algunos de los participantes habían sido diagnosticados y otros no-. Principales resultados: La falta de conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la EH hace que el enfermo y la familia se vuelvan “invisibles” para el sistema sanitario y social. Entre los factores favorecedores del test predictivo destacamos la actitud de la familia y la visibilidad social; respecto a los factores negativos que no ayudan a la realización del test predictivo es la percepción de inutilidad del test por el carácter incurable de la enfermedad y de falta de apoyo psicológico para afrontar el diagnóstico.

Autopercepción de la salud y apoyo social.

Institución de procedencia: Jose María García García, Raquel Saénz Mendía, Universidad Pública de Navarra. España, [josemaria.garcia@unavarra.es](mailto:josemaria.garcia@unavarra.es)

El apoyo social y familiar durante la hospitalización de la población anciana ingresada incide positivamente en el bienestar personal y en la autopercepción de la salud. Este apoyo incrementa la percepción del estado de salud, disminuye la morbi-mortalidad y tiene un efecto muy positivo en la recuperación, pronóstico y actitud ante la enfermedad crónica. Esta tesis de partida se confirma en este estudio longitudinal llevado a cabo en una unidad de medicina Interna del Hospital Virgen del Camino en el año 2009. Se trata de una investigación cualitativa en la que mediante entrevistas en profundidad y semiestructuradas se obtiene información relevante que se complementa con conversaciones informales fruto de la interacción profesional diaria. Se indaga sobre la dimensión personal, familiar y social de la salud desde el plano afectivo incluyendo aspectos sanitarios como la salud subjetiva, el cuidado formal e informal y el grado de dependencia. El perfil de los pacientes entrevistados se ajusta a los criterios de paciente geriátrico o anciano frágil siendo mayor de 75 años, con enfermedades crónicas y pluripatología. Es importante tener en cuenta dentro del proceso salud-enfermedad de los ancianos el papel fundamental que desempeña la familia en el cuidado del paciente también durante el ingreso hospitalario.

Salud y Comunidad China en España. Determinantes Sociales y Componente Cultural.

Marta Gutierrez Sastre, M. Lambea, J. Rivera, Universidad de Salamanca. España, [magusa@usal.es](mailto:magusa@usal.es)

Tema de investigación: La visión que tiene de la salud y de los elementos que la configuran la comunidad china residente en España. Se realiza, además, un análisis de las condiciones socio económicas y culturales que intervienen en el estado de salud de la comunidad y el uso que ésta hace del sistema sanitario y la imagen que tiene de él. Descripción de los datos: Se abordan cinco grandes ámbitos de análisis: la concepción china de la salud y la enfermedad, la salud laboral, la salud reproductiva de las mujeres, la salud mental y la relación con el sistema sanitario. Métodos: Se utiliza metodología cualitativa en el proyecto con la realización de entrevistas personales al colectivo de inmigrantes y grupos de expertos con sanitarios y mediadores sociales. Resultados: Desde el colectivo chino se parte de un entendimiento de la salud como un todo integral en relación a los elementos del entorno. Sin embargo, se

prioriza lo físico sobre lo emocional lo que deriva en problemáticas mentales específicas. Se apunta, además, las largas jornadas laborales como generadoras de stress y cansancio crónico en la población estudiada, y la importancia de la cuarentena en las mujeres en el periodo posterior al parto. En cuanto a la integración institucional, se constata su invisibilidad en las instituciones públicas, especialmente las sanitarias y la presencia de prácticas propias de la medicina tradicional china.

Adolescentes y tabaco: factores que pueden incidir en el inicio del consumo.

Rafael Díaz Fernández, María Sierra Berdejo, Universidad de Zaragoza. España, [msierrab@unizar.es](mailto:msierrab@unizar.es)  
El inicio en el consumo de tabaco a edades cada vez más tempranas ha sido una constante durante años, aunque las últimas encuestas disponibles muestran tendencias generales a la reducción de las prevalencias en los consumos, según información obtenida en el reciente documento que recoge “La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016”. Con este estudio realizado a nivel local, con un grupo de población compuesto por adolescentes de 13 años, en un Instituto de Educación Secundaria, pretendemos constatar la existencia de determinados factores de riesgo en el contexto donde se desenvuelven y que están incidiendo de forma negativa en su decisión de fumar. La población objeto de estudio la constituyen la totalidad de los alumnos de este centro, con edades comprendidas entre los 12 y 13 años que cursaron 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), durante el curso 2008-09, de un nivel socioeconómico medio. En este estudio se ha optado por llevar a cabo una investigación cuantitativa basada en el análisis estadístico descriptivo mediante la utilización de la encuesta como instrumento de recogida de datos. Los resultados obtenidos, se han clasificado en varios apartados: sobre la facilidad para convertirse en fumador pasivo y el contexto donde se produce este hecho, datos sobre consumo de tabaco y momento en que se produce, percepción sobre: los motivos por los que los jóvenes comienzan a fumar, los motivos por los que las personas que fuman siguen fumando y sobre los motivos que las personas tienen para fumar cada vez más, percepción sobre la eficacia del trabajo que se ha estado realizando para evitar el consumo, percepción sobre el grado de peligrosidad del tabaco para la salud, accesibilidad a la sustancia y opinión sobre la permisividad o prohibición del consumo de tabaco a la población en general.

Calidad de vida percibida por la población inmigrante con tuberculosis en la Comunidad de Madrid.

Teresa Blasco Hernández, B. Sanz Barbero, L. Otero García, Instituto de Salud Carlos III. España, [tblasco@isciii.es](mailto:tblasco@isciii.es)

La tuberculosis es un problema cada vez más frecuente entre la población inmigrante en países desarrollados. Sin embargo, es escasa la información que se tiene sobre cómo esta enfermedad afecta a la calidad de vida (CDV) de las personas que la padecen. El objetivo de este estudio es describir el impacto de la tuberculosis en la calidad de vida de los pacientes inmigrantes. Métodos: estudio cualitativo realizado mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes con tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Se elaboró un guión de entrevista con unos ejes temáticos. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas previo consentimiento de los entrevistados. Análisis se basó en la Teoría Fundamentada, se realizó triangulación del proceso y de los resultados. Resultados: los pacientes perciben que la tuberculosis afecta a su CDV en los siguientes ámbitos: a) repercusiones físicas de la enfermedad, la larga duración del tratamiento y los efectos secundarios, b) pérdida de ingresos y percepción de fracaso ante el proyecto migratorio, c) percepción de gravedad y miedo a la muerte, d) la tuberculosis influye en las interacciones sociales de los Pacientes, e) el estigma percibido, el miedo a la discriminación y a contagiar a los demás, emergen de manera recurrente. Conclusión: el discurso de la población inmigrante en relación a la vivencia de la enfermedad abarca los ámbitos físico, psicológico y social. Conocer los modelos explicativos de la enfermedad, la experiencia respecto a la tuberculosis puede contribuir a un mejor manejo de la enfermedad y en consecuencia a una mejor calidad de vida.

Barreras y facilitadores socioculturales y económicos en la accesibilidad y utilización del servicio de diagnóstico del VIH en Guinea Ecuatorial.

Carmen Rodríguez Reinado, T. Blasco, A. Vargas, J. Nzang, C. Mangué, A. Nemesio, A. Eko, Universidad de Huelva. Instituto de Salud Carlos III. CRCE de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Salud y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial. España y Guinea Ecuatorial, [carmenrr1974@yahoo.es](mailto:carmenrr1974@yahoo.es)

La literatura científica sobre este campo pone de manifiesto que no siempre los aspectos que más influyen en tener una buena o mala accesibilidad -en un contexto de epidemia generalizada en países con pocos recursos- derivan de las dificultades económicas. Entre la población y el sistema sanitario pueden

coexistir diferencias socio culturales que se establezcan como barreras en la accesibilidad y en la eficacia del servicio de diagnóstico. Esta fue la hipótesis de partida, de ahí que se plantease como objetivo general: Indagar e identificar las barreras socioculturales y económicas que perciben los usuarios/as o potenciales usuarios/as al acceder al servicio de diagnóstico del VIH/Sida. La metodología empleada fue cualitativa, basada en la realización de 20 entrevistas semiestructuradas y 12 grupos de discusión a distintos segmentos poblacionales en la ciudad de Bata, que por sus diferentes posiciones en la estructura social podían tener creencias, valores, prácticas, lógicas y culturas distintas en relación a la salud y al sistema sanitario convencional. El procedimiento de análisis fue el de contenido. Los resultados obtenidos corroboran lo anterior en la medida en que el género y el nivel socioeconómico configuran valores y prácticas diferentes en relación a la salud y por tanto al VIH. También se pone de manifiesto la existencia de diferentes formas de percibir la enfermedad del VIH y la medicina. La medicina tradicional aparece como una de las principales barreras en la accesibilidad al servicio de diagnóstico.

Utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en Navarra: Una aproximación cualitativa.

Raquel Saenz Mendía, José María García García, Universidad pública de Navarra. España, raquel.saenz@unavarra.es

El uso de los servicios sanitarios por la población inmigrante en los países desarrollados ha generado numerosos debates y suscitado la aparición de estereotipos de sobreutilización de los mismos. Conocer el uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en Navarra e identificar las barreras culturales y administrativas que condicionan su acceso puede ser el primer paso para reducir las desigualdades sociales en salud. La heterogeneidad del colectivo y la variabilidad de los comportamientos sanitarios dependiendo del lugar de origen de la población extranjera se perfilan como punto de partida de esta investigación. Se ha elegido una metodología cualitativa y se ha empleado la entrevista semiestructurada como método de recogida de datos. Es el modo de extraer de los contextos y las personas los significados que resultan relevantes, procurando escuchar la propia voz de los informantes claves. Los criterios de inclusión de los seleccionados hacen referencia a la vinculación de los entrevistados con la inmigración y la salud: inmigrantes, personal sanitario y el servicio de mediación intercultural. El análisis de las entrevistas describe un patrón de utilización condicionado por el lugar de procedencia de las personas inmigrantes. Se observa una menor frecuencia de consulta al médico especialista y un menor uso de servicios preventivos que la población autóctona. Como resultado principal ha de destacarse las numerosas diferencias de utilización dentro del colectivo inmigrante debido a características sociales, culturales, religiosas y económicas que precisa de estudios cualitativos en los que se incluyan estas creencias y valores personales que condicionan las distintas culturas de salud.

## SESIÓN IV: Factores Sociales y salud en el siglo XXI. Promoción de Salud. Salud y Enfermedad

Responsable: Teresa Blasco Hernández, Instituto de Salud Carlos III.

### **Comunicaciones:**

Viviendo el sin sentido: biografías de enfermos mentales en Galicia.

Manuel Torres Cubeiro, Universidad de Santiago de Compostela. España, codi1966@hotmail.com  
Al hablar de Enfermedad Mental (EM) nos comunicamos sin entendernos. El significado del término EM varía dependiendo quién hable: un especialista, un familiar de un enfermo, o un enfermo. Las biografías de enfermos mentales, de sus familiares y de los trabajadores de los servicios de salud muestran un hecho: todos hablan de la influencia de la EM en sus vidas, pero no hablan en absoluto de lo mismo. Diciéndolo de forma contradictoria, se comunican porque no se entienden. Al comunicarnos sobre una Enfermedad Mental Grave simplificamos. La complejidad implicada en una EMG es tal (con elementos físicos, químicos, psicológicos, culturales y sociales) que simplificamos para comunicarnos. La sociedad genera expectativas en torno al sentido atribuido de la EMG para hacer más probable la comunicación y mantenerse en el tiempo. Ilustramos esta tesis mostrando cómo el significado atribuido a la EMG es diferente según quien hable, y según el momento en la evolución de su relación con la EMG. Hemos

recogido biografías de tres grupos diferentes en Galicia entre 1992 y 2008: enfermos diagnosticados con una EMG desde hace más de diez años, familiares de estos enfermos y trabajadores de los servicios del sistema sanitario local (tanto de la sanidad privada como de la pública).

Entre lo sano y lo insano: la cambiante relación del tabaco con la salud.

Susana Rodríguez Díaz, Universidad Nacional de Educación a Distancia. España, srodriguez@intersticios.es

Se propone aquí un análisis de la evolución de algunas de las concepciones en torno a los beneficios y perjuicios del tabaco para la salud desde su llegada a Europa, procedente de tierras americanas, hasta nuestros días. Partiremos de la hipótesis de que las cambiantes valoraciones acerca del tabaco en relación a la salud pueden ser estudiadas a la luz del proceso de modernización que se inicia, aproximadamente, en el momento en que el tabaco comienza a conocerse en Europa. Los datos que utilizaremos consistirán en extractos de textos de distintas épocas, estudios históricos, publicidad y prensa. Analizaremos esta información teniendo en cuenta algunos de los vectores utilizados habitualmente para caracterizar a la modernidad, como son la secularización (y creciente prestigio del conocimiento científico), la aparición de nuevas formas de ejercicio del poder (disciplinarias y reguladoras), los cambios en la percepción de riesgos y peligros, así como un proceso de individuación que cristaliza en fenómenos como el culto al cuerpo. Conclusión: Las propiedades benéficas que se atribuían al tabaco contribuyeron a que se superase la inicial reacción de rechazo hacia esta sustancia, al inicio de su andadura fuera de América, cuando era catalogado como práctica pecaminosa. Nuevamente, en tiempos actuales, en virtud de la progresiva preocupación por la salud como algo ligado a los hábitos, así como la sustitución de la salvación del alma por la del cuerpo, la costumbre de fumar es catalogada como práctica insana y, por tanto, rechazable.

Medicina científica y Medicina alternativa: las dos caras de la salud.

Matilde Panadero Díaz, Universidad de Sevilla. España, mati@us.es

La medicina como institución y como práctica profesional representará el paradigma de la racionalidad científica y secular de la sociedad moderna. A su vez, los tres grandes procesos de la sociedad moderna cristalizarán en la medicina científica. Así, el proceso de mercantilización hará de la medicina un valor de cambio supeditado a las leyes cambiantes del mercado capitalista. La división del trabajo conducirá a su profesionalización y, por último, el proceso de racionalización de la sociedad conformará una medicina burocratizada. Por otro lado, pese al predominio ejercido por la medicina científica hasta nuestros días, en el último tercio del siglo XX la medicina alternativa experimenta un auge significativo y es utilizada como un recurso para tratar cuantiosos problemas de salud. Según Granero (2003) la supremacía del enfoque positivista de la ciencia hizo que la medicina se decantara por un modelo reduccionista. Frente a esta perspectiva reduccionista se sitúa la medicina alternativa con su enfoque holístico o global (Micozzi, 2000). Por último, y a modo de conclusión, podríamos señalar que los motivos principales que explican la creciente utilización de la medicina alternativa son los siguientes: la decepción hacia los tratamientos médicos convencionales (Sharma, 1992); la consideración del elemento emocional como factor subyacente a la enfermedad y la participación activa de los pacientes en el proceso de su enfermedad (Kelner y Wellman, 1997); la incomunicación entre el médico convencional y el paciente (Vincent y Furnham, 1997).

La donación de sangre: entre el don y la dejación.

Carlos Vilches Plaza, Universidad Pública de Navarra. España, carlos.vilches@unavarra.es

El estudio realizado por encargo de ADONA tenía como objetivo principal analizar las causas del descenso de donantes (falta de jóvenes), y las perspectivas futuras de la donación de sangre en Navarra. Para ello, se aborda la investigación desde la realización de una primera fase cualitativa con seis grupos de discusión (personas donantes y no donantes), y una posterior métrica cuantitativa mediante una encuesta a una muestra de 1.200 navarros. A los grupos de discusión se les ha aplicado el análisis del discurso; en el caso de las entrevistas mediante cuestionario se ha utilizado análisis univariable, bivariable y multivariable. Conclusiones: En la literatura sociológica se viene considerando que una sociedad es tanto más fuerte y vigorosa, cuanto menos necesita de la personalización de las donaciones. Sin embargo, lo que podemos ver en este estudio es que, sin algún tipo de inclusión de la donación en la trama social, o

incluso de "personalización" simbólica de la donación, el impulso de la donación altruista se diluye en la misma medida en que la sociedad delega cada vez más en el Estado la responsabilidad del funcionamiento de todos los servicios básicos, incluyendo aquellos que requieren de la intervención personal en redes de ayuda mutua, o similares. Los resultados cuantitativos hablan de que el mercado potencial de nuevos donantes de sangre se sitúa, en el caso de Navarra, en un número de 53.441 nuevos donantes. En el caso de órganos 49.453 personas y para la médula de 45.465 navarros y navarras.

La construcción social del tiempo y la salud en las unidades de cuidados intensivos: el sistema MELIADE para la comunicación con familiares de pacientes críticos.

Maria Elena Fabregat, Raul Ruiz Callado, Francisco Ibañez Garcia, Universidad de Alicante. Innovatec de Sensorización y Comunicación, España. malena.fabregat@gmail.com

El ingreso de una persona en la UCI dificulta de forma muy significativa la interrelación familia-paciente. El aislamiento del paciente tiene repercusiones para todo el entorno familiar e influye también en la relación con el personal sanitario. El aumento que se produce en los niveles de ansiedad dentro de la estructura UCI genera en este microsistema social una situación de gran complejidad y tensión en la que los tres actores principales de este entorno (equipo de atención sanitaria-paciente y familia) deben manejarse. En los últimos años, se ha producido una reflexión muy significativa en relación con las políticas de gestión UCI-paciente-familia que ha permitido formular importantes cambios de enfoque en la teoría de la gestión hospitalaria de los cuidados intensivos. Sin embargo, no se ha conseguido definir el modo en que la implementación de esos cambios puede articularse y se alerta de forma recurrente sobre la ausencia de soluciones prácticas que ayuden a impulsar su introducción. El proyecto MELIADE se inspira en el contexto descrito y, partiendo de un detallado análisis cualitativo del mismo, intenta profundizar en el estudio de las variables que afectan el complejo proceso de relación y comunicación que se establece entre el personal sanitario y las familias de los pacientes para comprender el porqué de la dificultad de introducir en el sistema UCI los cambios propuestos hasta el momento por los teóricos, buscando nuevas alternativas que, superando las actuales dificultades, puedan contribuir a rebajar la tensión de este entorno. La primera parte del estudio, en la que se han determinado los requerimientos y funcionalidades del sistema MELIADE en función de los resultados obtenidos y desarrollado la primera versión de software de gestión y comunicación ha concluido y sus resultados presentados en esta comunicación.

Mujeres y abandono de consumo de tabaco: Una visión sociológica.

Maria Luisa Jimenez Rodrigo, Universidad de Sevilla. España, mljimenez@us.es

El objeto de esta comunicación es el abandono del uso de tabaco por parte de las mujeres; concretamente, busca analizar los obstáculos que dificultan el cese de consumo de esta sustancia y que inciden de forma específica en las fumadoras. Mientras que en España el consumo de los varones no ha dejado de disminuir desde los setenta, el femenino sólo comenzó a bajar, y de forma bastante limitada, a partir del presente siglo, situándose su nivel de abandono por debajo del masculino. Este trabajo parte del cuestionamiento de las limitaciones de los modelos biomédicos de la adicción, destacando los factores sociales y, en particular, los ligados al género, que condicionan las barreras de las mujeres para dejar de fumar. La metodología se basa, por una parte, en la explotación secundaria de encuestas nacionales para estimar las tasas de abandono y describir las características de mujeres y hombres fumadores. Por otra parte, se realizó un estudio cualitativo, combinando entrevistas en profundidad y grupos de discusión, para profundizar en las motivaciones, sentidos y percepciones de las mujeres fumadoras. Estos datos fueron analizados desde la teoría fundamentada, identificando como principales obstáculos: dificultades de acceso a la información y recursos, miedo a ganar peso, dificultades para el afrontamiento del estrés, creencias en salud, percepción del riesgo reducido al embarazo y percepciones en torno a la adicción. Finalmente, se discuten las implicaciones sobre las desigualdades de género en salud en un contexto de creciente regulación legal y medicalización del consumo de tabaco y de transformación de los estilos de vida.

Lo normal y lo desviado en los consumidores de drogas.

David Pere Martínez Oró, Universidad Autónoma de Barcelona. España, david@dpmo.cat

En la última década la sociedad española ha acontecido a una progresiva normalización del consumo de

drogas ilegales (Romani, O. 2009). En la actualidad, aunque el número de consumidores de drogas es elevado (PNSD, 2008) son pocos los que desarrollan problemas adictivos y severos (Pallarés, J. et al, 2007). En la investigación se planteó dilucidar cuales son los mecanismos y estrategias utilizadas por los consumidores para evitar la desviación social.

El método utilizado fue el etnográfico. Las técnicas fueron, observación participante, entrevista historia de vida y grupos de discusión. La población incluida en el estudio fueron los consumidores de drogas ilegales. Para su elección se realizó un muestreo teórico (Strauss, A. & Corbin, J. 1990) en función de su edad, sexo, patrón de consumo, contexto utilizado, así como los diferentes perfiles de consumidores (Martínez Oró, D. et al, 2009). El método de análisis utilizado fue la Grounded Theory (Glasser, B. & Strauss, A. 1967). Las transcripciones se vincularon a un software CADQAS para la codificación, creación de familias y memorias. La frecuencia de consumo, las dosis, las mezclas entre drogas y los contextos son factores clave para que se produzca una desviación del consumidor. Los significados asociados al placer de las drogas influyen en la intensidad de consumo. Si las drogas adquieren cierta centralidad en las relaciones cotidianas se incrementa el riesgo de desencadenar problemas. Para evitar consecuencias negativas los consumidores utilizan diferentes mecanismos de regulación. La mayoría al aumentar las responsabilidades sociales y cambiar los patrones de ocio, las drogas pasan a un papel secundario o se abandonan.

Estudio de necesidades y expectativas de las personas con Enfermedad Renal Crónica en Andalucía.

Carmen Baleyrón Ferrer, Federación Andaluza ALCER. carmenbalefer@hotmail.com

Al igual que otras patologías de carácter crónico, la IRC incide de manera importante sobre la vida de los pacientes y su entorno familiar y social, tanto por las alteraciones físicas asociadas a la enfermedad como por el elevado nivel de implicación que exigen los tratamientos de la misma y los trastornos asociados a éstos. Concretamente, la diálisis implica el desplazamiento y permanencia del paciente en un centro especializado durante varias horas varios días a la semana (normalmente tres sesiones semanales de unas cuatro horas de duración), con la consiguiente interrupción de las actividades cotidianas del paciente (estudios, trabajo, etc.). Por otro lado, el control de la enfermedad en sus distintas fases y el tratamiento sustitutivo aplicado implica para el paciente el cumplimiento de unas estrictas pautas de cuidado, nutrición e higiene que pueden interferir con su vida familiar y social. Así, actividades normales como comer fuera de casa o salir de vacaciones presentan dificultades añadidas para los enfermos con IRC. En este punto nos planteamos ¿en qué medida afecta la Enfermedad Renal Crónica sobre la calidad de vida de las personas que la padecen? ¿Cuáles son las expectativas y necesidades que se les plantea a este colectivo? Para abordar a esta cuestión, primero se repasa la literatura existente en esta línea. En segundo lugar, se analizan las características de la población objeto de nuestro estudio a partir de datos secundarios. Por último, se contrasta nuestra hipótesis de trabajo por medio del análisis de datos de encuesta y la aplicación de un análisis correlacional y de regresión. Las conclusiones a las que se llega es que la enfermedad renal mediatiza la vida de las personas que la padecen en todas las áreas de su desarrollo vital, que se trata de una enfermedad invisible y que el horizonte más inmediato a nivel psicosocial, es conseguir publicitar el proceso degenerativo y sus consecuencias para poder rediseñar nuevas políticas socio-sanitarias que mejoren la atención del colectivo y en definitiva su calidad de vida.

### **Póster:**

Opinión de los andaluces sobre muerte digna y eutanasia.

Julia Ranchal Romero, Jose María García de Diego, Lourdes Biedma Velázquez, Rafael Serrano del Rosal. Instituto de Estudios Sociales Avanzados, CSIC, España, lbiedma@iesa.csic.es

El Gobierno andaluz está tramitando un proyecto de ley sobre muerte digna que lleva al límite de su marco competencial la regulación sobre este tema. Así, ahora más que nunca parece adecuado promover un debate social serio que aborde esta cuestión. Con objeto de aportar algo en este sentido nos planteamos en este trabajo explorar las opiniones y actitudes de los ciudadanos en Andalucía sobre la eutanasia en diferentes supuestos. Para ello, se ha utilizado el Barómetro Sanitario de Andalucía 2007 -realizado por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC) y la Consejería de Salud, Junta de Andalucía-. La muestra analizada está compuesta por un total de 2379 encuestas a residentes en Andalucía, a los que se les preguntaba entre otros muchos temas sobre el modo en que les gustaría vivir el proceso de su muerte, su opinión ante una posible ley de eutanasia y cuáles serían los principales problemas si esta se legalizara.

Se observan diferencias significativas en las opiniones de los andaluces relacionadas con la eutanasia según características demográficas, socioeducativas e ideológicas de los entrevistados. También se encuentran diferencias interesantes en los principales problemas que a juicio de los ciudadanos tendría su legalización en este momento. La opinión de los ciudadanos, en un tema controvertido social y políticamente, resulta desde nuestra perspectiva de gran utilidad, ya que cualquier actuación que lleven a cabo las autoridades competentes tendrá en cuenta las opiniones, intereses y necesidades de la ciudadanía, analizando detenidamente los principales factores que inciden en su opinión.