

neralizados con vínculo logarítmico y familia binomial. El análisis se realizó con STATA v.11.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 71,3%. De 1.607 mujeres que tuvieron pareja en el último año o mantuvieron contacto con expareja, la prevalencia de VPM en los últimos 12 meses fue de 2,7% (IC: 1,9-3,5). Se encontró mayor prevalencia de VPM en jóvenes (18-24 años) (7,1%; IC: 3,2-11,0); con nivel de estudios medio-bajo (4,5%; IC: 2,2-6,8) y bajo (5,1%; IC: 1,8-8,4); en aquellas con expareja (19,2%; IC: 3,0-35,0); y sin convivencia (6,0%; IC: 3,5-8,4); con riesgo de alcoholismo (10,4%; IC: 2,4-19,4); mala salud percibida (4,8%; IC: 2,6-7,1) y entre aquellas que tuvieron accidentes que requirieron asistencia médica (9,6%; IC: 2,7-16,5). Al ajustar por edad, se encontró que la VPM se asoció con nivel educativo medio-bajo (RP: 2,63; IC: 1,21-5,70) y bajo (RP: 4,67; IC: 1,93-11,30); con contacto con expareja (RP: 6,02; IC: 2,54-14,29); con no convivencia (RP: 2,87; IC: 1,41-5,83); riesgo de alcoholismo (RP: 3,19; IC: 1,35-7,53); mala salud percibida (RP: 2,86; IC: 1,56-5,22) y accidentes (RP: 3,44; IC: 1,58-7,47).

Conclusiones: La VPM se encuentra concentrada en los grupos más vulnerables de la población; se asoció con mala salud percibida, riesgo de alcoholismo y accidentes. La vigilancia de VPM a través del SIVFRENT-A muestra resultados similares a los observados en otros sistemas de vigilancia con metodología comparable y permitirá monitorizar su evolución.

699. ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA SOSTENIBILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL DURANTE LA CRISIS

E. Briones-Vozmediano, L. Otero, C. Vives-Cases, B. Sanz, I. Goicolea

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Instituto de Salud Carlos III; Epidemiology and Global Health Unit, Umeå University; CIBER de epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Ley 1/2004 de atención a la integral a la violencia de género institucionaliza la respuesta sanitaria a este problema. En la actualidad, los servicios sanitarios se están viendo afectados por las políticas de austeridad del gobierno como respuesta a la crisis financiera, lo que puede afectar negativamente a la atención de la violencia de género. El objetivo de este estudio es explorar las percepciones de profesionales sanitarios del nivel gerencial sobre el impacto de la crisis económica en la respuesta sanitaria a la violencia de género en España.

Métodos: Estudio cualitativo con 26 entrevistas individuales a informantes clave del nivel gerencial, 23 de las 17 Comunidades Autónomas y 3 del nivel nacional, entre julio de 2012 a marzo de 2013. Las transcripciones se importaron al software informático Atlas.ti-5 y se realizó un análisis de contenido cualitativo.

Resultados: Se identificaron 4 categorías que explican las consecuencias de las políticas de austeridad en la atención sanitaria de la violencia de género. Tres de ellas hacen referencia a los efectos negativos: Desmotivación y pesimismo para avanzar en la integración de la respuesta a la violencia; Un sistema desbordado por los recortes y presión asistencial; y Necesidad de una mayor implicación por parte del personal sanitario para suplir las carencias del sistema. Una cuarta categoría concibe la crisis como oportunidad: El desafío es mantener y no desmantelar, una visión optimista de la crisis como un reto para afianzar lo que hay. Las personas implicadas luchan para mantener el abordaje de la violencia en las agendas, movidas por su motivación personal, pero sienten que es luchar contra un muro o ir contracorriente porque no se ha producido una integración oficial en la práctica sino sólo en la teoría, a raíz de la ley 1/2004 y las políticas de igualdad impulsadas por el anterior gobierno. Todo ello se ve dificultado por la desaparición de las subvenciones estatales para la

formación y sensibilización, implantación de protocolos o creación de sistemas de información, junto a que no está en la cartera de servicios de las comunidades.

Conclusiones: Continuar con la integración del abordaje de la violencia de género en el sistema de salud en época de crisis no es una prioridad. Los hallazgos sugieren que la motivación individual trata de compensar las deficiencias en el sistema existente, pero que el voluntarismo de las personas individuales no es suficiente sin estructuras organizativas que les respalden, lo que se ve especialmente dificultado en tiempos de crisis.

Financiación: COFAS grant (COFUND-Marie Curie Action People, 7º Programa Marco) y el Swedish Council for Working Life and Social Research/FAS-Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap).

325. VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN JÓVENES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Pichiule, A. Gandarillas, L. Díez-Gañán, M. Ordobás

Servicio de Epidemiología, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria, SERMAS.

Antecedentes/Objetivos: Determinar la prevalencia de violencia de pareja en los últimos 12 meses según sexo, y analizar su asociación con los principales factores sociodemográficos y de riesgo para la salud en 2011-2012.

Métodos: Los datos proceden del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), que se realiza anualmente a una muestra representativa de estudiantes de 4º de la ESO de la Comunidad de Madrid. Se preguntó si en los últimos 12 meses, alguna vez el chico o la chica con el/la que salías: “¿te dio una bofetada, patadas, o te lastimó físicamente de alguna manera”(violencia física, VF) y, “¿te impuso conductas de tipo sexual que tú rechazabas?” (violencia sexual, VS). Se calculó prevalencia con intervalos de confianza al 95%; se construyó un modelo explicativo de violencia física o sexual (VFS) mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial. El análisis se realizó con STATA v.11 módulo “Survey Data”.

Resultados: La tasa de respuesta global (colegios y estudiantes) fue 82,1%. En 1.713 chicas y 1.664 chicos con pareja, la prevalencia de VF fue 2,9% (2,0-3,9) y 4,0% (2,9-5,0), la VS 5,3% (4,1-6,5) y 2,4% (1,6-3,2) ($p < 0,001$) y VFS 7,1% (5,6-8,6) y 5,1% (4,0-6,3) ($p < 0,05$) respectivamente. La VFS fue mayor en chicas con: desórdenes alimentarios (DA) (12,9%; 8,9-16,8), conductas sexuales de riesgo (CSR) (12,5%; 8,2-16,9), consumo de tabaco (10,1%; 7,0-13,2), drogas (10,4%; 6,9-14,0), alcohol (7,8%; 5,1-10,5 y 9,0%; 6,7-11,3 en consumo excesivo) y mala salud percibida (MS) (12,4%; 7,4-17,5). Al ajustar por edad, ser extranjero y percepción de la imagen corporal (PIC), la VFS se asoció con DA (Razón de prevalencia, RP: 1,74; 1,14-2,66), CSR (RP: 1,67; 1,11-2,50), consumo excesivo de alcohol (RP: 1,57; 1,06-2,34) y MS (RP: 1,67; 1,08-2,57). En chicos, la VFS fue mayor en: ≥ 17 años (7,6%; 5,3-10,0), extranjeros (9,5%; 6,2-12,8), con madres sin trabajo (7,3%; 4,6-9,9), bajos resultados escolares (7,4%; 4,8-10,0), DA (15,2%; 7,7-23,3), CSR (11,6%; 7,5-15,7), consumo de tabaco (7,9%; 5,2-10,5), drogas (10,2%; 6,6-13,8), alcohol (6,0%; 3,8-8,3 y 7,0%; 4,8-9,2 en consumo excesivo), y MS (9,8%; 5,2-14,4). Al ajustar por edad, situación laboral de la madre y PIC, la VFS se asoció a ser extranjero (RP: 2,05; 1,32-3,18), DA (RP: 2,79; 1,58-4,92), CSR (RP: 2,22; 1,34-3,66) y consumo de drogas (RP: 2,14; 1,39-3,28).

Conclusiones: La prevalencia de VS y VFS fue mayor en chicas. La violencia de pareja se asoció a otras conductas de riesgo para la salud con características peculiares en chicas y chicos. La vigilancia de violencia de pareja según SIVFRENT-J es fundamental, permite conocer la magnitud del problema y monitorizar su evolución.